

LAPORAN ANALISA (P-D-S-A)  
INDIKATOR MUTU PRIORITAS  
TRIBULAN II 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](mailto:rsudkabmgl@gmail.com) Muntilan 56411

**LAPORAN**

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

Muntilan, 16 Juii 2018

Direktur RSUD Muntilan  
Kabupaten Magelang



**dr. M. SUKRI, M.P.H.**

Penata Tingkat I

NIP. 19660115 199603 1 003

Ketua Komite PMKP

**dr. ANA ROECHANAH, 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 TRIBULAN II 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).

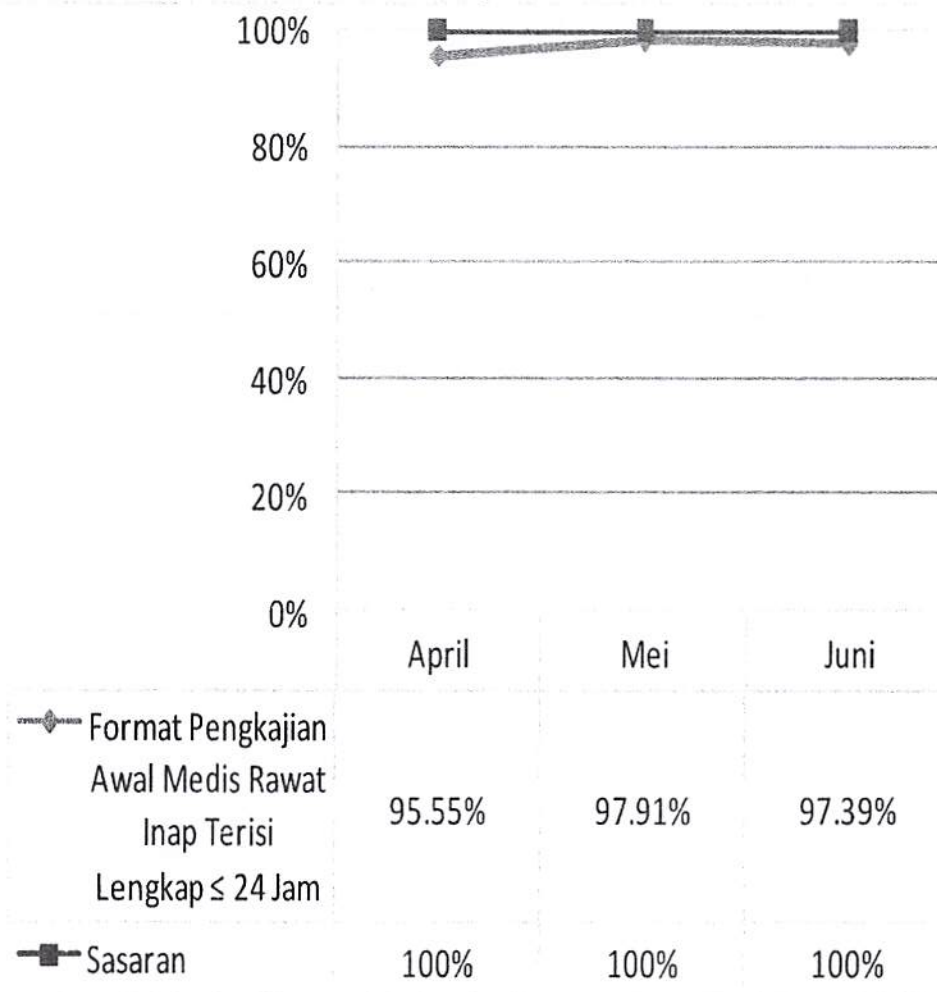
Adapun capaian, analisa dan tindak lanjut selama Tribulan II sebagai berikut:

## A. INDIKATOR AREA KLINIS (IAK)

NO	INDIKATOR	SASARAN
1.	ASSESMEN TERHADAP AREA KLINIK	100 %
2.	PELAYANAN LABORATORIUM	100 %
3.	PELAYANAN RADIOLOGI	≥ 80 %
4.	PROSEDUR BEDAH	100 %
5.	PENGGUNAAN OBAT DAN ANTIBIOTIK LAINNYA	100 %
6.	KESALAHAN MEDIS DAN KNC	0 %
7.	PELAYANAN ANESTHESI DAN SEDASI	100 %
8.	PENGGUNAAN DARAH DAN PRODUK DARAH	≤ 0.01%
9.	KETERSEDIAAN, ISI DAN PENGGUNAAN CATATAN MEDIK	100 %
10.	PENCEGAHAN DAN KONTROL INFEKSI SURVEILANS DAN PELAPORAN	≤ 5,8 %

IAK 1

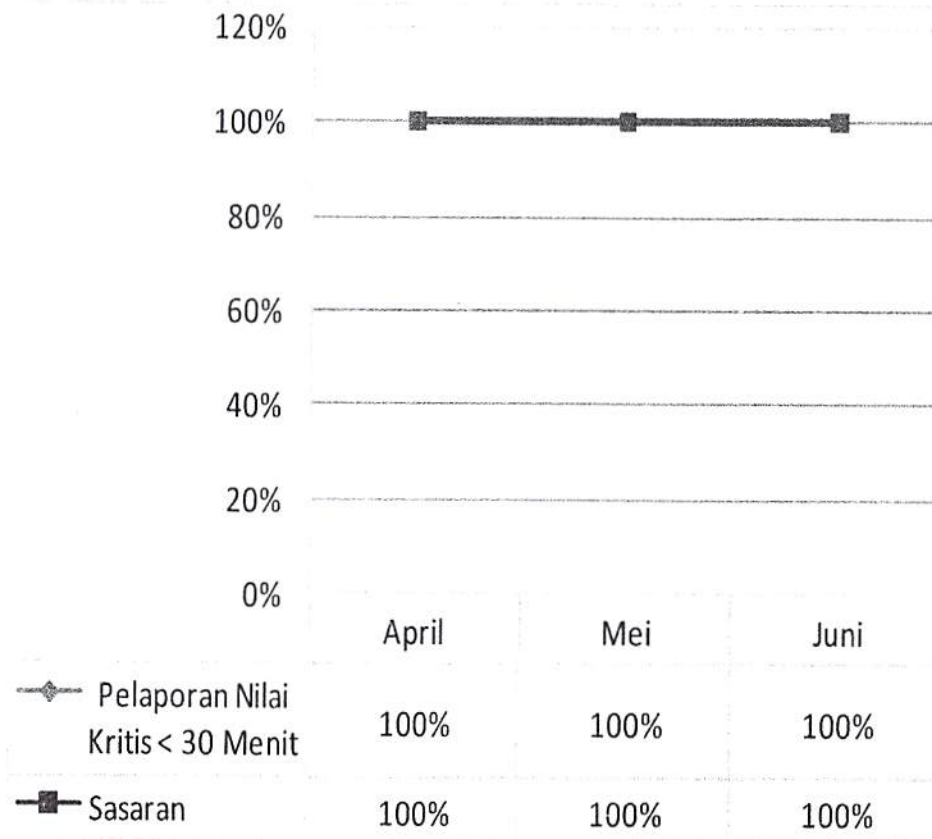
ANGKA PENGKAJIAN AWAL MEDIS RAWAT INAP DALAM WAKTU 24 JAM (%)  
 TRIBULAN II TAHUN 2018



Plan	Meningkatkan pengkajian awal medis rawat inap dalam waktu 24 jam.
Do	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengingatkan DPJP sudah dilakukan.</li> <li>2. Rekrutmen dokter umum 3 orang dalam proses.</li> <li>3. Pemantauan pelaksanaan oleh PIC sudah dilakukan.</li> <li>4. Peningkatan komunikasi dan motivasi oleh Direksi RS belum optimal.</li> </ol>
Study	<p>Pencapaian selama Tribulan II mendekati sasaran, rentang 95.55%-97.91%. Dibanding Tribulan I mengalami kenaikan, belum mencapai sasaran karena tidak semua DPJP mempunyai waktu yang cukup untuk visite terutama paska hari libur dimana pasien rawat jalan meningkat signifikan dan belum adanya dokter jaga bangsal/ruang.</p>
Action	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Selalu ingatkan DPJP untuk melengkapi pengkajian awal medis oleh Kepala Ruang dan Ka. Tim Perawat.</li> <li>2. Review pengusulan dokter jaga bangsal/ruang.</li> <li>3. Pemantauan kelengkapan pengkajian awal medis dalam 24 jam oleh PIC.</li> <li>4. Tingkatkan komunikasi dan motivasi oleh Direksi RS.</li> </ol>

**IAK 2**

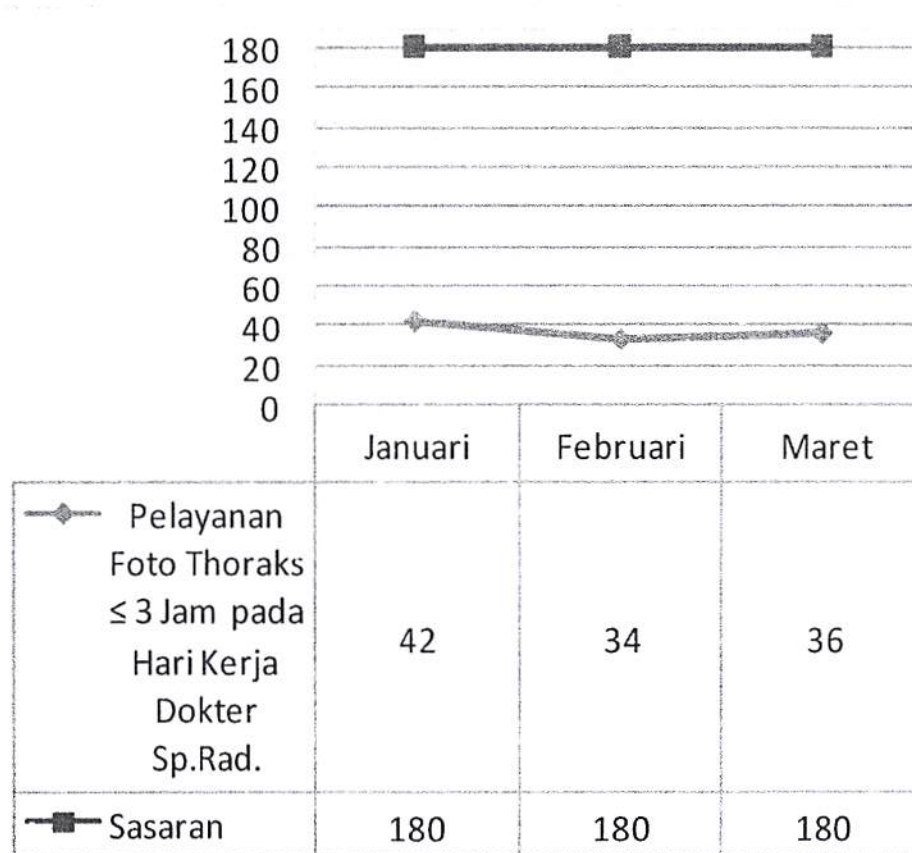
**ANGKA PELAPORAN HASIL NILAI KRITIS LABORATORIUM (%)  
TRIBULAN II TAHUN 2018**



<b>Plan</b>	Mempertahankan pelaporan hasil nilai kritis Laboratorium tetap dibawah 30 menit.
<b>Do</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Supervisi kepada petugas laboratorium sudah dilakukan.</li> <li>Monitoring pelaksanaan sudah dilakukan.</li> </ol>
<b>Study</b>	Pencapaian selama Tribulan II sudah mencapai sasaran, tetapi harus tetap dipertahankan.
<b>Action</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Pertahankan capaian indikator mutu oleh Instalasi Laboratorium.</li> <li>Monitor pelaksanaan oleh Kepala Instalasi Laboratorium.</li> </ol>

### IAK 3

## WAKTU TUNGGU HASIL PELAYANAN FOTO THORAKS TRIBULAN II TAHUN 2018



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

**Do**

1. Koordinasi dengan dokter dan petugas radiologi sudah dilakukan.
2. Konsultasi ekpertisi via telepon/wa/sms sudah dilakukan untuk kasus tertentu.
3. Monitoring pelaksanaan sudah dilakukan.

**Study** Pencapaian selama Tribulan II sudah sesuai sasaran, tetapi perlu dipertahankan.

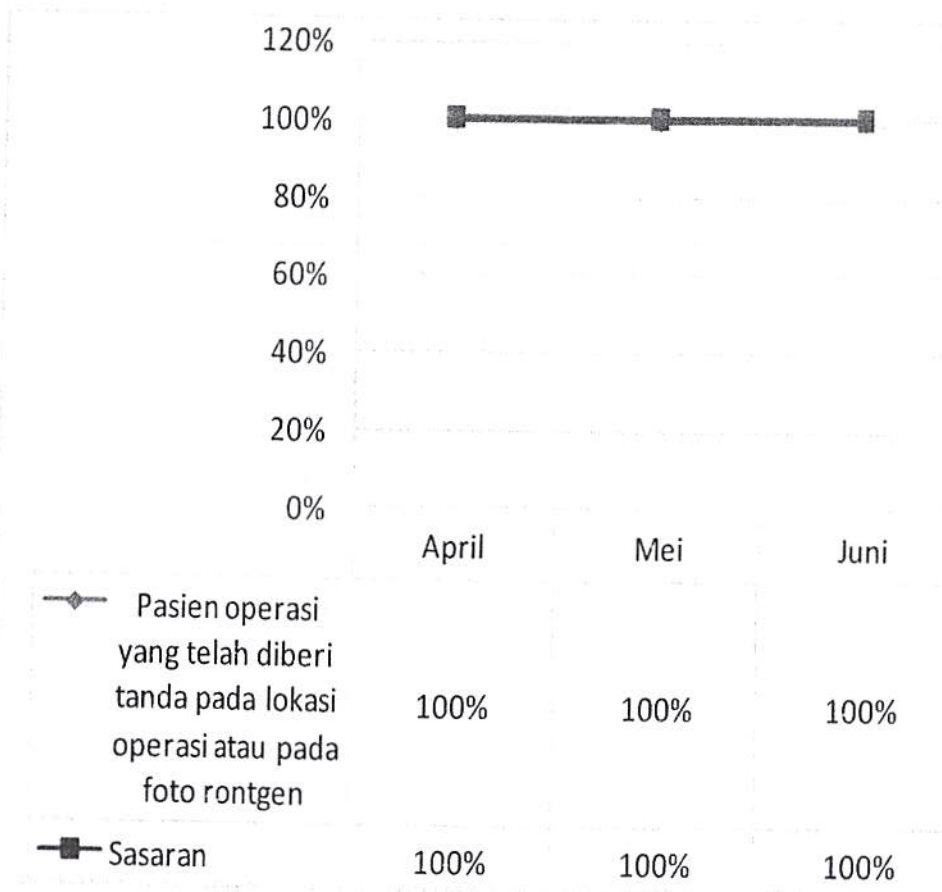
**Action**

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



## IAK 4

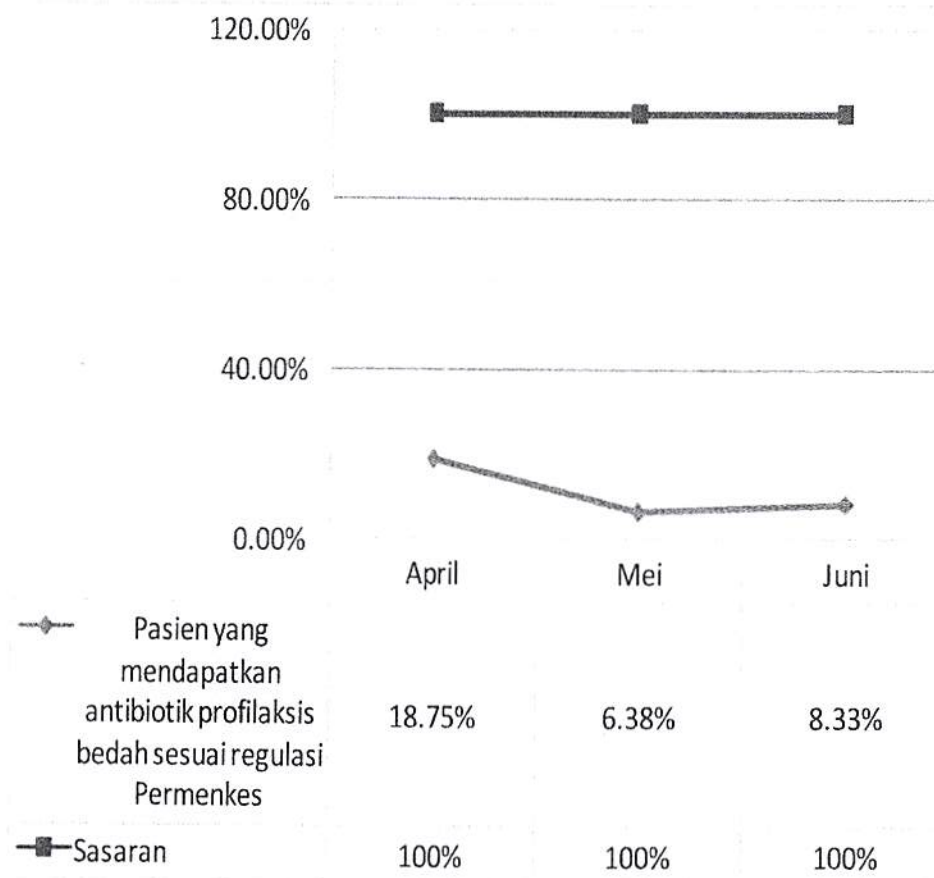
### ANGKA KEPATUHAN PENANDAAN SISI DAN LOKASI OPERASI (%) TRIBULAN II TAHUN 2018



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

## IAK 5

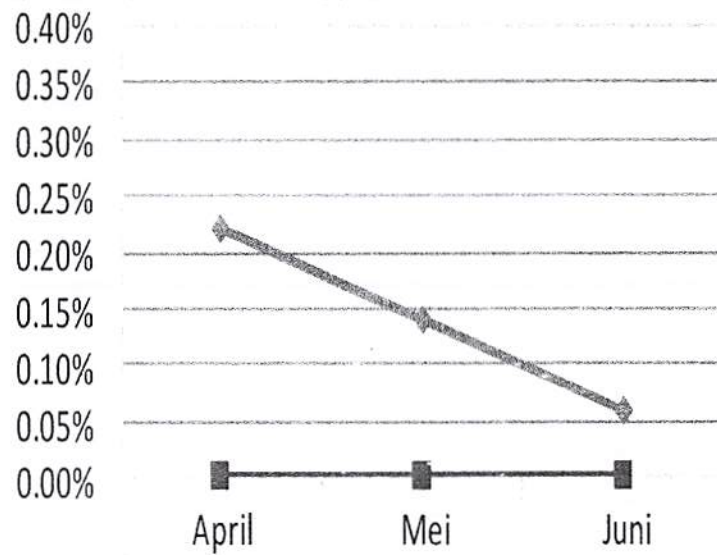
### ANGKA KETEPATAN JENIS ANTIBIOTIK PROFILAKSIS BEDAH SESUAI REGULASI (%) TRIBULAN II TAHUN 2018



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

**IAK 6**

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



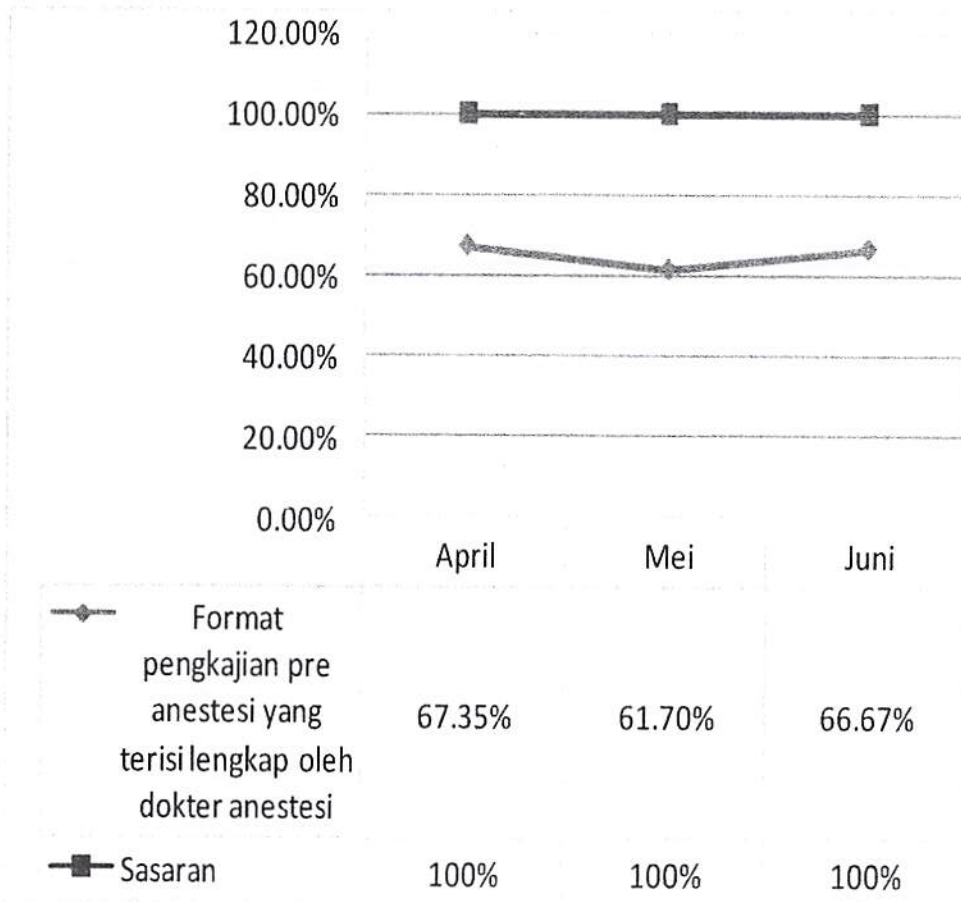
◆ Kejadian kesalahan pemberian obat di apotik rawat jalan

■ Sasaran

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

# IAK 7

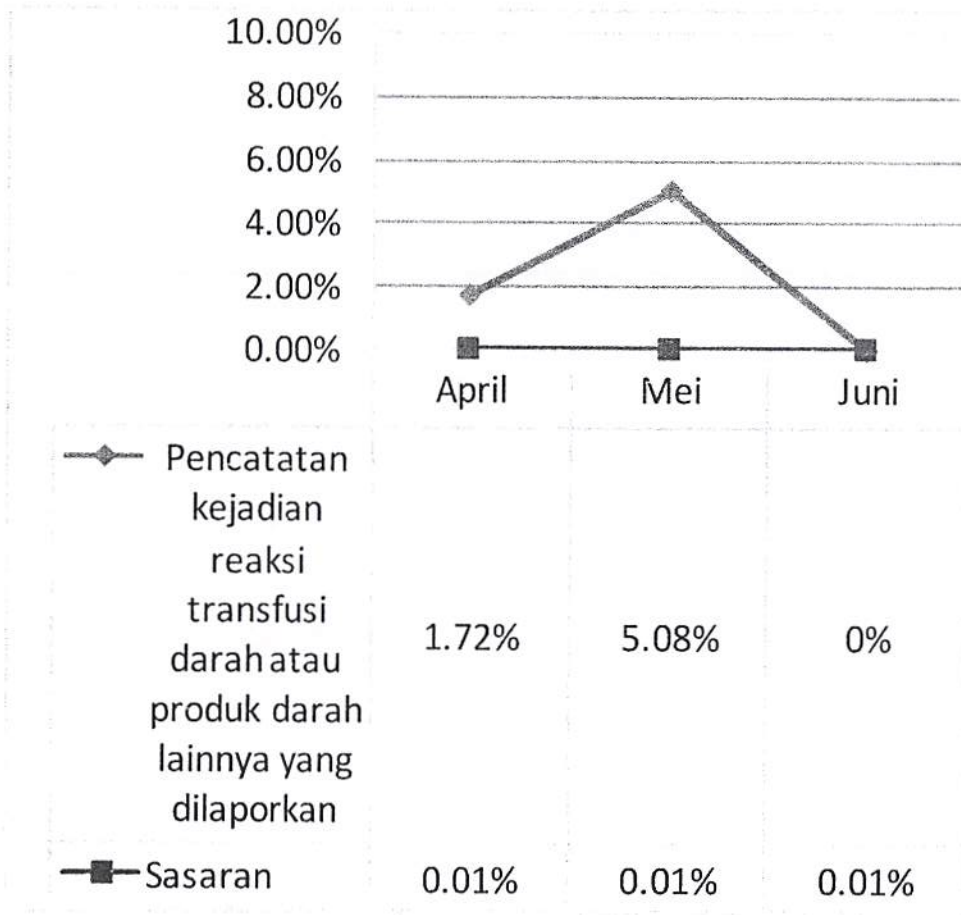
## ANGKA KELENGKAPAN ASESMEN PRE ANESTESI (%) TRIBULAN II TAHUN 2018



Plan	Meningkatkan pengkajian pre anestesi yang terisi lengkap oleh Dokter Anestesi .
Do	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengingatn Dokter Anestesi sudah dilakukan oleh PIC IBS.</li> <li>2. Koordinasi dengan Bidang Pelayanan dan SMF sudah dilakukan.</li> <li>3. Monitoring pelaksanaan sudah dilakukan.</li> </ol>
Study	Pencapaian selama Tribulan II belum mencapai sasaran dengan capaian tertinggi 67.35% di bulan April. Hal ini karena pengkajian pre anestesi baru dilakukan di IBS dan ditulis di lembar konsultasi .
Action	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ingatkan pelaksanaan oleh Kepala IBS dan Ruang Flamboyan.</li> <li>2. Motivasi dokter oleh Direksi RS.</li> <li>3. Monitoring pelaksanaan oleh Kepala IBS.</li> </ol>

**IAK 8**

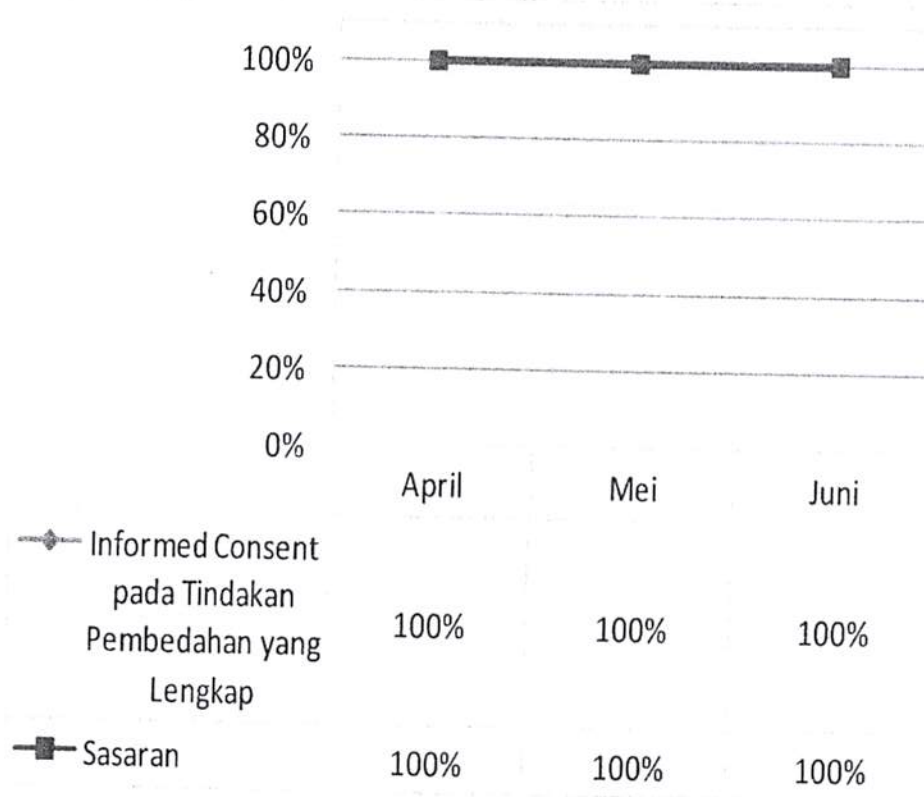
**ANGKA KEJADIAN REAKSI TRANSFUSI (%)  
TRIBULAN II TAHUN 2018**



Plan	Menurunkan dan mempertahankan kejadian reaksi transfusi.
Do	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sosialisasi SPO sudah dilakukan.</li> <li>2. Lembar monitoring transfusi sudah ada tapi belum disosialisasikan.</li> <li>3. Monitoring pelaksanaan sudah dilakukan.</li> </ol>
Study	Pencapaian selama Tribulan II 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"> <li>1. Sosialisasi ulang SPO transfusi darah oleh Bidang pelayanan.</li> <li>2. Sosialisasikan lembar monitoring transfusi dan gunakan.</li> <li>3. Supervisi dan monitoring pelaksanaan oleh Kepala Ruang.</li> </ol>

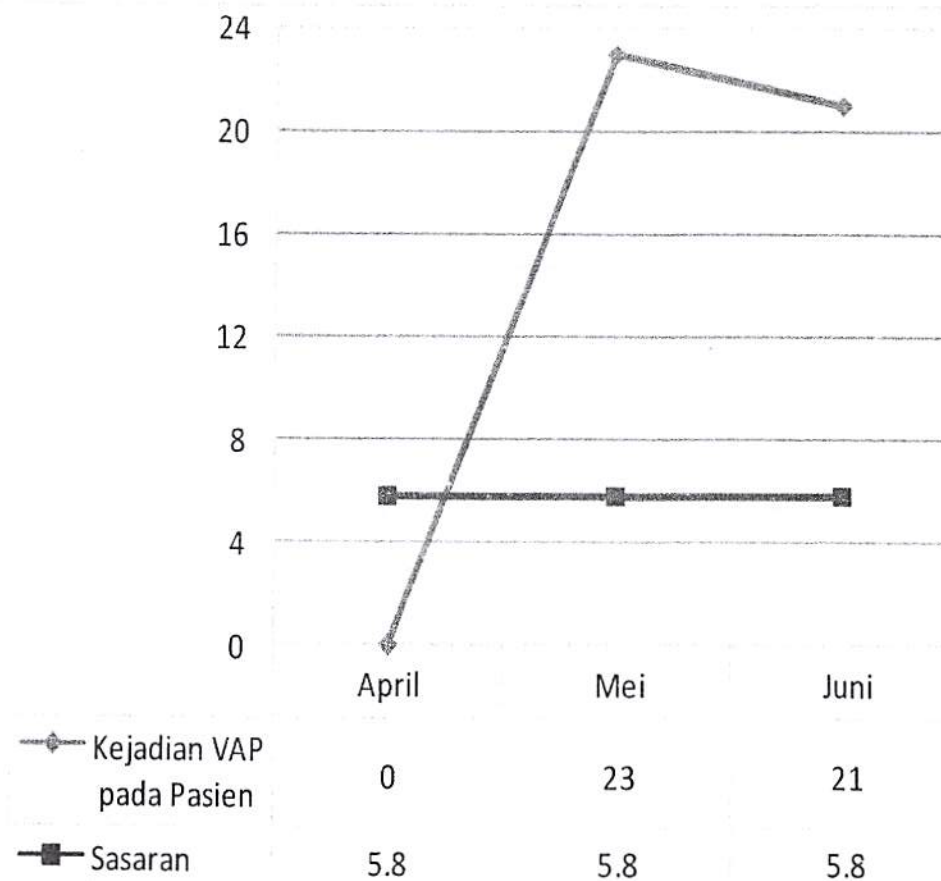
**IAK 9**

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



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

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



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

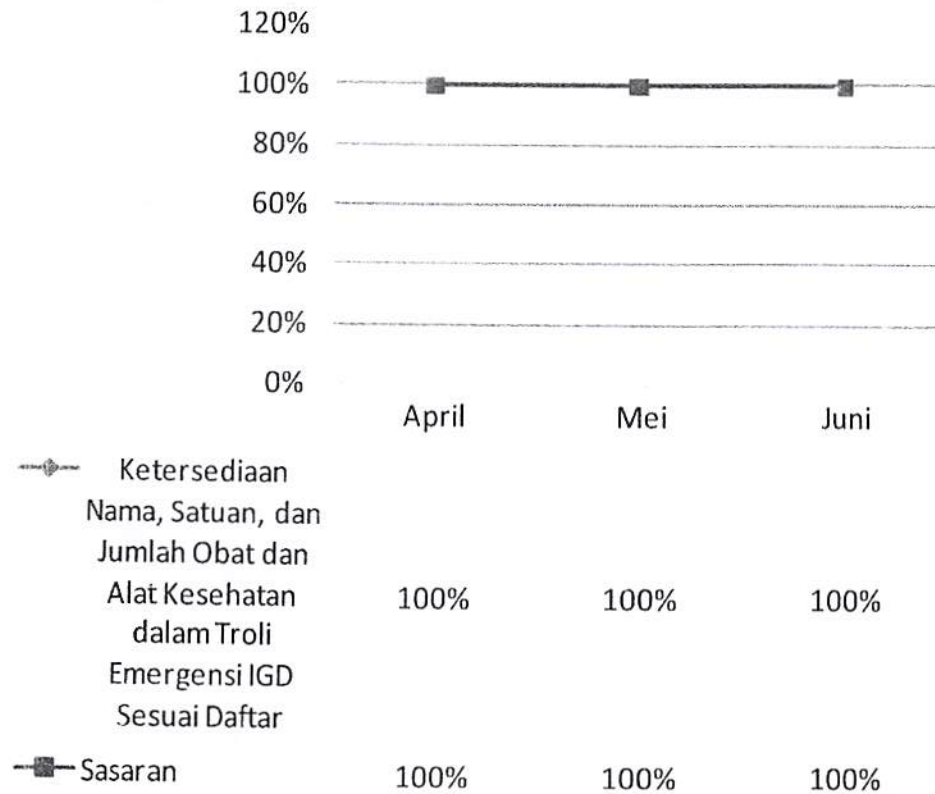
## B. INDIKATOR AREA MANAJEMEN (IAM)

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

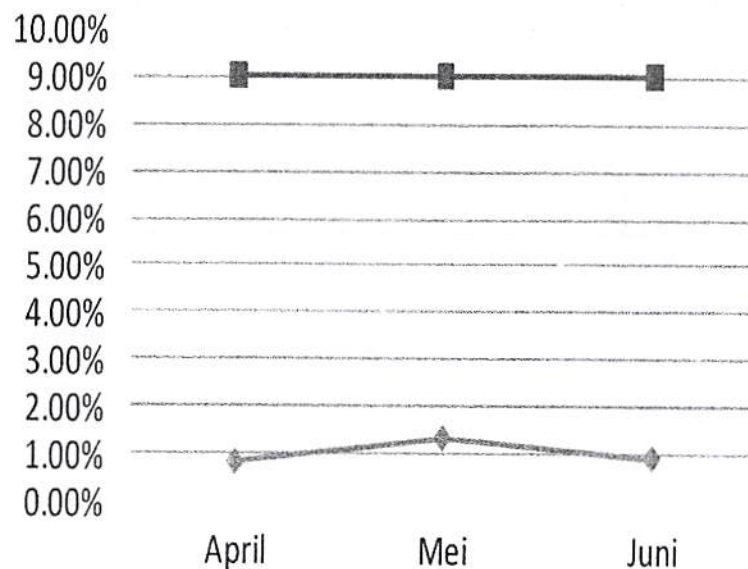
## KETERSEDIAAN OBAT DAN ALAT KESEHATAN EMERGENSI DI IGD (%) TRIBULAN II TAHUN 2018



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

IAM 2

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



◆ Kejadian infeksi nosokomial di Rawat Inap

■ Sasaran

0.81%

1.31%

0.91%

9%

9%

9%

Plan

Mempertahankan kejadian infeksi nosokomial di rawat inap sesuai standar.

Do

1. Sosialisasi bundle dan SPO sudah dilakukan.
2. Surveilans data INOS sudah dilakukan.
3. Audit pelaksanaan sudah dilakukan.

Study

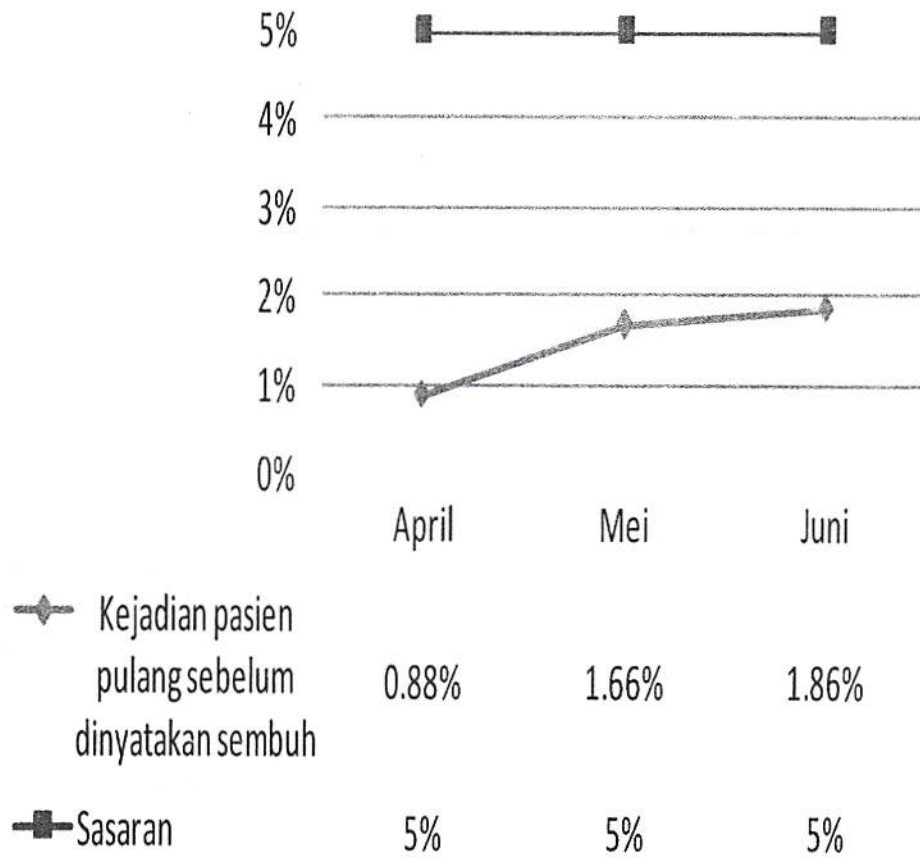
Pencapaian selama Tribulan II sudah mencapai sasaran, tetapi perlu ditingkatkan.

Action

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**

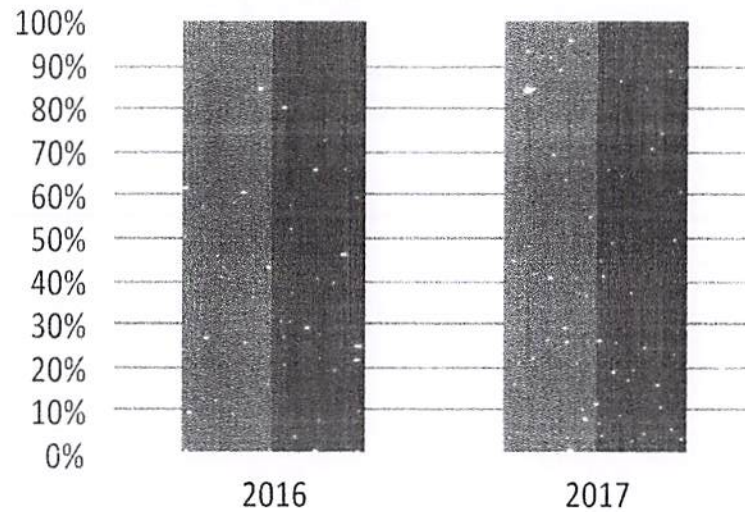
**KEJADIAN PULANG SEBELUM DINYATAKAN SEMBUH (%)  
TRIBULAN II TAHUN 2018**



<b>Plan</b>	Mempertahankan kejadian pasien pulang sebelum dinyatakan sembuh ≤ 5%.
<b>Do</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Survei kepuasan pelanggan sudah dilakukan berkala.</li> <li>2. Penanganan komplain sudah dilakukan sesuai bidang terkait.</li> <li>3. Sosialisasi SPO sudah dilakukan.</li> <li>4. Edukasi pasien dan keluarga sudah dilakukan.</li> <li>5. Monitoring pelaksanaan sudah dilakukan.</li> </ol>
<b>Study</b>	Pencapaian selama Tribulan II sudah mencapai sasaran, tetapi masih perlu ditingkatkan dan dipertahankan.
<b>Action</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Supervisi pelaksanaan oleh Kepala Ruang.</li> <li>2. Monitoring untuk mempertahankan pencapaian oleh Kepala Ruang.</li> </ol>

**IAM 4**

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



■ Alat ukur dan alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu

■ Sasaran

100%

100%

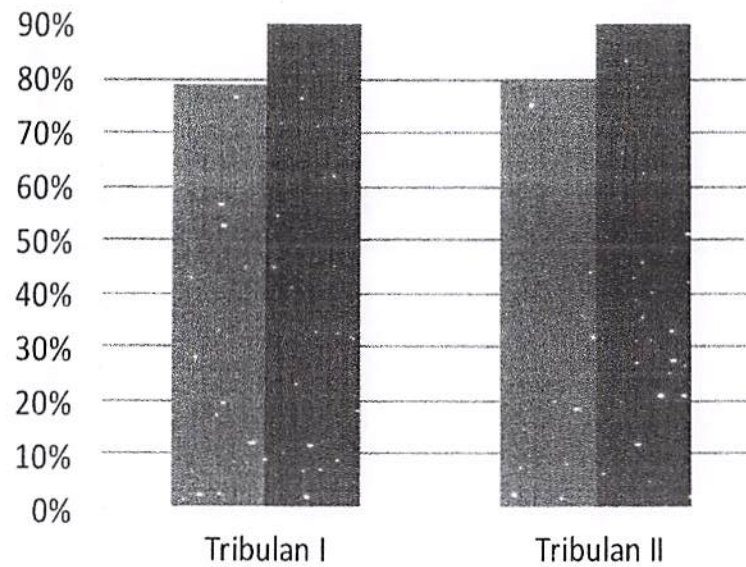
100%

100%

<b>Plan</b>	<b>Mempertahankan alat ukur dan alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu.</b>
<b>Do</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kalibrasi dilakukan kerjasama dengan pihak ketiga sudah dilakukan.</li> <li>2. Monitoring pelaksanaan sudah dilakukan.</li> </ol>
<b>Study</b>	Pencapaian selama tahun.2016 dan 2017 sudah mencapai sasaran, tetapi masih perlu dipertahankan.
<b>Action</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan kalibrasi sesuai jadwal dan jenis alat.</li> <li>2. Supervisi pelaksanaan oleh Kepala Instalasi Laboratorium dan IPSRS.</li> <li>3. Monitoring pelaksanaan oleh Kepala Instalasi Laboratorium dan IPSRS.</li> </ol>

**IAM 5**

**KEPUASAN PELANGGAN RAWAT INAP (%)  
TRIBULAN II TAHUN 2018**



■ Pelanggan yang di survei yang menyatakan harapannya terpenuhi

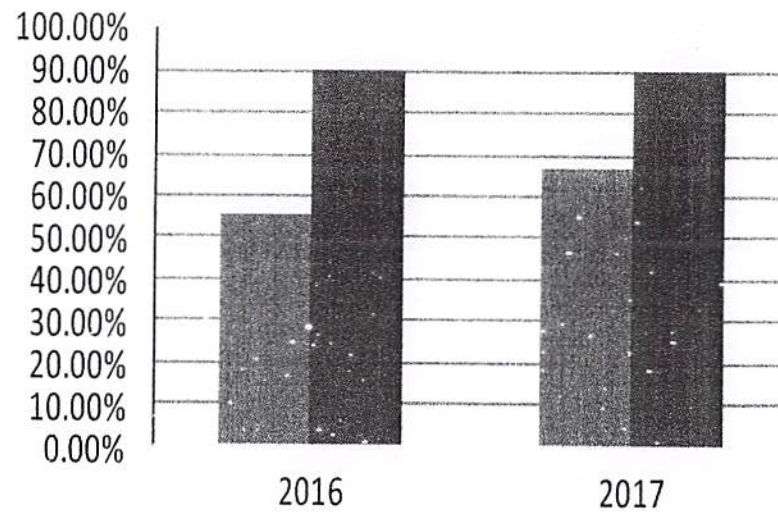
■ Sasaran

**Plan Meningkatkan kepuasan pelanggan rawat inap.**

- Do**
1. Dikiat 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 II belum mencapai sasaran. Ketidakpuasan dalam hal sarana prasarana dan komunikasi petugas.
- Action**
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%

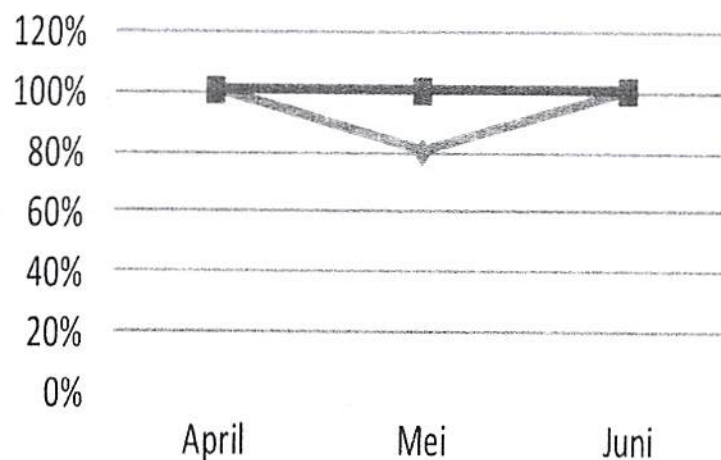
90%

90%

Plan	Meningkatkan kepuasan staf.
Do	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Peningkatan komunikasi internal /organisasi sudah dilakukan.</li> <li>2. Rapat koordinasi berjenjang dan periodik sudah dilakukan.</li> <li>3. Survei kepuasan tahun 2018 belum dilakukan.</li> </ol>
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"> <li>1. Penilaian kepuasan staf akhir Tahun 2018 oleh Bagian Kepegawaian.</li> <li>2. Rapat Koordinasi berjenjang tiap 2 bulan untuk unit kerja, 3 bulan untuk instalasi dan bidang digunakan untuk komunikasi organisasi.</li> <li>3. Pembagian jasa pelayanan sesuai kesepakatan waktu.</li> </ol>

**IAM 7**

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



◆ Pelaporan  
demografi pasien  
dengan diagnosa  
klinis DHF

■ Sasaran

April

Mei

Juni

100%

80%

100%

100%

100%

100%

**Plan** Meningkatkan dan mempertahankan pelaporan demografi pasien dengan diagnosa klinis DHF.

**Do**

1. Format laporan DHF selalu tersedia.
2. Mengingatkan ruangan untuk mengisi format laporan DHF jika ada pasien dengan DHF.
3. Monitoring pelaksanaan sudah dilakukan.

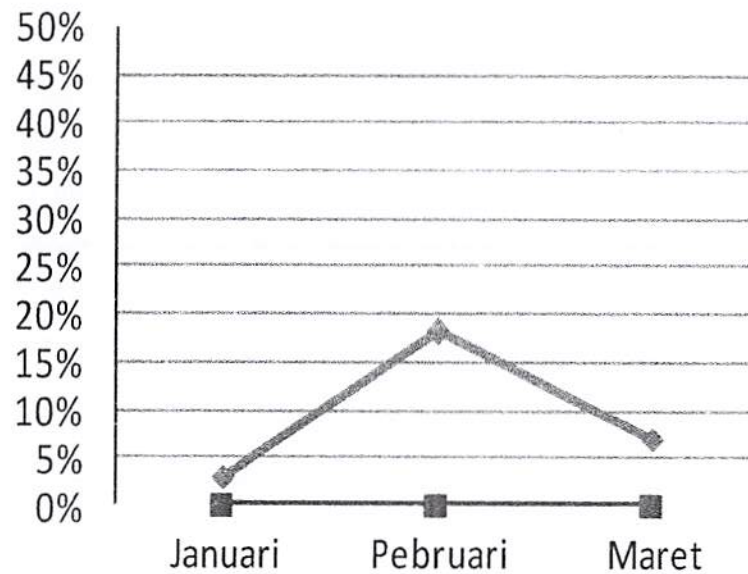
**Study** Pencapaian Tribulan II meningkat dan mencapai sasaran di Bulan Maret.

**Action**

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 II TAHUN 2018**



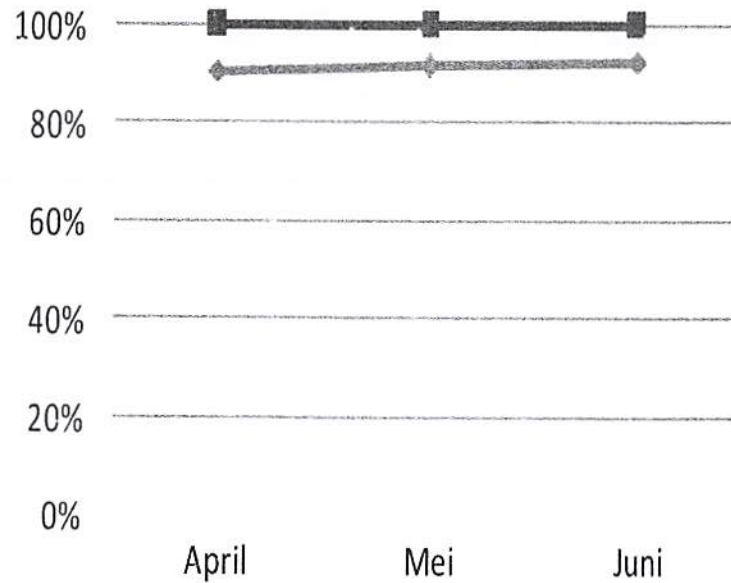
◆ Berkas klaim rawat inap susulan	3%	18%	7%
■ Sasaran	0%	0%	0%

<b>Plan</b>	<b>Menurunkan angka berkas klaim BPJS rawat inap susulan menjadi 0%</b>
<b>Do</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Koordinasi Bidang Keuangan dengan bidang terkait sudah dilakukan.</li> <li>2. Supervisi sudah dilakukan.</li> <li>3. Monitoring kelengkapan berkas sudah dilakukan.</li> </ol>
<b>Study</b>	Pencapaian Tribulan II angka berkas klaim BPJS belum mencapai sasaran. Hal ini karena adanya perubahan kebijakan klaim dari BPJS, perbaikan pelaksanaan SIM RS sesuai dengan kebijakan BPJS.
<b>Action</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Komunikasi dan koordinasi Unit dan Bidang terkait setiap ada perubahan kebijakan BPJS.</li> <li>2. Supervisi pelaksanaan oleh Kepala Bidang Keuangan.</li> <li>3. Monitoring untuk mempertahankan capaian oleh Kepala Bidang Keuangan.</li> </ol>



IAM 9

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



◆ Ketersediaan cairan hand rub

■ Sasaran

April

Mei

Juni

91%

92%

93%

100%

100%

100%

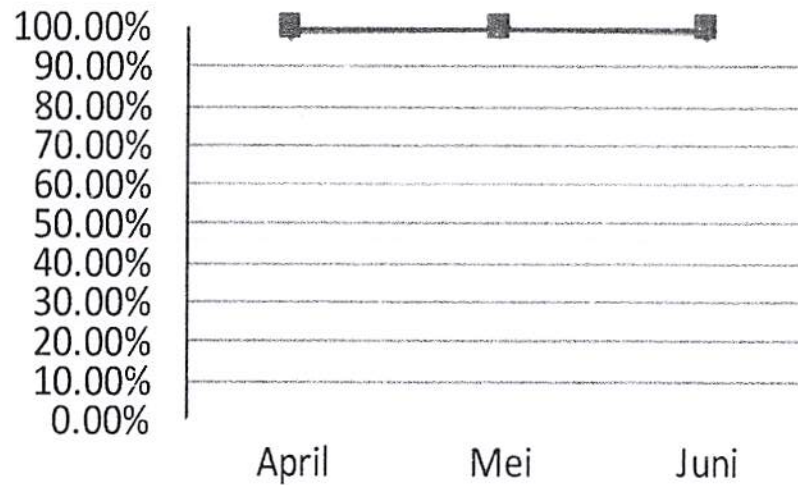
Plan	Memastikan ketersediaan cairan handrub di rawat inap
Do	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penunjukan petugas penanggungjawab pengisian setiap unit kerja sudah dilakukan.</li> <li>2. Supervisi oleh Kepala Unit sudah dilakukan tapi belum optimal.</li> <li>3. Monitoring/audit pelaksanaan sudah dilakukan.</li> </ol>
Study	<p>Pencapaian Tribulan II belum mencapai sasaran dengan capaian tertinggi 93%. Hal ini karena belum optimalnya supervisi oleh Kepala Unit kepada petugas <i>cleaning service</i> yang bertanggungjawab mengisi cairan <i>handrub</i>.</p>
Action	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pantau ketersediaan cairan hand rub.</li> <li>2. Supervisi pelaksanaan oleh Kepala Unit.</li> <li>3. Monitoring/audit berkala oleh IPCN.</li> </ol>

## 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 II TAHUN 2018**

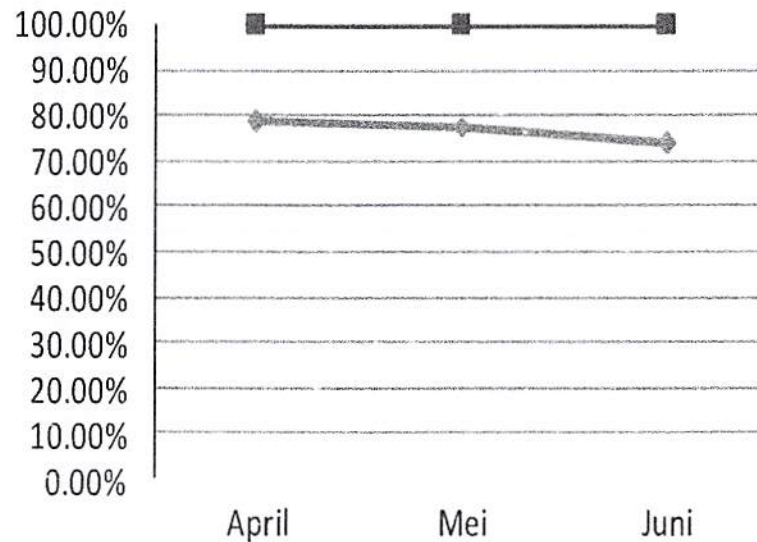


◆ Pasien rawat inap yang terpasang gelang identitas	99.52%	99.68%	99.44%
■ Sasaran	100%	100%	100%

<b>Plan</b>	<b>Meningkatkan kepatuhan pemasangan gelang identitas pasien rawat inap .</b>
Do	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sosialisasi ulang SPO sudah dilakukan.</li> <li>2. Supervisi pelaksanaan sudah dilakukan.</li> <li>3. Monitoring pelaksanaan sudah dilakukan.</li> </ol>
Study	Pencapaian Tribulan II belum mencapai sasaran tapi sudah mendekati sasaran 99.44%-99.52%. 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"> <li>1. Supervisi pelaksanaan oleh Kepala Unit Admisi.</li> <li>2. Monitoring pelaksanaan oleh Kepala Ruang.</li> </ol>

**ISKP 2**

**ANGKA VERIFIKASI LAPORAN VERBAL OLEH DPJP DI RUANG RAWAT INAP (%)**  
**TRIBUNAN II TAHUN 2018**



◆ Verifikasi oleh DPJP 24 jam setelah pelaporan verbal

■ Sasaran

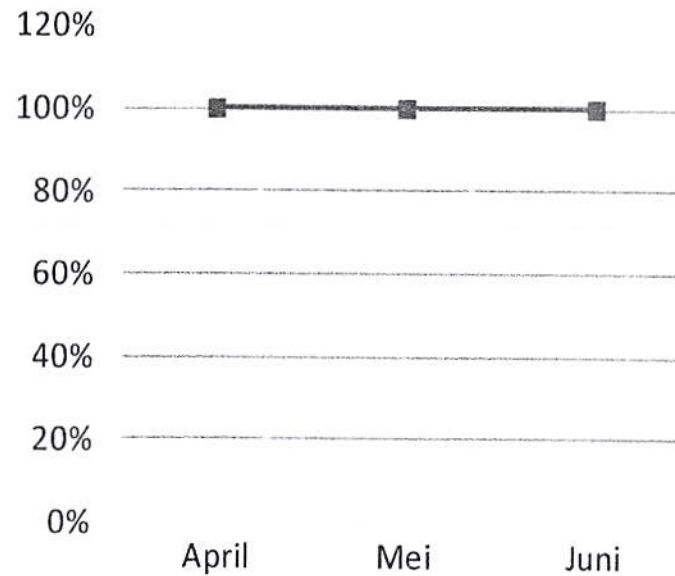
**Plan** Meningkatkan verifikasi laporan verbal oleh DPJP di ruang rawat inap.

- Do**
1. Sosialisasi ulang SPO belum dilakukan.
  2. Supervisi/mengingatkan DPJP sudah dilakukan oleh Ka. Ruang dan Ka. Tim.
  3. Monitoring pelaksanaan sudah dilakukan.

**Study** Pencapaian Tribulan II belum mencapai sasaran. Hal ini karena sosialisasi dan supervisi belum optimal.

- Action**
1. Sosialisasi ulang SPO oleh Bidang Pelayanan.
  2. Monitoring pelaksanaan oleh Kepala Ruang.

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



◆ Obat high alert yang dilabeli di ruang rawat inap

■ Sasaran

100%

100%

100%

100%

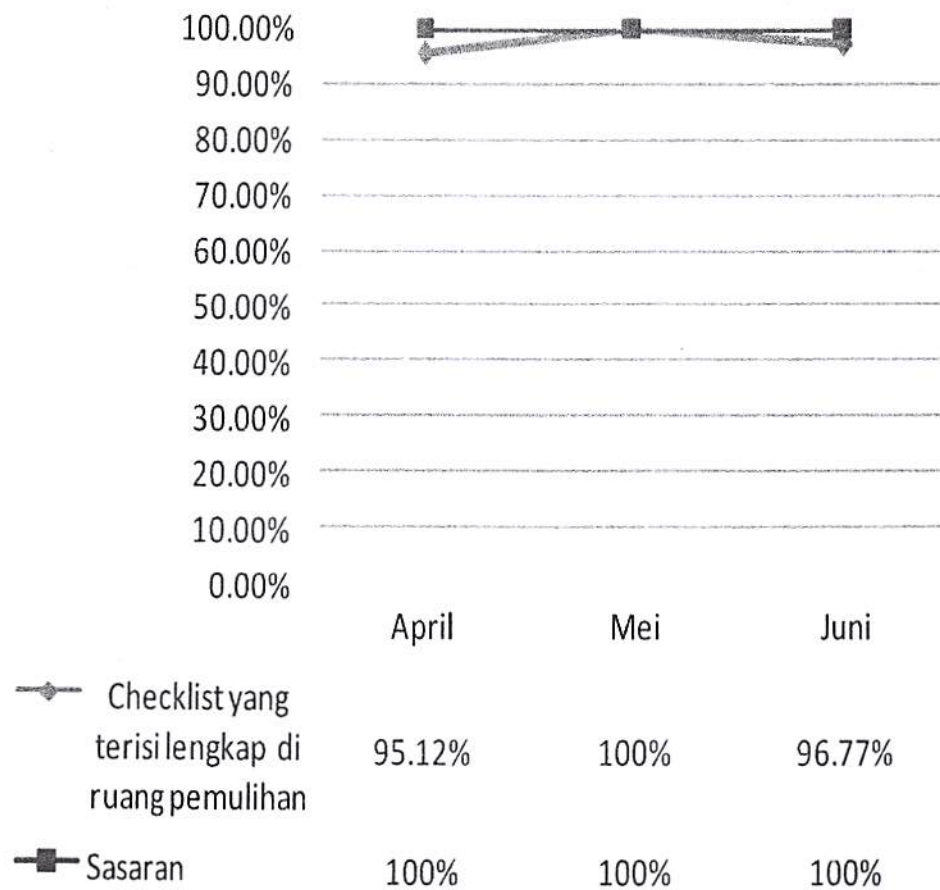
100%

100%

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

**ISKP 4**

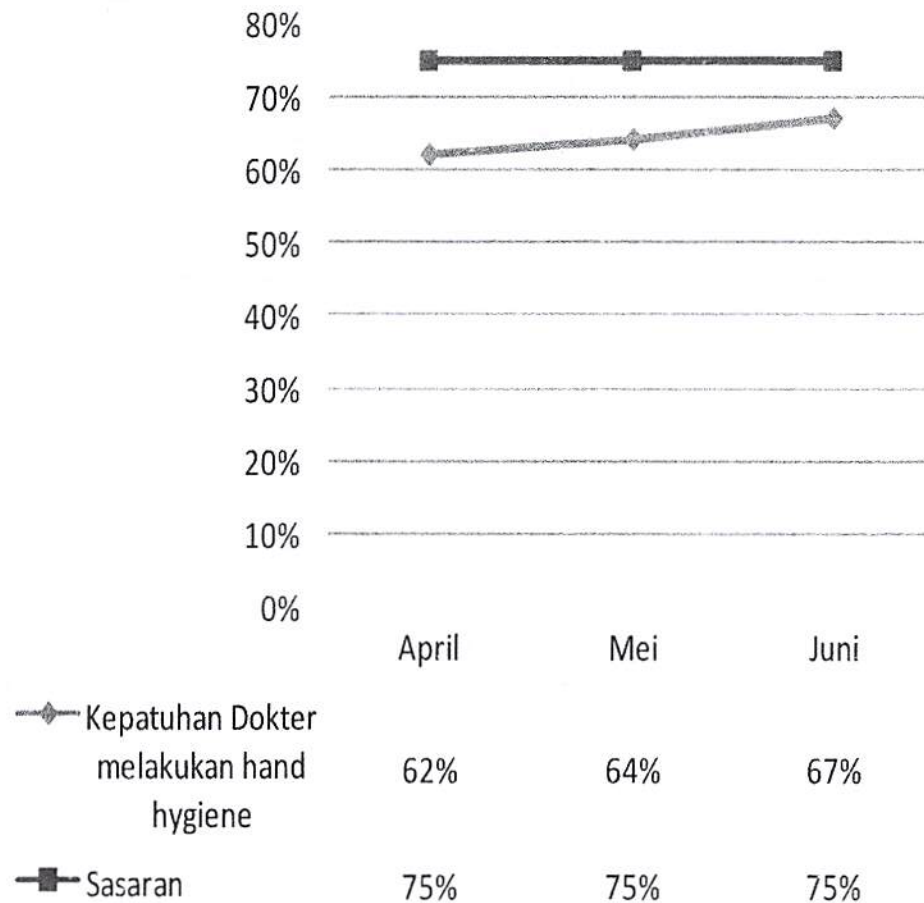
**ANGKA KEPATUHAN PENGISIAN CHECK LIST KESELAMATAN BEDAH YANG LENGKAP DI IBS (%) TRIBULAN II TAHUN 2018**



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

**ISKP 5**

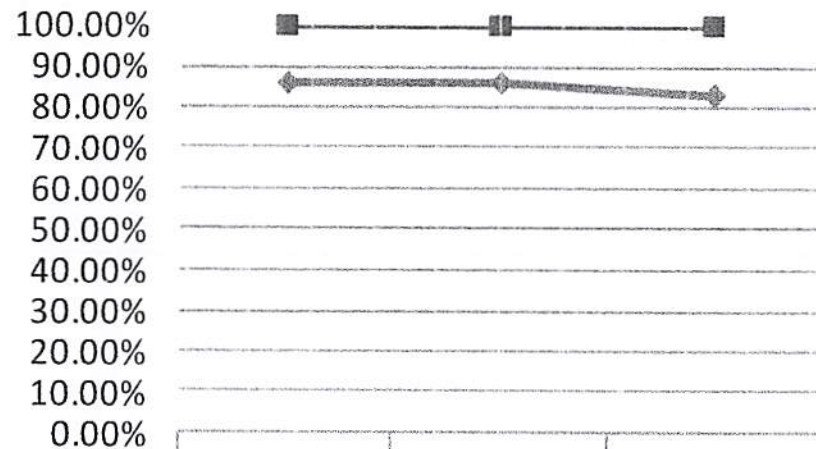
**ANGKA KEPATUHAN DOKTER DALAM MELAKUKAN *HAND HYGIENE* (%)  
TRIBULAN II TAHUN 2018**



<b>Plan</b>	<b>Meningkatkan kepatuhan dokter dalam melakukan <i>hand hygiene</i>.</b>
<b>Do</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penyiapan alat dan sarana <i>hand hygiene</i> sudah dilakukan.</li> <li>2. Supervisi sudah dilakukan.</li> <li>3. Monitoring/audit pelaksanaan sudah dilakukan.</li> </ol>
<b>Study</b>	Pencapaian selama Tribulan II belum mencapai sasaran tetapi naik dibanding Tribulan I. Tertinggi di Bulan Juni sebesar 67%. Hal ini karena belum optimalnya supervisi/mengingatkan dokter untuk <i>hand hygiene</i> .
<b>Action</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Supervisi/ingatkan pelaksanaan <i>hand hygiene</i> oleh Kepala Ruang.</li> <li>2. Penempatan cairan <i>hand rub</i> di troli visite dokter.</li> <li>3. Monitoring/audit kepatuhan oleh Komite PPI.</li> </ol>

**ISKP 6**

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



	April	Mei	Juni
◆ Kepatuhan upaya pencegahan risiko jatuh pasien	85.72%	85.65%	82.60%
■ Sasaran	100%	100%	100%

**Plan** Meningkatkan kepatuhan upaya pencegahan risiko jatuh pasien di ruang rawat inap.

**Do**

1. Penyediaan lembar monitoring risiko jatuh.
2. Penyediaan penanda risiko jatuh.
3. Supervisi pelaksanaan.
4. Monitoring pelaksanaan sudah dilakukan.

**Study** Pencapaian selama Tribulan II belum mencapai sasaran. Hal ini karena belum optimalnya supervisi yang dilakukan oleh Kepala Ruang.

**Action**

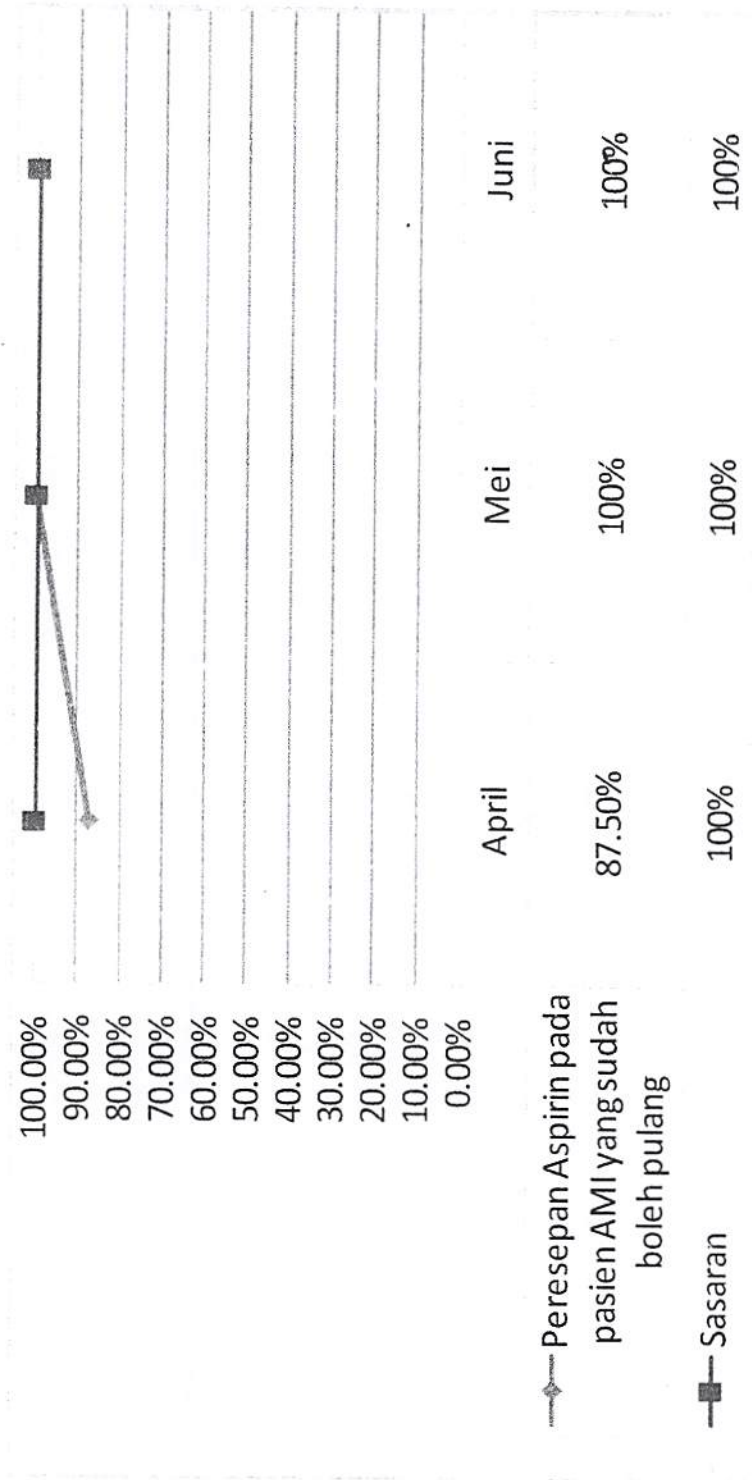
1. Tingkatkan supervisi oleh Kepala Ruang/Unit dan PIC Mutu.
2. Monitoring pelaksanaan oleh Komite PMKP.



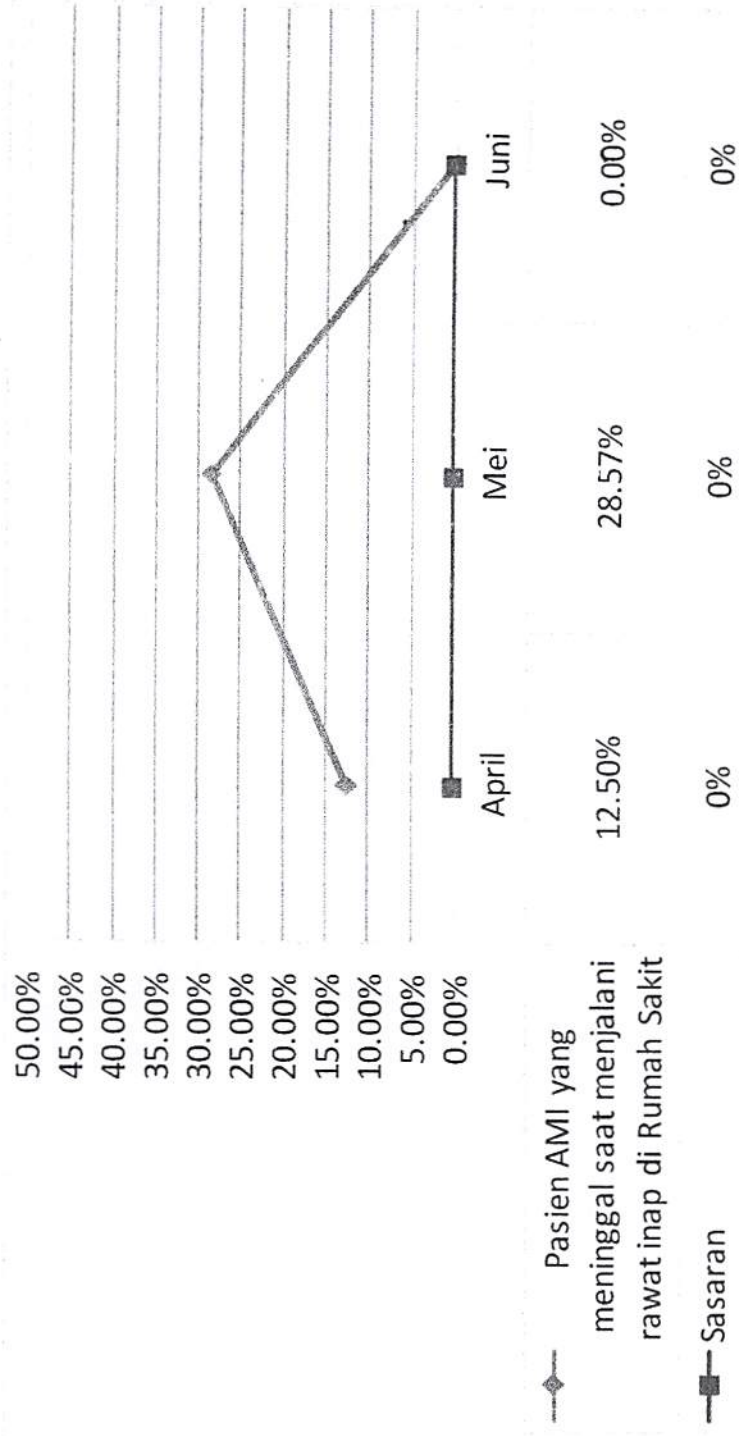
**D. INDIKATOR INTERNATIONAL LIBRARY OF MEASURES (IILM)**

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	≤ 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 (%)  
TRIBUNAL II TAHUN 2018

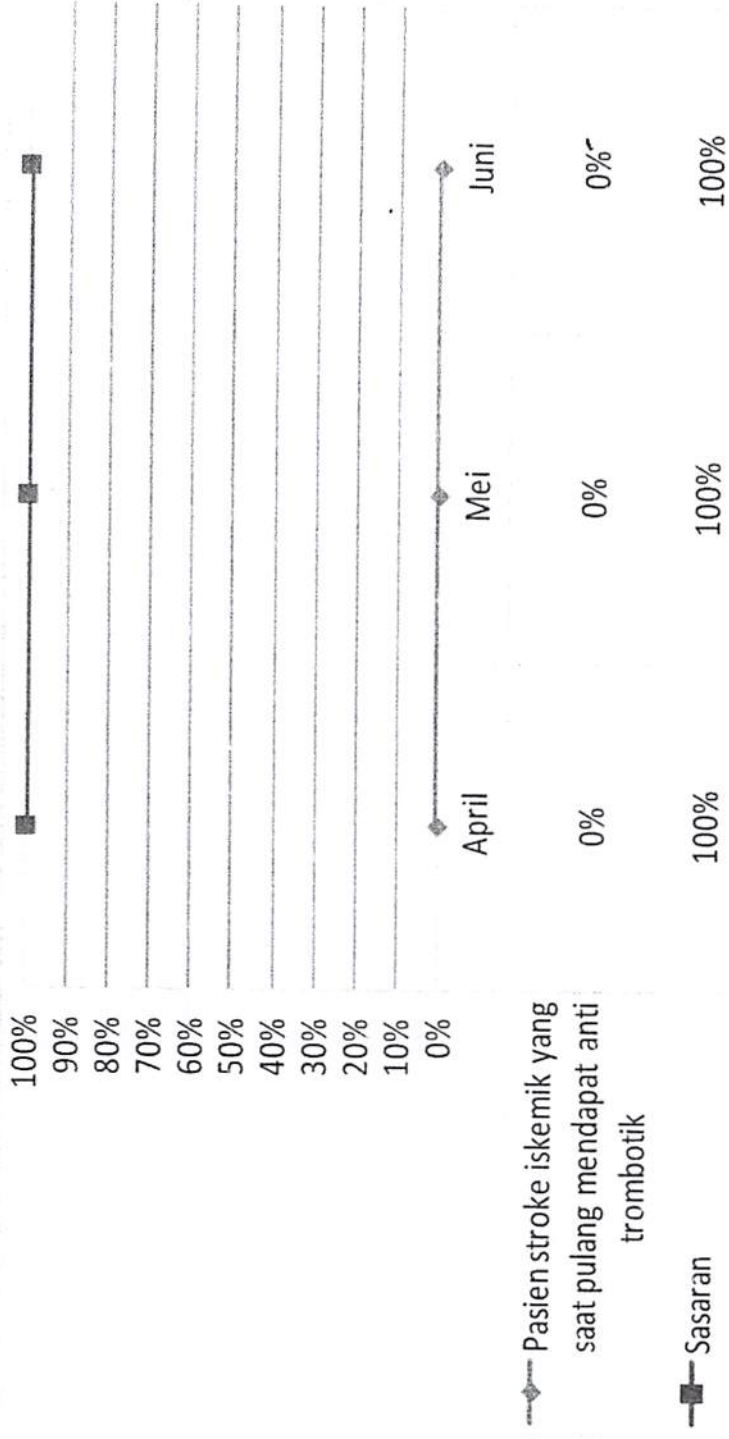


PASIEN AMI YANG MENINGGAL SAAT MENJALANI RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT (%)  
 TRIBULAN II TAHUN 2018



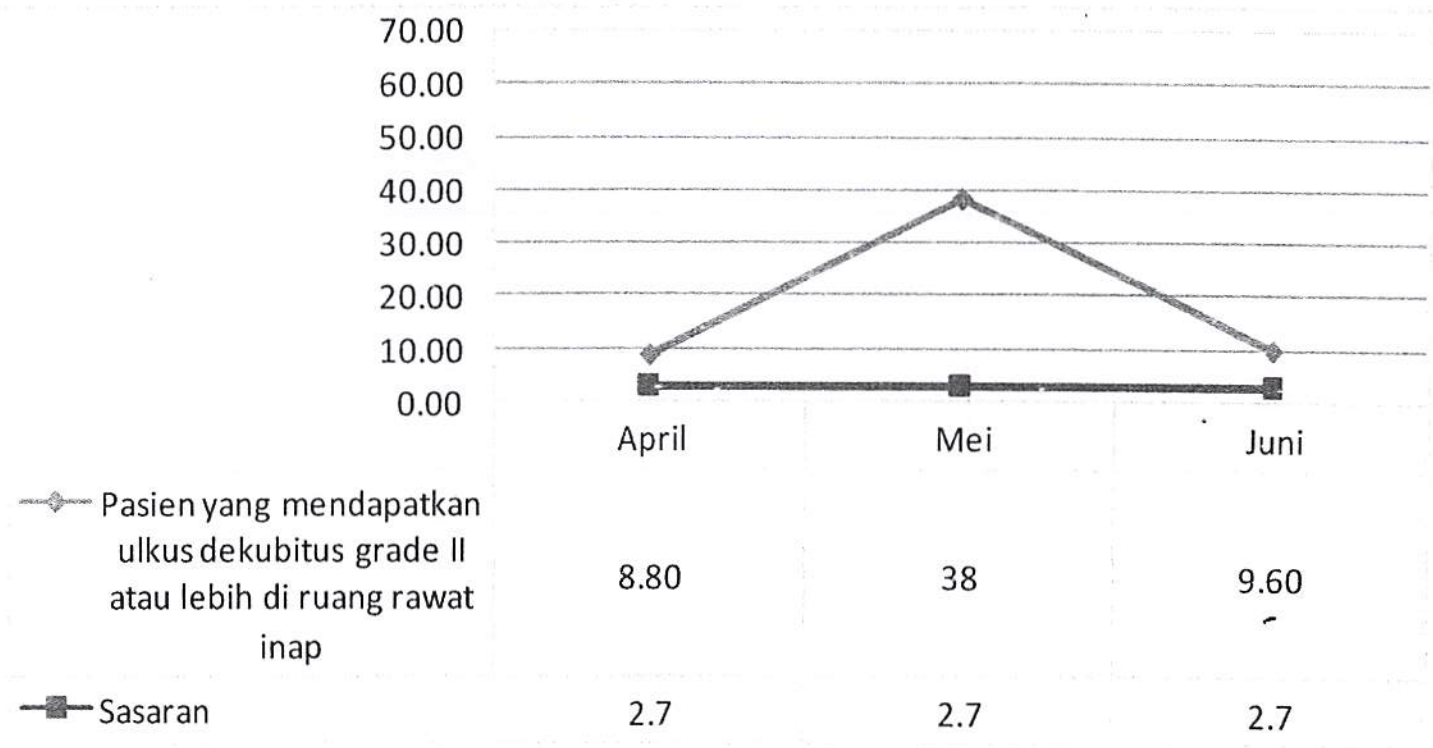
ILM 3

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



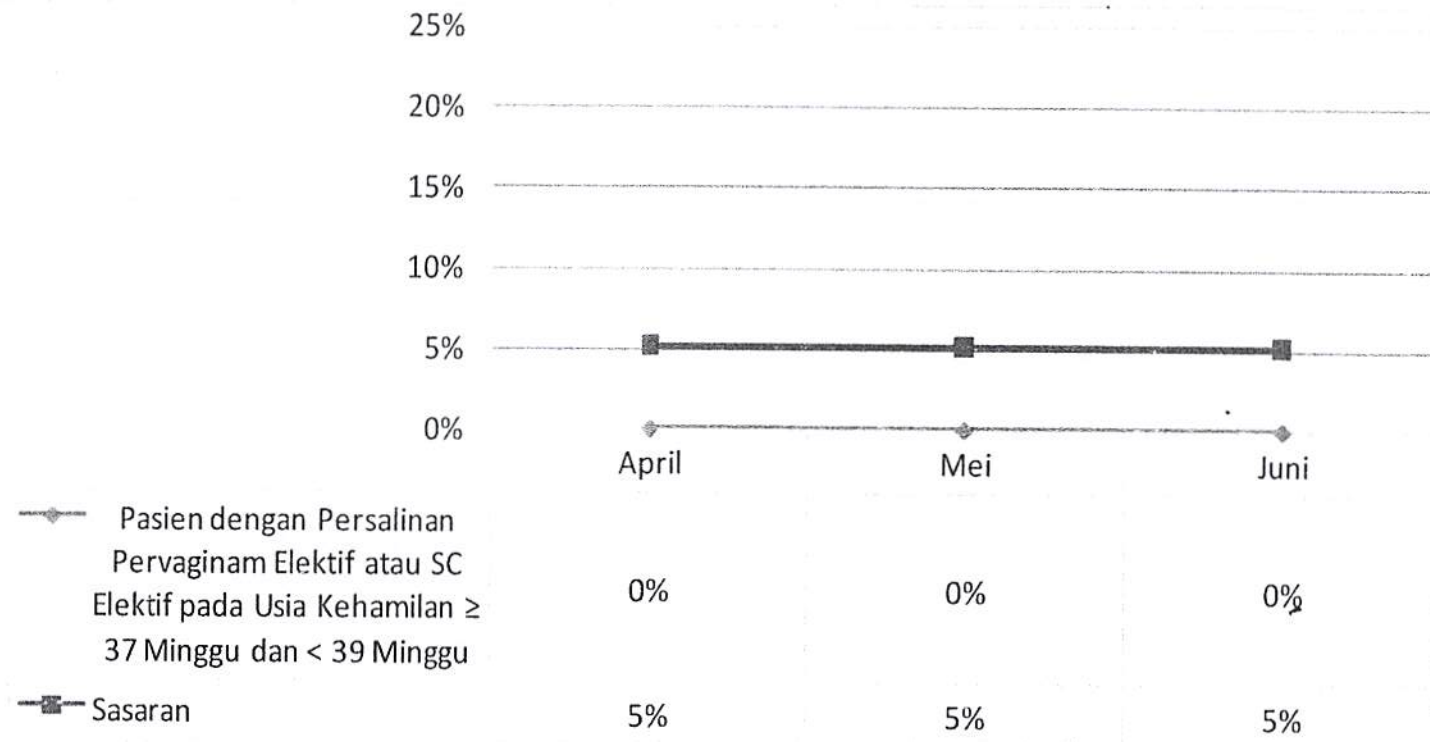
**ILM 4**

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

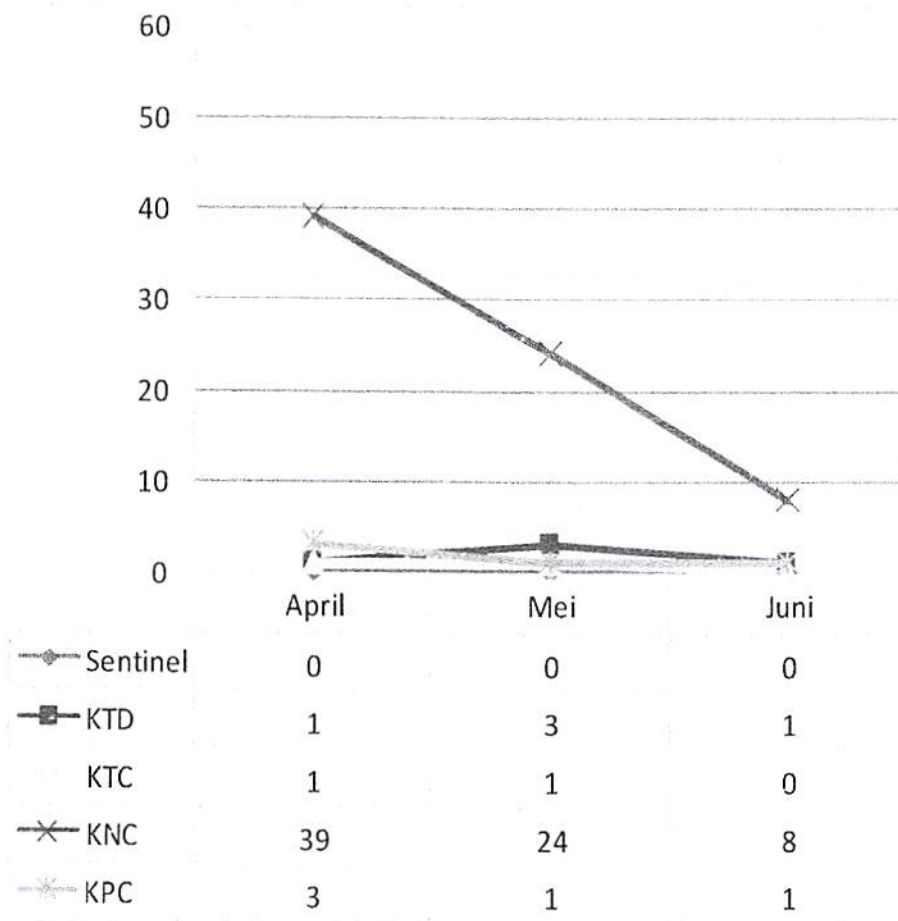


ILM 5

PASIEIN DENGAN PERSALINAN PERVAGINAM ELEKTIF ATAU SECTIO CESARIA ELEKTIF PADA USIA KEHAMILAN  $\geq$  37 MINGGU DAN  $<$  39 MINGGU (%)  
TRIBULAN II TAHUN 2018



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



Plan	Menurunkan dan mempertahankan insiden keselamatan pasien.
Do	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sosialisasi tentang keselamatan pasien sudah dilakukan.</li> <li>2. Penanganan insiden sudah dilakukan.</li> <li>3. Tindak lanjut hasil investigasi sederhana dan RCA sudah dilakukan.</li> <li>4. Supervisi pelaksanaan sudah dilakukan.</li> <li>5. Monitoring pelaksanaan sudah dilakukan.</li> </ol>
Study	Selama Tribulan II tidak ada kejadian sentinel, KTD reaksi transfusi dan KNC farmasi.
Action	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tangani insiden sesuai jenisnya.</li> <li>2. Lakukan investigasi sederhana atau RCA dan monitor pelaksanaan rencana tindak lanjut.</li> <li>3. Supervisi pelaksanaan oleh Kepala Unit/Instalasi dan Komite PMKP.</li> <li>4. Monitoring pelaksanaan oleh Komite PMKP.</li> </ol>

### 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.	ASSESMEN TERHADAP AREA KLINIK	ANGKA PENGAJIAN AWAL MEDIS RAWAT INAP DALAM WAKTU 24 JAM	100 %	95.55% - 97.91%	<ol style="list-style-type: none"> <li>Selalu ingatkan DPJP untuk melengkapi pengkajian awal medis oleh Kepala Ruang dan Ka. Tim Perawat.</li> <li>Review pengusulan dokter jaga bangsal/ruang.</li> <li>Pemantauan kelengkapan pengkajian awal medis dalam 24 jam oleh PIC.</li> <li>Tingkatkan komunikasi dan motivasi oleh Direksi RS.</li> </ol>
2.	PELAYANAN LABORATORIUM	ANGKA PELAPORAN HASIL NILAI KRITIS LABORATORIUM	100 %	100% Tribulan II	Mempertahankan capaian.
3.	PELAYANAN RADIOLOGI	WAKTU TUNGGU HASIL PELAYANAN FOTO THORAX	≤ 3 jam (180 menit)	36-42 menit tercapai di Tribulan II	Mempertahankan capaian.
4.	PROSEDUR BEDAH	ANGKA KEPATUHAN PENANDAAN SISI DAN LOKASI OPERASI	100 %	100% Tribulan II	Mempertahankan capaian.
5.	PENGGUNAAN OBAT DAN ANTIBIOTIK LAINNYA	ANGKA KETEPATAN JENIS ANTIBIOTIK PROFILAKSIS BEDAH SESUAI REGULASI	100 %	6.38% - 18.75%	<ol style="list-style-type: none"> <li>Sosialisasi kebijakan kepada operator oleh Tim PPRA dan Direksi RS.</li> <li>Komunikasi dan motivasi operator secara konsisten oleh Direksi RS.</li> <li>Supervisi dan monitoring oleh Tim PPRA.</li> </ol>
6.	KESALAHAN MEDIS DAN KNC	ANGKA KEJADIAN KESALAHAN PEMBERIAN OBAT DI APOTIK RAWAT JALAN	0 %	0.06% di Bulan Juni	<ol style="list-style-type: none"> <li>Lakukan evaluasi efektivitas perubahan yang sudah dilakukan.</li> <li>Supervisi dan monitoring pelaksanaan oleh Kepala Instalasi Farmasi.</li> </ol>
7.	PELAYANAN ANESTHESI DAN SEDASI	ANGKA KELENGKAPAN ASESMEN PRE ANESTESI	100 %	61.70% - 67.35%	<ol style="list-style-type: none"> <li>Ingatkan pelaksanaan oleh Kepala IBS dan Ruang Flamboyan.</li> <li>Motivasi dokter oleh Direksi RS.</li> <li>Monitoring pelaksanaan oleh Kepala IBS.</li> </ol>



8.	PENGGUNAAN DARAH DAN PRODUK DARAH	ANGKA KEJADIAN REAKSI TRANSFUSI	≤ 0.01%	0% Bulan Juni	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sosialisasi ulang SPO transfusi darah oleh Bidang pelayanan.</li> <li>2. Sosialisasikan lembar monitoring transfusi dan gunakan.</li> <li>3. Supervisi dan monitoring pelaksanaan oleh Kepala Ruang.</li> </ol>
9.	KETERSEDIAAN, ISI DAN PENGGUNAAN CATATAN MEDIK	ANGKA KELENGKAPAN PENGISIAN INFORMED CONSENT PADA TINDAKAN PEMBEDAHAN	100 %	100% Tribulan II	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Supervisi pelaksanaan oleh Kepala Ruangan Rawat Inap dan IBS.</li> <li>2. Monitoring untuk mempertahankan capaian.</li> </ol>
10.	PENCEGAHAN DAN KONTROL INFeksi SURVEILANS DAN PELAPORAN	ANGKA TERJADINYA VAP (VENTILATOR ASSOCIATED PNEUMONIA)	≤ 5,8 ‰	0% Bulan April	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Motivasi Ka. Instalasi, Koordinator dan Ka. Tim untuk memastikan bundle VAP berjalan dengan baik.</li> <li>2. Supervisi harian pelaksanaan bundle VAP oleh Koordinator dan Ka. Ruang.</li> <li>3. Supervisi dan monitoring pelaksanaan oleh Komite PPI.</li> </ol>

#### 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 II	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Supervisi dan monitoring pelaksanaan oleh Kepala Instalasi Farmasi.</li> <li>2. Pertahankan capaian oleh Instalasi Farmasi.</li> </ol>
2.	PELAPORAN YANG DIWAJIBKAN OLEH PERUNDANG-UNDANGAN	KEJADIAN INFeksi NOSOKOMIAL DI RAWAT INAP	≤ 9%.	0.81% - 1.31%	Mempertahankan capaian.
3.	MANAJEMEN RISIKO	KEJADIAN PULANG SEBELUM DINYATAKAN SEMBUH	≤ 5 %	0.88% - 1.86%	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"> <li>1. Lakukan kalibrasi sesuai jadwal dan jenis alat.</li> <li>2. Supervisi pelaksanaan oleh Kepala Instalasi Laboratorium dan IPSRS.</li> <li>3. Monitoring pelaksanaan oleh Kepala instalasi Laboratorium dan IPSRS.</li> </ol>

5.	HARAPAN DAN KEPUASAN PASIEN DAN KELUARGA	KEPUASAN PELANGGAN RAWAT INAP	≥ 90 %	80% Tribulan II	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Koordinasi dengan Bidang terkait untuk pemeliharaan dan perbaikan sarana prasarana.</li> <li>2. Komunikasi dan edukasi pada pasien dan keluarga terutama saat masuk rs.</li> <li>3. Handling complain proaktif oleh Unit terkait dan Instalasi PKRS.</li> </ol>
6.	HARAPAN DAN KEPUASAN STAF	TINGKAT KEPUASAN STAF	≥ 90 %	55.41% Tahun 2016 66.33% Tahun 2017	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penilaian kepuasan staf akhir Tahun 2018 oleh Bagian Kepegawaian.</li> <li>2. Rapat Koordinasi berjenjang tiap 2 bulan untuk unit kerja, 3 bulan untuk instalasi dan bidang digunakan untuk komunikasi organisasi.</li> <li>3. Pembagian jasa pelayanan sesuai kesepakatan waktu.</li> </ol>
7.	DEMOGRAFI PASIEN DAN DIAGNOSA KLINIK	DEMOGRAFI PASIEN DENGAN DIAGNOSA KLINIS DHF	100 %	100% Bulan April dan Juni	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Supervisi/ mengingatkan pelaksanaan oleh Kepala Ruang dan Petugas RM.</li> <li>2. Monitoring pelaksanaan oleh Kepala Ruang.</li> </ol>
8.	MANAJEMEN KEUANGAN	ANGKA BERKAS KLAIM BPJS RAWAT INAP SUSULAN	0 %	2.66% di Bulan Januari (Belum tersedia data Tribulan II karena klaim masih berjalan)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Komunikasi dan koordinasi Unit dan Bidang terkait setiap ada perubahan kebijakan BPJS.</li> <li>2. Supervisi pelaksanaan oleh Kepala Bidang Keuangan.</li> <li>3. Monitoring untuk mempertahankan capaian oleh Kepala Bidang Keuangan.</li> </ol>
9.	PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN DARI KEJADIAN YANG DAPAT MENIMBULKAN MASALAH BAGI KESELAMATAN PASIEN, KELUARGA DAN STAF	KETERSEDIAAN CAIRAN HANDRUB DI RAWAT INAP	100 %	91% - 93%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pantau ketersediaan cairan hand rub.</li> <li>2. Supervisi pelaksanaan oleh Kepala Unit.</li> <li>3. Monitoring/audit berkala oleh IPCN.</li> </ol>

### 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 INAP	100 %	99.44% - 99.68%	1. Supervisi pelaksanaan oleh Kepala Unit Admisi. 2. Monitoring pelaksanaan oleh Kepala Ruang.
2.	PENINGKATAN KOMUNIKASI YANG EFEKTIF	ANGKA VERIFIKASI LAPORAN VERBAL OLEH DPJP DI RUANG RAWAT INAP	100 %	73.86 - 78.40%	1. Sosialisasi ulang SPO oleh Bidang Pelayanan. 2. 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 II	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 Mei	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% - 67%	1. Supervisi/ingatkan pelaksanaan <i>hand hygiene</i> oleh Kepala Ruang. 2. Penempatan cairan <i>hand rub</i> di troli visite dokter. 3. Monitoring/audit kepatuhan oleh Komite PPI.
6.	MENGURANGI RISIKO JATUH	ANGKA KEPATUHAN UPAYA PENCEGAHAN RISIKO JATUH PASIEN DI RUANG RAWAT INAP	100 %	85.72% Bulan April	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 Mei dan Juni
2.	ACUTE MYOCARD INFARCTION (AMI)	PASIEN AMI YANG MENINGGAL SAAT MENJALANI RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT	0%	0% di Bulan Juni
3.	STROKE	PASIEN STROKE ISKEMIK YANG MENDAPAT TERAPI ANTI TROMBOTIK PADA SAAT PULANG	100%	0% Tribulan II
4.	NURSING SENSITIVE CARE	KEJADIAN ULKUS DEKUBITUS GRADE II ATAU LEBIH YANG DIDAPATKAN DI	≤ 2.7‰	8.80‰ Bulan April

	(NSC)	RUMAH SAKIT DI RUANG RAWAT INAP		
5.	PERSALINAN ELEKTIF	PASIEN DENGAN PERSALINAN PERVAGINAM ELEKTIF ATAU SECTIO CESARIA ELEKTIF PADA USIA KEHAMILAN $\geq$ 37 MINGGU DAN $<$ 39 MINGGU	$<$ 5%	0 % Tribulan II

#### E. ANALISA INSIDEN KESELAMATAN PASIEN

NO	JENIS IKP	BULAN			TINDAK LANJUT
		JANUARI	FEBRUARI	MARET	
1.	SENTINEL	0	0	0	1. Tangani insiden sesuai jenisnya. 2. Lakukan investigasi sederhana atau RCA dan monitor pelaksanaan rencana tindak lanjut. 3. Supervisi pelaksanaan oleh Kepala Unit/Instalasi dan Komite PMKP. 4. Monitoring pelaksanaan oleh Komite PMKP.
2.	KTD	1	3	1	
3.	KTC	1	1	0	
4.	KNC	39	24	8	
5.	KPC	3	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.



PEMERINTAH KABUPATEN MAGELANG  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MUNTILAN  
KABUPATEN MAGELANG

Jln. Kartini No. 13 Informasi (0293) 587004 Sekretariat (0293) 587017 Fax (0293) 587017  
IGD (0293) 585392 e-mail rsudkabmg@gmail.com Muntilan 56411



**NOTA DINAS**

Kepada Yth. : Ketua Dewan Pengawas RSUD Muntilan  
Dari : Direktur RSUD Muntilan  
Tanggal : 25 Oktober 2018  
Nomor : 445.6/1806.a/48/2018  
Perihal : Laporan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien RSUD  
Muntilan Kabupaten Magelang Tribulan III Tahun 2018

**DISPOSISI**

Dengan hormat,

Bersama ini kami sampaikan Laporan Capaian dan Analisa  
Indikator Mutu dan Keselamatan Pasien Tribulan III Tahun 2018

RSUD Muntilan Kabupaten Magelang.

Demikian kami sampaikan untuk menjadi periksa dan  
mohon arahan lebih lanjut, atas perhatiannya kami ucapkan  
terimakasih.

*P. Direktur*

*- TL Indikator PMKP*

*- Monex*

*- Agendakan rapat*

*12/10-19*

Direktur RSUD Muntilan  
Kabupaten Magelang  
**Dr. M. Syakri, MPH**  
Pembina Tingkat I  
NIP. 19660115 199603 1 003

