

LAPORAN ANALISA (P-D-S-A) INDIKATOR MUTU PRIORITAS TRIBULAN I TAHUN 2018



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 Muntilan 56411

LAPORAN

ANALISA, MONITORING, EVALUASI DAN TINDAK LANJUT INDIKATOR MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN RSUD MUNTILAN KABUPATEN MAGELANG TRIBUNAN I TAHUN 2018

Muntilan, 22 April 2018

Direktur RSUD Muntilan
Kabupaten Magelang



dr. M. SYUKRI, M.P.H.

Pembina Tingkat I

NIP. 1960125 199603 1 003

Ketua Komite PMKP

dr. ANA ROECHANA, Sp. PK.

Penata Tingkat I

NIP. 19680919 200604 2 002

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. Berdasarkan hal tersebut diatas maka mutu dan keselamatan pasien harus menjadi budaya pelayanan dan selalu mendasari semua kegiatan di RSUD Muntilan Kabupaten Magelang.

Sesuai dengan program kerja Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan RSUD Muntilan yaitu melakukan pengumpulan data, analisa, monitoring, evaluasi dan tindak lanjut indikator mutu dan keselamatan pasien maka secara periodik (setiap 3 bulan) laporan capaian tersebut disampaikan kepada Direktur dan dewan Pengawas serta diseminasikan kepada seluruh staf melalui sarana dan media yang ada di rumah sakit, dimana kegiatan ini bersifat rutin dan berkelanjutan.

II. ANALISA, MONITORING, EVALUASI DAN TINDAK LANJUT INDIKATOR MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN TRIBUNAN I TAHUN 2018

Indikator mutu dan keselamatan pasien yang ditetapkan dan diambil datanya meliputi:

- A. 11 Indikator Area Klinis (IAK).
- B. 9 Indikator Area Manajemen (IAM).
- C. 6 Indikator Sasaran Keselamatan Pasien (SKP).
- D. 5 Indikator International Library of Measures (ILM).
- E. Insiden Keselamatan Pasien (Sentinel, KTD, KTC, KNC, KPC).

Adapun capaian, analisa dan tindak lanjut selama Tribulan I sebagai berikut:

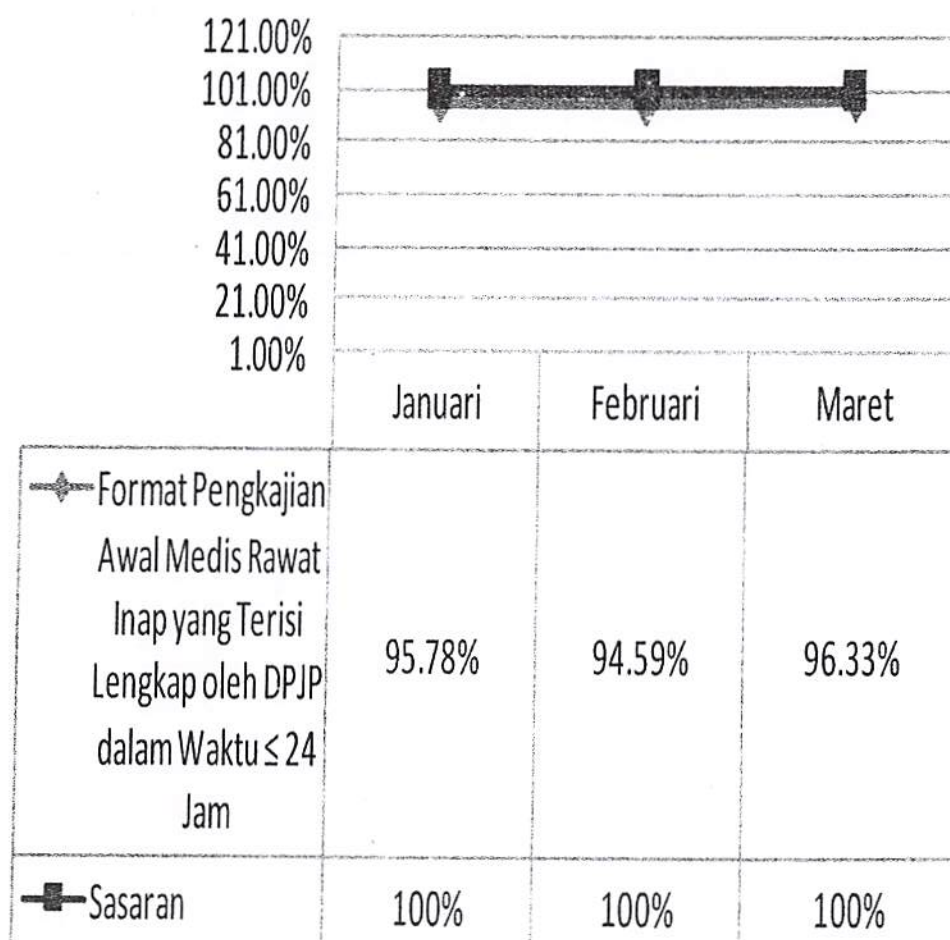
A. INDIKATOR AREA KLINIS (IAK)

NO		INDIKATOR	SASARAN
1.	ASSESMENT TERHADAP AREA KLINIK	ANGKA PENGKAJIAN AWAL MEDIS RAWAT INAP DALAM WAKTU 24 JAM	100 %
2.	PELAYANAN LABORATORIUM	ANGKA PELAPORAN HASIL NILAI KRITIS LABORATORIUM	100 %
3.	PELAYANAN RADIOLOGI	WAKTU TUNGGU HASIL PELAYANAN FOTO THORAKS	≥ 80 %
4.	PROSEDUR BEDAH	ANGKA KEPATUHAN PENANDAAN SISI DAN LOKASI OPERASI	100 %
5.	PENGUNAAN OBAT DAN ANTIBIOTIK LAINNYA	ANGKA KETEPATAN JENIS ANTIBIOTIK PROFILAKSIS BEDAH SESUAI REGULASI	100 %
6.	KESALAHAN MEDIS DAN KNC	ANGKA KEJADIAN KESALAHAN PEMBERIAN OBAT DI APOTIK RAWAT JALAN	0 %
7.	PELAYANAN ANESTHESI DAN SEDASI	ANGKA KELENGKAPAN ASESMEN PRE ANESTESI	100 %
8.	PENGUNAAN DARAH DAN PRODUK DARAH	ANGKA KEJADIAN REAKSI TRANSFUSI	≤ 0.01%
9.	KETERSEDIAAN, ISI DAN PENGGUNAAN CATATAN MEDIK	ANGKA KELENGKAPAN PENGISIAN INFORMED CONSENT PADA TINDAKAN PEMBEDAHAN	100 %
10.	PENCEGAHAN DAN KONTROL INFEKSI SURVEILANS DAN PELAPORAN	ANGKA TERJADINYA VAP (VENTILATOR ASSOCIATED PNEUMONIA)	≤ 5,8 %

IAK 1

ANGKA PENGKAJIAN AWAL MEDIS RAWAT INAP DALAM WAKTU 24 JAM (%)

TRIBULAN I TAHUN 2018



Plan Meningkatkan pengkajian awal medis rawat inap dalam waktu 24 jam.

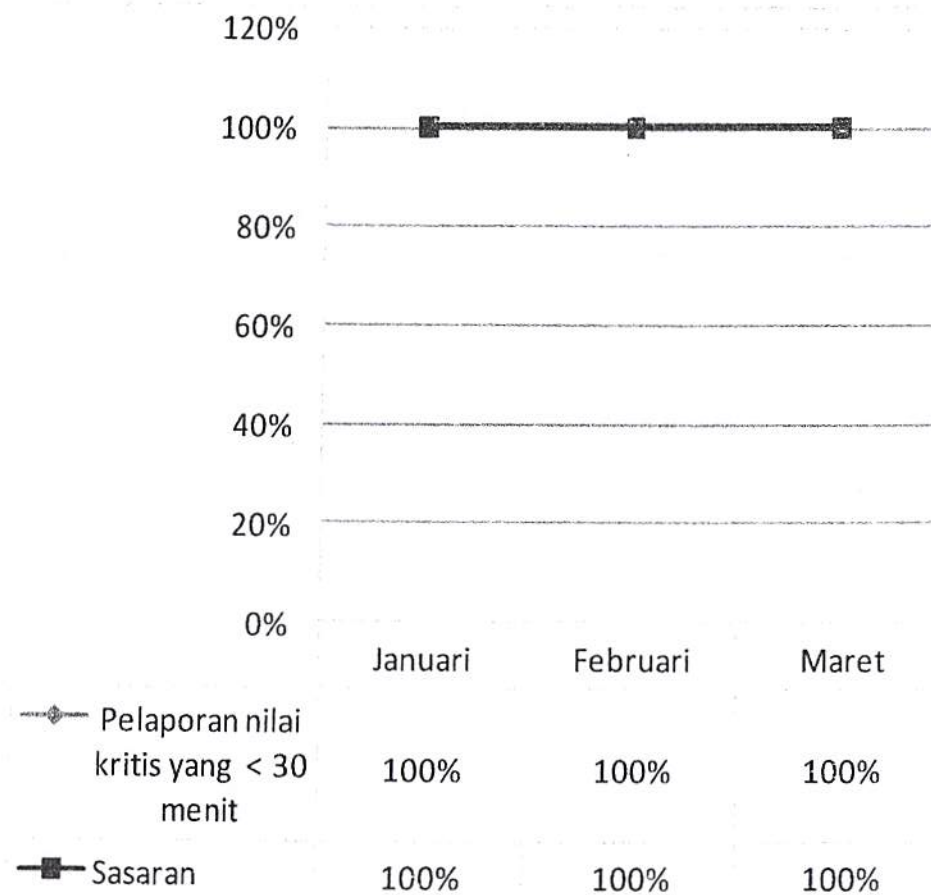
- Do
1. Review pelaksanaan dan koordinasi dengan bidang dan unit terkait sudah dilakukan.
 2. Mengingatkan DPJP sudah dilakukan.
 3. Monitoring pelaksanaan sudah dilakukan.

Study Pencapaian selama Tribulan I belum mencapai sasaran, tertinggi 96.33% di bulan Maret. Hal ini karena banyaknya hari libur sehingga DPJP belum melengkapi sesuai waktu dan belum adanya dokter jaga bangsal/ruang ketika hari libur/DPJP cuti.

- Action
1. Ingatkan DPJP untuk melengkapi pengkajian awal medis oleh Kepala Ruang dan Ka. Tim Perawat.
 2. Pengusulan dokter jaga bangsal/ruang.
 3. Pemantauan kelengkapan pengkajian awal medis dalam 24 jam oleh PIC.
 4. Tingkatkan komunikasi dan motivasi oleh Direksi RS.

IAK 2

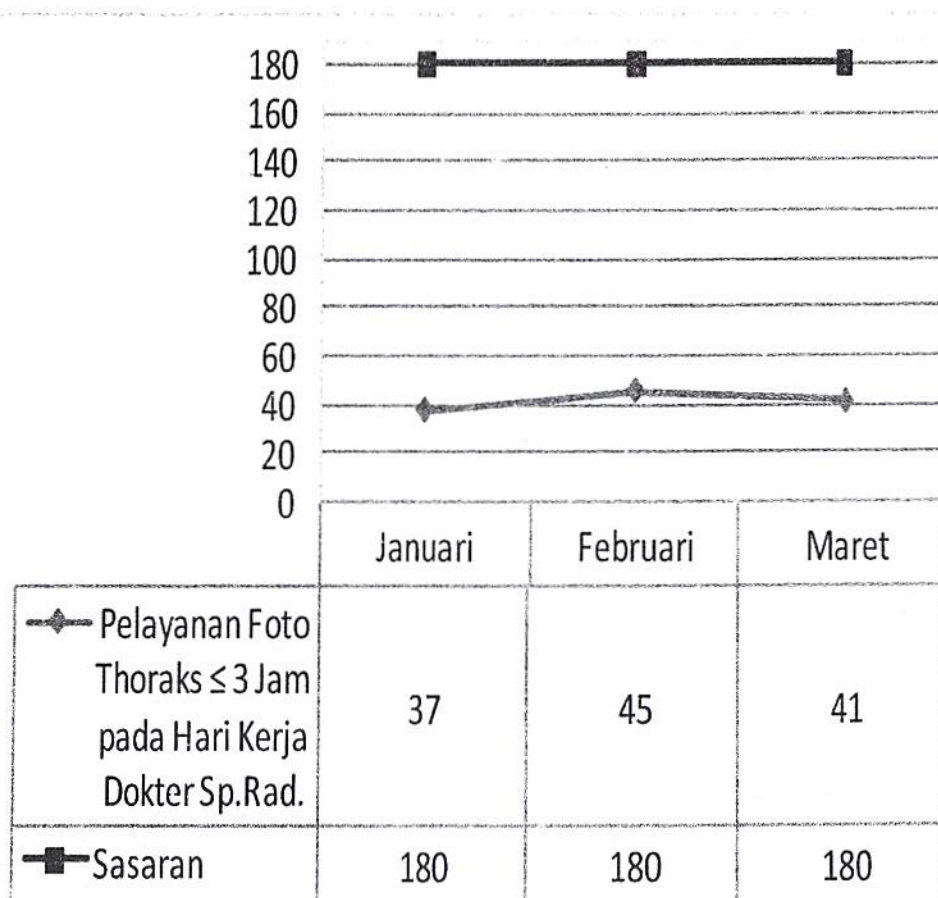
ANGKA PELAPORAN HASIL NILAI KRITIS LABORATORIUM (%) TRIBULAN I TAHUN 2018



Plan	Mempertahankan pelaporan hasil nilai kritis Laboratorium tetap dibawah 30 menit.
Do	<ol style="list-style-type: none"> 1. Review SPO sudah dilakukan. 2. Komunikasi antar instalasi sudah dilakukan. 3. Sosialisasi ulang SPO sudah dilakukan. 4. Monitoring pelaksanaan sudah dilakukan.
Study	Pencapaian selama Tribulan I sudah mencapai sasaran, tetapi harus tetap dipertahankan.
Action	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan capaian indikator mutu oleh Instalasi Laboratorium. 2. Monitor pelaksanaan oleh Kepala Instalasi Laboratorium.

IAK 3

WAKTU TUNGGU HASIL PELAYANAN FOTO THORAKS TRIBULAN I TAHUN 2018



Plan

Mempertahankan waktu tunggu hasil pelayanan foto thoraks ≤ 3 jam pada hari kerja Dokter Spesialis Radiologi.

Do

1. Sosialisasi ulang SPO sudah dilakukan.
2. Koordinasi dengan dokter dan petugas radiologi sudah dilakukan.
3. Konsultasi ekspertisi via telepon/wa/sms sudah dilakukan untuk kasus tertentu.
4. Monitoring pelaksanaan sudah dilakukan.

Study

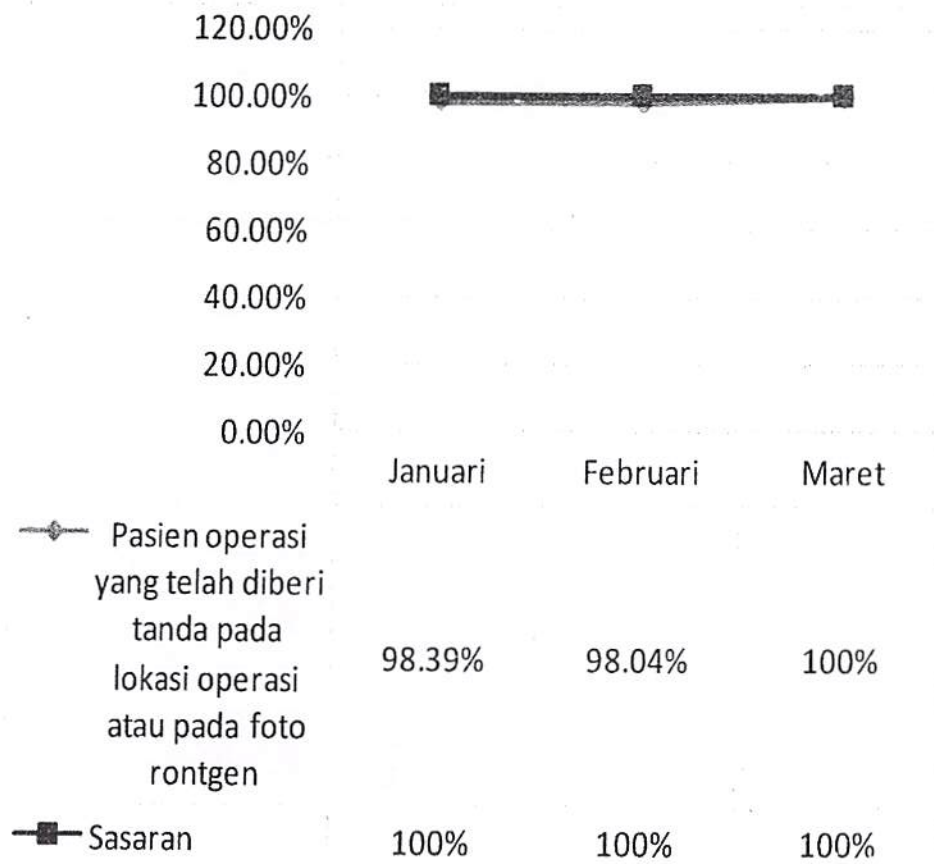
Pencapaian selama Tribulan I sudah sesuai sasaran, tetapi perlu dipertahankan.

Action

1. Mempertahankan capaian oleh Instalasi Radiologi.
2. Monitor pelaksanaan oleh Kepala Instalasi Radiologi.

IAK 4

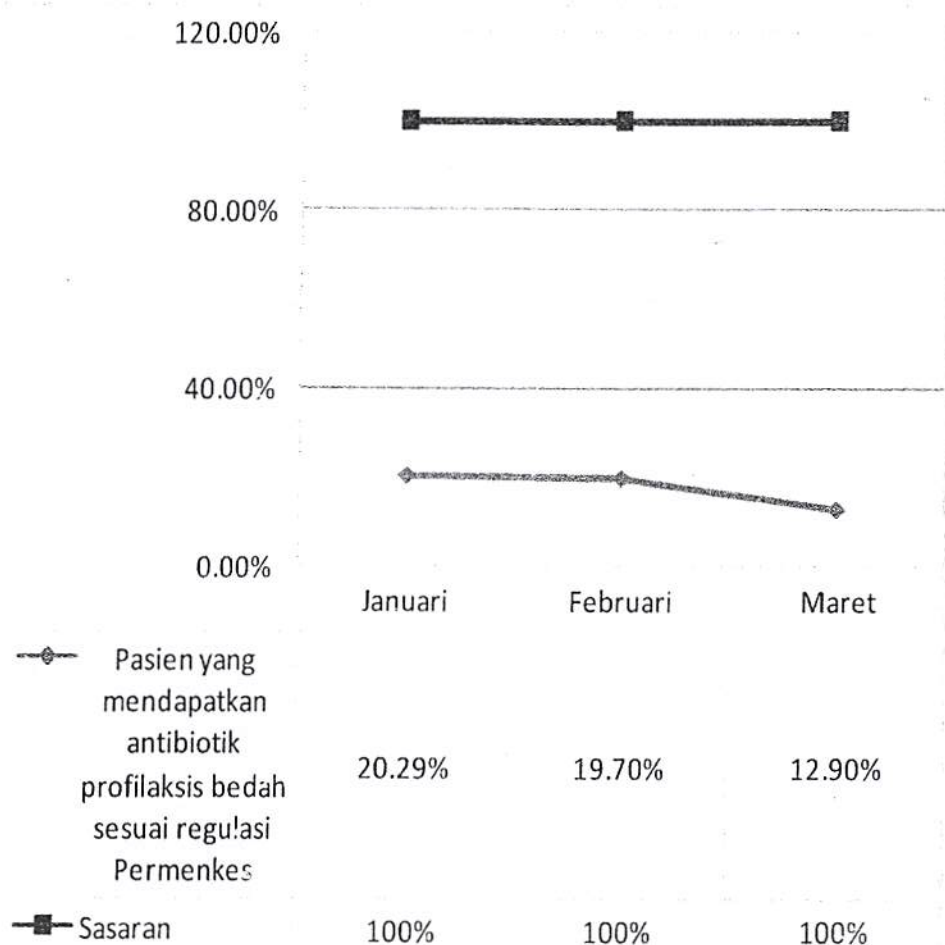
ANGKA KEPATUHAN PENANDAAN SISI DAN LOKASI OPERASI (%) TRIBULAN I TAHUN 2018



Plan	Mempertahankan kepatuhan penandaan sisi dan lokasi operasi di ruang rawat Inap.
Do	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengingatkan operator untuk melaksanakan SPO sudah dilakukan. 2. Monitoring dan evaluasi pelaksanaan penandaan sebelum operasi sudah dilakukan. 3. Alat untuk site marking (spidol penandaan) tersedia selalu.
Study	Pencapaian selama Tribulan I sudah mencapai sasaran, tetapi harus tetap dipertahankan.
Action	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan capaian indikator oleh Kepala Ruang dan Kepala IBS. 2. Supervisi pencatatan dan pelaporan oleh Kepala IBS. 3. Monitor pelaksanaan oleh Kepala Kepala Ruang.

IAK 5

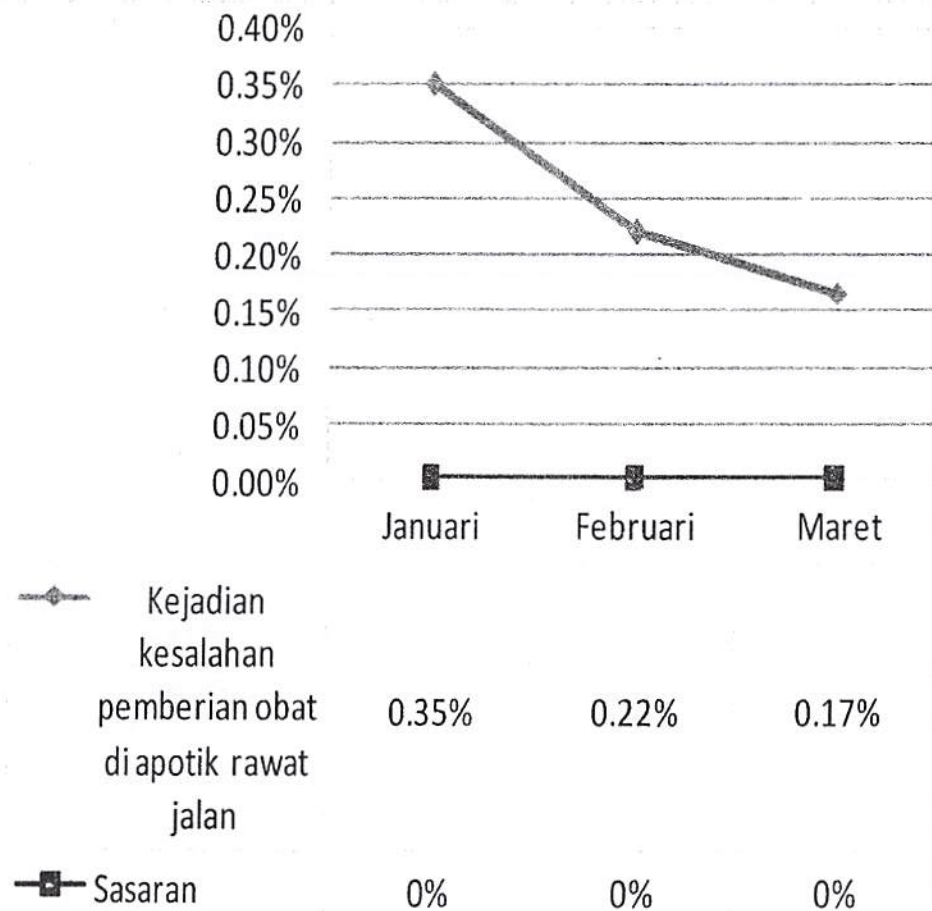
ANGKA KETEPATAN JENIS ANTIBIOTIK PROFILAKSIS BEDAH SESUAI REGULASI (%) TRIBULAN I TAHUN 2018



Plan	Meningkatkan ketepatan jenis antibiotik profilaksis bedah sesuai regulasi.
Do	<ol style="list-style-type: none"> 1. Revisi SK Tim PPRA sudah dilaksanakan. 2. Pola kuman rumah sakit sudah ada. 3. Koordinasi dengan Tim PPRA dan Komite PPI sudah dilakukan. 4. Kebijakan penggunaan antibiotik belum disosialisasikan.
Study	Pencapaian selama Tribulan I belum mencapai sasaran. Hal ini karena kebijakan yang berupa pedoman, panduan, SPO dan instrumen yang diperlukan belum disosialisasikan.
Action	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sosialisasi kebijakan kepada operator oleh Tim PPRA dan Direksi RS. 2. Komunikasi dan motivasi operator secara konsisten oleh Direksi RS. 3. Supervisi dan monitoring oleh Tim PPRA.

IAK 6

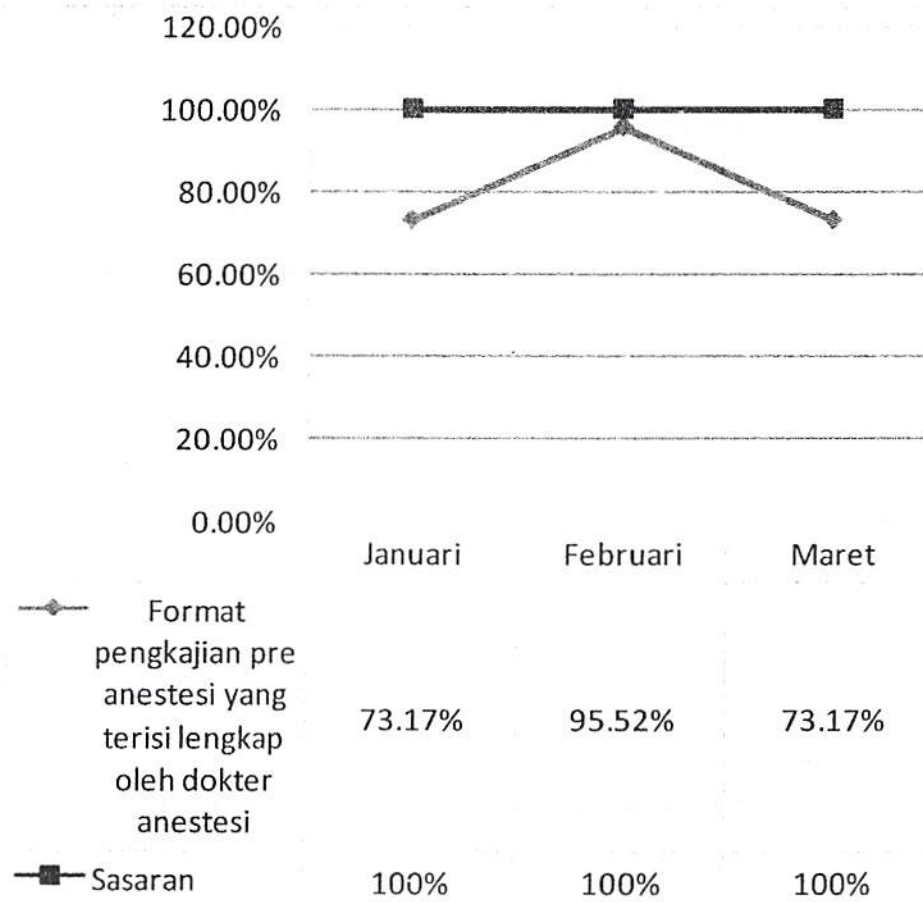
ANGKA KEJADIAN KESALAHAN PEMBERIAN OBAT DI APOTIK RAWAT JALAN (%) TRIBULAN I TAHUN 2018



Plan	Menurunkan kejadian kesalahan pemberian obat di apotik rawat jalan.
Do	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengingatnkan petugas sudah dilakukan. 2. Merubah model antrian sudah dilakukan. 3. Melakukan retensi rotasi petugas tertentu. 4. Monitoring pelaksanaan sudah dilakukan.
Study	Pencapaian selama Tribulan I terus menurun mendekati sasaran.
Action	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan evaluasi efektivitas perubahan yang sudah dilakukan. 2. Supervisi dan monitoring pelaksanaan oleh Kepala Instalasi Farmasi.

IAK 7

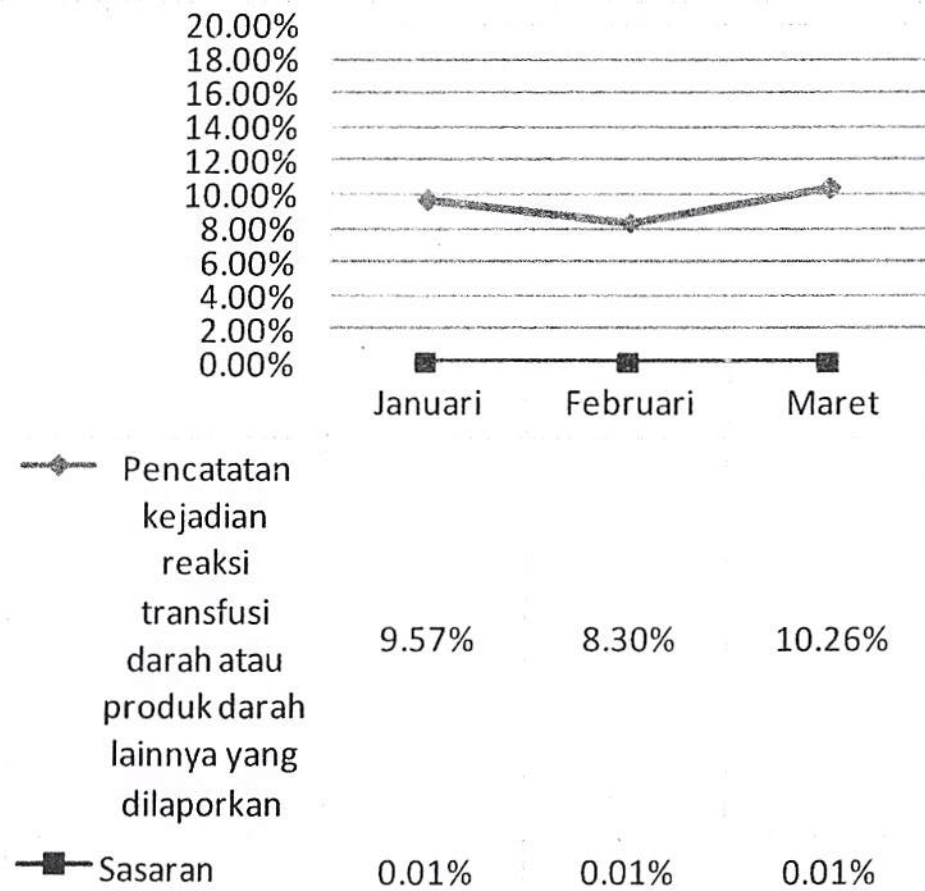
ANGKA KELENGKAPAN ASESMEN PRE ANESTESI (%) TRIBULAN I TAHUN 2018



Plan	Meningkatkan pengkajian pre anestesi yang terisi lengkap oleh Dokter Anestesi.
Do	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengingatkan Dokter Anestesi sudah dilakukan oleh PIC IBS. 2. Koordinasi dengan SMF sudah dilakukan. 3. Monitoring pelaksanaan sudah dilakukan.
Study	Pencapaian selama Tribulan I belum mencapai sasaran dengan capaian tertinggi 95.52% di bulan Februari. Hal ini karena pengkajian pre anestesi baru dilakukan di IBS dan ditulis di lembar konsultasi.
Action	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ingatkan pelaksanaan oleh Kepala IBS dan Ruang Flamboyan. 2. Motivasi dokter oleh Direksi RS. 3. Monitoring pelaksanaan oleh Kepala IBS.

IAK 8

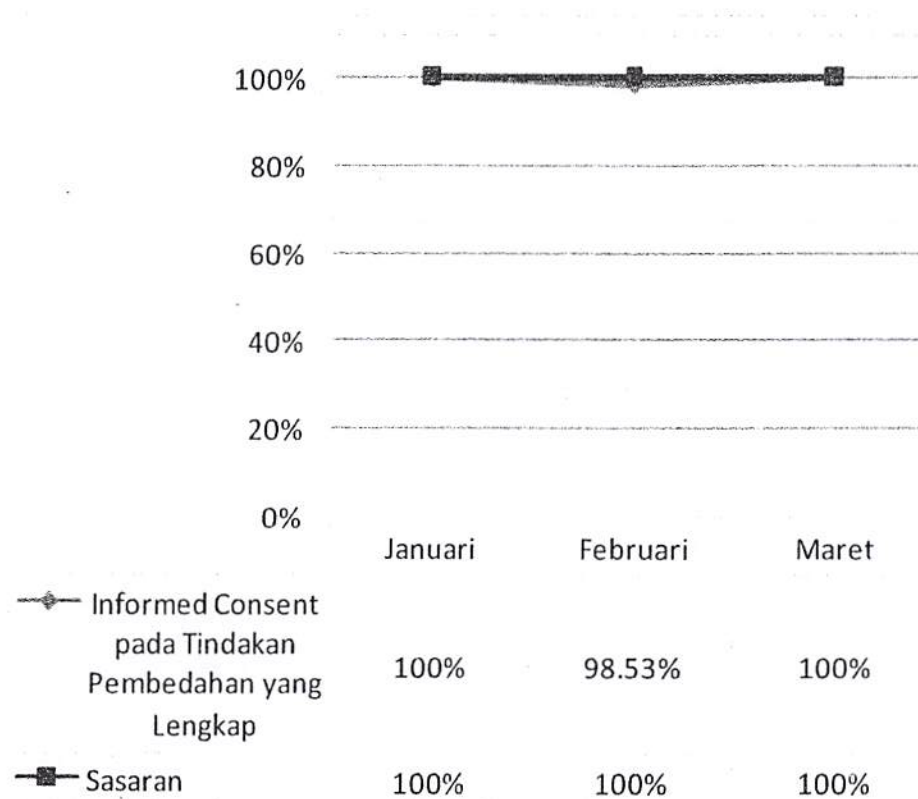
ANGKA KEJADIAN REAKSI TRANSFUSI (%) TRIBULAN I TAHUN 2018



Plan	Menurunkan kejadian reaksi transfusi
Do	<ol style="list-style-type: none"> 1. Review SPO sudah dilakukan. 2. Revisi SPO sudah dilakukan. 3. Sosialisasi SPO sudah dilakukan. 4. Bimbingan teknis pemberian transfusi darah sudah dilakukan. 5. Monitoring pelaksanaan sudah dilakukan.
Study	Pencapaian selama Tribulan i masih belum mencapai sasaran. Hal ini karena kurang optimalnya sosialisasi SPO dan belum adanya lembar khusus pemantauan pemberian transfusi.
Action	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sosialisasi ulang SPO transfusi darah oleh Bidang pelayanan. 2. Buat lembar pemantauan pemberian transfusi darah, sosialisasikan dan gunakan. 3. Supervisi dan monitoring pelaksanaan oleh Kepala Ruang.

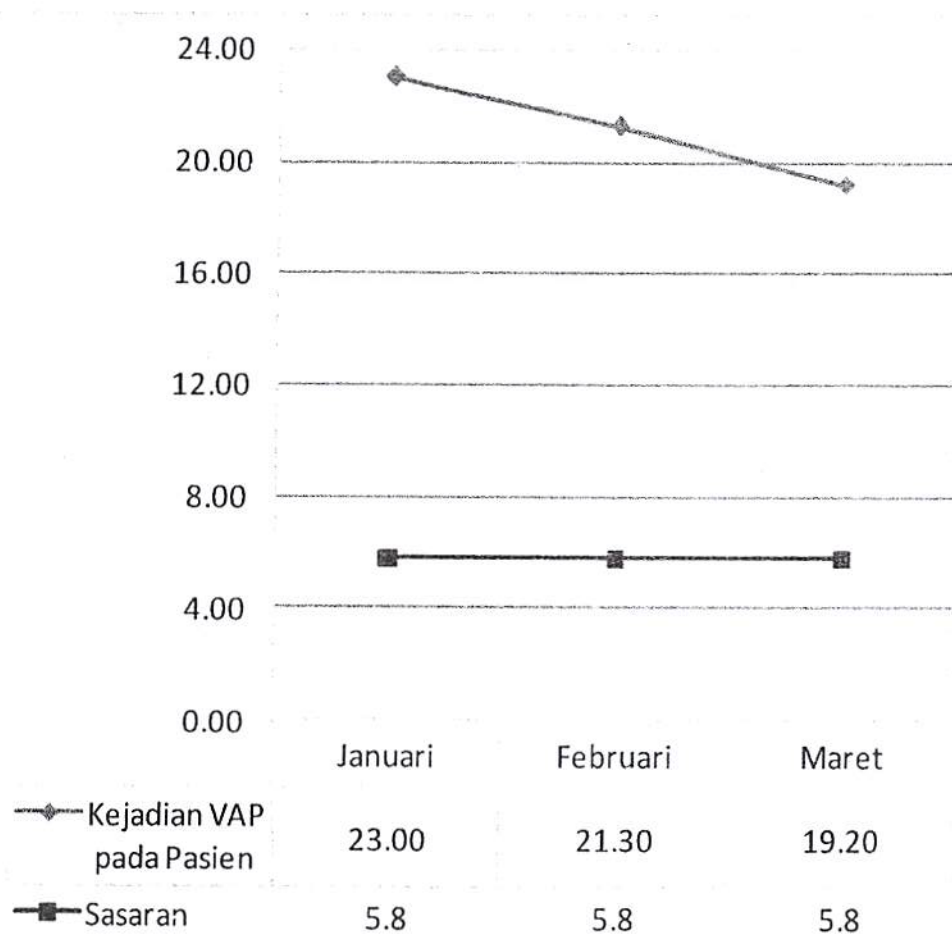
IAK 9

ANGKA KELENGKAPAN PENGISIAN *INFORMED CONSENT* PADA TINDAKAN PEMBEDAHAN (%) TRIBULAN I TAHUN 2018



Plan	Mempertahankan kelengkapan pengisian informed consent pada tindakan pembedahan.
Do	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sosialisasi SPO sudah dilakukan. 2. Monitoring pelaksanaan sudah dilakukan. 3. Skrining kelengkapan dokumen saat serah terima dari bangsal ke IBS sudah dilakukan.
Study	Pencapaian selama Tribulan I sudah mencapai sasaran. Tetapi harus tetap dipertahankan.
Action	<ol style="list-style-type: none"> 1. Supervisi pelaksanaan oleh Kepala Ruang Rawat Inap dan IBS. 2. Monitoring untuk mempertahankan capaian.

ANGKA TERJADINYA VAP (VENTILATOR ASSOCIATED PNEUMONIA) (‰) TRIBULAN I TAHUN 2018



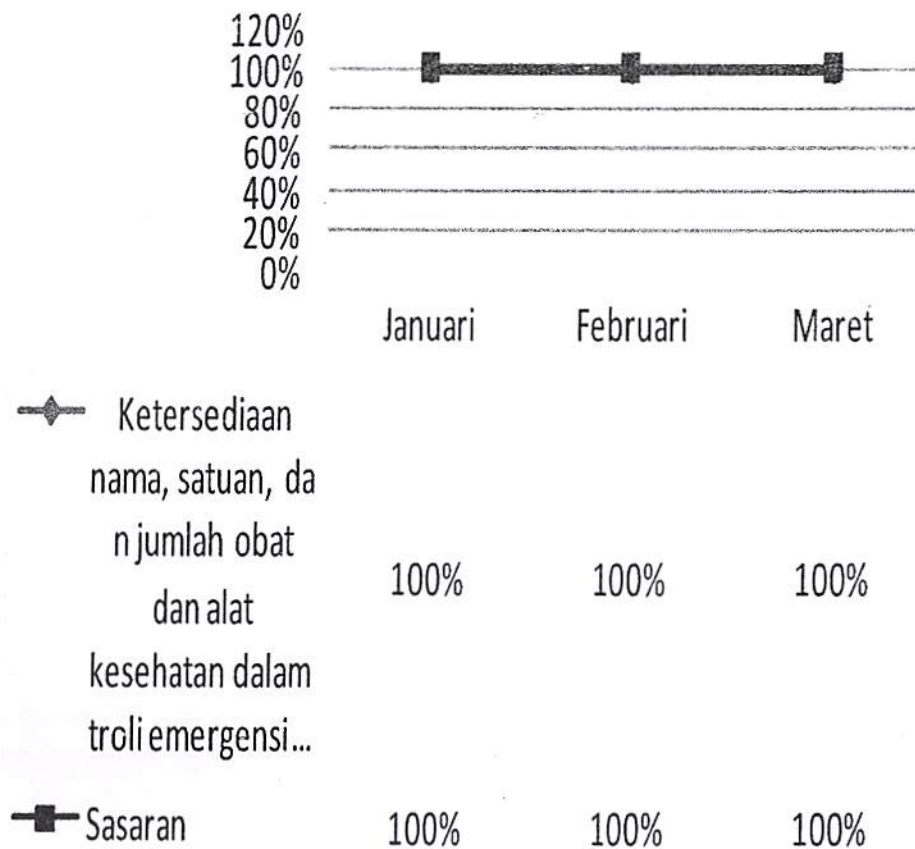
Plan	Menurunkan terjadinya VAP dibawah 5.8 ‰.
Do	<ol style="list-style-type: none"> 1. Edukasi bundle VAP sudah dilakukan pada petugas. 2. Pelatihan PPI Dasar pencegahan VAP sudah dilakukan. 3. Monitoring pelaksanaan bundle VAP sudah dilakukan.
Study	Pencapaian selama Tribulan I VAP terus menurun. Belum mencapai sasaran karena masih adanya kebiasaan yang dilakukan tidak sesuai dengan bundle VAP.
Action	<ol style="list-style-type: none"> 1. Re-edukasi ulang bundle VAP di Unit Kritis oleh Komite PPI. 2. Motivasi Ka. Instalasi, Koordinator dan Ka. Tim untuk memastikan bundle VAP berjalan dengan baik. 3. Supervisi harian pelaksanaan bundle VAP oleh Koordinator dan Ka. Ruangan. 4. Supervisi dan monitoring pelaksanaan oleh Komite PPI.

B. INDIKATOR AREA MANAJEMEN (IAM)

NO	AREA INDIKATOR	NAMA INDIKATOR	SASARAN
1	PENGADAAN RUTIN PERALATAN KESEHATAN DAN OBAT UNTUK MEMENUHI KEBUTUHAN PASIEN	KETERSEDIAAN OBAT DAN ALAT KESEHATAN EMERGENSI DI IGD	100 %
2	PELAPORAN YANG DIWAJIBKAN OLEH PERUNDANG-UNDANGAN	KEJADIAN INFEKSI NOSOKOMIAL DI RAWAT INAP	≤ 9%.
3	MANAJEMEN RISIKO	KEJADIAN PULANG SEBELUM DINYATAKAN SEMBUH	≤ 5 %
4	PEMANFAATAN SUMBER DAYA RUMAH SAKIT	ALAT UKUR DAN ALAT LABORATORIUM YANG DIKALIBRASI TEPAT WAKTU	100 %
5	HARAPAN DAN KEPUASAN PASIEN DAN KELUARGA	KEPUASAN PELANGGAN RAWAT INAP	≥ 90 %
6	HARAPAN DAN KEPUASAN STAF	TINGKAT KEPUASAN STAF	≥ 90 %
7	DEMOGRAFI PASIEN DAN DIAGNOSA KLINIK	DEMOGRAFI PASIEN DENGAN DIAGNOSA KLINIS DHF	100 %
8	MANAJEMEN KEUANGAN	ANGKA BERKAS KLAIM BPJS RAWAT INAP SUSULAN	0 %
9	PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN DARI KEJADIAN YANG DAPAT MENIMBULKAN MASALAH BAGI KESELAMATAN PASIEN, KELUARGA DAN STAF	KETERSEDIAAN CAIRAN HANDRUB DI RAWAT INAP	100 %

IAM 1

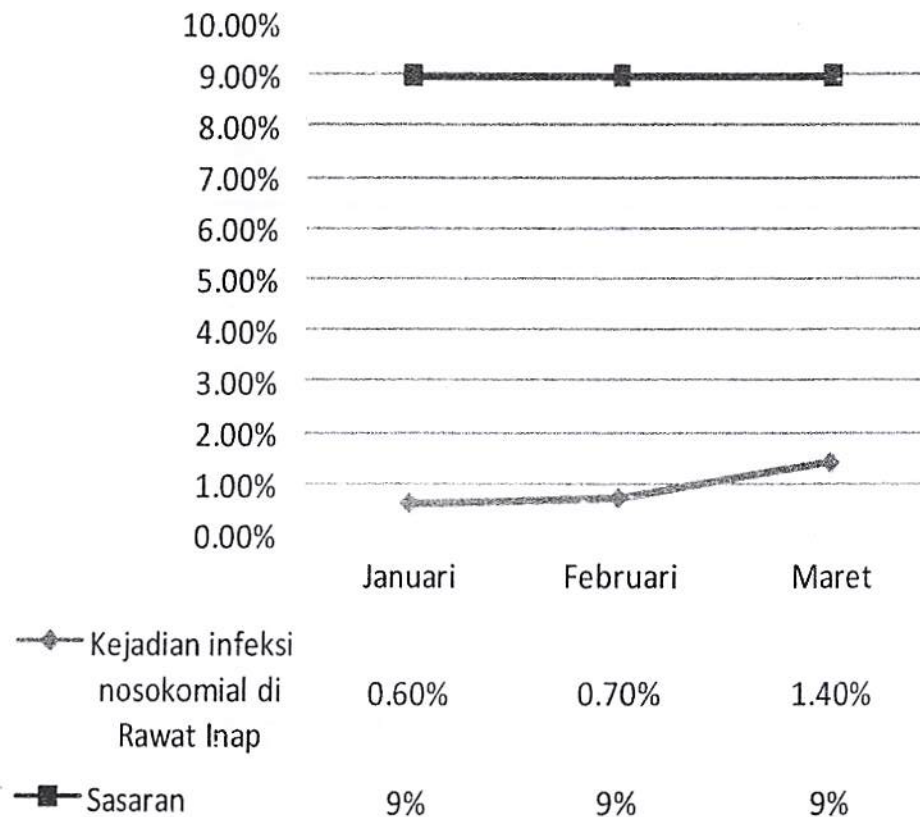
KETERSEDIAAN OBAT DAN ALAT KESEHATAN EMERGENSI DI IGD (%) TRIBULAN I TAHUN 2018



Plan	Menjamin ketersediaan nama, satuan dan jumlah obat dan alat kesehatan dalam troli emergensi di IGD.
Do	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sosialisasi SPO sudah dilakukan. 2. Penyiapan troli, alat dan obat sudah dilakukan. 3. Monitoring pelaksanaan sudah dilakukan. 4. Petugas farmasi dan IGD penanggungjawab troli sudah ada.
Study	Pencapaian selama Tribulan I sudah mencapai sasaran, tetapi perlu dipertahankan.
Action	<ol style="list-style-type: none"> 1. Supervisi dan monitoring pelaksanaan oleh Kepala Instalasi Farmasi. 2. Retensi PIC Mutu Farmasi Rawat Inap. 3. Pertahankan capaian oleh Instalasi Farmasi.

IAM 2

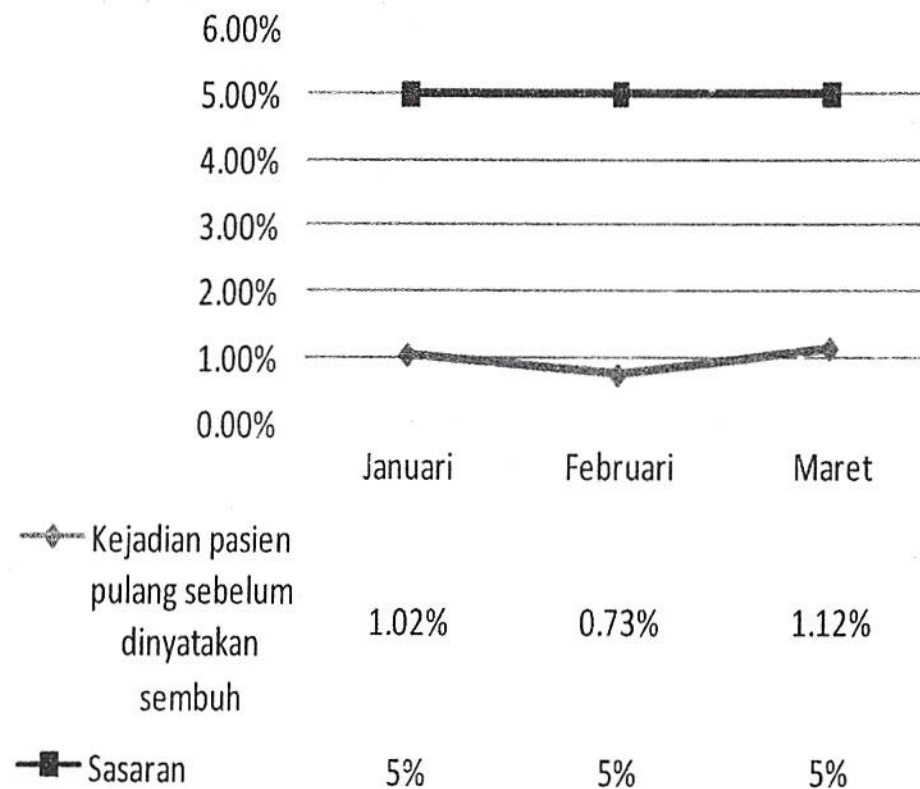
KEJADIAN INFEKSI NOSOKOMIAL DI RAWAT INAP (%) TRIBULAN I TAHUN 2018



Plan	Mempertahankan kejadian infeksi nosokomial di rawat inap sesuai standar.
Do	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sosialisasi bundle dan SPO sudah dilakukan. 2. Surveilans data INOS sudah dilakukan. 3. Audit pelaksanaan sudah dilakukan.
Study	Pencapaian selama Tribulan I sudah mencapai sasaran, tetapi perlu ditingkatkan.
Action	<ol style="list-style-type: none"> 1. Re-edukasi bundle dan SPO pencegahan infeksi nosokomial. 2. Surveilans dan supervisi pelaksanaan oleh IPCLN dan IPCN. 3. Audit dan monitoring oleh IPCN.

IAM 3

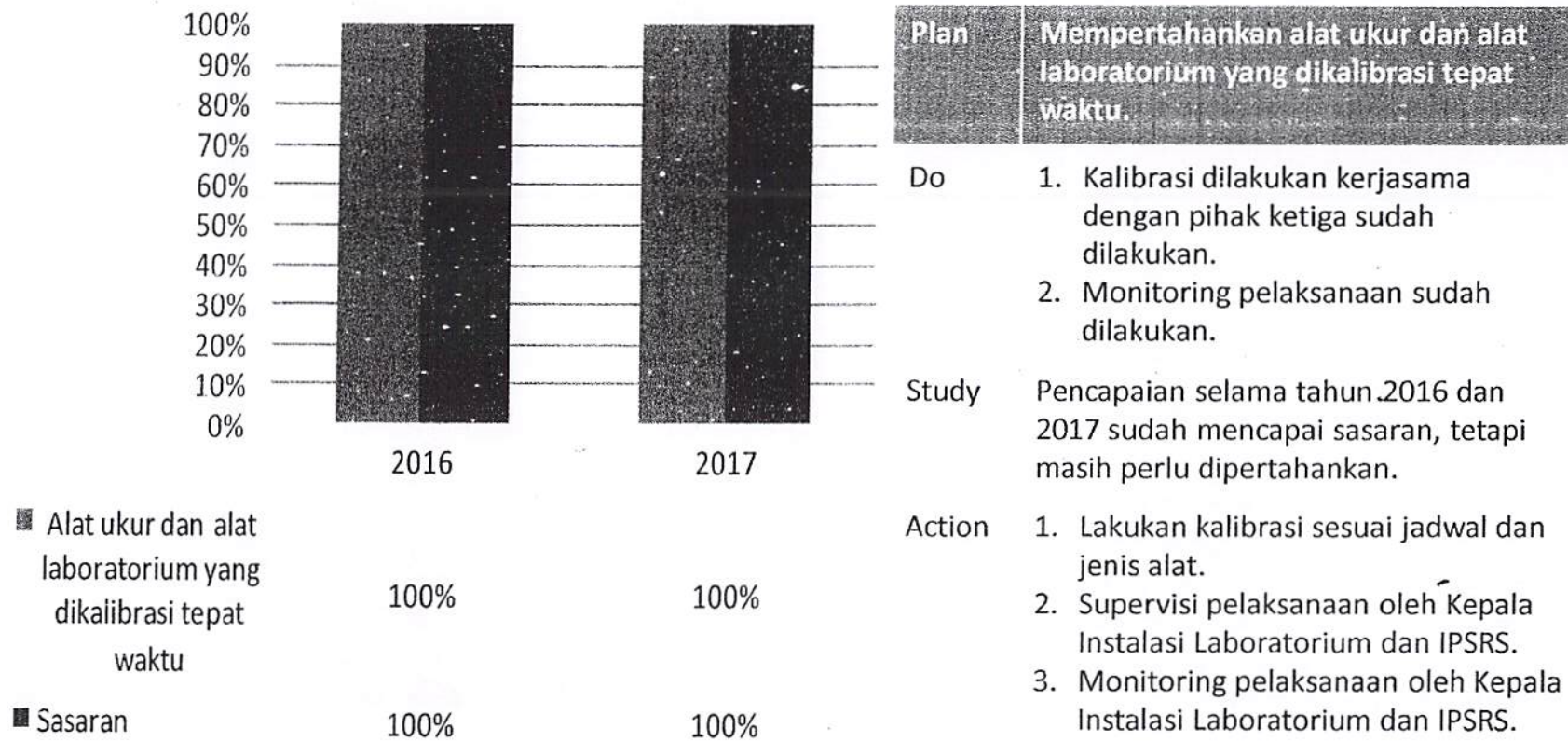
KEJADIAN PULANG SEBELUM DINYATAKAN SEMBUH (%) TRIBULAN I TAHUN 2018



Plan	Mempertahankan kejadian pasien pulang sebelum dinyatakan sembuh \leq 5%.
Do	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sosialisasi SPO sudah dilakukan. 2. Edukasi pasien dan keluarga sudah dilakukan. 3. Monitoring pelaksanaan sudah dilakukan.
Study	Pencapaian selama Tribulan I sudah mencapai sasaran, tetapi masih perlu ditingkatkan dan dipertahankan.
Action	<ol style="list-style-type: none"> 1. Supervisi pelaksanaan oleh Kepala Ruang. 2. Monitoring untuk mempertahankan pencapaian oleh Kepala Ruang.

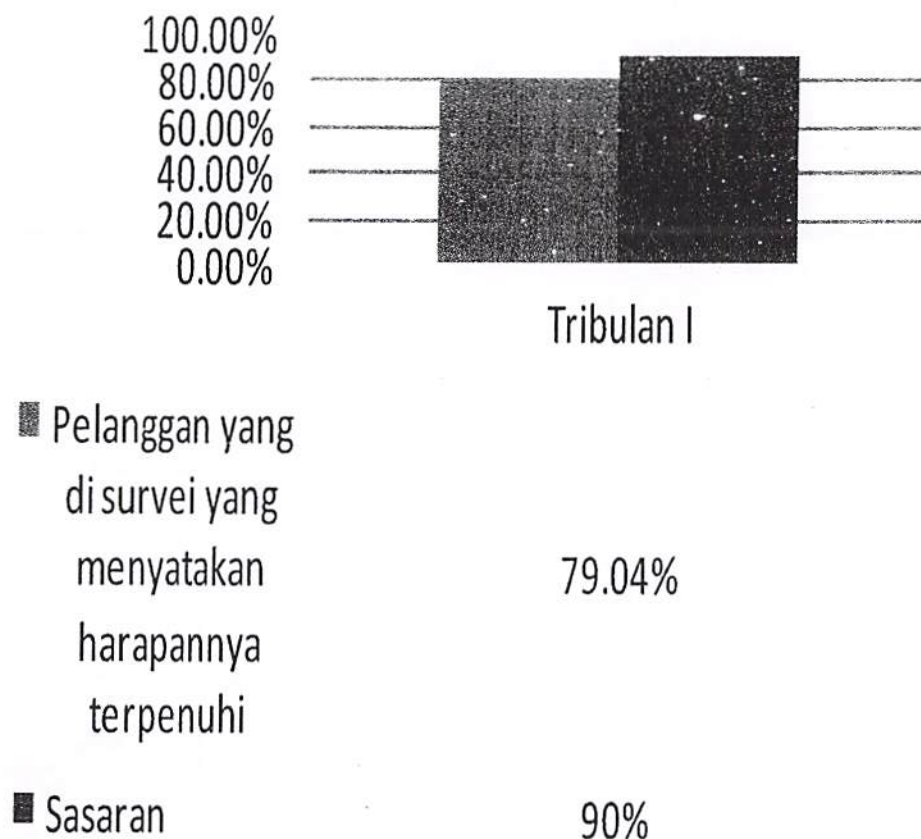
IAM 4

ALAT UKUR DAN ALAT LABORATORIUM YANG DIKALIBRASI TEPAT WAKTU (%)



IAM 5

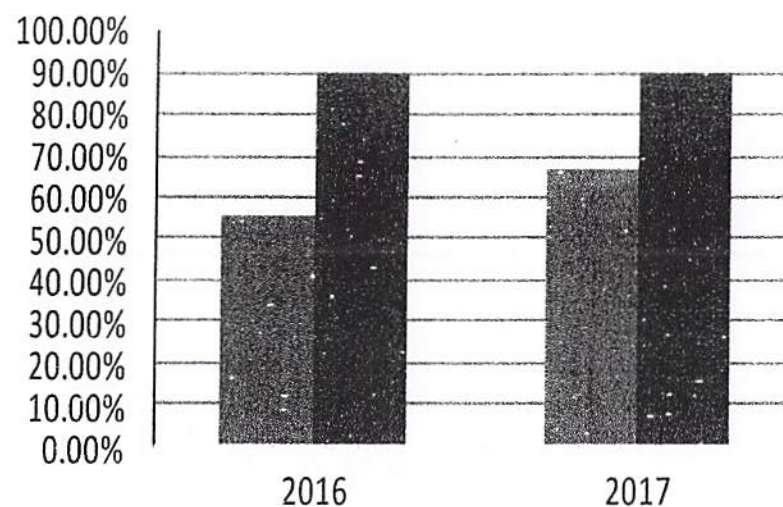
KEPUASAN PELANGGAN RAWAT INAP (%) TRIBULAN I TAHUN 2018



Plan	Meningkatkan kepuasan pelanggan rawat inap.
Do	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diklat pelayanan prima sudah dilakukan tahun 2017. 2. Kerjasama dengan pihak ke tiga dalam penilaian kepuasan sudah dilakukan. 3. Handling complain proaktif oleh Instalasi PKRS. 4. Monitoring pelaksanaan sudah dilakukan.
Study	Pencapaian selama Tribulan I belum mencapai sasaran. Ketidakpuasan dalam hal sarana prasarana dan komunikasi petugas.
Action	<ol style="list-style-type: none"> 1. Koordinasi dengan Bidang terkait untuk pemeliharaan dan perbaikan sarana prasarana. 2. Komunikasi dan edukasi pada pasien dan keluarga terutama saat masuk rs. 3. Handling complain proaktif oleh Unit terkait dan Instalasi PKRS.

IAM 6

TINGKAT KEPUASAN STAF (%)



■ Staf yang menyatakan puas terhadap elemen tingkat kepuasan yang ditetapkan

■ Sasaran

55.41%

66.33%

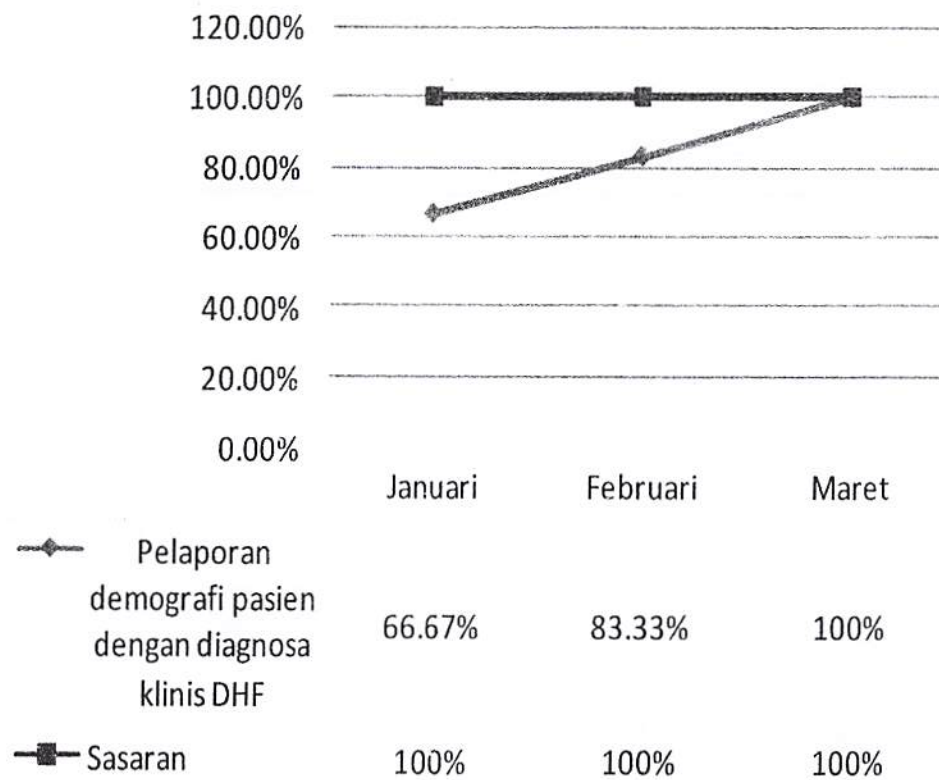
90%

90%

Plan	Meningkatkan kepuasan staf
Do	<ol style="list-style-type: none"> 1. Peningkatan komunikasi internal /organisasi sudah dilakukan. 2. Rapat koordinasi berjenjang dan periodik sudah dilakukan. 3. Survei kepuasan tahun 2018 belum dilakukan.
Study	Pencapaian Tahun 2016 dan 2017 belum mencapai sasaran tetapi kepuasan staf naik. Ketidakpuasan paling banyak pada terlambatnya pembagian jasa pelayanan.
Action	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penilaian kepuasan staf akhir Tahun 2018 oleh Bagian Kepegawaian. 2. Rapat Koordinasi berjenjang tiap 2 bulan untuk unit kerja, 3 bulan untuk instalasi dan bidang digunakan untuk komunikasi organisasi. 3. Pembagian jasa pelayanan sesuai kesepakatan waktu.

IAM 7

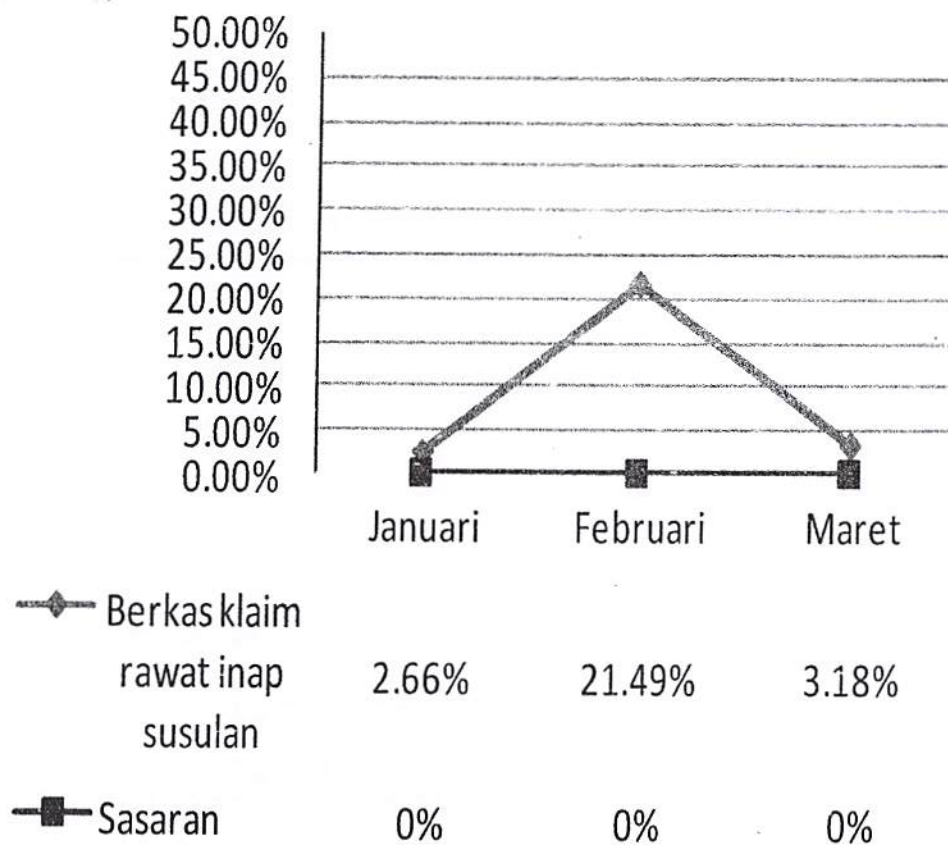
DEMOGRAFI PASIEN DENGAN DIAGNOSA KLINIS DHF (%) TRIBULAN I TAHUN 2018



Plan	Meningkatkan dan mempertahankan pelaporan demografi pasien dengan diagnosa klinis DHF.
Do	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penyiapan format laporan DHF sudah dilakukan. 2. Sosialisasi pengisian format laporan sudah dilakukan. 3. Monitoring pelaksanaan sudah dilakukan.
Study	Pencapaian Tribulan I meningkat dan mencapai sasaran di Bulan Maret.
Action	<ol style="list-style-type: none"> 1. Supervisi/ mengingatkan pelaksanaan oleh Kepala Ruang dan Petugas RM. 2. Monitoring pelaksanaan oleh Kepala Ruang.

IAM 8

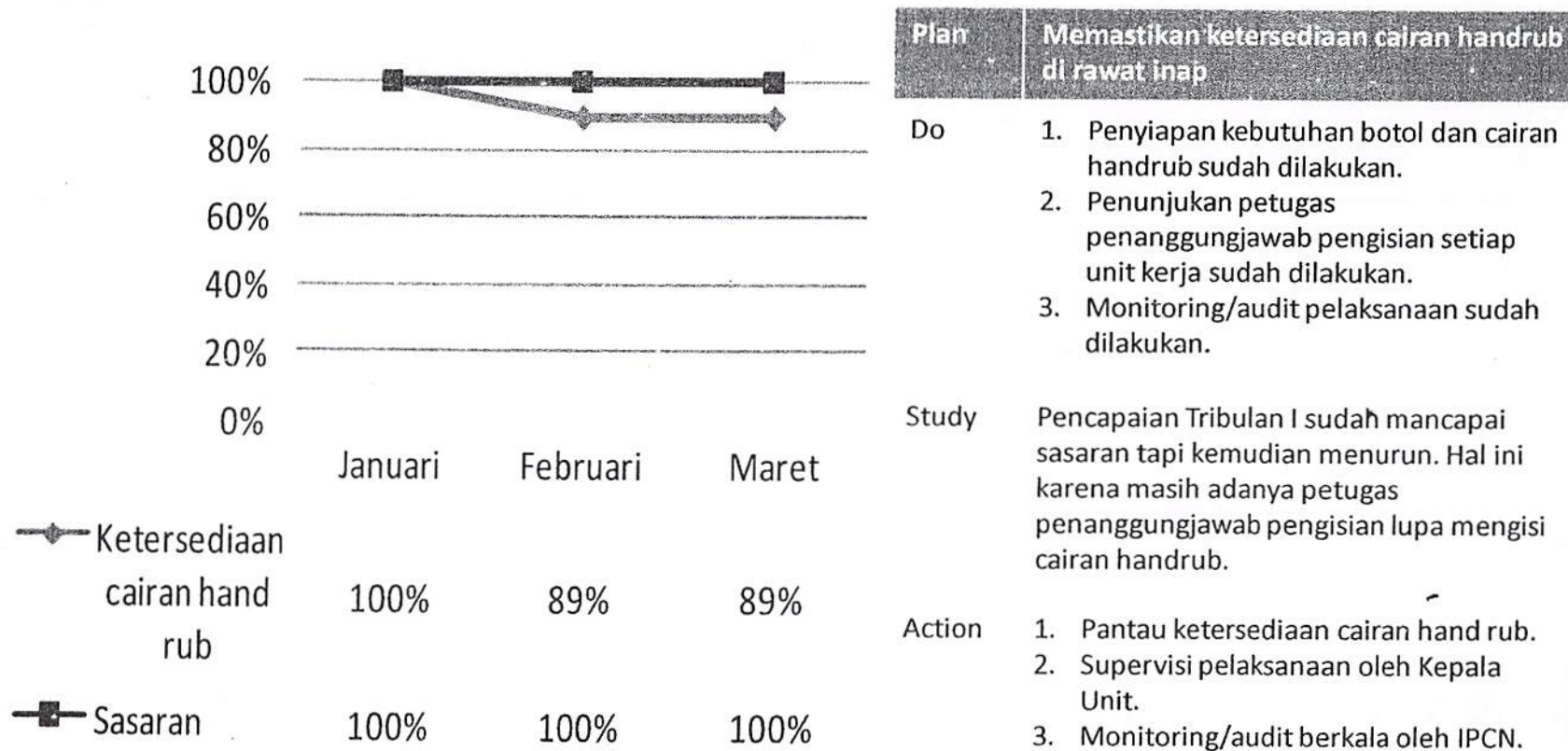
ANGKA BERKAS KLAIM BPJS RAWAT INAP SUSULAN (%) TRIBULAN I TAHUN 2018



Plan	Menurunkan angka berkas klaim BPJS rawat inap susulan menjadi 0%
Do	<ol style="list-style-type: none"> Koordinasi Bidang Keuangan dengan bidang terkait sudah dilakukan. Monitoring kelengkapan berkas sudah dilakukan.
Study	Pencapaian Tribulan I angka berkas klaim BPJS belum mencapai sasaran, bahkan melonjak di Bulan Februari. Hal ini karena adanya perubahan kebijakan klaim dari BPJS, perbaikan pelaksanaan SIM RS sesuai dengan kebijakan BPJS.
Action	<ol style="list-style-type: none"> Komunikasi dan koordinasi Unit dan Bidang terkait setiap ada perubahan kebijakan BPJS. Supervisi pelaksanaan oleh Kepala Bidang Keuangan. Monitoring untuk mempertahankan capaian oleh Kepala Bidang Keuangan.

IAM 9

KETERSEDIAAN CAIRAN HANDRUB DI RAWAT INAP (%) TRIBULAN I TAHUN 2018

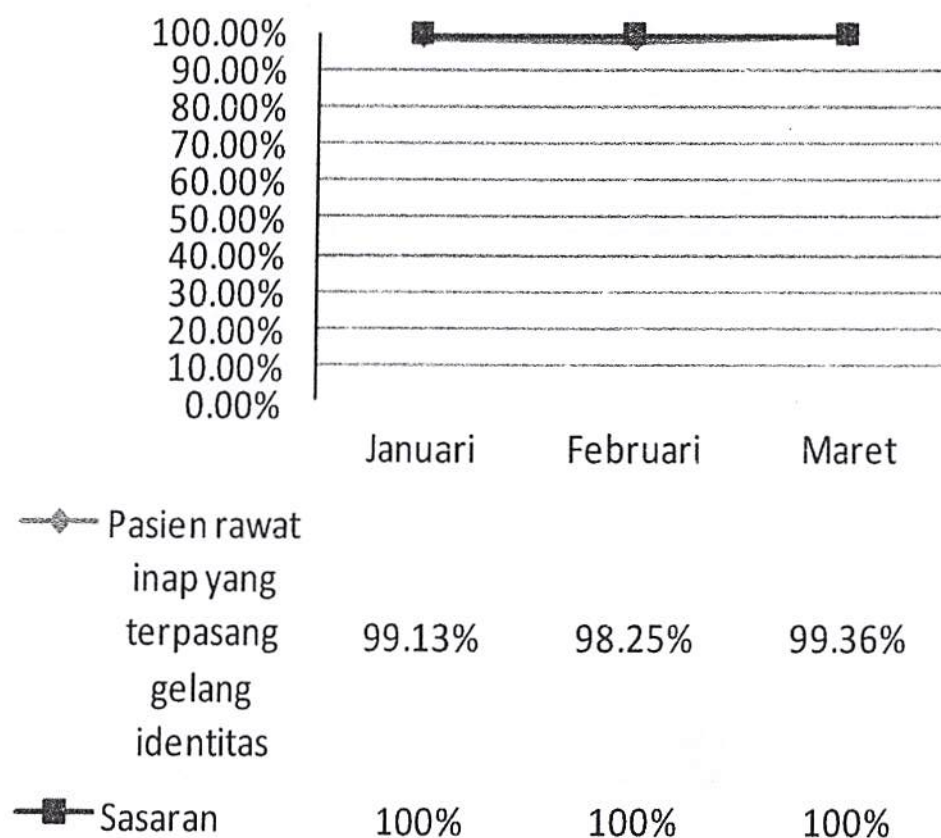


C. INDIKATOR SASARAN KESELAMATAN PASIEN (ISKP)

NO	AREA INDIKATOR	NAMA INDIKATOR	SASARAN
1	KETEPATAN IDENTIFIKASI PASIEN	ANGKA KEPATUHAN PEMASANGAN GELANG IDENTITAS PASIEN RAWAT INAP	100 %
2	PENINGKATAN KOMUNIKASI YANG EFEKTIF	ANGKA VERIFIKASI LAPORAN VERBAL OLEH DPJP DI RUANG RAWAT INAP	100 %
3	PENINGKATAN KEAMANAN OBAT YANG HARUS DIWASPADAI	ANGKA KEPATUHAN PELABELAN OBAT HIGH ALERT DI RUANG RAWAT INAP	100 %
4	KEPASTIAN TEPAT LOKASI, TEPAT PROSEDUR, TEPAT PASIEN OPERASI	ANGKA KEPATUHAN PENGISIAN CHECK LIST KESELAMATAN BEDAH YANG LENGKAP DI IBS	100 %
5	PENGURANGAN RISIKO INFEKSI TERKAIT PELAYANAN KESEHATAN	ANGKA KEPATUHAN DOKTER DALAM MELAKUKAN HAND HYGIENE	75 %
6	MENGURANGI RISIKO JATUH	ANGKA KEPATUHAN UPAYA PENCEGAHAN RISIKO JATUH PASIEN DI RUANG RAWAT INAP	100 %

ISKP 1

ANGKA KEPATUHAN PEMASANGAN GELANG IDENTITAS PASIEN RAWAT INAP (%) TRIBULAN I TAHUN 2018

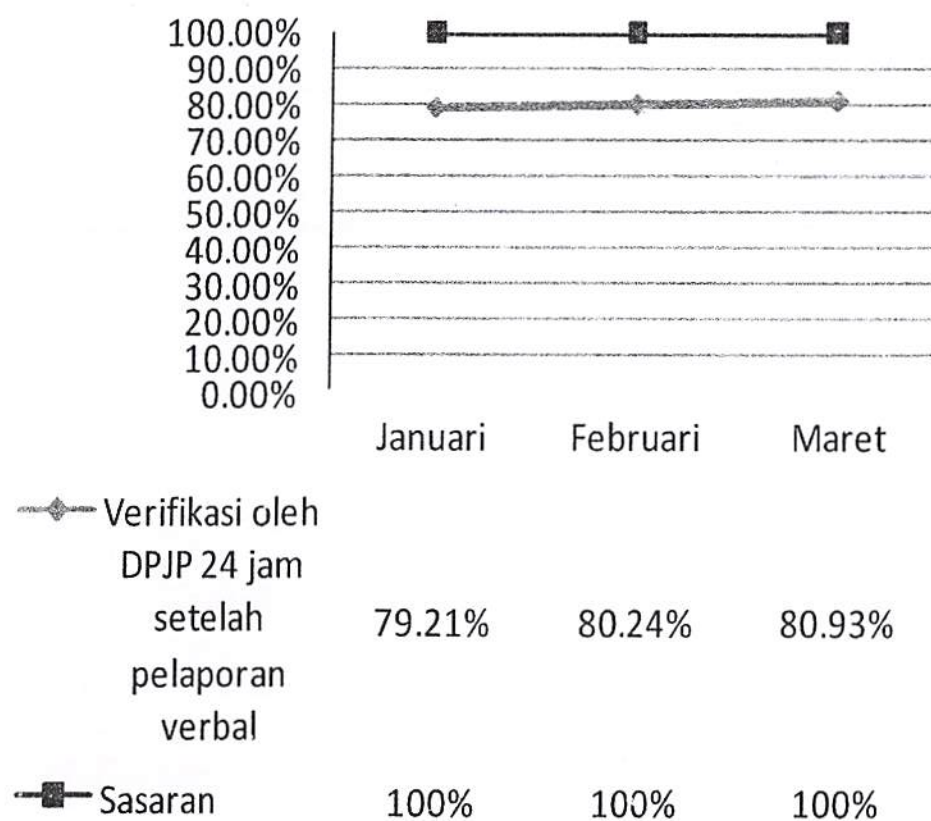


Plan	Meningkatkan kepatuhan pemasangan gelang identitas pasien rawat Inap
Do	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sosialisasi SPO sudah dilakukan. 2. Penyiapan gelang identitas sudah dilakukan. 3. Monitoring pelaksanaan sudah dilakukan.
Study	Pencapaian Tribulan I belum mencapai sasaran tapi mendekati sasaran. Hal ini karena masih ada pasien yang terlewatkan saat pemasangan gelang di IGD dan baru dipasang di ruangan.
Action	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sosialisasi ulang SPO pemasangan gelang kepada Petugas Admisi. 2. Supervisi pelaksanaan oleh Kepala Unit Admisi. 3. Monitoring pelaksanaan oleh Kepala Ruang.

ISKP 2

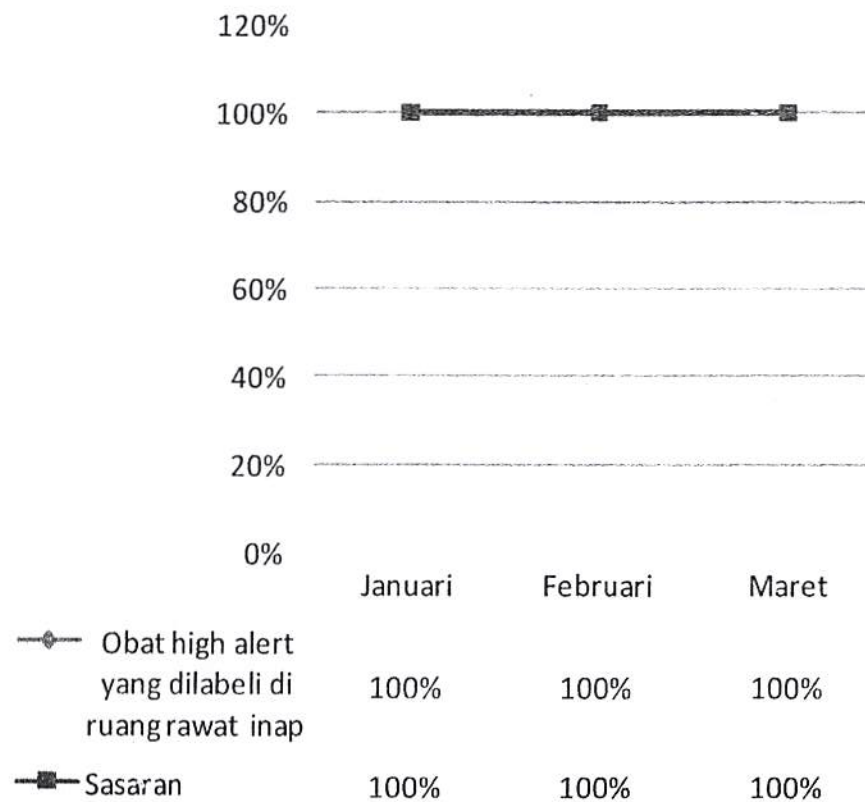
ANGKA VERIFIKASI LAPORAN VERBAL OLEH DPJP DI RUANG RAWAT INAP (%)

TRIBULAN I TAHUN 2018



Plan	Meningkatkan verifikasi laporan verbal oleh DPJP di ruang rawat inap.
Do	<ol style="list-style-type: none"> Supervisi/mengingatkan DPJP sudah dilakukan oleh Ka. Ruang dan Ka. Tim. Monitoring pelaksanaan sudah dilakukan.
Study	Pencapaian Tribulan I belum mencapai sasaran dengan kenaikan tidak signifikan setiap bulannya. Hal ini karena sosialisasi dan supervisi belum optimal.
Action	<ol style="list-style-type: none"> Sosialisasi ulang SPO oleh Bidang Pelayanan. Supervisi harian pelaksanaan verifikasi oleh Kepala Ruang. Monitoring pelaksanaan oleh Kepala Ruang.

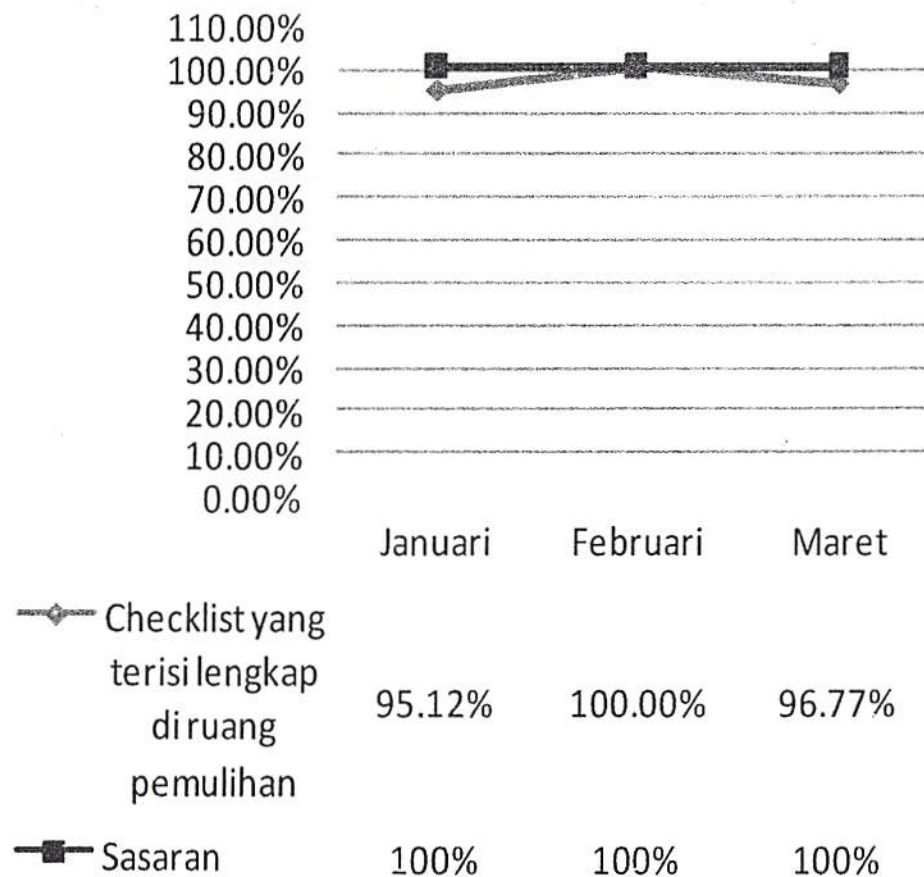
ANGKA KEPATUHAN PELABELAN OBAT HIGH ALERT DI RUANG RAWAT INAP (%) TRIBULAN I TAHUN 2018



Plan	Mempertahankan kepatuhan pelabelan obat high alert di ruang rawat inap
Do	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sosialisasi pada petugas farmasi sudah dilakukan. 2. Penyiapan label sudah dilakukan. 3. Supervisi pelaksanaan sudah dilakukan. 4. Monitoring pelaksanaan sudah dilakukan.
Study	Pencapaian selama Tribulan I sudah mencapai sasaran, tetapi harus tetap dipertahankan.
Action	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengaturan distribusi tenaga khususnya PIC Mutu dan Keselamatan. 2. Supervisi pelaksanaan oleh Kepala Instalasi Farmasi. 3. Monitoring pelaksanaan oleh Kepala Ruang.

ISKP 4

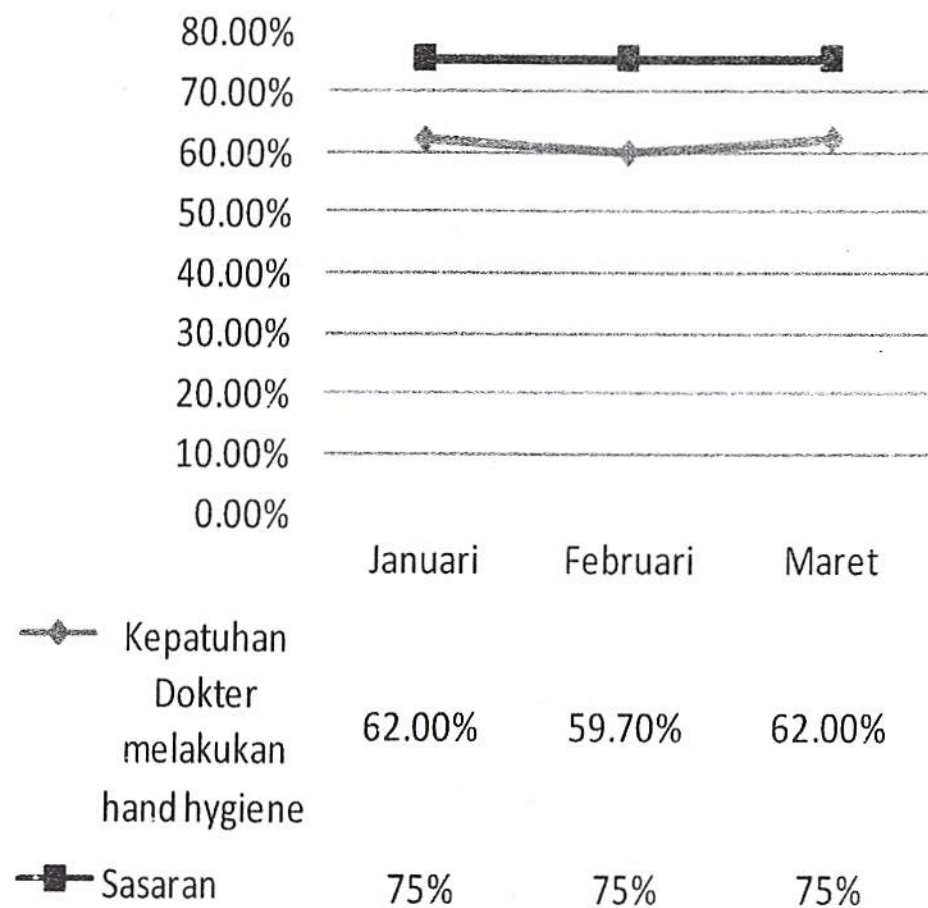
ANGKA KEPATUHAN PENGISIAN *CHECK LIST* KESELAMATAN BEDAH YANG LENGKAP DI IBS (%) TRIBULAN I TAHUN 2018



Plan	Meningkatkan dan mempertahankan kepatuhan pengisian checklist keselamatan bedah yang lengkap di IBS
Do	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sosialisasi SPO sudah dilakukan. 2. Penyiapan blangko SSC sudah dilakukan. 3. Pemenuhan tenaga di Ruang RR sudah dilakukan. 4. Monitoring pelaksanaan sudah dilakukan.
Study	Pencapaian selama Tribulan I mencapai sasaran di Bulan Februari. Bulan berikutnya menurun, hal ini karena belum konsistennya pengisian SSC oleh petugas.
Action	<ol style="list-style-type: none"> 1. Supervisi/ingatkan pelaksanaan oleh Kepala IBS. 2. Monitoring Supervisi pelaksanaan oleh Kepala IB

ISKP 5

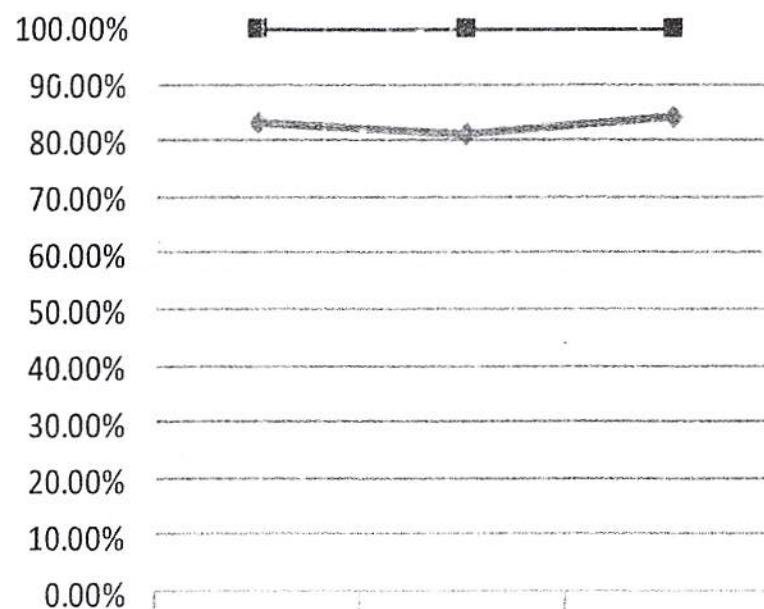
ANGKA KEPATUHAN DOKTER DALAM MELAKUKAN *HAND HYGIENE* (%) TRIBULAN I TAHUN 2018



Plan	Meningkatkan kepatuhan dokter dalam melakukan hand hygiene
Do	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sosialisasi SPO sudah dilakukan. 2. Penyiapan alat dan sarana hand hygiene sudah dilakukan. 3. Supervisi sudah dilakukan. 4. Monitoring/audit pelaksanaan sudah dilakukan.
Study	<p>Pencapaian selama Tribulan I belum mencapai sasaran, tertinggi di Bulan Januari dan Maret sebesar 62%. Hal ini karena kadang-kadang waktu visite setiap pasien cepat dan belum optimalnya supervisi/mengingatkan dokter untuk hand hygiene.</p>
Action	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sosialisasi ulang SPO oleh Komite PPI. 2. Supervisi/ingatkan pelaksanaan hand hygiene oleh Kepala Ruang. 3. Penempatan cairan hand rub di troli visite dokter. 4. Monitoring/audit kepatuhan oleh Komite PPI.

ISKP 6

ANGKA KEPATUHAN UPAYA PENCEGAHAN RISIKO JATUH PASIEN DI RUANG RAWAT INAP (%) TRIBULAN I TAHUN 2018



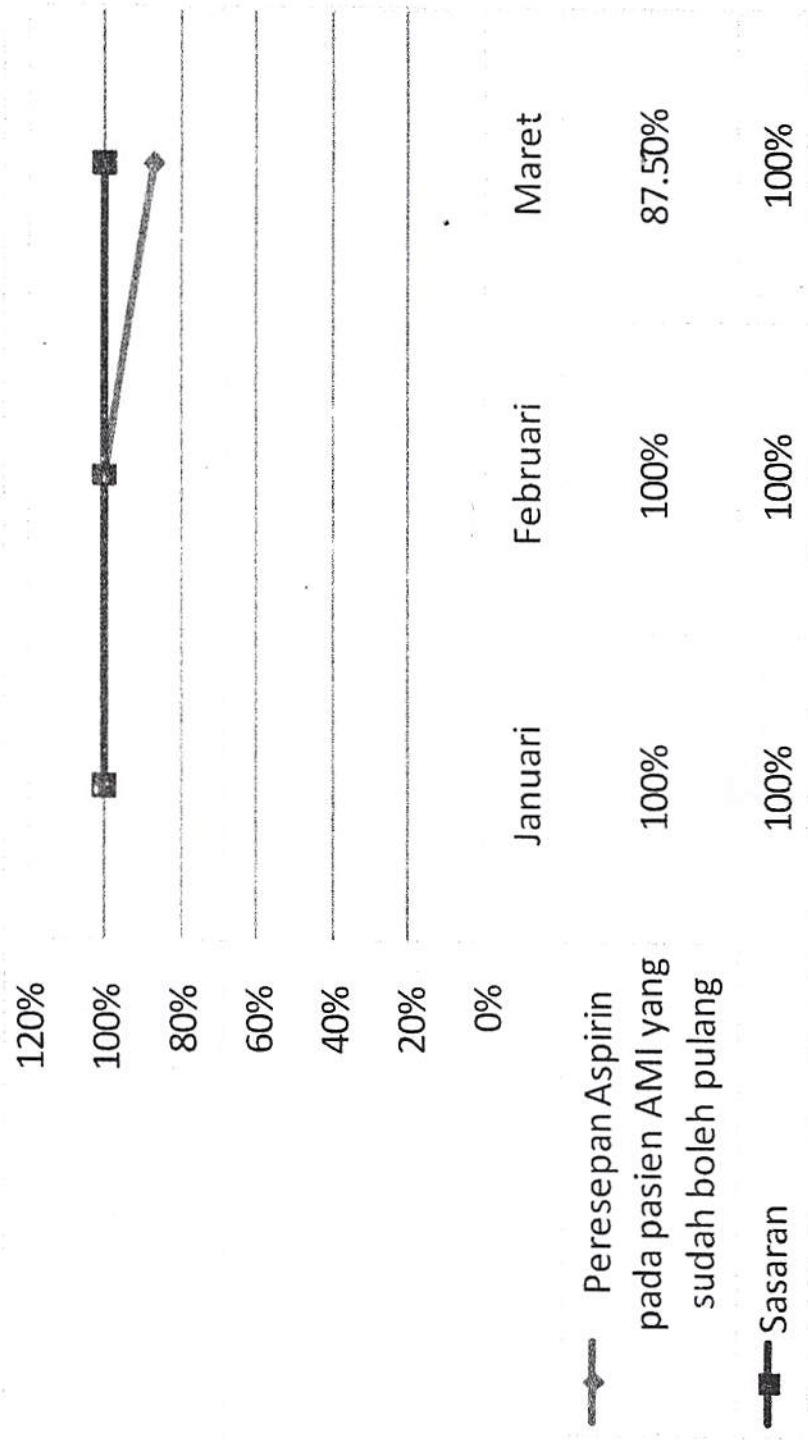
	Januari	Februari	Maret
—◆— Kepatuhan upaya pencegahan risiko jatuh pasien	82.91%	81.06%	84.06%
—■— Sasaran	100%	100%	100%

Plan	Meningkatkan kepatuhan upaya pencegahan risiko jatuh pasien di ruang rawat inap.
Do	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pelaksanaan sosialisasi lembar monitoring risiko jatuh. 2. Penyediaan penanda risiko jatuh. 3. Supervisi pelaksanaan sudah dilakukan tapi belum optimal. 4. Monitoring pelaksanaan sudah dilakukan.
Study	Pencapaian selama Tribulan I belum mencapai sasaran. Hal ini karena belum optimalnya supervisi yang dilakukan oleh Kepala Ruang.
Action	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkatkan supervisi oleh Kepala Ruang/Unit dan PIC Mutu. 2. Monitoring pelaksanaan oleh Komite PMKP.

D. INDIKATOR INTERNATIONAL LIBRARY OF MEASURES (IILM)

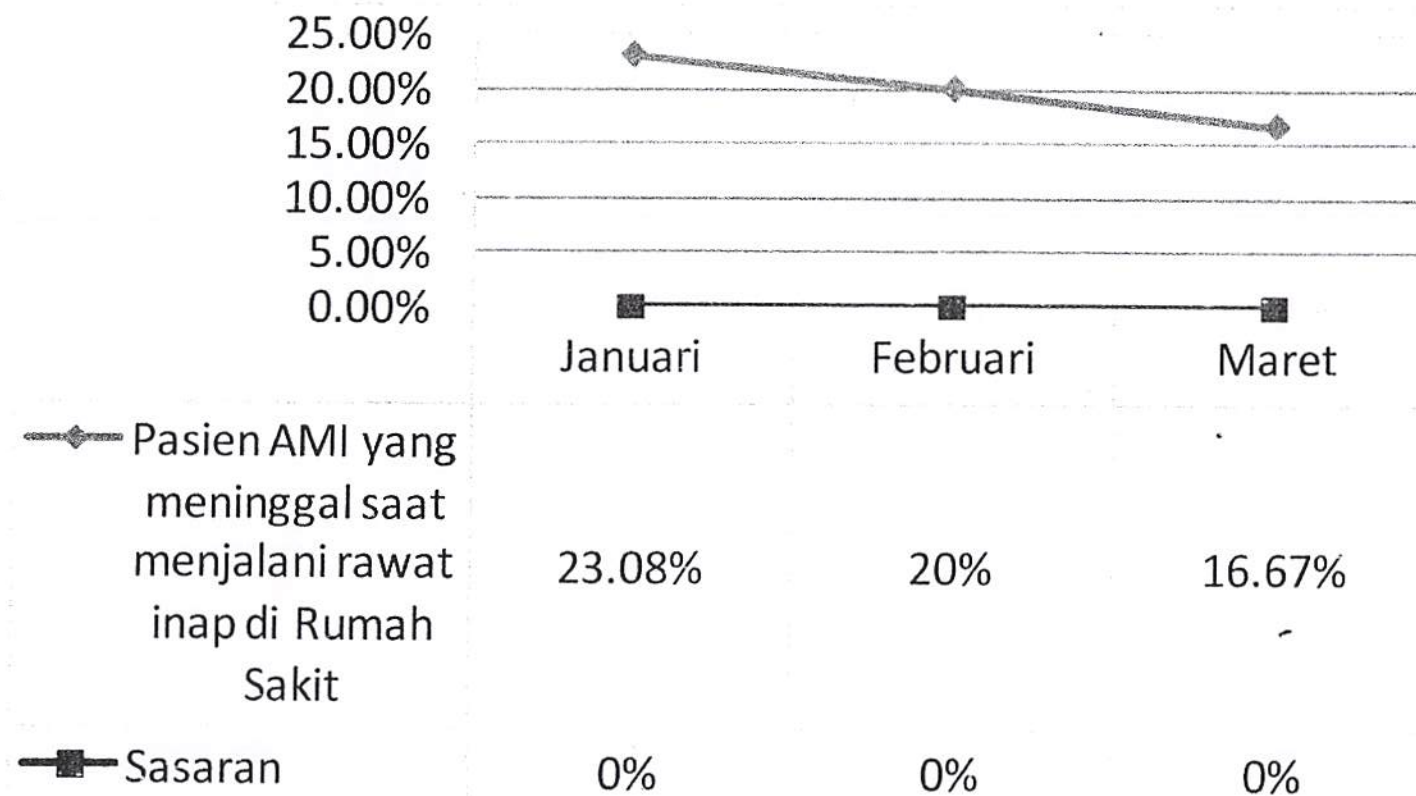
NO	AREA INDIKATOR	NAMA INDIKATOR	SASARAN
1.	Acute Myocard Infarction (AMI)	PERESEPAN ASPIRIN PADA PASIEN AMI YANG SUDAH BOLEH PULANG	100 %
2.	Acute Myocard Infarction (AMI)	PASIEN AMI YANG MENINGGAL SAAT MENJALANI RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT	0 %
3.	Stroke	PASIEN STROKE ISKEMIK YANG MENDAPAT TERAPI ANTI TROMBOTIK PADA SAAT PULANG	100 %
4.	Nursing Sensitive Care (NSC)	KEJADIAN ULKUS DEKUBITUS GRADE II ATAU LEBIH YANG DIDAPATKAN DI RUMAH SAKIT DI RUANG RAWAT INAP	$\leq 2.7 \%$
5.	Persalinan Elektif	PASIEN DENGAN PERSALINAN PERVAGINAM ELEKTIF ATAU SECTIO CESARIA ELEKTIF PADA USIA KEHAMILAN ≥ 37 MINGGU DAN < 39 MINGGU	$< 5 \%$

PERESEPAN ASPIRIN PADA PASIEN AMI YANG SUDAH BOLEH PULANG (%)
 TRIBULAN I TAHUN 2018



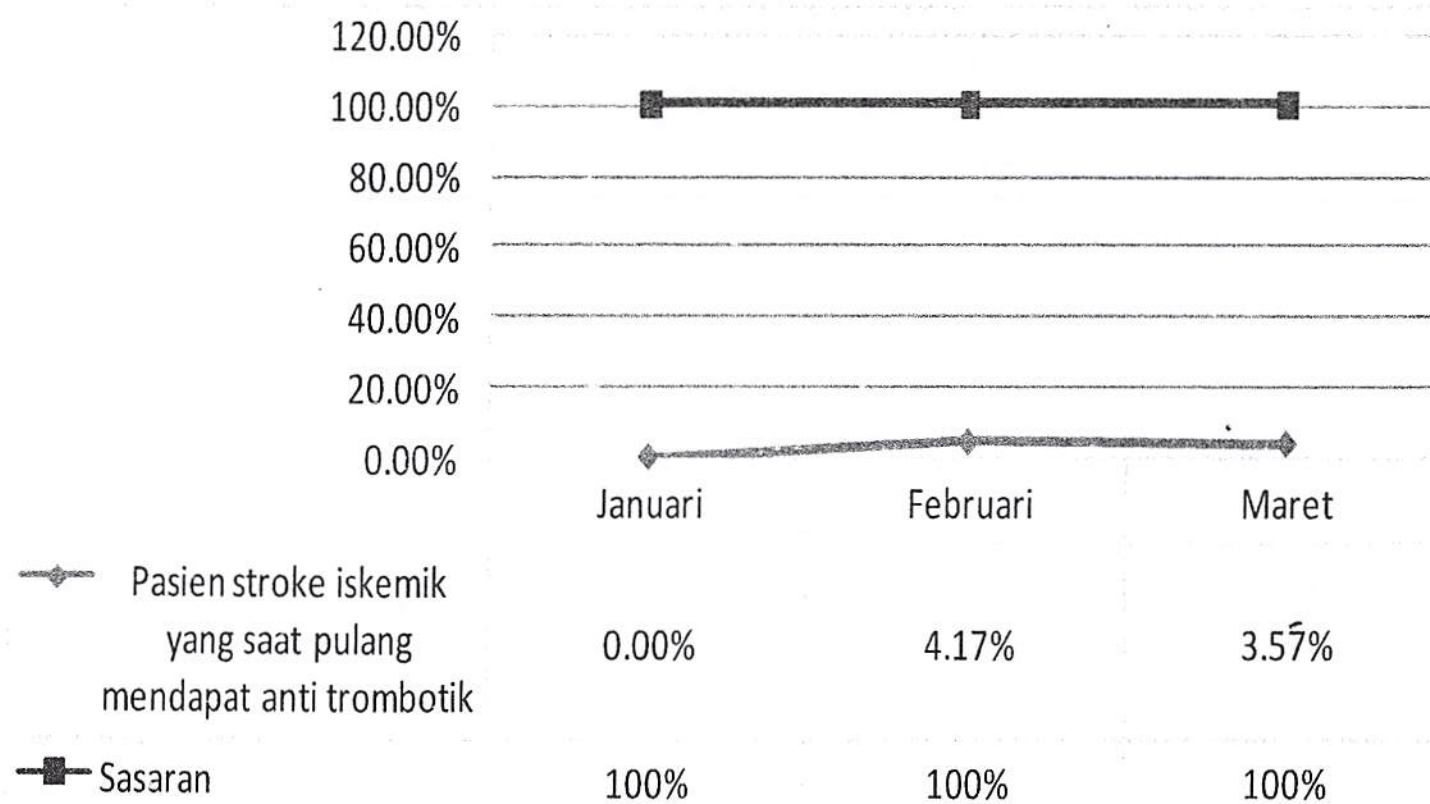
ILM 2

PASIEN AMI YANG MENINGGAL SAAT MENJALANI RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT (%) TRIBULAN I TAHUN 2018



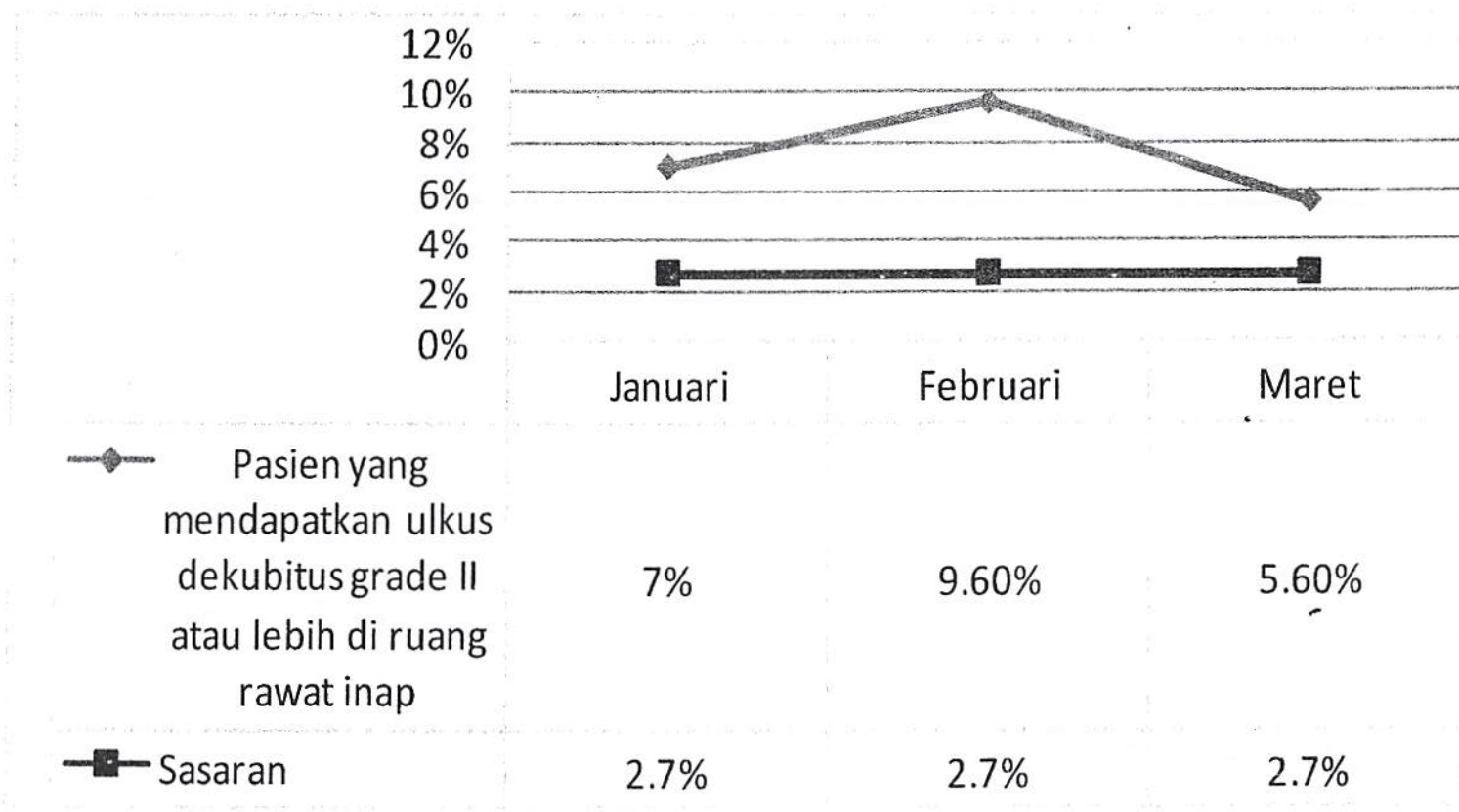
ILM 3

PASIEN STROKE ISKEMIK YANG MENDAPAT TERAPI ANTI TROMBOTIK PADA SAAT PULANG (%) TRIBULAN I TAHUN 2018



ILM 4

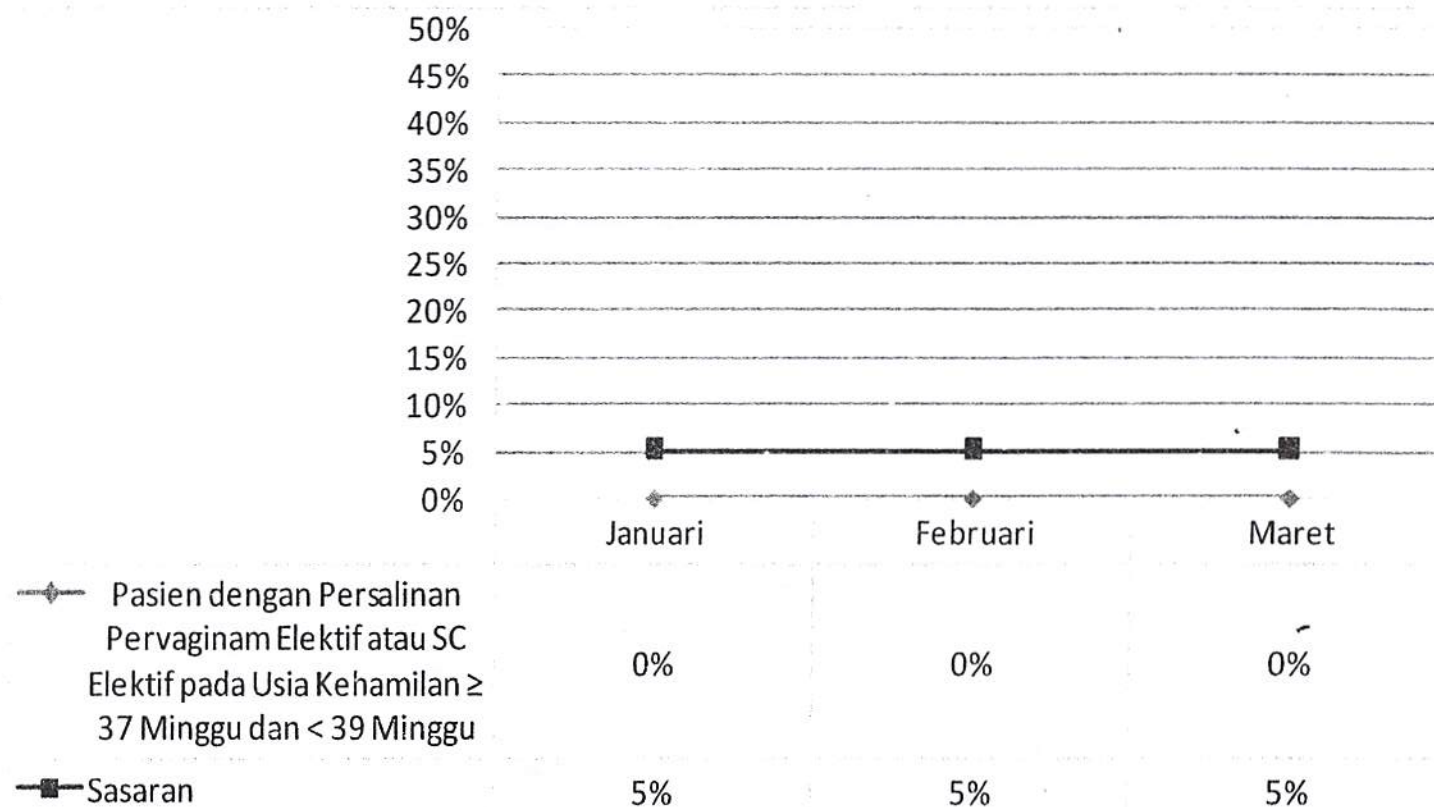
KEJADIAN ULKUS DEKUBITUS GRADE II ATAU LEBIH YANG DIDAPATKAN DI RUMAH SAKIT DI RUANG RAWAT INAP (%o) TRIBULAN I TAHUN 2018



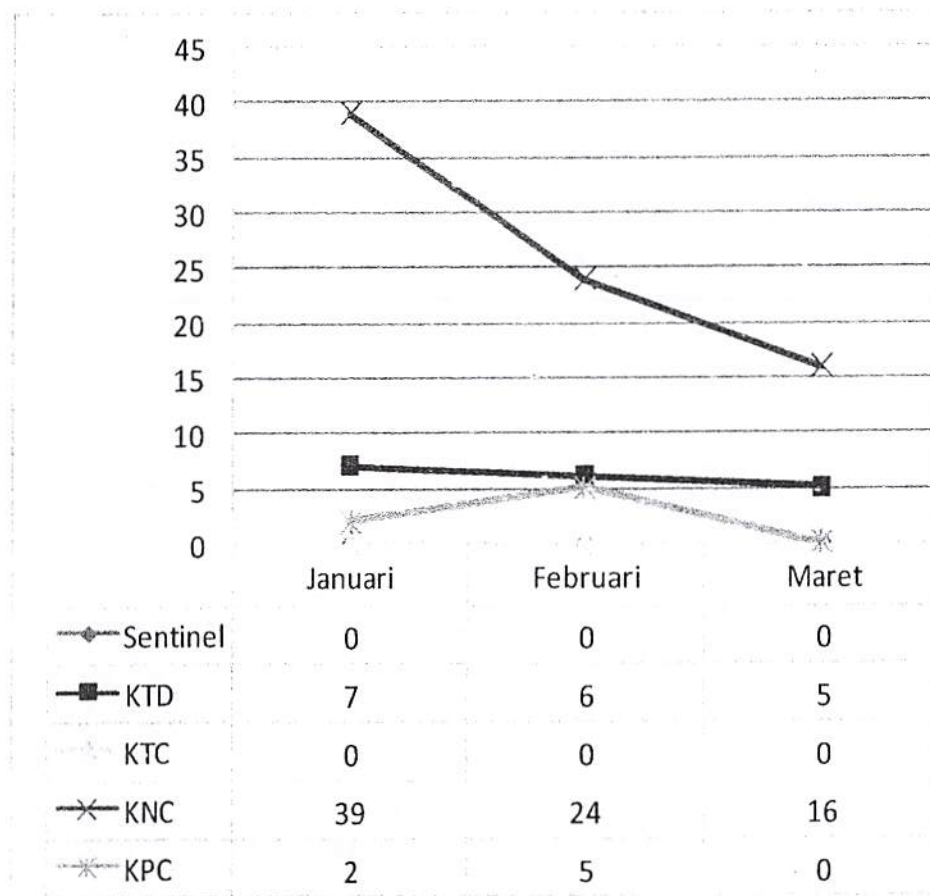
ILM 5

PASIENT DENGAN PERSALINAN PERVAGINAM ELEKTIF ATAU SECTIO CESARIA ELEKTIF PADA USIA KEHAMILAN ≥ 37 MINGGU DAN < 39 MINGGU (%)

TRIBUNAL I TAHUN 2018



E. ANALISA INSIDEN KESELAMATAN PASIEN (SENTINEL, KTD, KTC, KNC, KPC) TRIBULAN I TAHUN 2018



Plan	Menurunkan dan mempertahankan insiden keselamatan pasien.
Do	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sosialisasi tentang keselamatan pasien sudah dilakukan. 2. PIC Mutu dan Keselamatan Pasien sudah ada. 3. Supervisi pelaksanaan sudah dilakukan. 4. Monitoring pelaksanaan sudah dilakukan.
Study	Selama Tribulan I tidak ada kejadian sentinel, terbanyak adalah KNC dengan jumlah insiden yang menurun.
Action	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sosialisasi ulang di unit kerja. 2. Supervisi pelaksanaan oleh Kepala Unit/Instalasi dan Komite PMKP. 3. Ingatkan dalam rapat, meeting morning pentingnya keselamatan pasien. 4. Monitoring pelaksanaan oleh Komite PMKP.

III. KESIMPULAN DAN TINDAK LANJUT

Dari hasil analisa data indikator mutu dan keselamatan pasien kesimpulan dan tindak lanjutnya sebagai berikut:

A. INDIKATOR AREA KLINIS (IAK)

NO	AREA INDIKATOR	NAMA INDIKATOR	SASARAN	CAPAIAN TERBAIK	TINDAK LANJUT
1.	ASESMEN TERHADAP AREA KLINIK	ANGKA PENGKAJIAN AWAL MEDIS RAWAT INAP DALAM WAKTU 24 JAM	100 %	96.33% di Bulan Maret	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ingatkan DPJP untuk melengkapi pengkajian awal medis oleh Kepala Ruang dan Ka. Tim Perawat. 2. Pengusulan dokter jaga bangsal/ruang. 3. Pemantauan kelengkapan pengkajian awal medis dalam 24 jam oleh PIC. 4. Tingkatkan komunikasi dan motivasi oleh Direksi RS.
2.	PELAYANAN LABORATORIUM	ANGKA PELAPORAN HASIL NILAI KRITIS LABORATORIUM	100 %	100% Tribulan I	Mempertahankan capaian.
3.	PELAYANAN RADIOLOGI	WAKTU TUNGGU HASIL PELAYANAN FOTO THORAX	≤ 3 jam (180 menit)	37-45 menit tercapai di Tribulan I	Mempertahankan capaian.
4.	PROSEDUR BEDAH	ANGKA KEPATUHAN PENANDAAN SISI DAN LOKASI OPERASI	100 %	100% di Bulan Maret	Mempertahankan capaian.
5.	PENGUNAAN OBAT DAN ANTIBIOTIK LAINNYA	ANGKA KETEPATAN JENIS ANTIBIOTIK PROFILAKSIS BEDAH SESUAI REGULASI	100 %	20.29% Bulan Januari	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sosialisasi kebijakan kepada operator oleh Tim PPRA dan Direksi RS. 2. Komunikasi dan motivasi operator secara konsisten oleh Direksi RS. 3. Supervisi dan monitoring oleh Tim PPRA.
6.	KESALAHAN MEDIS DAN KNC	ANGKA KEJADIAN KESALAHAN PEMBERIAN OBAT DI APOTIK RAWAT JALAN	0 %	0.17% Bulan Maret	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan evaluasi efektivitas perubahan yang sudah dilakukan. 2. Supervisi dan monitoring pelaksanaan oleh Kepala Instalasi Farmasi.
7.	PELAYANAN ANESTHESI DAN SEDASI	ANGKA KELENGKAPAN ASESMEN PRE ANESTESI	100 %	95.52% di Bulan Februari	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ingatkan pelaksanaan oleh Kepala IBS dan Ruang Flamboyan. 2. Motivasi dokter oleh Direksi RS. 3. Monitoring pelaksanaan oleh Kepala IBS.

8.	PENGUNAAN DARAH DAN PRODUK DARAH	ANGKA KEJADIAN REAKSI TRANSFUSI	$\leq 0.01\%$	8.30% Bulan Februari.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sosialisasi ulang SPO transfusi darah oleh Bidang pelayanan. 2. Buat lembar pemantauan pemberian transfusi darah, sosialisasikan dan gunakan. 3. Supervisi dan monitoring pelaksanaan oleh Kepala Ruang.
9.	KETERSEDIAAN, ISI DAN PENGGUNAAN CATATAN MEDIK	ANGKA KELENGKAPAN PENGISIAN INFORMED CONSENT PADA TINDAKAN PEMBEDAHAN	100 %	100% di Bulan Januari dan Maret	<ol style="list-style-type: none"> 1. Supervisi pelaksanaan oleh Kepala Ruangan Rawat Inap dan IBS. 2. Monitoring untuk mempertahankan capaian.
10.	PENCEGAHAN DAN KONTROL INFEKSI SURVEILANS DAN PELAPORAN	ANGKA TERJADINYA VAP (VENTILATOR ASSOCIATED PNEUMONIA)	$\leq 5,8 \%$	19.20% Bulan Maret	<ol style="list-style-type: none"> 1. Re-edukasi ulang bundle VAP di Unit Kritis oleh Komite PPI. 2. Motivasi Ka. Instalasi, Koordinator dan Ka. Tim untuk memastikan bundle VAP berjalan dengan baik. 3. Supervisi harian pelaksanaan bundle VAP oleh Koordinator dan Ka. Ruangan. 4. Supervisi dan monitoring pelaksanaan oleh Komite PPI.

B. INDIKATOR AREA MANAJEMEN (IAM)

NO	AREA INDIKATOR	NAMA INDIKATOR	SASARAN	CAPAIAN TERBAIK	TINDAK LANJUT
1.	PENGADAAN RUTIN PERALATAN KESEHATAN DAN OBAT UNTUK MEMENUHI KEBUTUHAN PASIEN	KETERSEDIAAN OBAT DAN ALAT KESEHATAN EMERGENSI DI IGD	100 %	100% Tribulan I	<ol style="list-style-type: none"> 1. Supervisi dan monitoring pelaksanaan oleh Kepala Instalasi Farmasi. 2. Retensi PIC Mutu Farmasi Rawat Inap. 3. Pertahankan capaian oleh Instalasi Farmasi.
2.	PELAPORAN YANG DIWAJIBKAN OLEH PERUNDANG-UNDANGAN	KEJADIAN INFEKSI NOSOKOMIAL DI RAWAT INAP	$\leq 9\%$	0.60%-1.40%	Mempertahankan capaian.
3.	MANAJEMEN RISIKO	KEJADIAN PULANG SEBELUM DINYATAKAN SEMBUH	$\leq 5 \%$	0.73%-1.12%	Mempertahankan capaian.
4.	PEMANFAATAN SUMBER DAYA RUMAH SAKIT	ALAT UKUR DAN ALAT LABORATORIUM YANG DIKALIBRASI TEPAT WAKTU	100 %	100% Tahun 2016 dan 2017	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan kalibrasi sesuai jadwal dan jenis alat. 2. Supervisi pelaksanaan oleh Kepala Instalasi Laboratorium dan IPSRS. 3. Monitoring pelaksanaan oleh Kepala Instalasi Laboratorium dan IPSRS.

5.	HARAPAN DAN KEPUASAN PASIEN DAN KELUARGA	KEPUASAN PELANGGAN RAWAT INAP	≥ 90 %	79.04% Tribulan I	<ol style="list-style-type: none"> 1. Koordinasi dengan Bidang terkait untuk pemeliharaan dan perbaikan sarana prasarana. 2. Komunikasi dan edukasi pada pasien dan keluarga terutama saat masuk rs. 3. Handling complain proaktif oleh Unit terkait dan Instalasi PKRS.
6.	HARAPAN DAN KEPUASAN STAF	TINGKAT KEPUASAN STAF	≥ 90 %	66.33% Tahun 2017	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penilaian kepuasan staf akhir Tahun 2018 oleh Bagian Kepegawaian. 2. Rapat Koordinasi berjenjang tiap 2 bulan untuk unit kerja, 3 bulan untuk instalasi dan bidang digunakan untuk komunikasi organisasi. 3. Pembagian jasa pelayanan sesuai kesepakatan waktu.
7.	DEMOGRAFI PASIEN DAN DIAGNOSA KLINIK	DEMOGRAFI PASIEN DENGAN DIAGNOSA KLINIS DHF	100 %	100% Bulan Maret	<ol style="list-style-type: none"> 1. Supervisi/ mengingatkan pelaksanaan oleh Kepala Ruang dan Petugas RM. 2. Monitoring pelaksanaan oleh Kepala Ruang.
8.	MANAJEMEN KEUANGAN	ANGKA BERKAS KLAIM BPJS RAWAT INAP SUSULAN	0 %	2.66% di Bulan Januari	<ol style="list-style-type: none"> 1. Komunikasi dan koordinasi Unit dan Bidang terkait setiap ada perubahan kebijakan BPJS. 2. Supervisi pelaksanaan oleh Kepala Bidang Keuangan. 3. Monitoring untuk mempertahankan capaian oleh Kepala Bidang Keuangan.
9.	PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN DARI KEJADIAN YANG DAPAT MENIMBULKAN MASALAH BAGI KESELAMATAN PASIEN, KELUARGA DAN STAF	KETERSEDIAAN CAIRAN HANDRUB DI RAWAT INAP	100 %	100% di Bulan Januari	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pantau ketersediaan cairan hand rub. 2. Supervisi pelaksanaan oleh Kepala Unit. 3. Monitoring/audit berkala oleh IPCN.

C. INDIKATOR SASARAN KESELAMATAN PASIEN

NO	AREA INDIKATOR	NAMA INDIKATOR	SASARAN	CAPAIAN TERBAIK	TINDAK LANJUT
1.	KETEPATAN IDENTIFIKASI PASIEN	ANGKA KEPATUHAN PEMASANGAN GELANG IDENTITAS PASIEN RAWAT	100 %	99.36% di Bulan Maret	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sosialisasi ulang SPO pemasangan gelang kepada Petugas Admisi.

		INAP			2. Supervisi pelaksanaan oleh Kepala Unit Admisi. 3. Monitoring pelaksanaan oleh Kepala Ruang.
2.	PENINGKATAN KOMUNIKASI YANG EFEKTIF	ANGKA VERIFIKASI LAPORAN VERBAL OLEH DPJP DI RUANG RAWAT INAP	100 %	80.93% di Bulan Maret	1. Sosialisasi ulang SPO oleh Bidang Pelayanan. 2. Supervisi harian pelaksanaan verifikasi oleh Kepala Ruang. 3. Monitoring pelaksanaan oleh Kepala Ruang.
3.	PENINGKATAN KEAMANAN OBAT YANG HARUS DIWASPADAI	ANGKA KEPATUHAN PELABELAN OBAT HIGH ALERT DI RUANG RAWAT INAP	100 %	100% Tribulan I	Mempertahankan capaian.
4.	KEPASTIAN TEPAT LOKASI, TEPAT PROSEDUR, TEPAT PASIEN OPERASI	ANGKA KEPATUHAN PENGISIAN CHECK LIST KESELAMATAN BEDAH YANG LENGKAP DI IBS	100 %	100% di Bulan Februari	1. Supervisi/ingatkan pelaksanaan oleh Kepala IBS. 2. Monitoring Supervisi pelaksanaan oleh Kepala IBS.
5.	PENGURANGAN RISIKO INFEKSI TERKAIT PELAYANAN KESEHATAN	ANGKA KEPATUHAN DOKTER DALAM MELAKUKAN HAND HYGIENE	75 %	62% di Bulan Januari dan Maret	1. Sosialisasi ulang SPO oleh Komite PPI. 2. Supervisi/ingatkan pelaksanaan hand hygiene oleh Kepala Ruang. 3. Penempatan cairan hand rub di troli visite dokter. 4. Monitoring/audit kepatuhan oleh Komite PPI.
6.	MENGURANGI RISIKO JATUH	ANGKA KEPATUHAN UPAYA PENCEGAHAN RISIKO JATUH PASIEN DI RUANG RAWAT INAP	100 %	84.06%	1. Tingkatkan supervisi oleh Kepala Ruang/Unit dan PIC Mutu. 2. Monitoring pelaksanaan oleh Komite PMKP.

D. INDIKATOR INTERNATIONAL LIBRARY OF MEASURES

NO	AREA INDIKATOR	NAMA INDIKATOR	SASARAN	CAPAIAN TERBAIK
1.	ACUTE MYOCARD INFARCTION (AMI)	PERESEPAN ASPIRIN PADA PASIEN AMI YANG SUDAH BOLEH PULANG	100%	100% di Bulan Januari dan Februari
2.	ACUTE MYOCARD INFARCTION (AMI)	PASIEN AMI YANG MENINGGAL SAAT MENJALANI RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT	0%	16.67% Bulan Maret
3.	STROKE	PASIEN STROKE ISKEMIK YANG MENDAPAT TERAPI ANTI TROMBOTIK PADA SAAT PULANG	100%	4.17% Bulan Februari
4.	NURSING SENSITIVE CARE (NSC)	KEJADIAN ULKUS DEKUBITUS GRADE II ATAU LEBIH YANG DIDAPATKAN DI RUMAH SAKIT DI RUANG RAWAT INAP	≤ 2.7‰	5.6‰ Bulan Maret
5.	PERSALINAN ELEKTIF	PASIEN DENGAN PERSALINAN PERVAGINAM ELEKTIF ATAU SECTIO CESARIA ELEKTIF PADA USIA KEHAMILAN ≥ 37 MINGGU DAN < 39 MINGGU	< 5%	0 % Tribulan I

E. ANALISA INSIDEN KESELAMATAN PASIEN

NO	JENIS IKP	BULAN			TINDAK LANJUT
		JANUARI	FEBRUARI	MARET	
1.	SENTINEL	1	0	0	1. Sosialisasi ulang di unit kerja. 2. Supervisi pelaksanaan oleh Kepala Unit/Instalasi dan Komite PMKP. 3. Ingatkan dalam rapat, meeting morning pentingnya keselamatan pasien. 4. Monitoring pelaksanaan oleh Komite PMKP.
2.	KTD	8	9	10	
3.	KTC	3	3	6	
4.	KNC	13	34	12	
5.	KPC	7	1	1	

IV. PENUTUP

Upaya peningkatan mutu harus dilakukan terus menerus dan berkesinambungan melalui pemantauan terhadap indikator mutu yang telah ditetapkan oleh rumah sakit. Dengan menggunakan analisa PDSA terhadap capaian setiap indikator mutu, maka didapatkan tindak lanjut untuk mengatasi masalah dan mencapai sasaran. Laporan ini merupakan bagian dari perbaikan mutu dan keselamatan pasien di RSUD Muntilan 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.