

LAPORAN
CAPAIAN INDIKATOR MUTU RUMAH SAKIT
TRIBULAN I 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 Muntilan 56411

LAPORAN
CAPAIAN INDIKATOR MUTU RUMAH SAKIT
RSUD MUNTILAN KABUPATEN MAGELANG
TRIBUNAN I TAHUN 2019

Muntilan, 22 April 2019

Direktur RSUD Muntilan
Kabupaten Magelang



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

NIP. 19660115 199603 1 003

Ketua Komite PMKP

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Ana Roechana'.

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. 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.

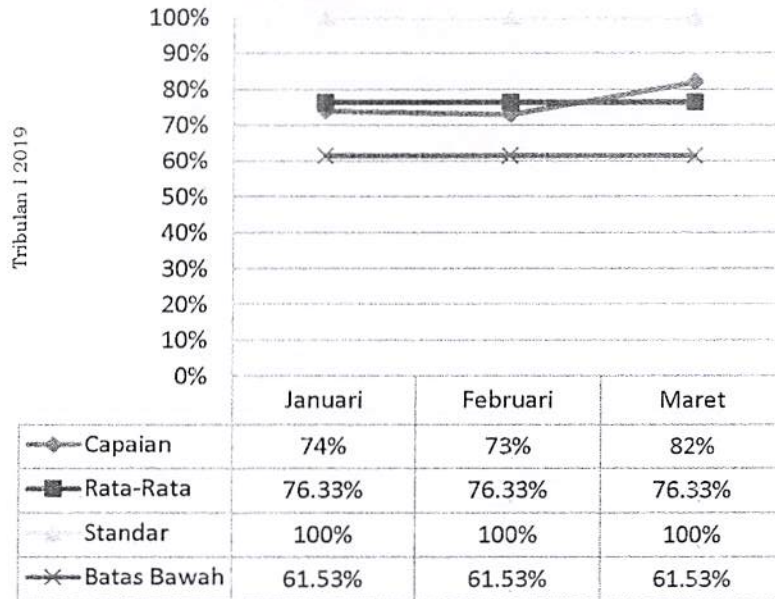
II. CAPAIAN, ANALISIS DAN TINDAK LANJUT INDIKATOR MUTU RUMAH SAKIT

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 Lapor 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%.

Grafik: Kepatuhan Identifikasi Pasien



Analisis :

Pencapaian selama Tribulan I belum mencapai standar dengan rata-rata 76.33%, tertinggi dibulan Maret 82%. Jika dibandingkan dengan standar dan rumah sakit sejenis yang mencapai 100%, maka capaian lebih rendah. Hal ini karena indikator ini merupakan indikator baru yang mengukur proses identifikasi/kepatuhan terhadap prosedur identifikasi pasien sehingga belum optimal dalam sosialisasi dan edukasi kepada petugas.

Tindak Lanjut:
Dilakukan PDSA pada Bulan April.

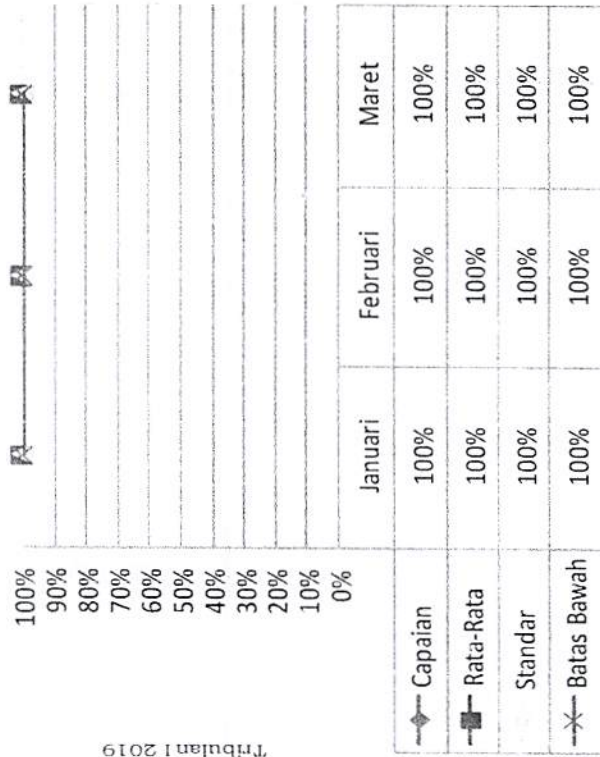
Plan
(Rencana, Outcome, Langkah, Populasi, Waktu)
Meningkatkan kepatuhan identifikasi pasien dengan melakukan sosialisasi ulang SPO Identifikasi Pasien kepada petugas di unit pelayanan, dengan target 100% petugas di Unit Pelayanan tersosialisasi.

Do
(Amati)
Melaksanakan sosialisasi ulang SPO Identifikasi Pasien ke petugas di Unit Pelayanan oleh Komite PMKP.

Study
(Pelajari, Lihat Tujuan)
Monitoring pelaksanaan sosialisasi SPO Identifikasi Pasien.

Action
(Simpulkan)
Melakukan evaluasi pada bulan berikutnya.

Grafik: Emergency Respon Time

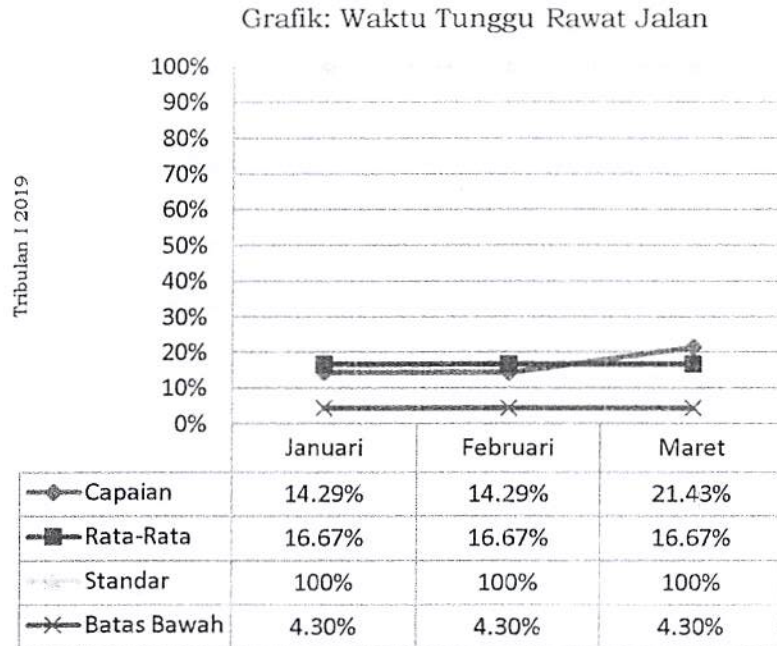


Analisis :

Emergency respon time selama Tribulan I 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 I belum mencapai standar dengan rata-rata 16.67%, tertinggi dibulan Maret 21.43%. Jika dibandingkan dengan standar maka capaian lebih rendah. Adapun rumah sakit sejenis juga belum tercapai dengan capaian 71.62%. Belum tercapainya waktu tunggu rawat jalan <60 menit karena:

1. Dokter melakukan visite pasien di rawat inap dahulu 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 09.30 WIB.
2. Pendaftaran belum *online* sehingga pasien/keluarga harus mengantri sejak sebelum loket buka.
3. Penyiapan berkas rekam medik pasien sering terlambat.

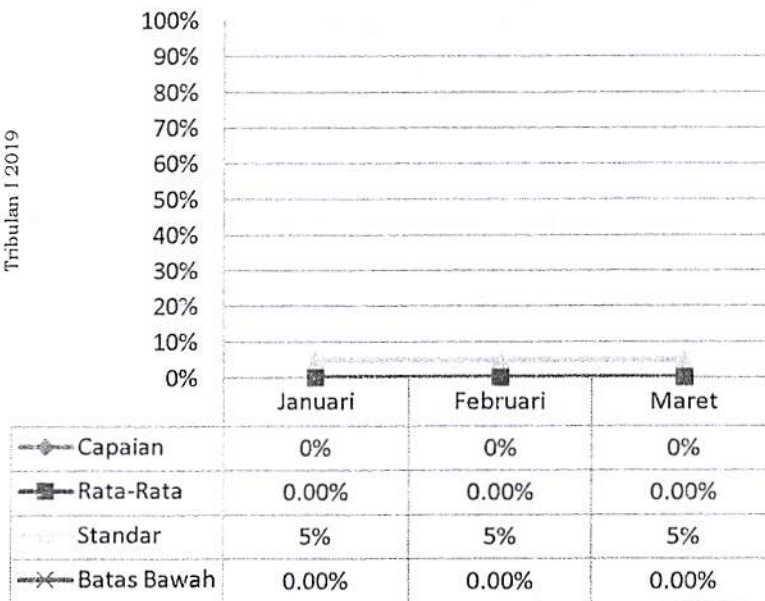
Tindak Lanjut:

Dilakukan PDSA pada Bulan April.

<p>Plan (Rencana, Outcome, Langkah Populasi-Waktu)</p>	<p>Meningkatkan pencapaian waktu tunggu rawat jalan dengan melakukan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Koordinasi dengan pihak terkait (Instalasi Rawat Jalan, Sub Bidang RM, Bidang Pelayanan, Bidang Penunjang, Perwakilan SMF) dengan target 100%. 2. Membangun komitmen bersama untuk perbaikan dengan target 100% (jam mulai pemeriksaan dokter). 3. Monitoring evaluasi harian penyiapan rekam medik pasien oleh Koordinator Mutu Instalasi Rawat jalan. 4. Usulan pengadaan pendaftaran pasien <i>online</i> dengan target akhir tahun 2019 terlaksana.
<p>Do (Amati)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melaksanakan koordinasi dengan pihak terkait di Bulan April dengan mengundang Direktur. 2. Membuat kesepakatan dengan pihak terkait mengenai jam mulai pemeriksaan. 3. Melaksanakan supervisi penyiapan rekam medik pasien rawat jalan. 4. Melaksanakan koordinasi dengan Bidang Keuangan, Ka. Bag. TU, Instalasi SIM RS, Instalasi PK RS Humas terkait sistem pendaftaran <i>online</i> pasien.
<p>Study (Pelajari, Lihat Tujuan)</p>	<p>Monitoring pelaksanaan kegiatan untuk meningkatkan capaian waktu tunggu rawat jalan.</p>
<p>Action (Simpulkan)</p>	<p>Melakukan evaluasi pada bulan berikutnya.</p>

Tribulan I 2019

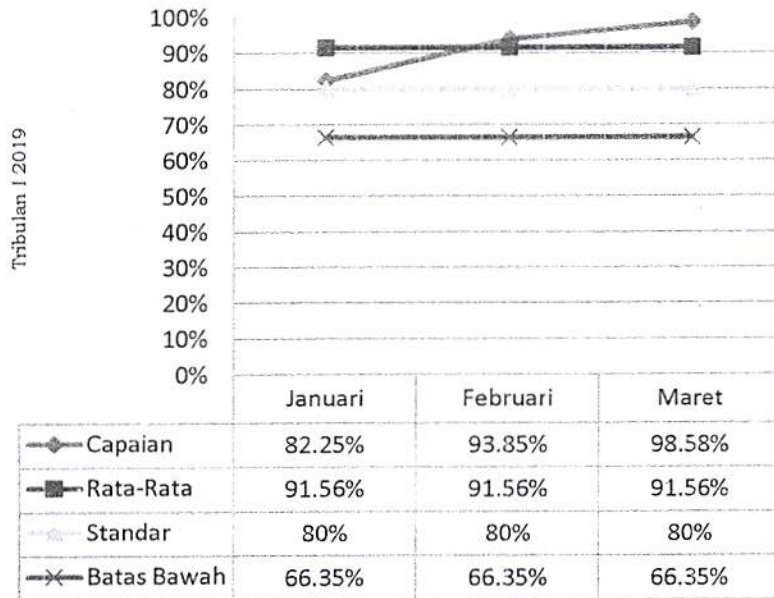
Grafik: Penundaan Operasi Elektif



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

Tindak Lanjut:
 Dipertahankan dengan melakukan monitoring evaluasi.

Grafik: Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis.

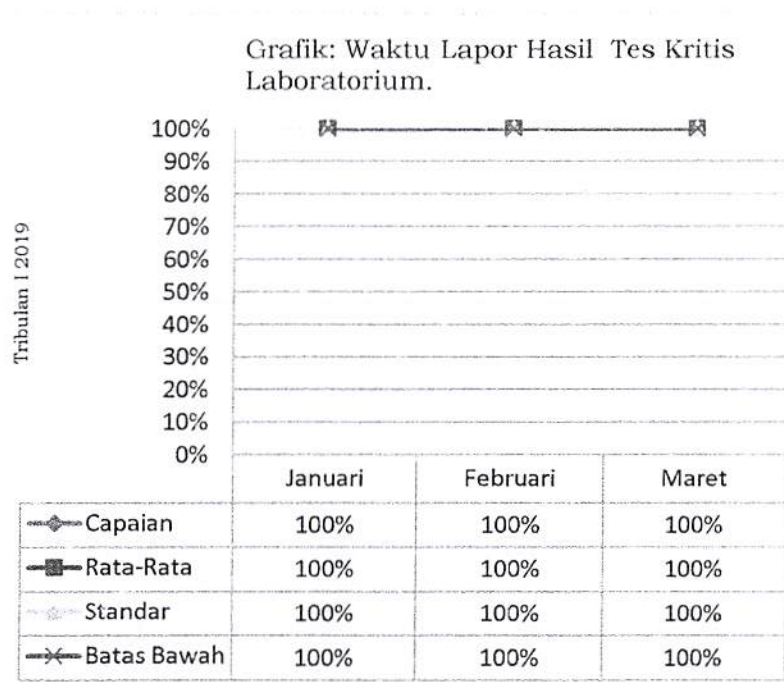


Analisis :

Kepatuhan jam visite dokter spesialis selama Tribulan I sudah sesuai standar, konsisten setiap bulannya dan sama dengan pencapaian rumah sakit sejenis, diatas 80% dengan rata-rata capaian 98.83%.

Tindak Lanjut:

Dipertahankan dengan melakukan monitoring evaluasi.

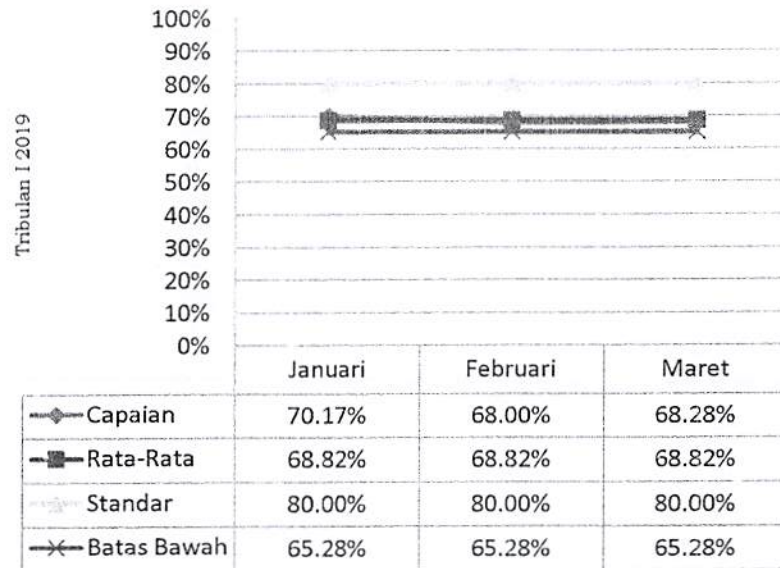


Tribulan I 2019

Analisis :
 Waktu lapor hasil tes kritis laboratorium selama Tribulan I sudah sesuai standar 100%, konsisten setiap bulannya dan lebih tinggi dari pencapaian rumah sakit sejenis (98.95%).

Tindak Lanjut:
 Dipertahankan dengan melakukan monitoring evaluasi.

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



Analisis :

Pencapaian selama Tribulan I belum mencapai standar dengan rata-rata 68.82%, tertinggi dibulan Januari 70.17%. Jika dibandingkan dengan standar 80% dan rumah sakit sejenis 97.66%, maka capaian lebih rendah. Hal ini karena belum optimalnya supervisi dan koordinasi antara KSM, KFT, Komite Medis, dan Bidang Pelayanan.

Tindak Lanjut:
Dilakukan PDSA pada Bulan April.

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

Meningkatkan kepatuhan penggunaan formularium nasional dengan melakukan supervisi dan koordinasi antara KSM, KFT, Komite Medis, dan Bidang Pelayanan dengan target 100% supervisi dan koordinasi tercapai.

Do
(Amati)

1. Mengingatkan dokter untuk menggunakan obat sesuai dengan formularium rumah sakit.
2. Melakukan koordinasi antara KSM, KFT, Komite Medik, dan Bidnag Pelayanan.
3. Monitoring pelaksanaan oleh PIC Instalasi Farmasi.

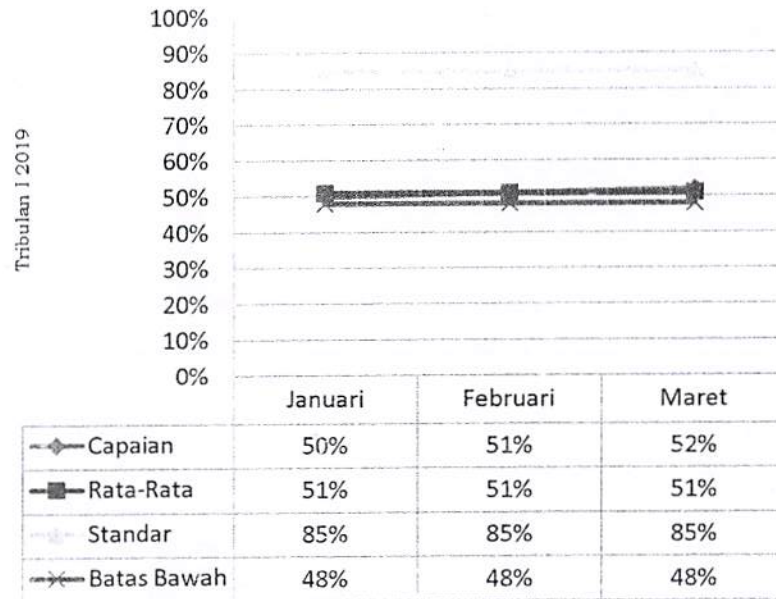
Study
(Pelajari, Lihat Tujuan)

Monitoring pelaksanaan kegiatan.

Action
(Simpulkan)

Melakukan evaluasi pada bulan berikutnya.

Grafik: Kepatuhan Cuci Tangan



Analisis :

Pencapaian selama Tribulan I belum mencapai standar dengan rata-rata 51%, tertinggi dibulan Maret 52%. Jika dibandingkan dengan standar 85% dan rumah sakit sejenis yang mencapai 81.51%, maka capaian lebih rendah. Hal ini karena masih banyak petugas yang lupa 5 momen cuci tangan.

Tindak Lanjut:

Dilakukan PDSA pada Bulan April.

Plan

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

Meningkatkan kepatuhan cuci tangan petugas dengan melakukan refresh pengetahuan petugas tentang cuci tangan dengan target refresh pengetahuan terlaksana.

Do

(Amati)

1. Melaksanakan *inhouse training* pelaksanaan cuci tangan.
2. Melakukan sosialisasi cuci tangan di saat apel pagi dan saat operan jaga.
3. Melakukan monitoring pelaksanaan cuci tangan oleh IPCN dan IPCLN.

Study

(Pelajari, Lihat Tujuan)

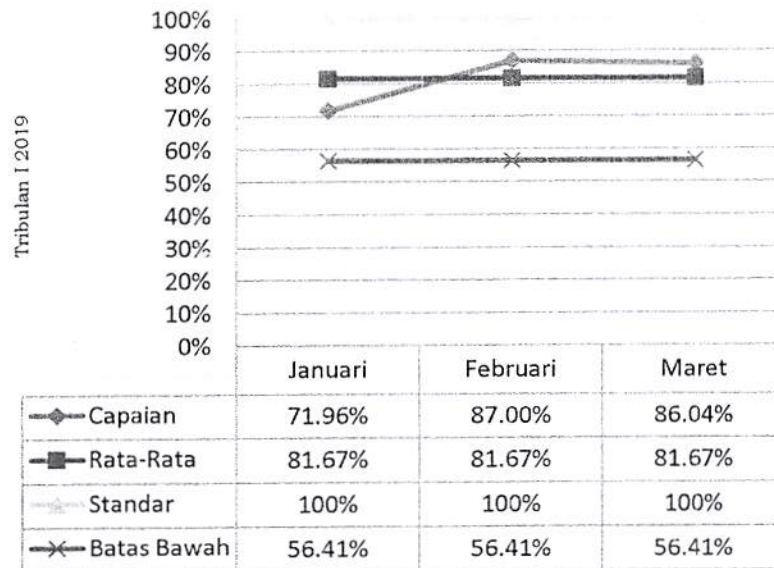
Monitoring pelaksanaan kegiatan.

Action

(Simpulkan)

Melakukan evaluasi pada bulan berikutnya.

Grafik: Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko Cedera Akibat Pasien Jatuh



Analisis :

Pencapaian selama Tribulan I belum mencapai standar dengan rata-rata 81.67%, tertinggi dibulan Februari 87%. Jika dibandingkan dengan standar dan rumah sakit sejenis yang mencapai 100%, maka capaian lebih rendah. Hal ini karena masih belum semua pasien yang beresiko jatuh dilakukan asesmen ulang resiko jatuh. Hal ini sesuai dengan masih adanya kejadian pasien jatuh.

Tindak Lanjut:

Dilakukan PDSA pada Bulan April.

Plan

(Rencana, Outcome, Langkah, Populasi, Waktu)

Meningkatkan kepatuhan upaya pencegahan resiko cedera akibat pasien jatuh dengan meningkatkan monitoring pelaksanaan upaya pencegahan resiko jatuh pada pasien.

Do (Amati)

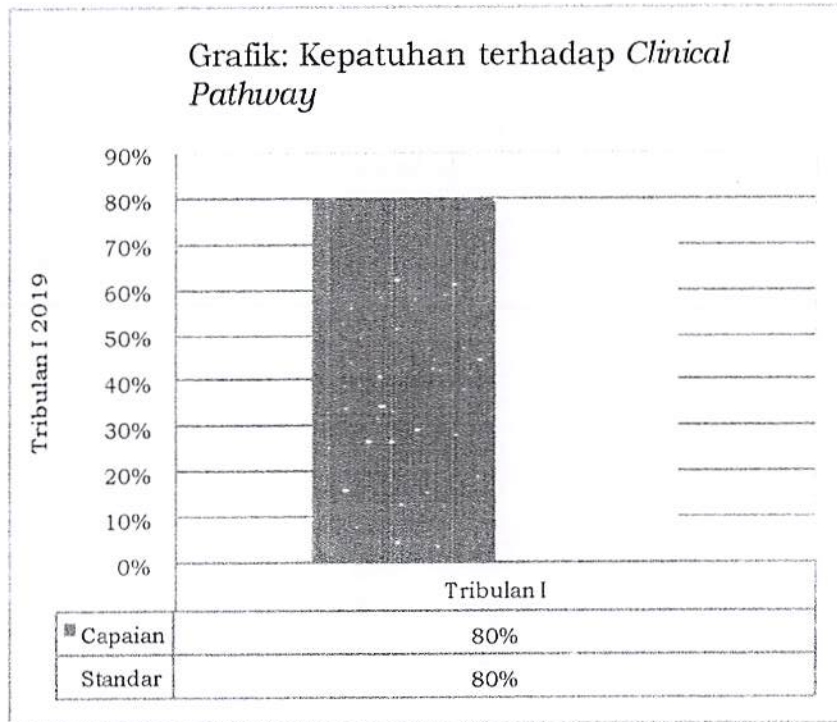
1. Meningkatkan monitoring pencegahan resiko jatuh oleh Kepala Ruang.
2. Memberikan *reinforcement* positif kepada petugas dan ruangan yang berhasil menaikan kepatuhan pencegahan resiko jatuh.

Study (Pelajari, Lihat Tujuan)

Monitoring pelaksanaan kegiatan.

Action (Simpulkan)

Melakukan evaluasi pada bulan berikutnya.



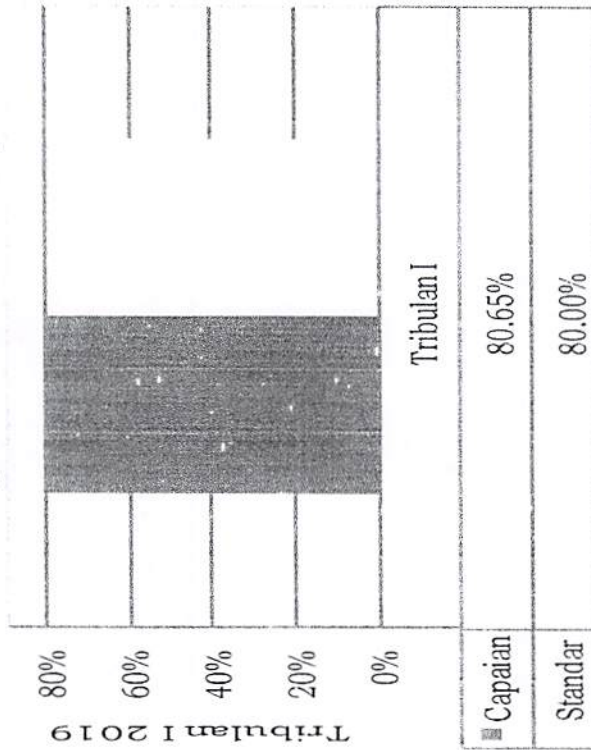
Analisis :

Kepatuhan terhadap *Clinical Pathway* selama Tribulan I sudah sesuai standar 80% tetapi lebih rendah dari pencapaian rumah sakit sejenis 86.42%.

Tindak Lanjut:

Dipertahankan dengan monitoring dan evaluasi.

Grafik: Kepuasan Pasien dan Keluarga

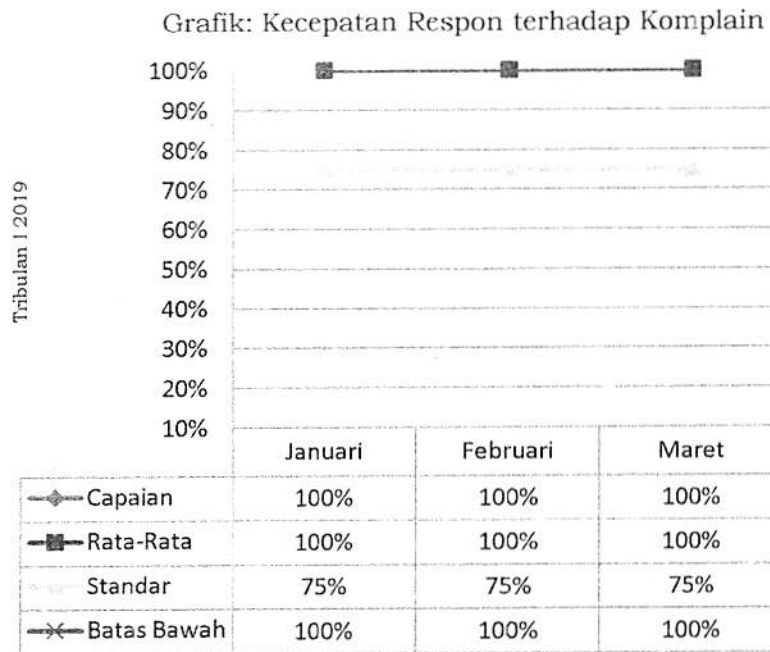


Analisis :

Kepuasan pasien dan keluarga selama Tribulan I sudah sesuai standar 80% tetapi masih lebih rendah dari pencapaian rumah sakit sejenis 97.22%.

Tindak Lanjut:

Dipertahankan dengan monitoring dan evaluasi.



Analisis :

Kecepatan respon terhadap komplain selama Tribulan I sudah sesuai standar dan sama dengan pencapaian rumah sakit sejenis, yaitu 100%.

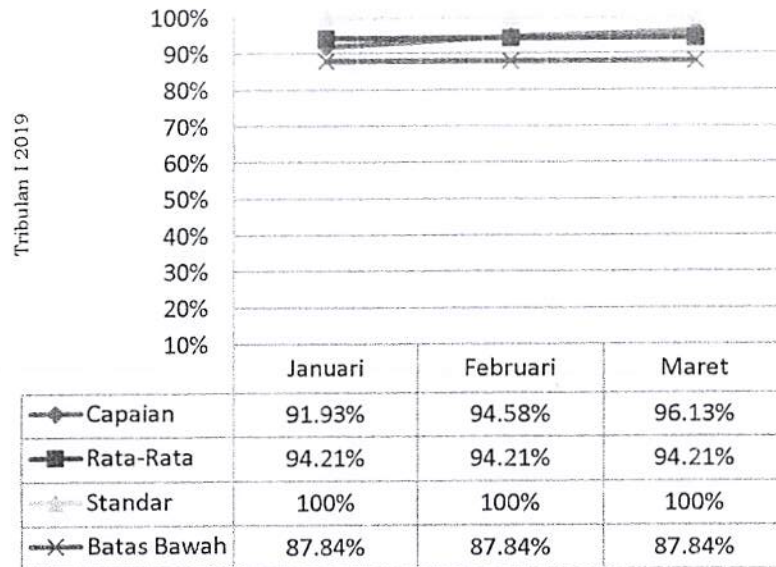
Tindak Lanjut:

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‰

Grafik: Kelengkapan Asesmen Medis dalam Waktu 24 Jam setelah Pasien Masuk Rawat Inap



Analisis :

Pencapaian selama Tribulan I mendekati standar dengan rata-rata 94.21%, tertinggi dibulan Maret 96.13%. Jika dibandingkan dengan standar dan data base eksternal maka capaian lebih rendah. Hal ini karena kadang DPJP mempunyai jumlah pasien banyak dan harus memberikan pelayanan di poliklinik ditambah kegiatan lain diluar pelayanan klinis.

Tindak Lanjut:
Dilakukan PDSA pada Bulan April.

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

Meningkatkan kelengkapan asesmen medis dalam waktu 24 jam setelah pasien masuk rawat inap dengan Kepala Ruang atau perawat pendamping visit selalu mengingatkan DPJP untuk melengkapi pengkajian awal medis saat visite.

Do
(Amati)

Mengingatkan DPJP untuk melengkapi pengkajian awal medis saat visite oleh Kepala Ruang atau perawat pendamping visit.

Study
(Pelajari,
Lihat
Tujuan)

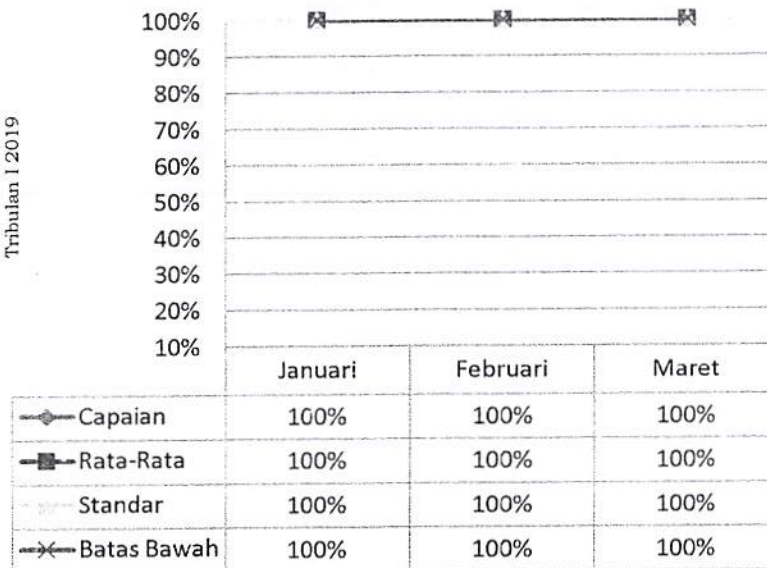
Monitoring pelaksanaan kegiatan.

Action
(Simpulkan)

Melakukan evaluasi pada bulan berikutnya.

Tribulan I 2019

Grafik: Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Laboratorium.



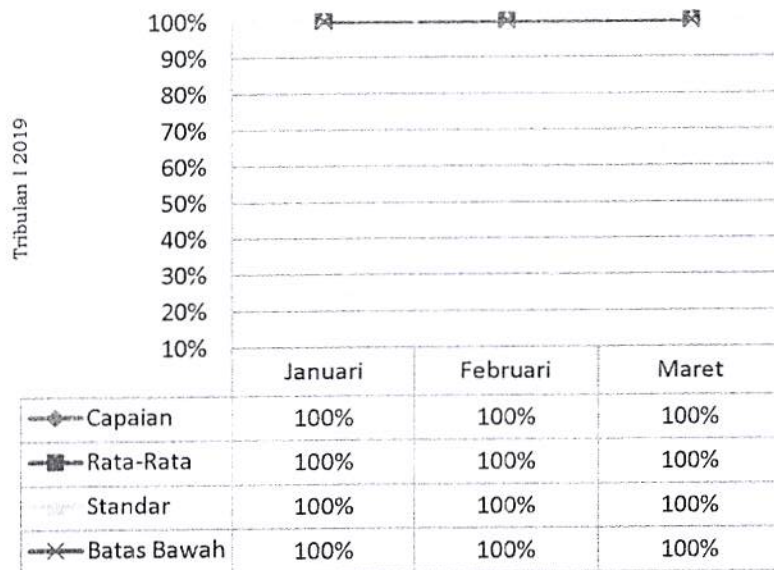
Analisis :

Waktu lapor hasil tes kritis laboratorium selama Tribulan I sudah sesuai standar, konsisten setiap bulannya dan sama dengan pencapaian rumah sakit sejenis, yaitu 100%.

Tindak Lanjut:

Dipertahankan dengan melakukan monitoring evaluasi.

Grafik: Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Foto Thorax



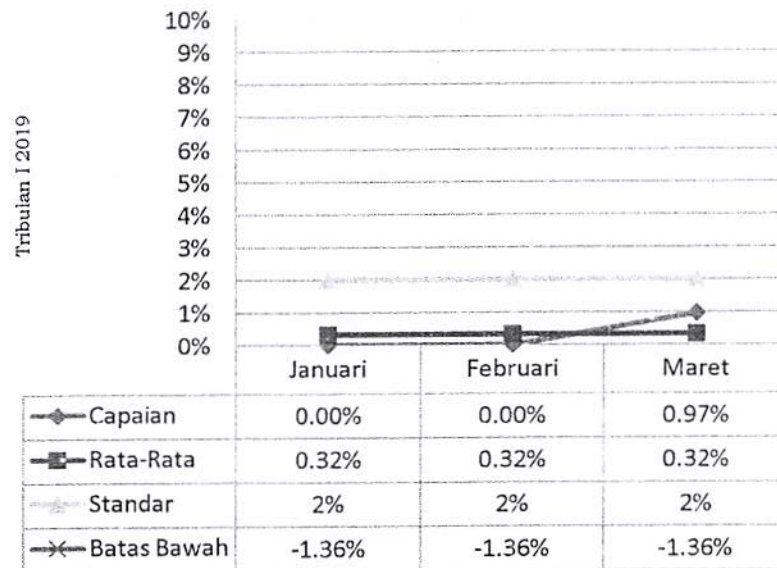
Analisis :

Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax selama Tribulan I sudah sesuai standar 100%, konsisten setiap bulannya dan sesuai dengan praktek yang baik.

Tindak Lanjut:

Dipertahankan dengan melakukan monitoring evaluasi.

Grafik: Tidak dilakukannya penandaan lokasi operasi.



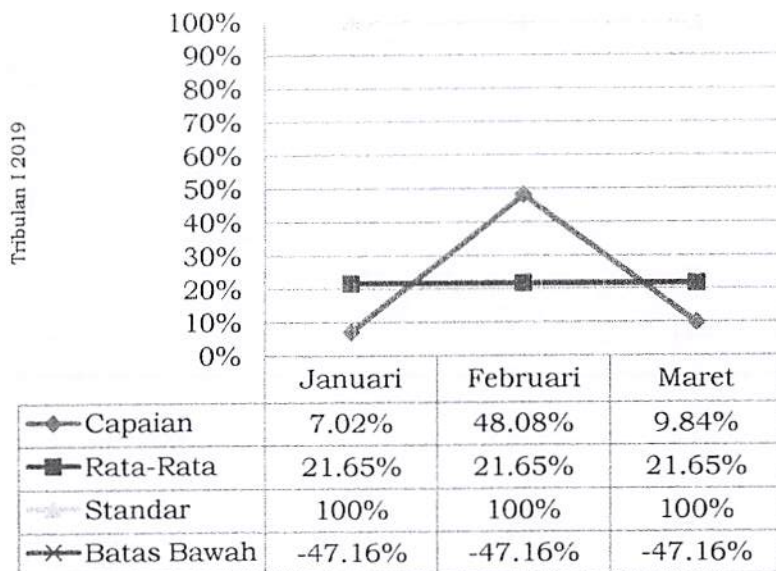
Analisis :

Tidak dilakukannya penandaan lokasi operasi selama Tribulan I sudah sesuai standar <2%, konsisten setiap bulannya dan sesuai dengan praktek yang baik dan *database* eksternal.

Tindak Lanjut:

Dipertahankan dengan melakukan monitoring evaluasi.

Grafik: Ketepatan Jenis Antibiotik Profilaksis Bedah Sesuai Regulasi.



Analisis :

Pencapaian selama Tribulan I belum mencapai standar dengan rata-rata 21.65%, tertinggi dibulan Februari 48.08%. Jika dibandingkan dengan standar dan praktek yang baik maka capaian lebih rendah. Hal ini karena kebijakan belum disosialisasikan.

Tindak Lanjut:

Dilakukan PDSA pada Bulan April.

Plan

(Rencana, Outcome, Langkah, Populasi, Waktu)

Meningkatkan ketepatan jenis antibiotik profilaksis bedah sesuai regulasi dengan melakukan aktivasi Tim PPRA.

Do

(Amati)

Melakukan koordinasi dengan unit terkait (Bidang Pelayanan, Bidang Penunjang, Komite PPI) untuk aktivasi Tim PPRA.

Study

(Pelajari, Lihat Tujuan)

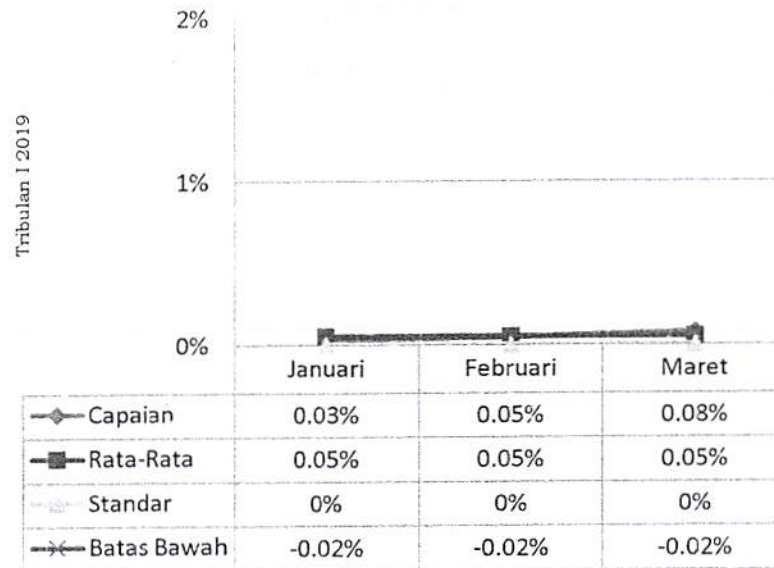
Monitoring pelaksanaan kegiatan.

Action

(Simpulkan)

Melakukan evaluasi pada bulan berikutnya.

Grafik: Kejadian Kesalahan Pemberian Obat di Apotik Rawat Jalan



Analisis :
Pencapaian selama Tribulan I konsisten mendekati standar dengan rata-rata 0.05%.

Tindak Lanjut:
Dilakukan PDSA pada Bulan April.

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.

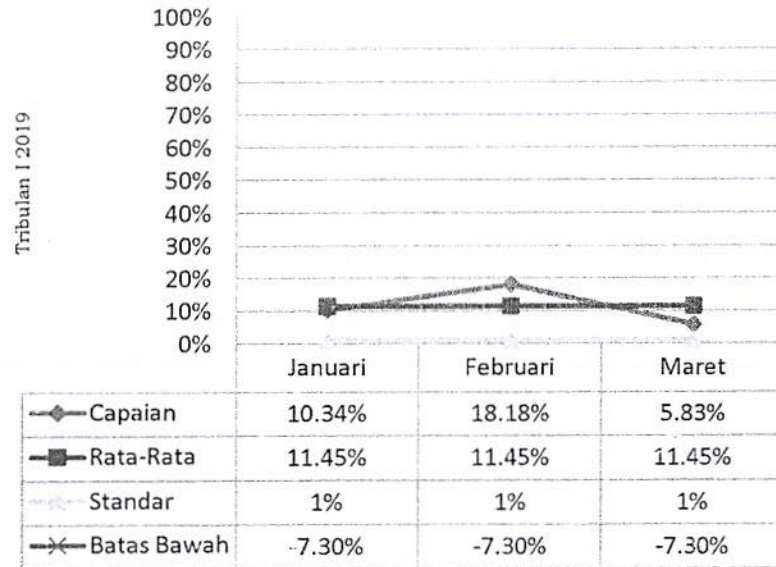
Study
(Pelajari, Lihat Tujuan)

Monitoring pelaksanaan kegiatan.

Action
(Simpulkan)

Melakukan evaluasi pada bulan berikutnya.

Grafik: Ketidaklengkapan Asesmen Pre Anestesi.

**Analisis :**

Pencapaian selama Tribulan I belum mencapai standar dengan rata-rata masih 11.45%, jika dibandingkan standar dan *data base* eksternal 1% capaian lebih tinggi. Hal ini karena belum optimalnya supervisi pengisian asesmen pre anestesi.

Tindak Lanjut:
Dilakukan PDSA pada Bulan April.

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

Menurunkan ketidaklengkapan asesmen pre anestesi dengan selalu mengingatkan dokter anestesi oleh petugas ruangan dan IBS.

Do
(Amati)

Melakukan supervisi dengan mengingatkan dokter anestesi oleh petugas ruangan dan IBS.

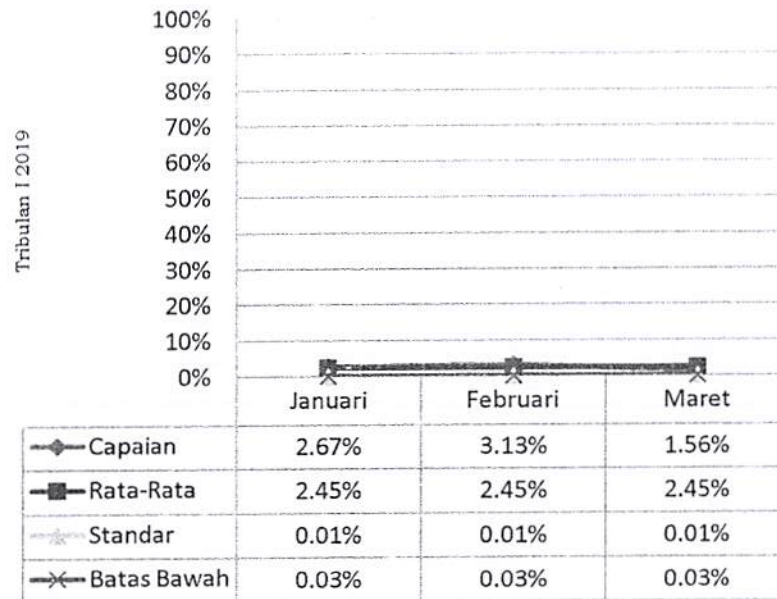
Study
(Pelajari, Lihat Tujuan)

Monitoring pelaksanaan kegiatan.

Action
(Simpulkan)

Melakukan evaluasi pada bulan berikutnya.

Grafik: Kejadian Reaksi Transfusi

**Analisis :**

Pencapaian selama Tribulan I masih lebih tinggi dari standar dengan rata-rata capaian 2.45% dengan capaian terendah Bulan Maret 1.56%. Jika dibandingkan dengan dengan *data base* eksternal maka sama-sama lebih tinggi dari standar. Reaksi transfusi utamanya muncul pada pasien yang mendapat transfusi berulang (pasien thalasemia, anemia, leukemia).

Tindak Lanjut:
Dilakukan PDSA pada Bulan April.

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

Menurunkan kejadian reaksi transfusi $\leq 0.01\%$ dengan meningkatkan supervisi pelaksanaan transfusi oleh Kepala Ruang.

Do
(Amati)

Meningkatkan supervisi pelaksanaan transfusi oleh Kepala Ruang.

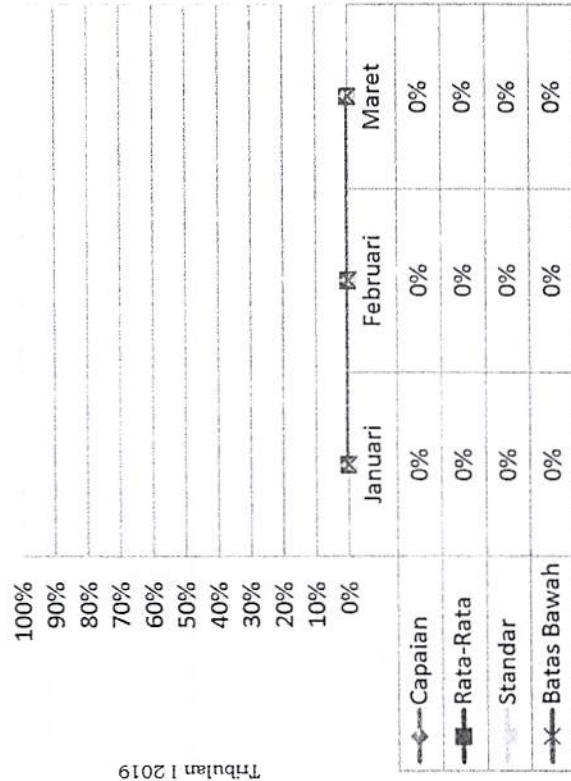
Study
(Pelajari, Lihat Tujuan)

Monitoring pelaksanaan kegiatan.

Action
(Simpulkan)

Melakukan evaluasi pada bulan berikutnya.

Grafik: Ketidaklengkapan Asesmen Pre Anestesi.



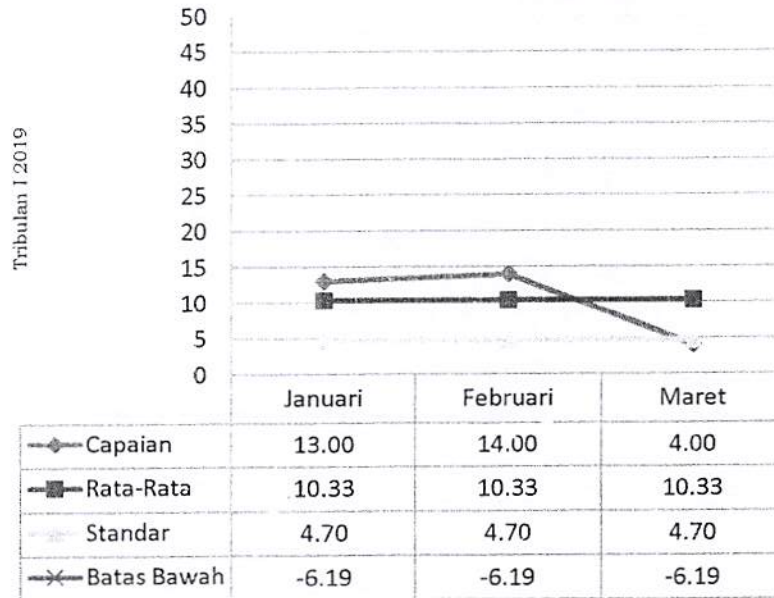
Analisis :

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

Tindak Lanjut:

Dipertahankan dengan melakukan monitoring evaluasi.

Grafik: Kejadian Infeksi Saluran Kemih (ISK)



Analisis :

Pencapaian selama Tribulan I fluktuatif, dibulan Januari dan Februari lebih tinggi dibanding standar dan rumah sakit sejenis (2.54‰), tetapi dibulan Maret diawah standar (4‰). Dengan capaian rata-rata 10.33‰ menunjukkan capaian masih belum konsisten. Hal ini karena masih adanya tindakan pemasangan DC belum sesuai SPO yaitu tidak diplester dan belum patuhnya semua petugas untuk cuci tangan saat pre pemasangan /perawatan /pelepasan DC.

Tindak Lanjut:

Dilakukan PDSA pada Bulan April.

Plan

(Rencana, 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 pengisian form ISK secara lengkap di rawat inap.
3. 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

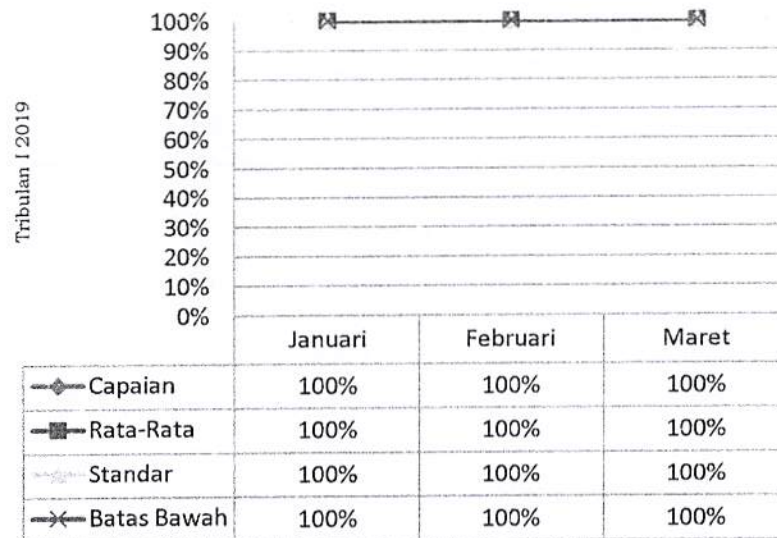
(Simpulkan)

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%.

Grafik:Ketersediaan Obat dan Alat Kesehatan Emergensi di IGD



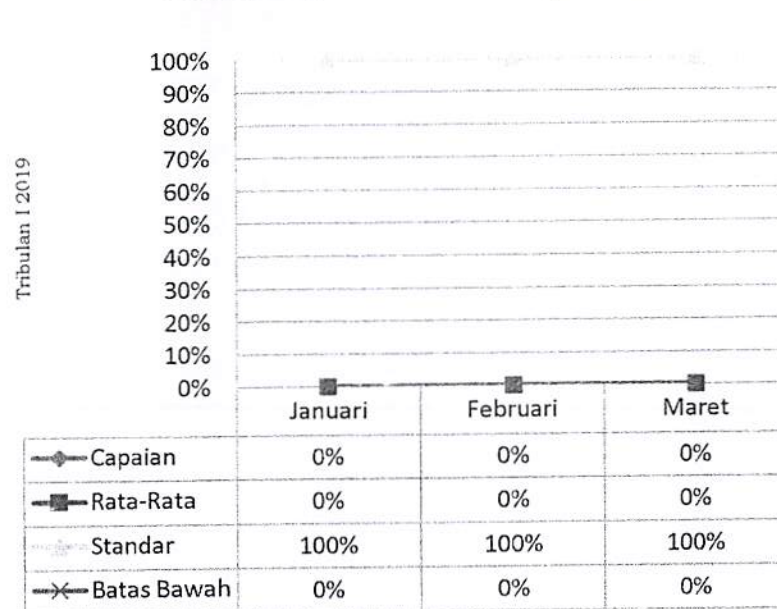
Analisis :

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

Tindak Lanjut:

Dipertahankan dengan melakukan monitoring evaluasi.

Grafik: Ketepatan Waktu Pelaporan HIV



Analisis :

Pencapaian selama Tribulan I belum mencapai standar yang artinya pelaporan pasien HIV selalu tidak tepat waktu. Sedangkan nilai standarnya 100%. Hal ini karena:

1. Terlambatnya pelaporan dari unit karena PITC hanya satu orang, dan data hasil tes HIV hanya bisa diakses oleh PITC sehingga jika PITC sedang cuti/berhalangan kerja *follow up* kasus HIV menjadi terhambat.

2. Memerlukan ketelitian antara permintaan obat dengan jumlah pasien yang dilaporkan. Dan belum terakomodasinya pelaporan dengan teknologi informasi.

Tindak Lanjut:

Dilakukan PDSA pada Bulan April.

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

Meningkatkan ketepatan waktu pelaporan kasus HIV ke Dinas Kesehatan dengan meningkatkan supervisi dan pelaporan dari unit menggunakan teknologi informasi.

Do
(Amati)

1. Mengusulkan penambahan PITC HIV.
2. Meningkatkan monitoring dan supervisi oleh Tim HIV.
3. Mengusulkan untuk pelaporan internal menggunakan teknologi informasi.

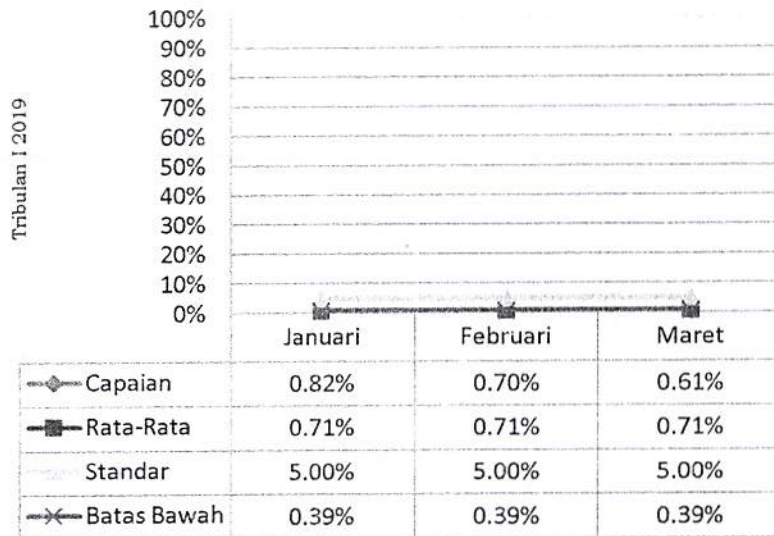
Study
(Pelajari, Lihat Tujuan)

Monitoring pelaksanaan kegiatan.

Action
(Simpulkan)

Melakukan evaluasi pada bulan berikutnya.

Grafik:Kejadian Pulang Sebelum Dinyatakan Sembuh



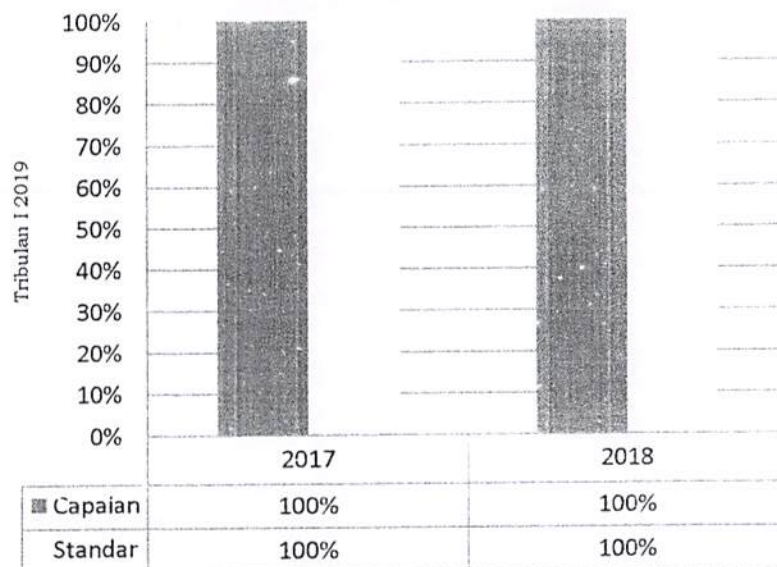
Analisis :

Kejadian pulang sebelum dinyatakan sembuh selama Tribulan I sudah sesuai standar yaitu 5% dan konsisten setiap bulannya diangka 0.71%. Adapun alasan pasien pulang diantaranya merasa sudah sembuh dan mau dirawat di rumah.

Tindak Lanjut:

Dipertahankan dengan melakukan monitoring evaluasi.

Grafik: Alat Ukur dan Alat Laboratorium yang Dikalibrasi Tepat Waktu



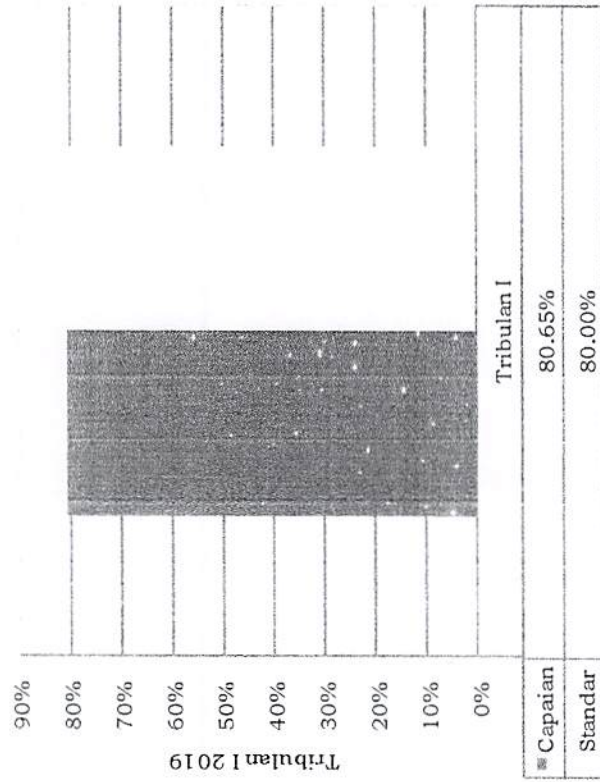
Analisis :

Kalibrasi pada alat ukur dan alat laboratorium sesuai dengan SPM dilakukan per tahun. Pada tahun 2017 dan 2018 capaian sesuai standar yaitu sebanyak 24 alat terkalibrasi atau capaian 100%. Jadwal kalibrasi disusun oleh IPSRS dan dilaksanakan oleh pihak ke tiga.

Tindak Lanjut:

Dipertahankan dengan melakukan monitoring evaluasi.

Grafik: Kepuasan Pasien dan Keluarga



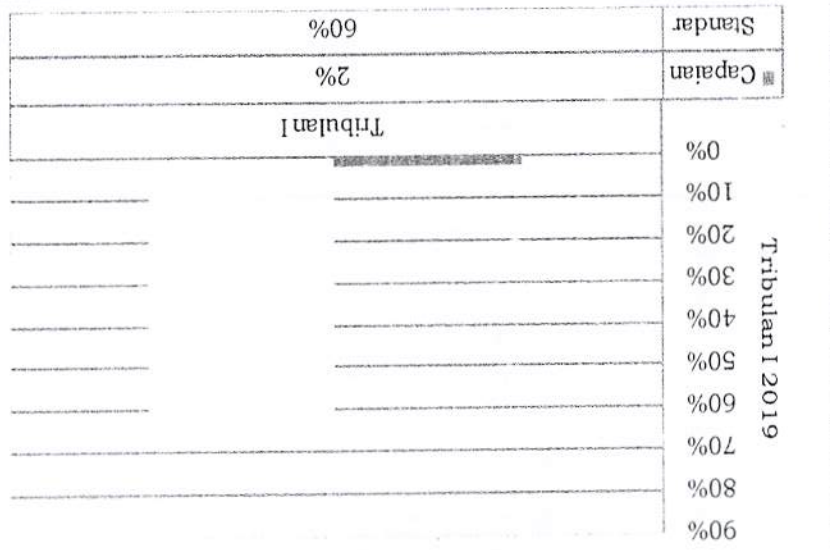
Analisis :

Kepuasan pasien dan keluarga selama Tribulan I sudah sesuai standar dan sama dengan pencapaian rumah sakit sejenis, yaitu 80%.

Tindak Lanjut:

Dipertahankan dengan monitoring dan evaluasi.

Grafik: Karyawan yang Mendapat Pelatihan Minimal 20 Jam Per Tahun



Analisis : Pencapaian selama Tribulan I belum mencapai standar, capaian baru 2% dari 60%. Jika standar dibagi dalam tribulan maka mestinya capaian Tribulan I sebesar 15%. Capaian kurang dari 20% karena diawal tahun masih belum ditetapkannya anggaran belanja rumah sakit, juga masih belum banyaknya kegiatan diklat eksternal yang sesuai agenda diklat rumah sakit.

Tindak Lanjut:
Dilakukan PDSA pada Bulan April.

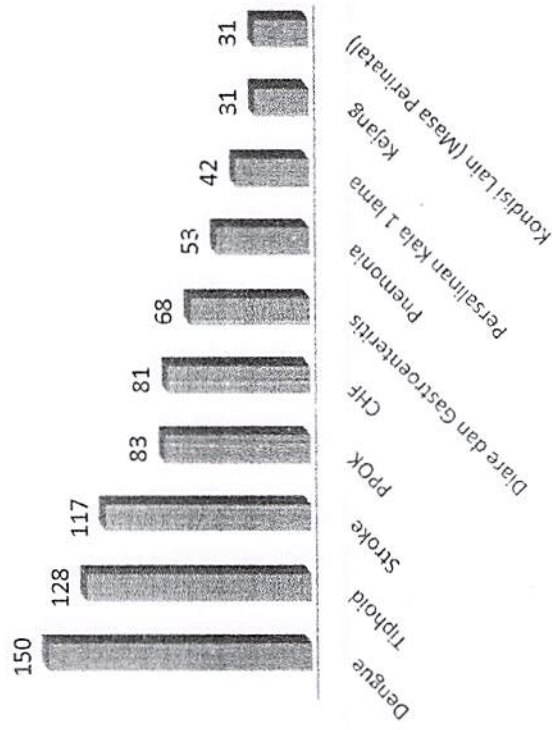
Plan (Rencana, Outcome, Lanjutan, Populasi, Waktu)
Meningkatkan jumlah karyawan yang mendapatkan pelatihan minimal 20 jam per tahun setidaknya 20% per tribulan dengan memperbanyak kegiatan diklat karyawan khususnya *in house training* diklat wajib karyawan.

Do (Amati)
Melaksanakan diklat untuk karyawan baik diklat internal maupun eksternal.

Study (Pelajari, Lihat Tujuan)
Monitoring pelaksanaan kegiatan.

Action (Simpulkan)
Melakukan evaluasi pada bulan berikutnya.

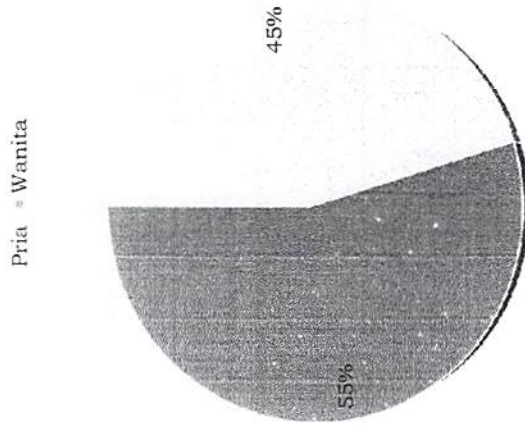
Grafik: Laporan 10 Besar Penyakit di Rawat Inap



Analisis :

Penyakit terbanyak di rawat inap pada Tribulan I adalah Demam Dengue, diikuti Tiphoid dan Stroke. Demam dengue menjadi yang terbanyak dimungkinkan karena masih masuk dalam musim penghujan dan beberapa daerah di Kabupaten Magelang termasuk daerah endemis DHF.

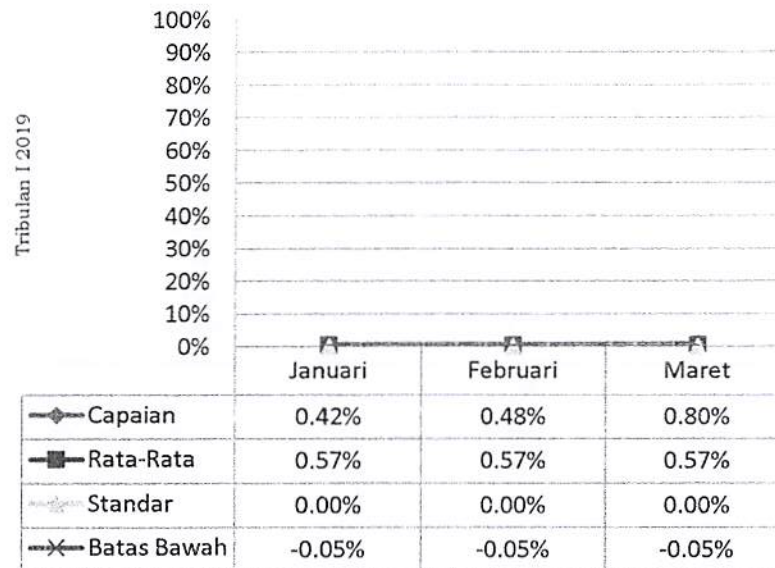
Grafik: Demografi Pasien Rawat Inap Berdasarkan Jenis Kelamin



Analisis :

Demografi pasien rawat inap berdasarkan jenis kelamin selama Tribulan I, pasien wanita lebih banyak (55%) dibandingkan pasien pria (45%).

Grafik: Berkas Pasien BPJS yang Tidak Layak Klaim



Analisis :

Pencapaian selama Tribulan I mendekati standar, dengan rata-rata capaian 0.57% . Masih adanya berkas pasien BPJS yang tidak layak klaim karena bayi lahir sehat rawat jalan tidak ada rujukan FKTP, dijamin dalam satu episode rawat inap, dobel rawat jalan, bayi post tindakan tidak ada rujukan PPK I, dobel rawat jalan dan rawat inap, bayi lahir sehat tidak dapat dijamin.

Tindak Lanjut:

Dilakukan PDSA pada Bulan April.

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

Menurunkan berkas pasien BPJS yang tidak layak klaim dengan melakukan koordinasi kasus per kasus berkas yang tidak layak klaim dengan unit terkait klaim BPJS.

Do
(Amati)

Melaksanakan koordinasi sesuai kasus berkas pasien BPJS yang tidak layak klaim.

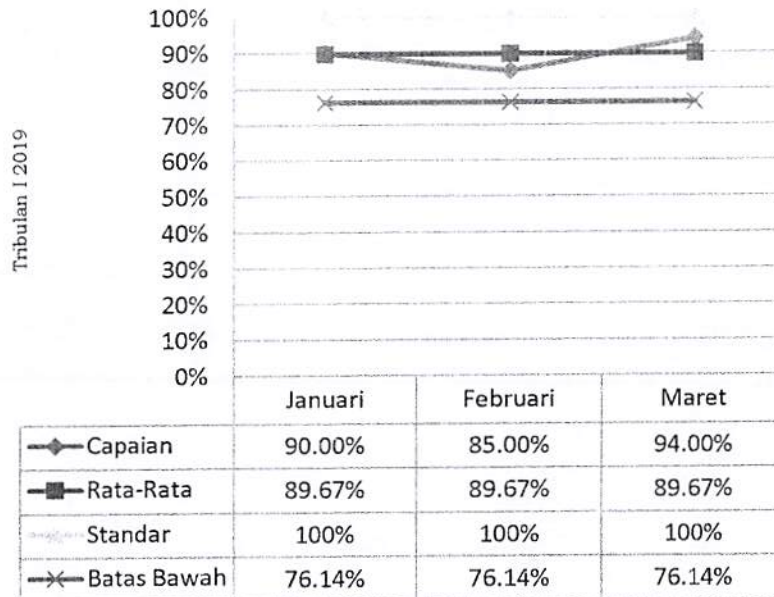
Study
(Pelajari,
Lihat
Tujuan)

Monitoring pelaksanaan kegiatan.

Action
(Simpulkan)

Melakukan evaluasi pada bulan berikutnya.

Grafik: Kepatuhan Penggunaan APD

**Analisis :**

Pencapaian selama Tribulan I masih belum mencapai standar (100%) dan jika dibandingkan dengan rumah sakit sejenis juga lebih rendah. Dengan rata-rata capaian 89.67% tertinggi si Bulan Maret dengan 94%. Hal ini karena pemakaian APD oleh petugas masih belum sesuai indikasi (misalnya menulis, mengangkat telepon dengan menggunakan *handscoon*).

Tindak Lanjut:
Dilakukan PDSA pada Bulan April.

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

Meningkatkan kepatuhan penggunaan APD dengan melakukan sosialisasi, supervisi, dan motivasi kepada petugas.

Do
(Amati)

1. Melakukan sosialisasi penggunaan APD kepada petugas.
2. Melakukan supervisi penggunaan APD oleh IPCN.
3. Memberikan motivasi penggunaan APD oleh IPCN dan Kepala Unit.
4. Monitoring/audit oleh IPCN.

Study
(Pelajari, Lihat Tujuan)

Monitoring pelaksanaan kegiatan.

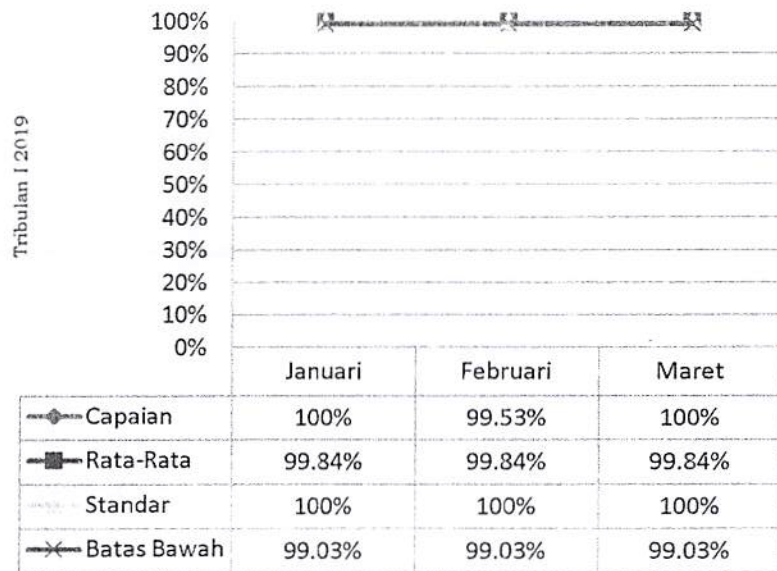
Action
(Simpulkan)

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%.

Grafik: Kepatuhan Pemasangan Gelang Identitas Pasien Rawat Inap



Analisis :
Pencapaian selama Tribulan I mendekati standar dan sudah sesuai standar di Bulan Januari dan Maret.

Tindak Lanjut:
Dilakukan PDSA pada Bulan April.

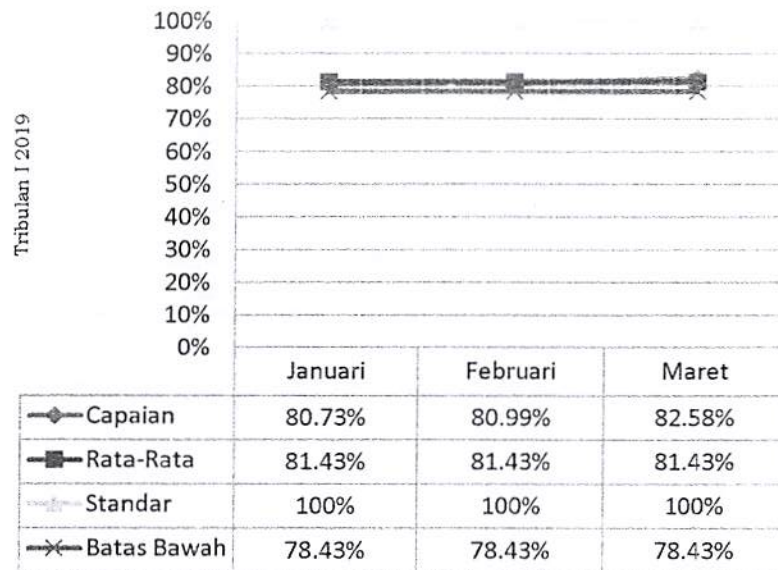
Plan
(Rencana, Outcome, Langkah, Populasi, Waktu)
Meningkatkan dan mempertahankan kepatuhan pemasangan gelang identitas pada pasien rawat inap dengan melakukan monitoring pemasangan oleh Kepala Unit.

Do
(Amati)
Melaksanakan monitoring pemasangan gelang identitas oleh Kepala Unit.

Study
(Pelajari, Lihat Tujuan)
Monitoring pelaksanaan kegiatan.

Action
(Simpulkan)
Melakukan evaluasi pada bulan berikutnya.

Grafik: Kepatuhan Verifikasi Laporan Verbal oleh DPJP di Ruang Rawat Inap



Analisis :

Pencapaian selama Tribulan I belum sesuai standar tapi tren meningkat dengan rata-rata capaian 81.43%. Belum tercapainya verifikasi laporan verbal karena belum optimalnya supervisi dan waktu visite DPJP terbatas hanya bisa dilakukan sebelum jam buka dan setelah jam tutup poliklinik.

Tindak Lanjut:
Dilakukan PDSA pada Bulan April.

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.

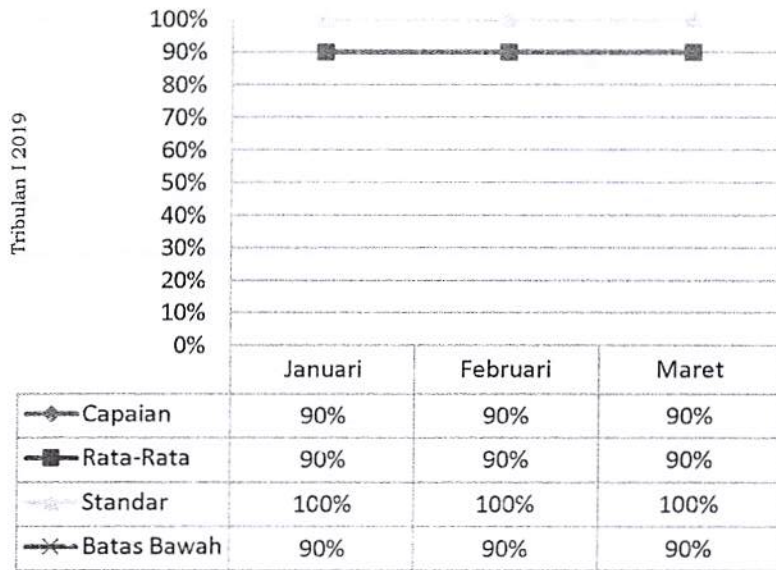
Study
(Pelajari, Lihat Tujuan)

Monitoring pelaksanaan kegiatan.

Action
(Simpulkan)

Melakukan evaluasi pada bulan berikutnya.

Grafik:Kepatuhan Pelabelan Obat *High Alert* di Instalasi Hemodialisa



Analisis :

Pencapaian selama Tribulan I belum sesuai standar masih 90%. Hal ini karena adanya obat yang langsung dari gudang farmasi dan digunakan berulang.

Tindak Lanjut:
Dilakukan PDSA pada Bulan April.

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

Meningkatkan capaian pelabelan obat *high alert* di Instalasi Hemodialisa dengan melakukan koordinasi dan supervisi penggunaan obat *high alert*.

Do
(Amati)

1. Melakukan koordinasi Instalasi Hemodialisa dengan Instalasi Farmasi.
2. Melakukan supervisi pelabelan obat *high alert* oleh Kepala Unit.

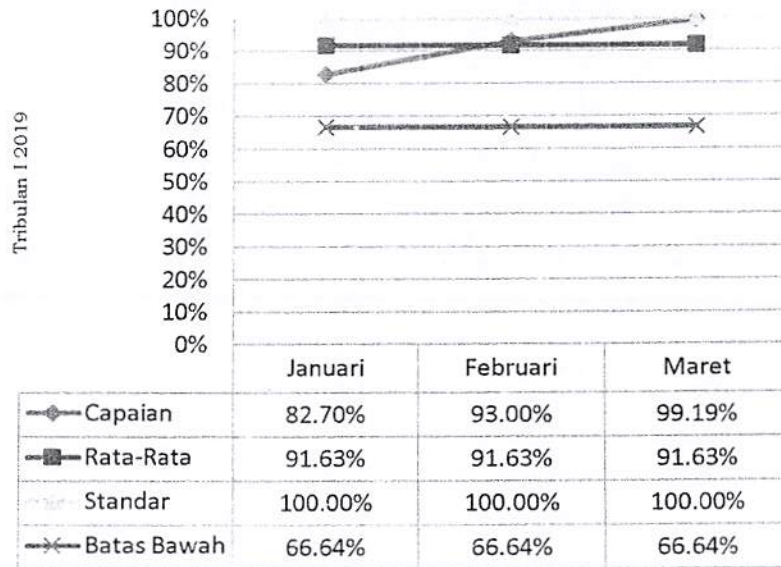
Study
(Pelajari, Lihat Tujuan)

Monitoring pelaksanaan kegiatan.

Action
(Simpulkan)

Melakukan evaluasi pada bulan berikutnya.

Grafik: Kelengkapan Pengisian *Surgical Safety Checklist*



Analisis :

Pencapaian selama Tribulan I belum sesuai standar tetapi memiliki tren naik setiap bulannya, dengan rata-rata 91.63%. Hal ini karena belum konsistennya pengisian SSC oleh petugas kamar operasi.

Tindak Lanjut:
Dilakukan PDSA pada Bulan April.

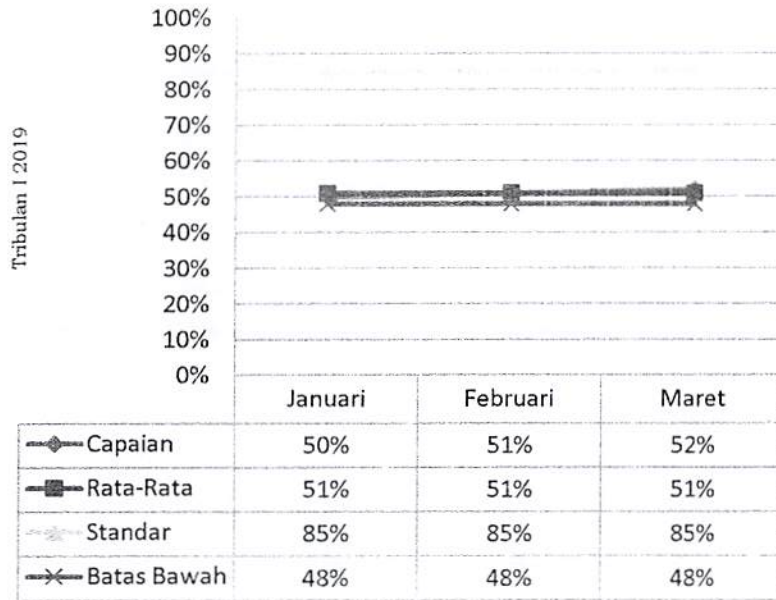
Plan
(Rencana, Outcome, Langkah, Populasi, Waktu)
Meningkatkan kepatuhan pengisian *checklist* keselamatan bedah yang lengkap di IBS dengan meningkatkan supervisi pengisian SSC di kamar operasi.

Do
(Amati)
Melakukan supervisi pengisian SSC yang dilakukan oleh Kepala Unit.

Study
(Pelajari, Lihat Tujuan)
Monitoring pelaksanaan kegiatan.

Action
(Simpulkan)
Melakukan evaluasi pada bulan berikutnya.

Grafik: Kepatuhan Cuci Tangan



Analisis :

Pencapaian selama Tribulan I belum sesuai standar tetapi memiliki tren naik setiap bulannya, dengan rata-rata baru 51%. Dibandingkan *data base* eksternal dan capaian rumah sakit sejenis lebih rendah. Hal ini karena masih banyak petugas yang lupa 5 momen cuci tangan.

Tindak Lanjut:
Dilakukan PDSA pada Bulan April.

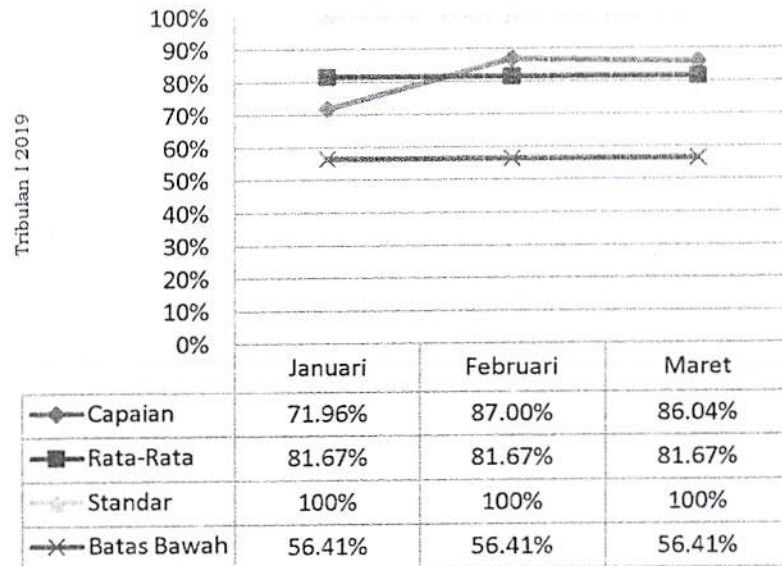
Plan
(Rencana, Outcome, Langkah, Populasi, Waktu)
Meningkatkan kepatuhan cuci tangan dengan melakukan sosialisasi cuci tangan kepada petugas.

Do
(Amati)
Melakukan sosialisasi cuci tangan kepada petugas.

Study
(Pelajari, Lihat Tujuan)
Monitoring pelaksanaan kegiatan.

Action
(Simpulkan)
Melakukan evaluasi pada bulan berikutnya.

Grafik: Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko Cedera Akibat Pasien Jatuh



Analisis :

Pencapaian selama Tribulan I belum mencapai standar dengan rata-rata 81.67%, tertinggi dibulan Februari 87%. Jika dibandingkan dengan standar dan rumah sakit sejenis yang mencapai 100%, maka capaian lebih rendah. Hal ini karena masih belum semua pasien yang beresiko jatuh dilakukan asesmen ulang resiko jatuh. Hal ini sesuai dengan masih adanya kejadian pasien jatuh.

Tindak Lanjut:
Dilakukan PDSA pada Bulan April.

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

Meningkatkan kepatuhan upaya pencegahan resiko cedera akibat pasien jatuh dengan meningkatkan monitoring pelaksanaan upaya pencegahan resiko jatuh pada pasien.

Do
(Amati)

1. Meningkatkan monitoring pencegahan resiko jatuh oleh Kepala Ruang.
2. Memberikan *reinforcement* positif kepada petugas dan ruangan yang berhasil menaikan kepatuhan pencegahan resiko jatuh.

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.