

LAPORAN
CAPAIAN INDIKATOR MUTU RUMAH SAKIT
TRIBULAN II TAHUN 2019



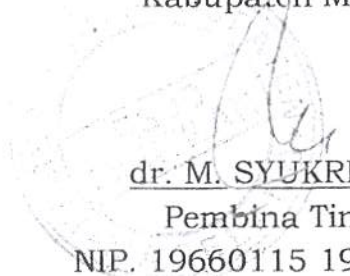
RSUD MUNTILAN KABUPATEN MAGELANG

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

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

Muntilan, 23 Juli 2019

Direktur RSUD Muntilan
Kabupaten Magelang


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

Pembina Tingkat I

NIP. 19660115 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. 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.

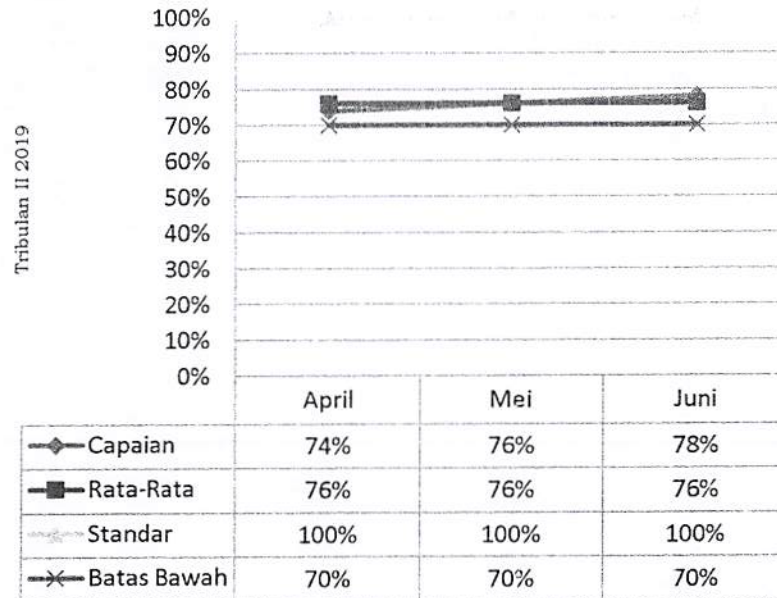
II. CAPAIAN, ANALISIS DAN TINDAK LANJUT INDIKATOR MUTU RUMAH SAKIT

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 II belum mencapai sasaran dengan pencapaian rata-rata 76% dengan tren meningkat dan tertinggi 78% di bulan Juni, sedangkan standarnya adalah 100% dan pencapaian dari rumah sakit sejenis 100%. Belum tercapainya standar karena masih belum optimalnya sosialisasi dan edukasi kepada petugas.

Tindak Lanjut:
Dilakukan PDSA pada Bulan Juli.

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

Meningkatkan kepatuhan identifikasi pasien yang sesuai dengan prosedur dengan melakukan sosialisasi dan edukasi kepada petugas menggunakan video.

Do
(Amati)

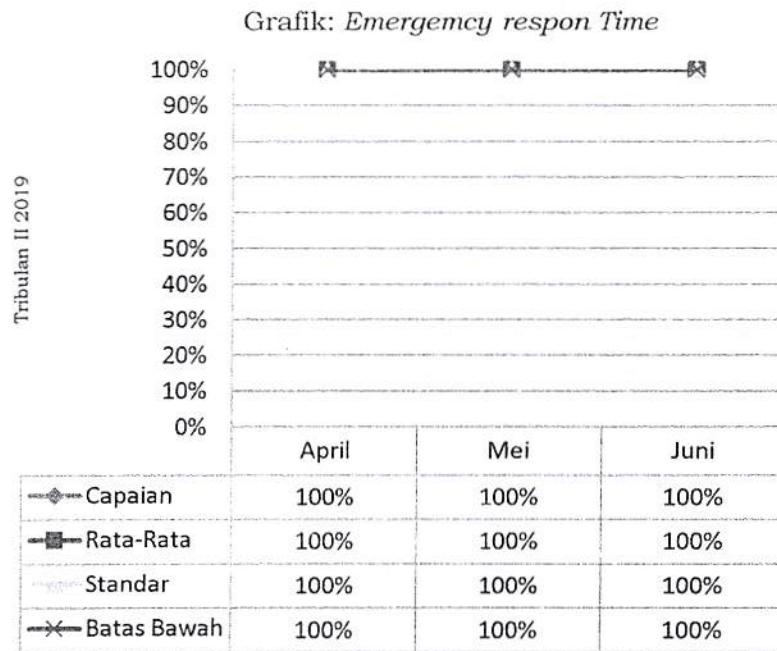
Sosialisasi dengan membuat dan menyebarkan video contoh identifikasi pasien yang sesuai dengan SPO.

Study
(Pelajari, Lihat Tujuan)

Monitoring efektivitas sosialisasi melalui video identifikasi pasien.

Action
(Simpulkan)

Melakukan evaluasi pada bulan berikutnya.



Analisis :

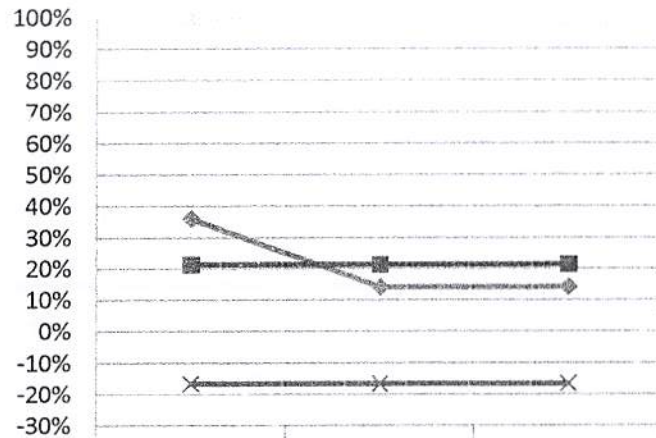
Emergency respon time selama Tribulan II sudah sesuai standar, konsisten setiap bulannya dan sama dengan pencapaian rumah sakit sejenis yaitu 100% dibawah 5 menit.

Tindak Lanjut:

Dipertahankan dengan melakukan monitoring evaluasi.

Tribulan II 2091

Grafik: Waktu Tunggu Rawat Jalan



	April	Mei	Juni
◆ Capaian	36.00%	14.00%	14.00%
■ Rata-Rata	21.33%	21.33%	21.33%
▲ Standar	100.00%	100.00%	100.00%
× Batas Bawah	-16.77%	-16.77%	-16.77%

Analisis :

Pencapaian selama Tribulan II belum mencapai sasaran dengan pencapaian rata-rata 21.33% dengan capaian tertinggi pada bulan April 36%. Sedangkan standarnya adalah 100% dan capaian rumah sakit sejenis rata-rata 83.60% dan capaian tertinggi bulan Mei 85.16%. Hal ini karena:

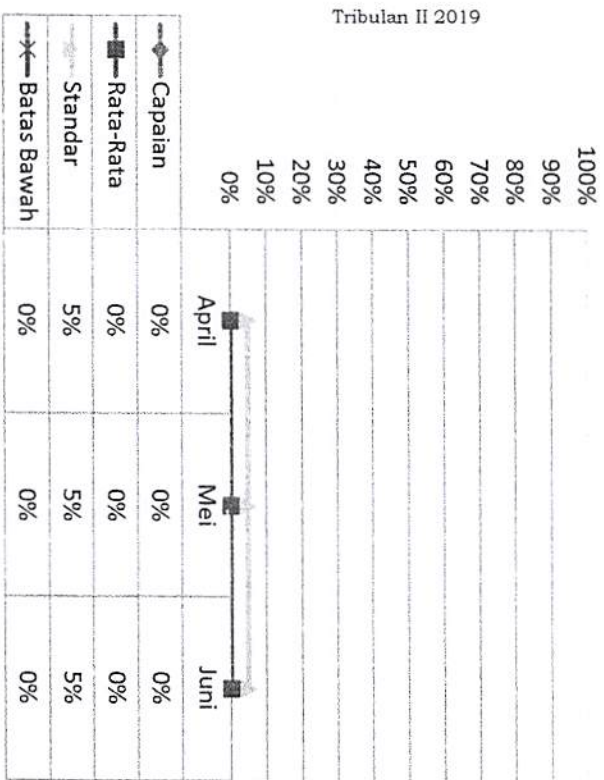
1. Banyak dokter melakukan visite pasien di rawat inap dahulu (bisa dilihat dari pencapaian ketepatan waktu dokter spesialis visite 100%) atau melakukan tindakan operasi pasien yang sudah terjadwal baru melakukan pemeriksaan di poliklinik sehingga rentang waktu tunggu memanjang, mulai jam pendaftaran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

Tindak Lanjut:

Dilakukan PDSA pada Bulan Juli.

<p>Plan (Rencana, <i>Outcome</i>, 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 Juli dengan mengundang Direktur. 2. Membuat kesepakatan ulang 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>

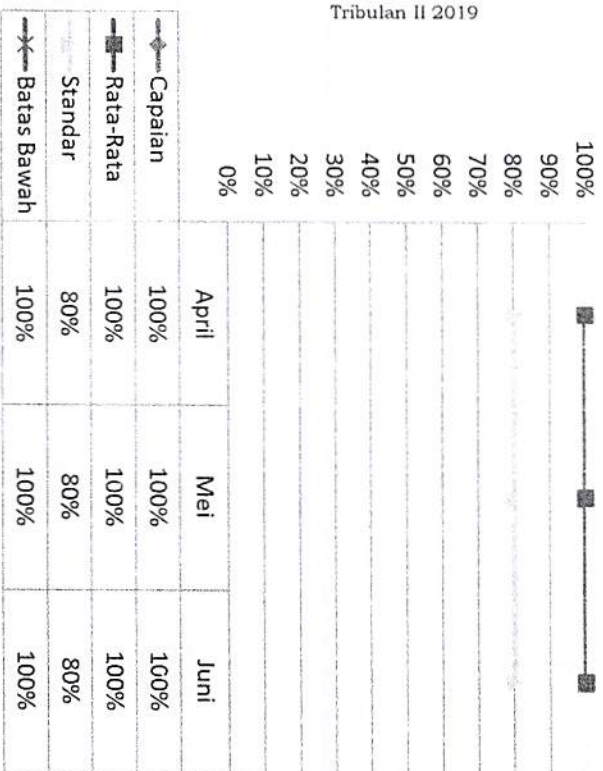
Grafik: Penundaan Operasi Elektif



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

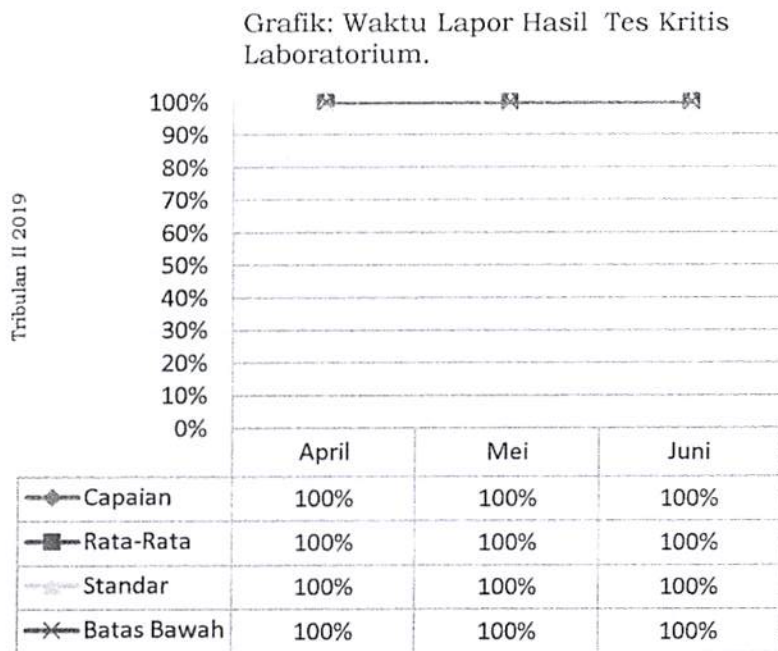
Tindak Lanjut:
 Dipertahankan dengan melakukan monitoring evaluasi.

Grafik: Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis.



Analisis :
Kepatuhan jam visite dokter spesialis pada Triwulan II sudah mencapai standar yaitu di atas 80% dan pencapaian rumah sakit sejenis 98%.

Tindak Lanjut:
Dipertahankan dengan melakukan monitoring evaluasi.



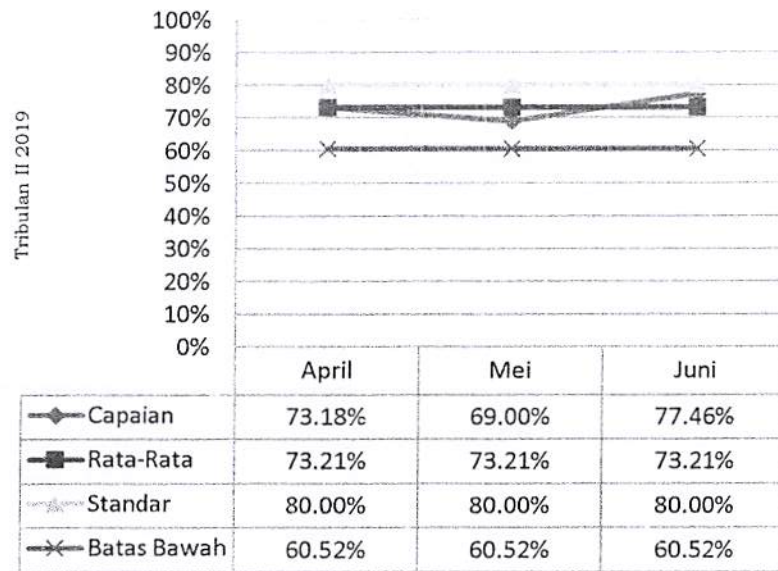
Analisis :

Waktu lapor hasil tes kritis laboratorium selama Tribulan II sudah sesuai standar yaitu 100%, konsisten setiap bulannya, sedangkan capaian rumah sakit sejenis 86.93%.

Tindak Lanjut:

Dipertahankan dengan melakukan monitoring evaluasi.

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



Analisis :

Pencapaian selama Tribulan II belum mencapai target dengan rata-rata 73.21% dengan capaian tertinggi bulan Juni 77.46%. Sedangkan standar lebih dari 80% dan capaian rumah sakit sejenis 99.74%. Hal ini karena belum optimalnya supervisi dan koordinasi oleh KFT dengan Komite Medis.

Tindak Lanjut:

Dilakukan PDSA pada Bulan Juli.

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.

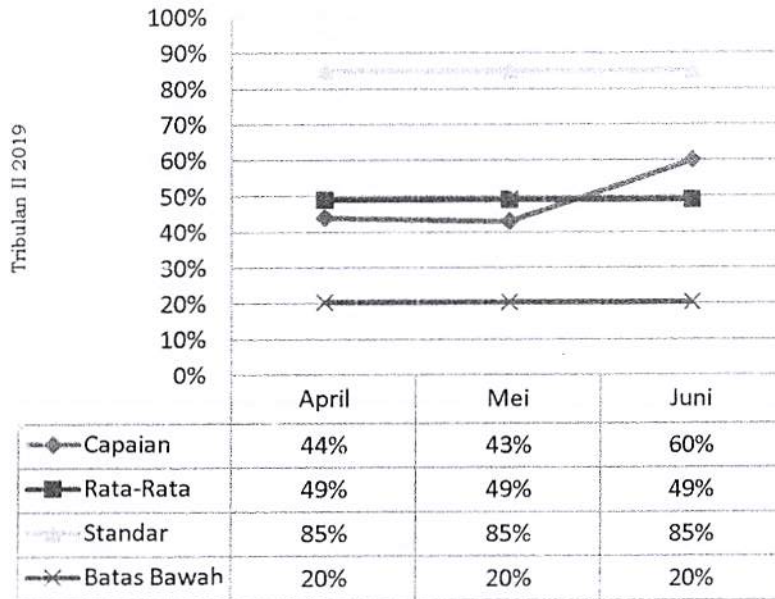
Study
(Pelajari, Lihat Tujuan)

Monitoring pelaksanaan kegiatan.

Action
(Simpulkan)

Melakukan evaluasi pada bulan berikutnya.

Grafik: Kepatuhan Cuci Tangan



Analisis :
 Pencapaian selama Tribulan II belum mencapai standar dengan rata-rata capaian 49%, tertinggi di bulan Juni 60%. Jika dibandingkan dengan standar 85% dan rumah sakit sejenis yang mencapai 83.33%, maka capaian lebih rendah. Hal ini karena belum efektifnya sosialisasi dan edukasi terkait kepatuhan cuci tangan.

Tindak Lanjut:
 Dilakukan PDSA pada Bulan Juli.

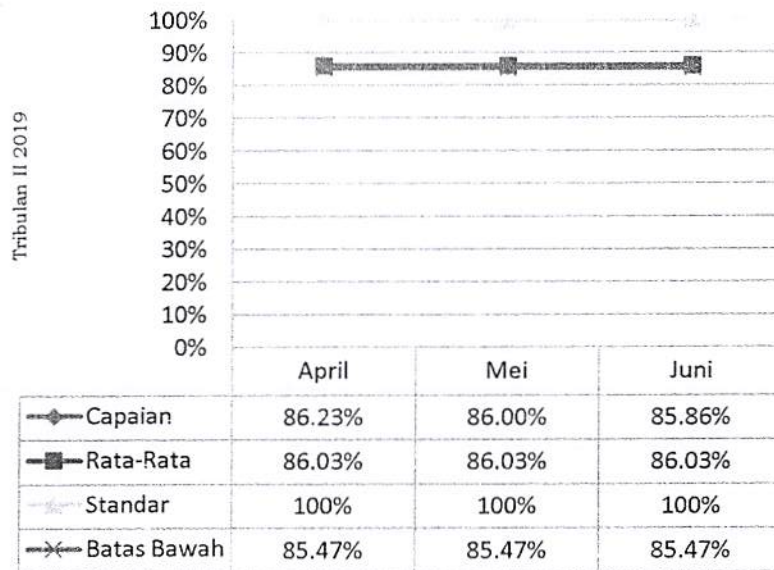
Plan
 (Rencana, Outcome, Langkah, Populasi, Waktu).
 Meningkatkan kepatuhan cuci tangan petugas dengan melakukan refresh pengetahuan petugas tentang cuci tangan dengan target refresh pengetahuan terlaksana.

Do
 (Amati)
 1. Melaksanakan *inhouse training* pelaksanaan cuci tangan.
 2. Mengadakan lomba cuci tangan setiap unit.
 3. Monitoring ketat terutama di unit yang nilainya masih rendah.

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 II belum mencapai standar dengan rata-rata 86.03%, tertinggi dibulan April 86.23%. Jika dibandingkan dengan rumah sakit sejenis yang mencapai 100%, maka capaian lebih rendah. Hal ini karena dibeberapa ruangan velbed rusak.

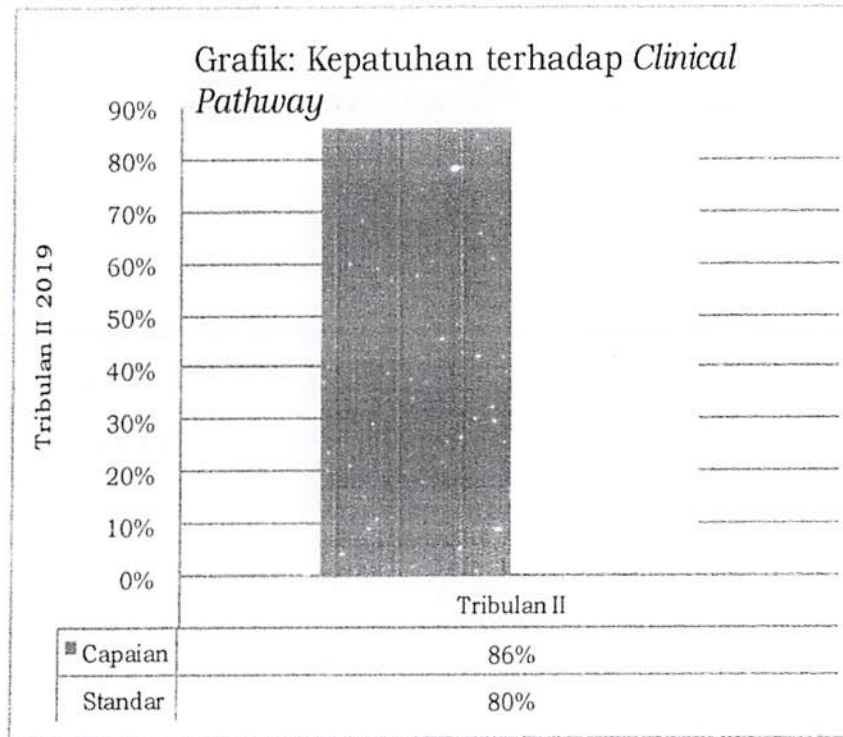
Tindak Lanjut:
Dilakukan PDSA pada Bulan Juli.

Plan
(Rencana, Outcome, Langkah, Populasi, Waktu).
Meningkatkan kepatuhan upaya pencegahan resiko cedera akibat pasien jatuh dengan meningkatkan monitoring sarana prasarana yang terkait.

Do
(Amati)
1. Mengusulkan perbaikan *handrail* tempat tidur/velbed.
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.

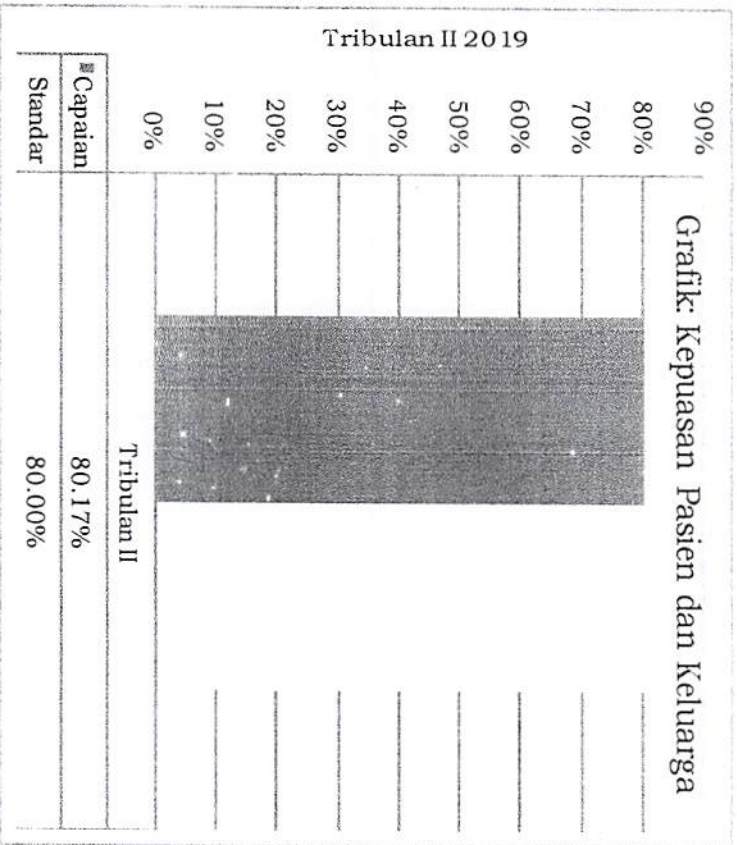


Analisis :

Kepatuhan terhadap *Clinical Pathway* diukur setiap 3 bulan sekali dan pada Triwulan II sudah sesuai standar (diatas 80%), dimana capaian sebesar 86%. Capaian ini sesuai dengan capaian rumah sakit sejenis 88.72% dan sudah sesuai dengan panduan praktek yang baik.

Tindak Lanjut:

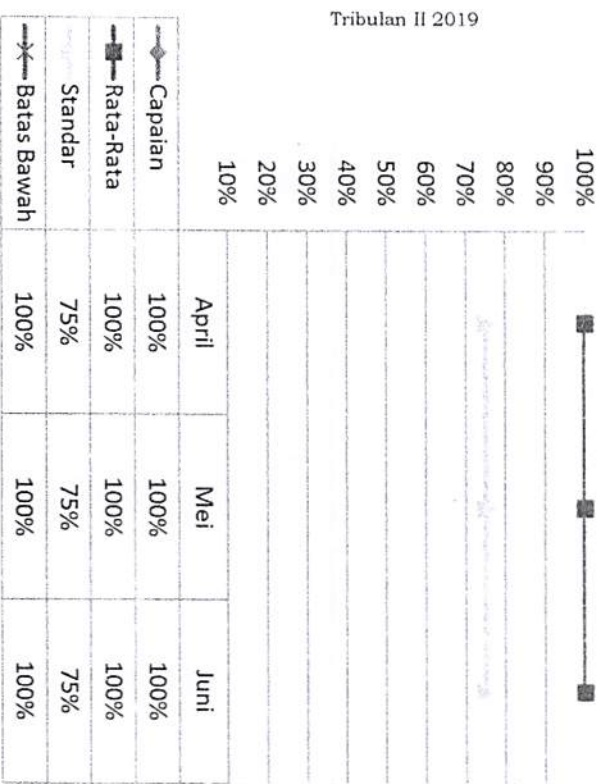
Dipertahankan dengan monitoring dan evaluasi.



Analisis :
 Kepuasan pasien dan keluarga diukur tiga bulan sekali dengan capaian 80.17%. Hasilnya melebihi standar di atas 80%, tapi lebih rendah dari capaian rumah sakit sejenis yaitu 98%.

Tindak Lanjut:
 Dipertahankan dengan monitoring dan evaluasi.

Grafik: Kecepatan Respon terhadap Komplain



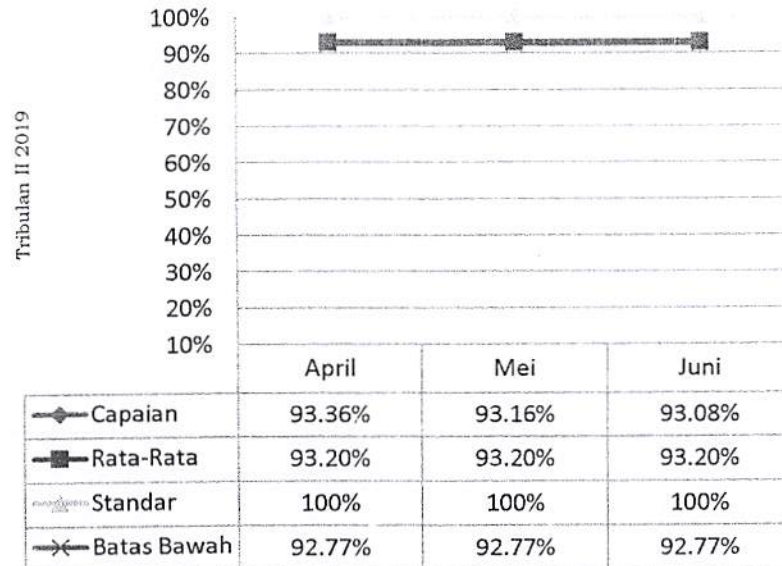
Analisis :
 Kecepatan respon terhadap komplain selama Tribulan II mencapai 100%, sudah sesuai dengan standar dan capaian sama dengan rumah sakit sejenis 100%.

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 II mendekati standar dengan rata-rata 93.20%. Jika dibandingkan dengan standar dan *database* eksternal maka capaian lebih rendah yaitu 100%. 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 Juli.

Plan

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

Meningkatkan kelengkapan asesmen medis dalam waktu 24 jam setelah pasien masuk rawat inap dengan cara selalu mengingatkan DPJP saat visite untuk melengkapi pengkajian awal medis.

Do

(Amati)

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

Study

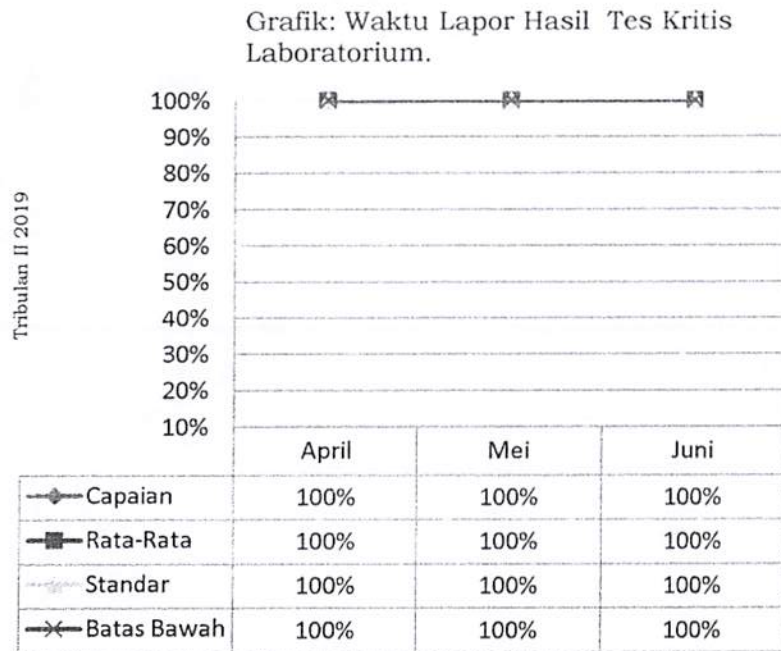
(Pelajari, Lihat Tujuan)

Monitoring pelaksanaan kegiatan.

Action

(Simpulkan)

Melakukan evaluasi pada bulan berikutnya.



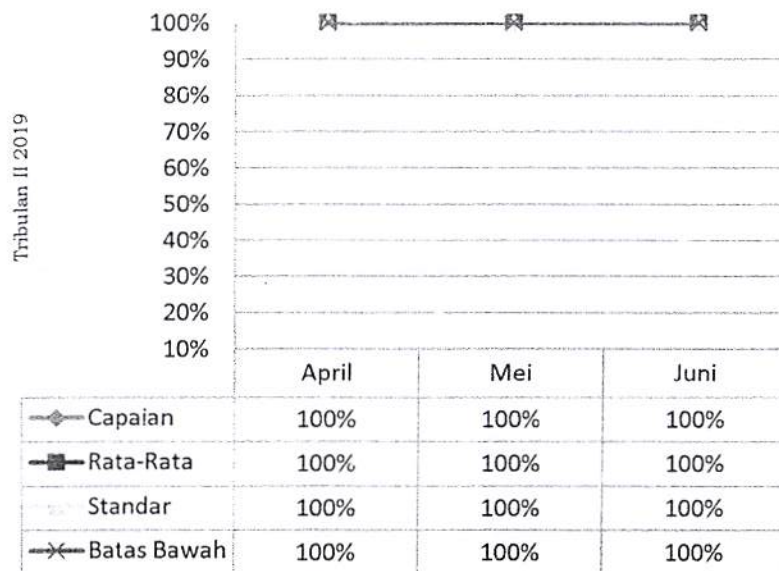
Analisis :

Waktu lapor hasil tes kritis laboratorium selama Tribulan II sudah sesuai standar yaitu 100%, konsisten setiap bulannya dan lebih tinggi dibandingkan pencapaian rumah sakit sejenis.

Tindak Lanjut:

Dipertahankan dengan melakukan monitoring evaluasi.

Grafik: Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Foto Thorax



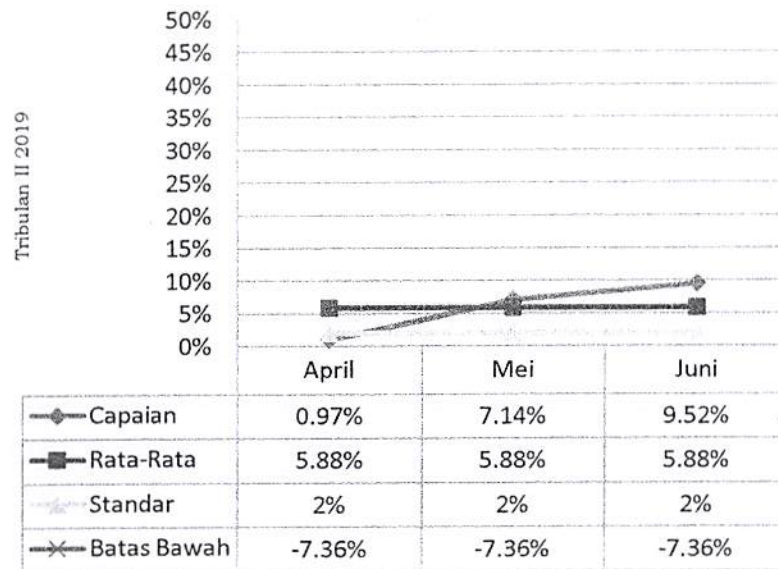
Analisis :

Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax selama Tribulan II 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 :

Pencapaian selama Tribulan II belum mencapai standar dengan rata-rata 5.88%. Jika dibandingkan dengan standar dan praktek yang baik maka capaian lebih tinggi (lebih dari 2%). Hal ini karena belum konsistennya supervisi pemberian tanda lokasi operasi oleh operator.

Tindak Lanjut:
Dilakukan PDSA pada Bulan Juli.

Plan

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

Meningkatkan penandaan lokasi operasi yang dilakukan oleh operator dengan meningkatkan supervisi pelaksanaan penandaan.

Do

(Amati)

Mengingatkan operator pada saat visite pre operasi untuk memberikan tanda centang pada lokasi operasi.

Study

(Pelajari, Lihat Tujuan)

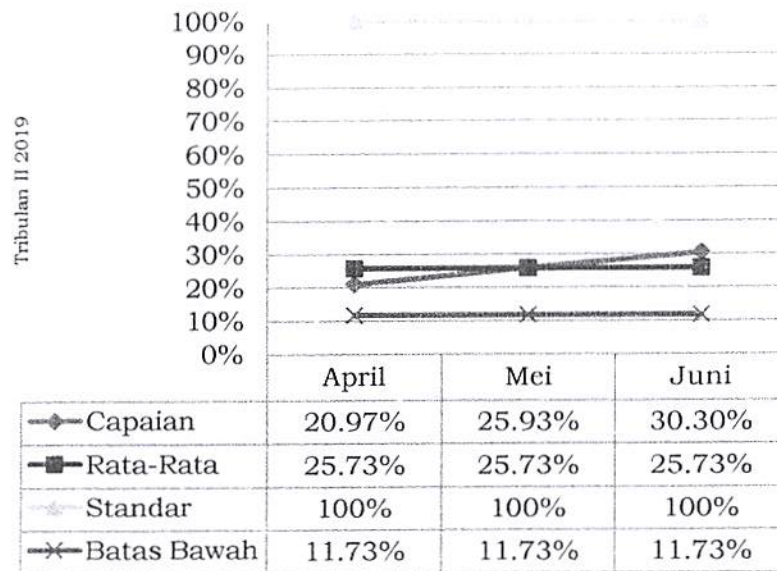
Monitoring pelaksanaan kegiatan.

Action

(Simpulkan)

Melakukan evaluasi pada bulan berikutnya.

Grafik: Ketepatan Jenis Antibiotik Profilaksis Bedah Sesuai Regulasi.



Analisis :

Pencapaian selama Tribulan II belum mencapai standar dengan rata-rata 25.73%, tertinggi dibulan Juni 30.30%. Jika dibandingkan dengan standar dan praktek yang baik maka capaian lebih rendah. Hal ini karena belum optimalnya sosialisasi penggunaan antibiotik profilaksis bedah.

Tindak Lanjut:
Dilakukan PDSA pada Bulan Juli.

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

Meningkatkan ketepatan jenis antibiotik profilaksis bedah sesuai regulasi dengan melakukan koordinasi dan sosialisasi kepada DPJP.

Do
(Amati)

Melakukan koordinasi dan sosialisasi penggunaan antibiotik profilaksis bedah kepada DPJP.

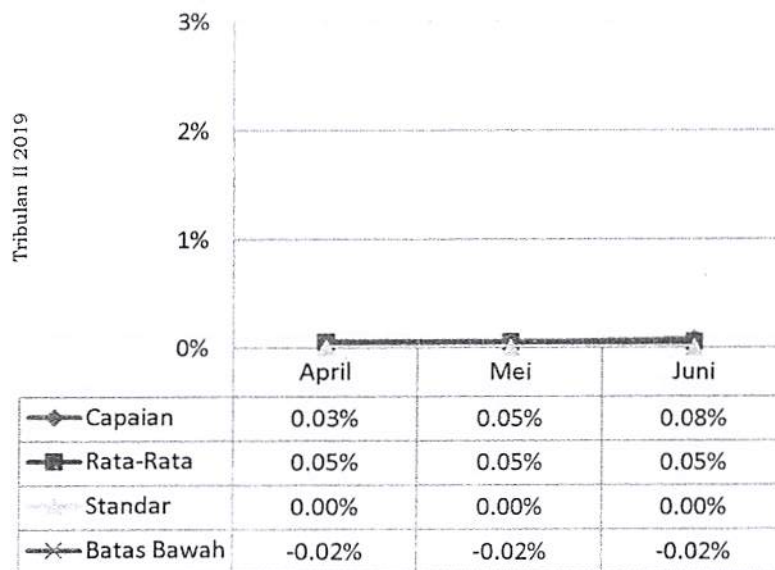
Study
(Pelajari, Lihat Tujuan)

Monitoring pelaksanaan kegiatan.

Action
(Simpulkan)

Melakukan evaluasi pada bulan berikutnya.

Grafik: Kejadian Kesalahan Pemberian Obat di Apotik Rawat Jalan

**Analisis :**

Pencapaian selama Tribulan II konsisten mendekati standar dengan rata-rata 0.05%.

Tindak Lanjut:

Dilakukan PDSA pada Bulan Juli.

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.

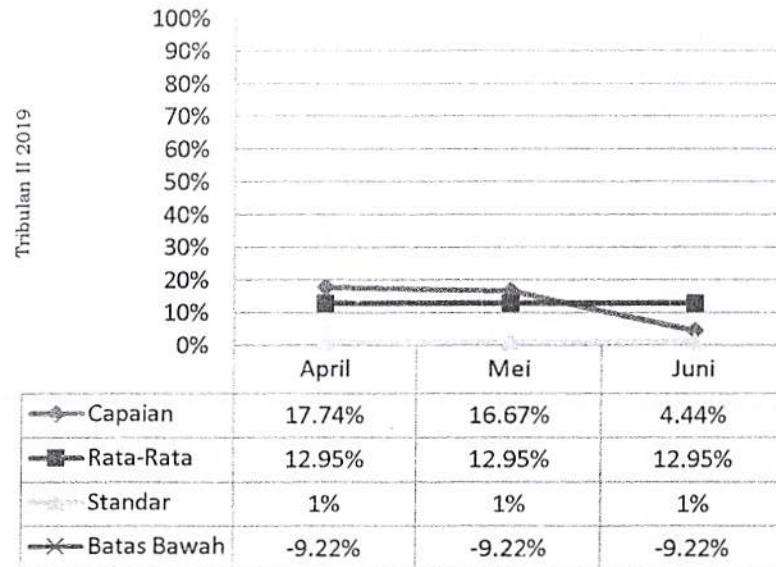
Study
(Pelajari, Lihat Tujuan)

Monitoring pelaksanaan kegiatan.

Action
(Simpulkan)

Melakukan evaluasi pada bulan berikutnya.

Grafik: Ketidaklengkapan Asesmen Pre Anestesi.

**Analisis :**

Pencapaian selama Tribulan II belum mencapai standar dengan rata-rata masih 12.95% tetapi tren menurun. 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 Juli.

Plan

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

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

Do

(Amati)

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

Study

(Pelajari, Lihat Tujuan)

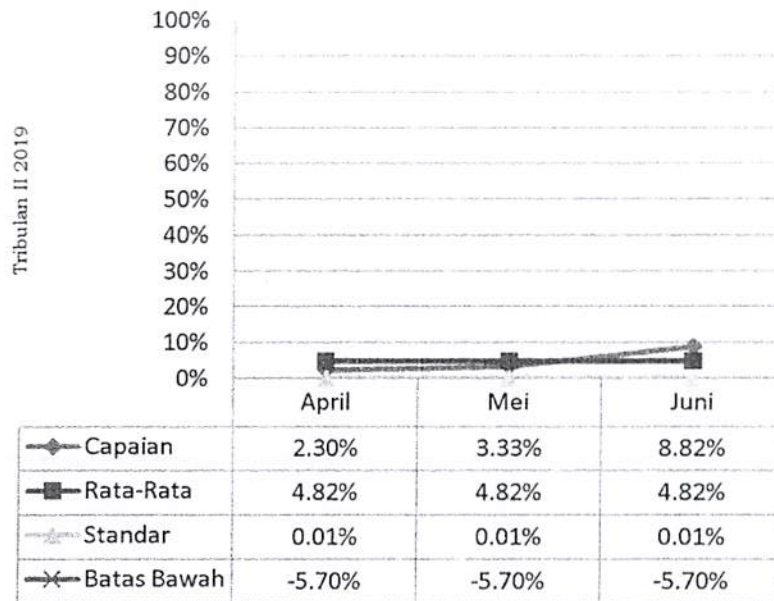
Monitoring pelaksanaan kegiatan.

Action

(Simpulkan)

Melakukan evaluasi pada bulan berikutnya.

Grafik: Kejadian Reaksi Transfusi

**Analisis :**

Pencapaian selama Tribulan II masih lebih tinggi dari standar dengan rata-rata capaian 4.82% dengan capaian terendah Bulan April 2.30%. Reaksi transfusi utamanya muncul pada pasien yang mendapat transfusi berulang.

Tindak Lanjut:
Dilakukan PDSA pada Bulan Juli.

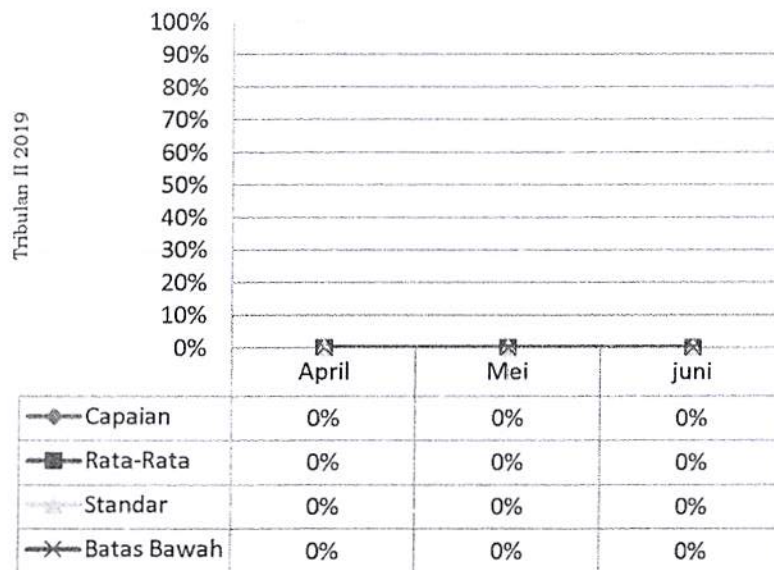
Plan
(Rencana, Outcome, Langkah-Populasi-Waktu):
Menurunkan kejadian reaksi transfusi menjadi $\leq 0.01\%$ dengan memberlakukan cek list monitoring pemberian transfusi.

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

Study
(Pelajari, Lihat Tujuan)
Monitoring pelaksanaan kegiatan.

Action
(Simpulkan)
Melakukan evaluasi pada bulan berikutnya.

Grafik: Ketidaklengkapan Asesmen Pre Anestesi.



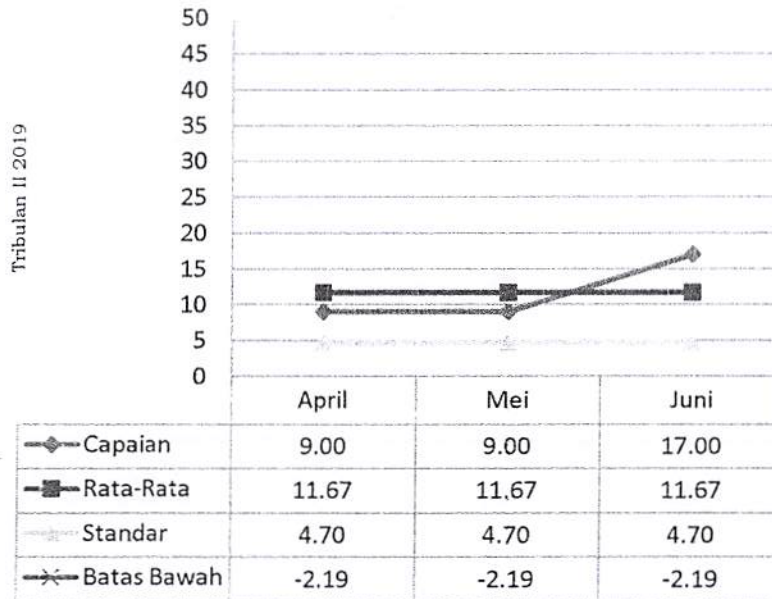
Analisis :

Ketidaklengkapan pengisian *informed consent* pada tindakan pembedahan selama Tribulan II 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 II lebih tinggi dari standar, dengan capaian rata-rata 11.67‰, ini juga belum sesuai dengan praktek yang baik dan rumah sakit sejenis 0‰. Hal ini karena masih adanya tindakan pemasangan DC belum sesuai SPO dan belum patuhnya semua petugas untuk cuci tangan saat pre pemasangan /perawatan /pelepasan DC serta pengisian form ISK masih belum berjalan.

Tindak Lanjut:

Dilakukan PDSA pada Bulan Juli.

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)

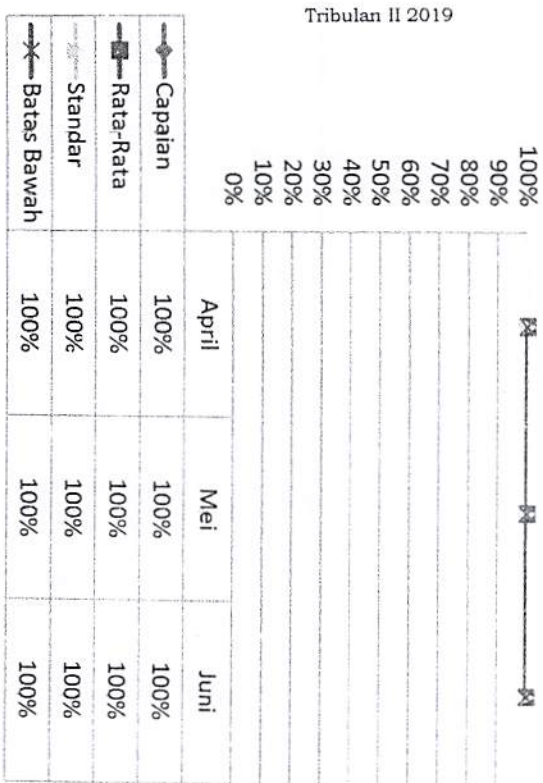
Evaluasi pada bulan selanjutnya

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%.

Ketersediaan Obat dan Alat Kesehatan Emergensi di IGD.

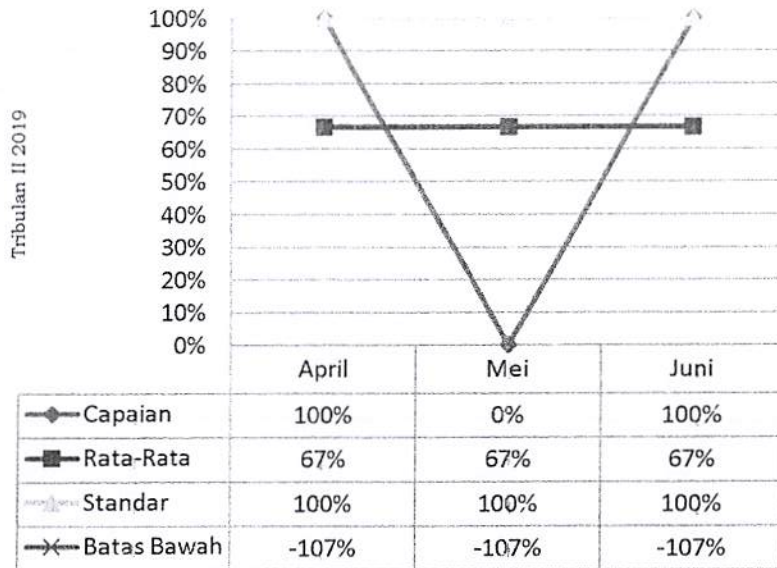
Grafik: Ketersediaan Obat dan Alat Kesehatan Emergensi di IGD



Analisis :
 Ketersediaan obat dan alat kesehatan emergensi di IGD selama Tribulan II 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 II belum konsisten. Pada Bulan Mei tidak tepat waktu, sedangkan pada bulan April dan Juni sudah sesuai standar. Terlambatnya pelaporan HIV karena:

1. Masih adanya pelaporan dari unit yang terlambat.

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

Tindak Lanjut:

Dilakukan PDSA pada Bulan Juli.

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

Meningkatkan konsistensi ketepatan waktu pelaporan kasus HIV ke Dinas Kesehatan dengan meningkatkan supervisi pelaporan dari unit.

Do
(Amati)

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

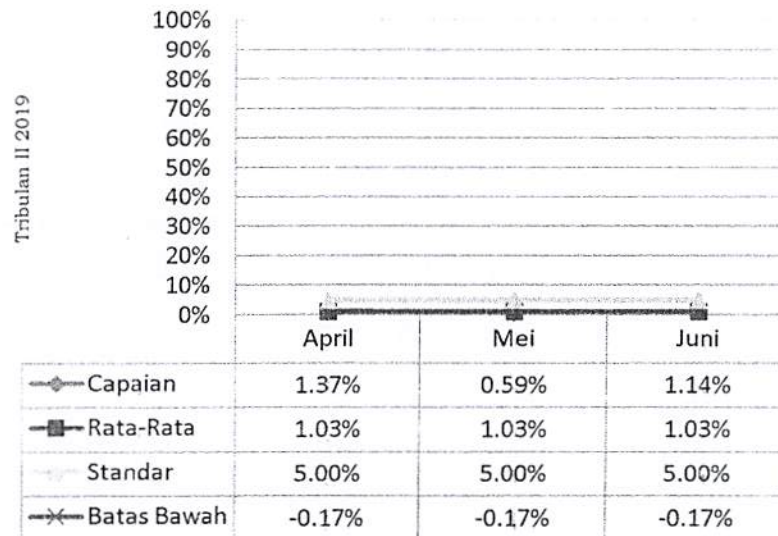
Study
(Pelajari, Lihat Tujuan)

Monitoring pelaksanaan kegiatan.

Action
(Simpulkan)

Melakukan evaluasi pada bulan berikutnya.

Grafik:Kejadian Pulang Sebelum Dinyatakan Sembuh



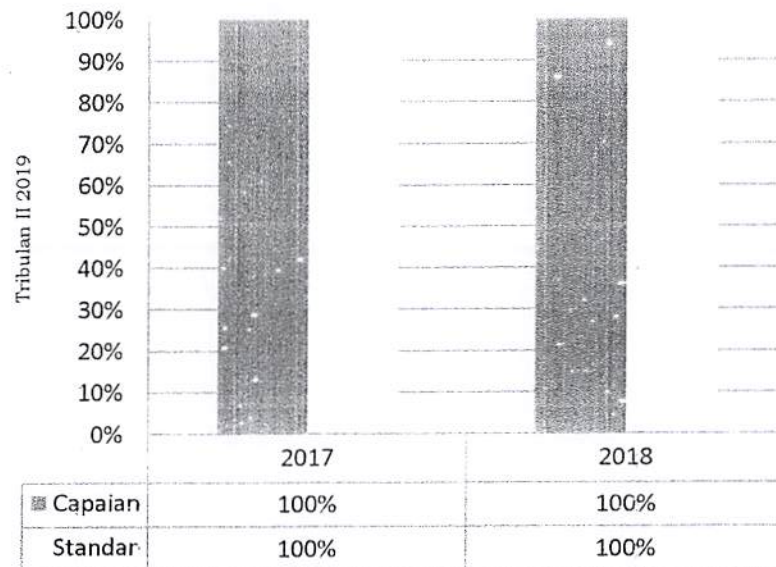
Analisis :

Kejadian pulang sebelum dinyatakan sembuh selama Tribulan II sudah sesuai standar yaitu dibawah 5% dan konsisten setiap bulannya diangka rata-rata 1.03%. 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

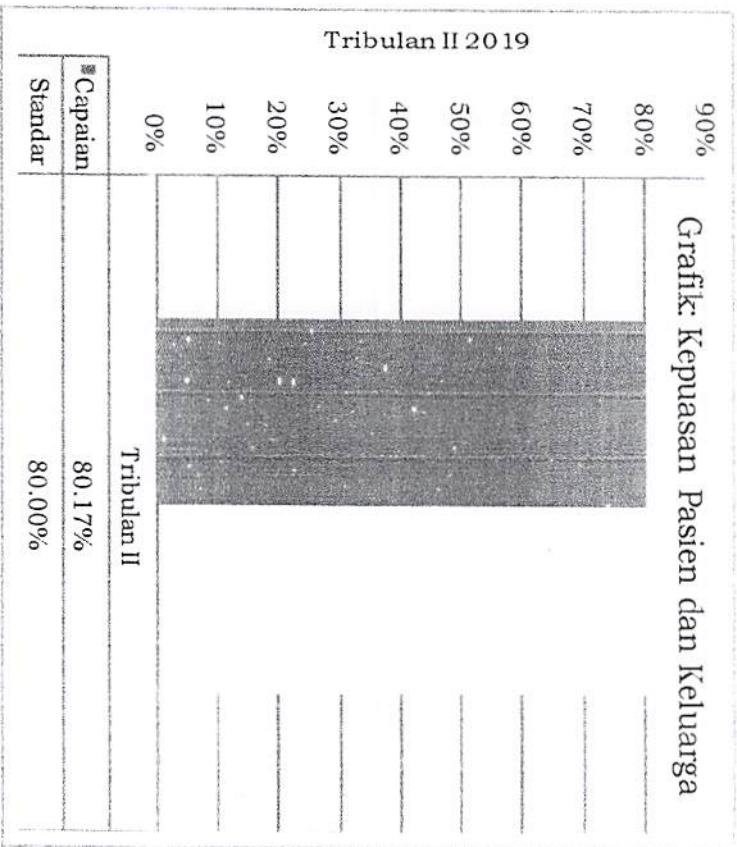


Analisis :

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

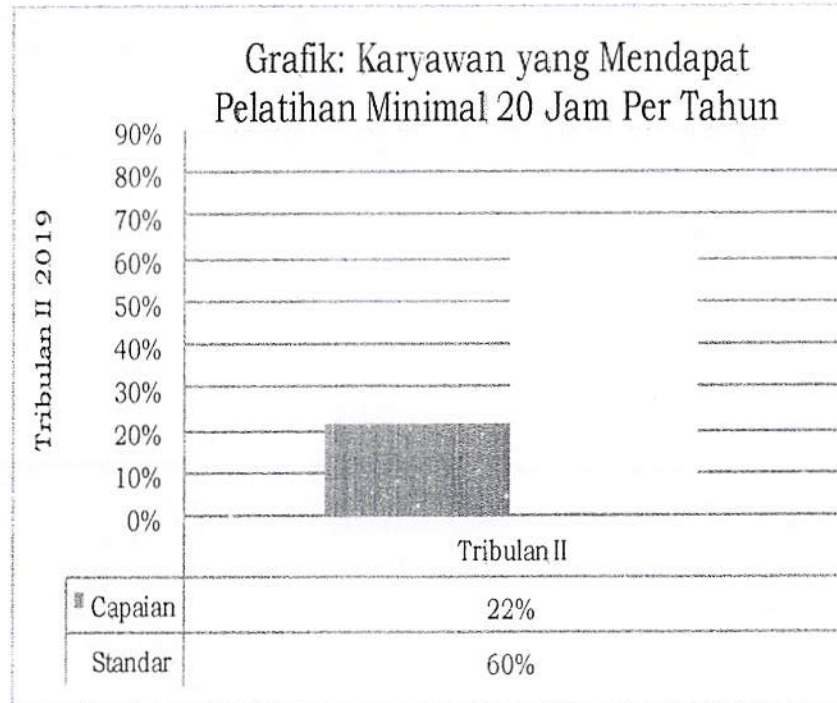
Tindak Lanjut:

Dipertahankan dengan melakukan monitoring evaluasi.



Analisis :
 Kepuasan pasien dan keluarga diukur tiga bulan sekali dengan capaian 80.17%. Hasilnya melebihi standar di atas 80%, tapi lebih rendah dari capaian rumah sakit sejenis yaitu 98%.

Tindak Lanjut:
 Dipertahankan dengan monitoring dan evaluasi.

**Analisis :**

Pencapaian selama Tribulan II belum mencapai standar, capaian baru 22% dari 60%. Jika standar dibagi dalam tribulan maka mestinya capaian Tribulan II sebesar 30%. Tapi jika dibandingkan Tribulan I terjadi peningkatan 18% capaiannya.

Tindak Lanjut:
Dilakukan PDSA pada Bulan Juli.

Plan

(Rencana, Outcome, Langkah-langkah, 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

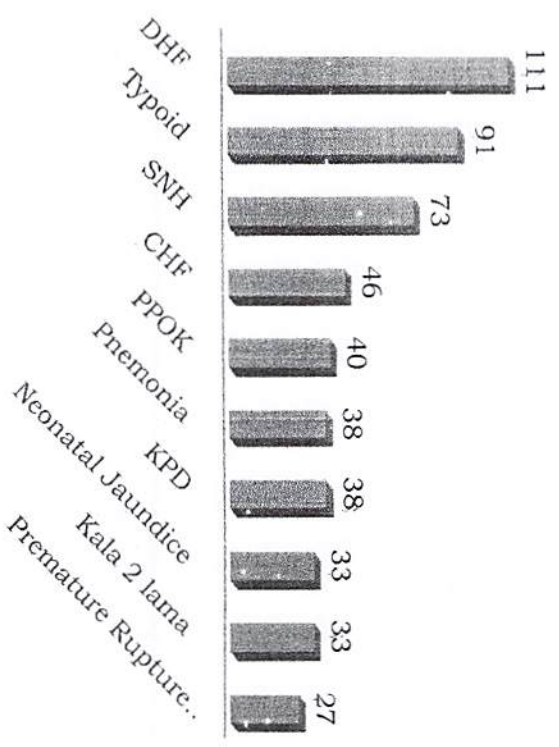
(Simpulkan)

Melakukan evaluasi pada bulan berikutnya.

LAM 07

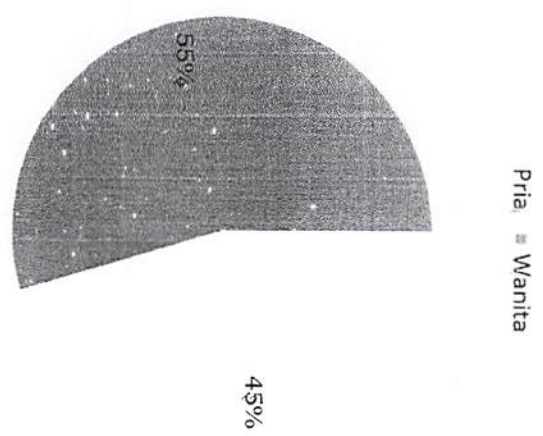
Laporan 10 Besar Penyakit di Rawat Inap dan Demografinya.

Grafik: 10 Besar Penyakit di Rawat Inap Tribulan II



Analisis :
 Penyakit terbanyak di rawat inap pada Tribulan II adalah DHF, diikuti Tiphoid dan SNH. DHF menjadi yang terbanyak dimungkinkan karena masih masuk dalam musim penghujan dan beberapa daerah di Kabupaten Magelang termasuk daerah endemis DHF.

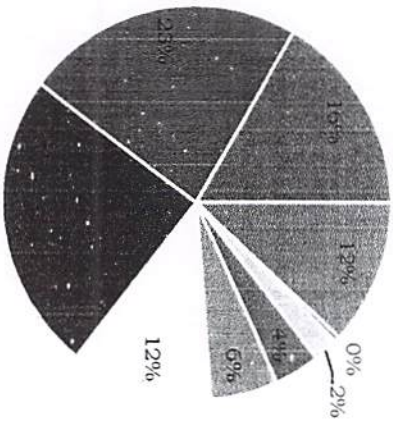
Grafik: Demografi Pasien Rawat Inap Berdasarkan Jenis Kelamin



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

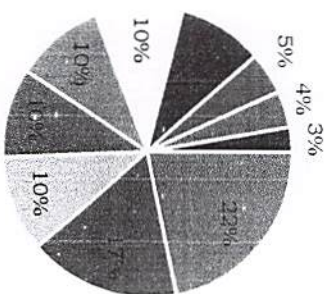
Grafik: Demografi Pasien Rawat Inap Berdasarkan Usia

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



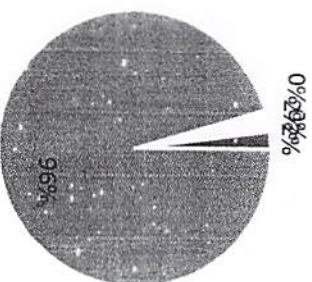
Grafik: Demografi Pasien Rawat Inap Berdasarkan Wilayah

- Muntilan
- Mungkid
- Borobudur
- Dukun
- Sawangan
- Srumbung
- Salam
- Ngluwar
- Mertoyudan
- Salamman



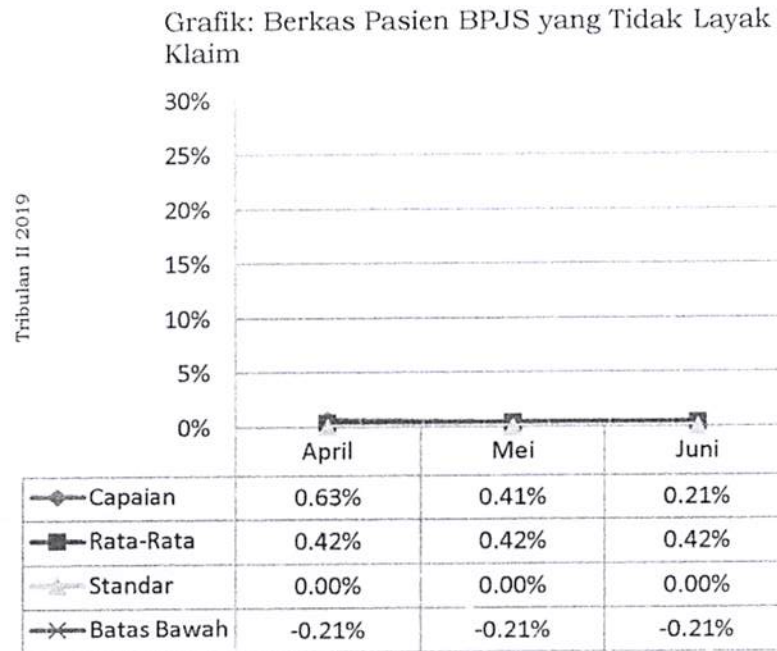
Grafik: Demografi Pasien Rawat Inap Berdasarkan Agama

- Islam
- Kristen
- Katholik
- Budha
- Lainnya



Analisis :

Demografi pasien rawat inap berdasarkan usia terbanyak pasien direntang usia 25 - 44 tahun sebesar 25%. Sedangkan berdasarkan wilayah terbanyak adalah pasien dari Kecamatan Muntilan. Hal ini sejalan dengan lokasi rumah sakit yang berada di Kecamatan Muntilan. Sedangkan berdasarkan agama terbanyak adalah pasien beragama Islam.



Analisis :

Pencapaian selama Tribulan II mendekati standar, dengan rata-rata capaian 0.42%. Masih adanya berkas pasien BPJS yang tidak layak klaim karena bayi lahir sehat tidak ada rujukan FKTP, dobel periksa di rawat jalan dan rawat inap, dan dijamin BPJS Ketenagakerjaan.

Tindak Lanjut:
Dilakukan PDSA pada Bulan Juli.

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

Menurunkan berkas pasien BPJS yang tidak layak klaim dengan melakukan perbaikan dan pelengkapan berkas klaim dan perbaikan alur verifikasi internal.

Do
(Amati)

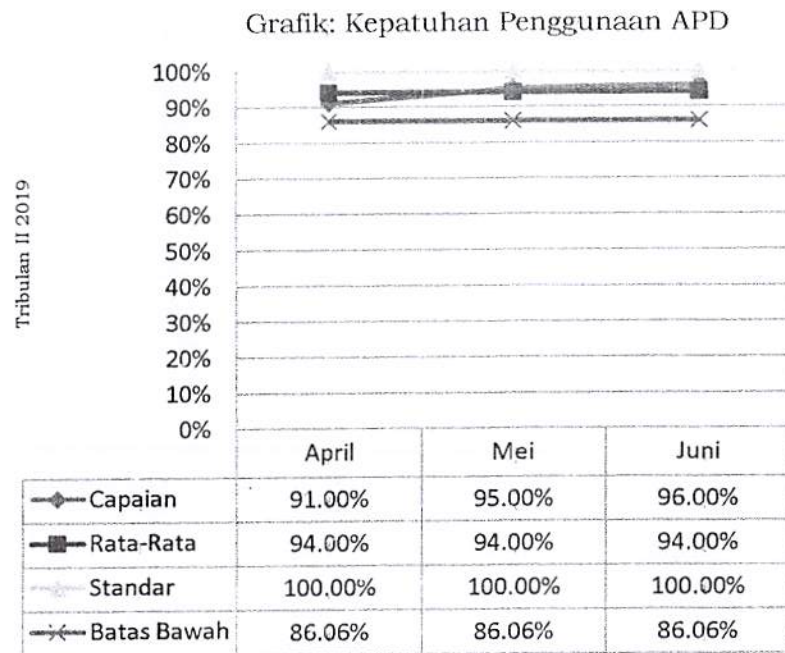
Melaksanakan koordinasi dengan pihak terkait perbaikan dan pelengkapan berkas klaim.

Study
(Pelajari, Lihat Tujuan)

Monitoring pelaksanaan kegiatan.

Action
(Simpulkan)

Melakukan evaluasi pada bulan berikutnya.



Analisis :

Pencapaian selama Tribulan II masih belum mencapai standar (100%), tetapi tren naik. Dengan rata-rata capaian 94% tertinggi di Bulan Juni dengan 96%. Hal ini karena masih adanya petugas yang memakai APD tidak sesuai indikasi.

Tindak Lanjut:
Dilakukan PDSA pada Bulan Juli.

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

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

Do
(Amati)

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

Study
(Pelajari, Lihat Tujuan)

Monitoring pelaksanaan kegiatan.

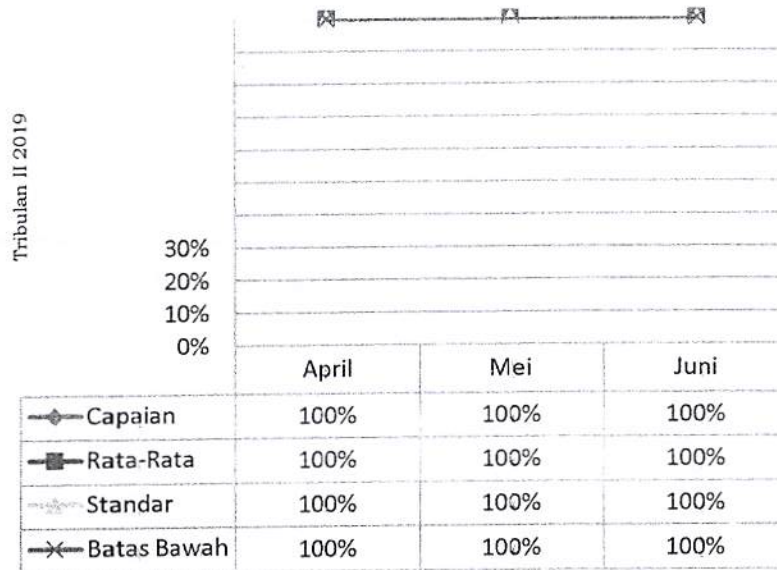
Action
(Simpulkan)

Melakukan evaluasi pada bulan berikutnya.

D. 6 Indikator Sasaran Keselamatan Pasien (ISKP)

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

Grafik: Kepatuhan Pemasangan Gelang Identitas Pasien Rawat Inap



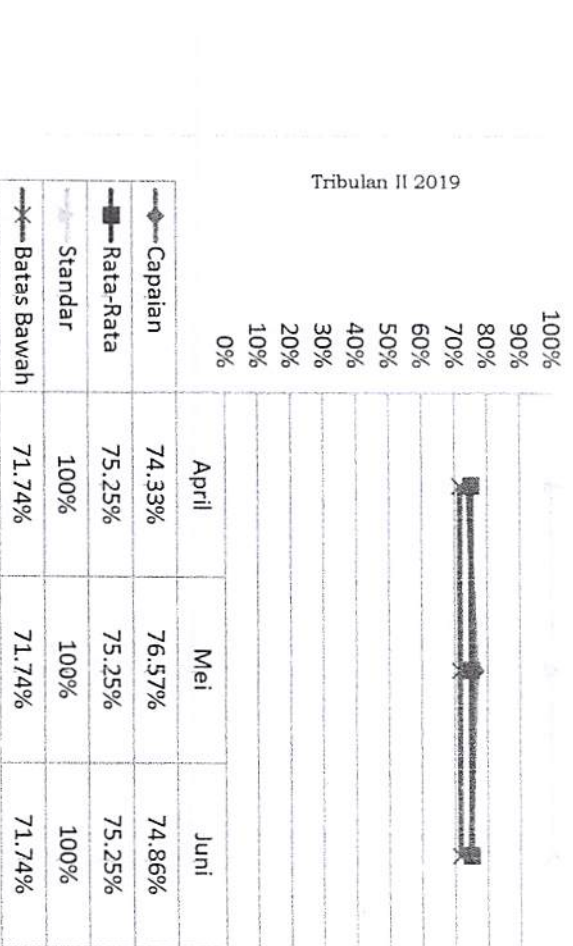
Analisis :

Kepatuhan pemasangan gelang identitas pasien rawat inap selama Tribulan II sudah sesuai standar yaitu 100% dan konsisten.

Tindak Lanjut:

Dipertahankan dengan monitoring dan evaluasi.

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



Analisis :

Pencapaian selama Tribulan II belum sesuai standar bahkan dibandingkan Tribulan I menurun dengan rata-rata capaian 72.25%. Hal ini 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 Juli.

Plan
(Rencana, O
lactione, lan
giah,
Populasi
Waktu)

Meningkatkan verifikasi laporan verbal oleh DPJP di ruang rawat inap dengan mengingatkan DPJP setiap visite untuk mengisi form TBAB di RM pasien.

- DO**
(Amati)
1. Mengingatkan DPJP saat visite untuk mengisi form TBAB di RM pasien.
 2. Melakukan koordinasi dengan Bidang Pelayanan dan KSM.

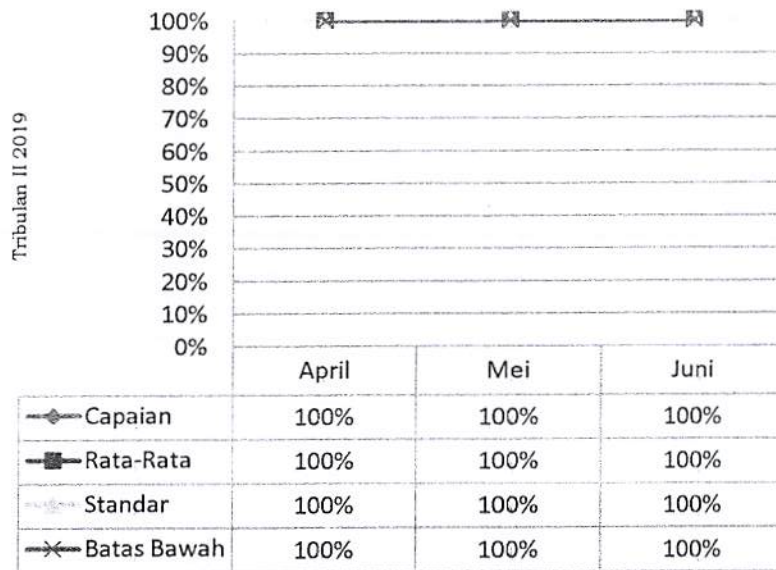
Study
(Pelajari, Li
hat Tujuan)

Monitoring pelaksanaan kegiatan.

Action
(Simpulkan)

Melakukan evaluasi pada bulan berikutnya.

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



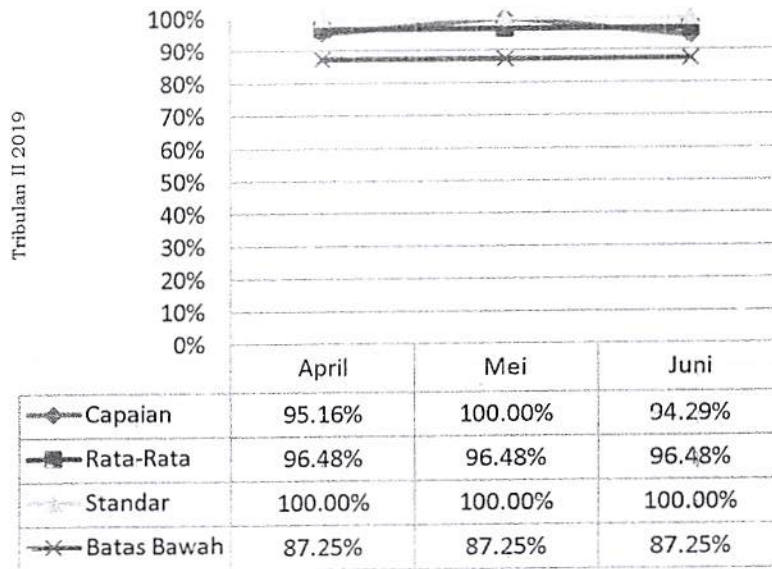
Analisis :

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

Tindak Lanjut:

Dipertahankan dengan monitoring dan evaluasi.

Grafik: Kelengkapan Pengisian *Surgical Safety Checklist*



Analisis :

Pencapaian selama Tribulan II mendekati standar dengan rata-rata 96.48%, bahkan tercapai di Bulan Mei 100%. Dibandingkan praktek yang baik dan *data base* eksternal sedikit lebih rendah. Hal ini karena masih belum konsistennya pengisian SSC oleh petugas kamar operasi.

Tindak Lanjut:
Dilakukan PDSA pada Bulan Juli.

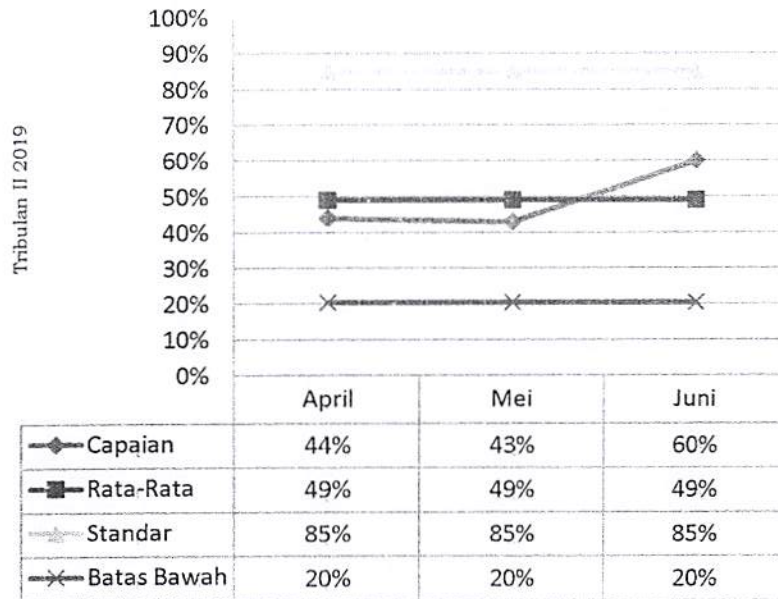
Plan
(Rencana, Outcome, Langkah, Populasi, Waktu)
Meningkatkan kepatuhan pengisian *checklist* keselamatan bedah yang lengkap di IBS dengan meningkatkan supervisi pengisian SSC di kamar operasi dan mengingatkan petugas sebelum serah terima pasien.

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 II belum mencapai standar dengan rata-rata capaian 49%, tertinggi di bulan Juni 60%. Jika dibandingkan dengan standar 85% dan rumah sakit sejenis yang mencapai 83%, maka capaian lebih rendah. Hal ini karena belum efektifnya sosialisasi dan edukasi terkait kepatuhan cuci tangan.

Tindak Lanjut:
Dilakukan PDSA pada Bulan Juli.

Plan

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

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

Do
(Amati)

1. Melaksanakan *inhouse training* pelaksanaan cuci tangan.
2. Mengadakan lomba cuci tangan setiap unit.
3. Monitoring ketat terutama di unit yang nilainya masih rendah.

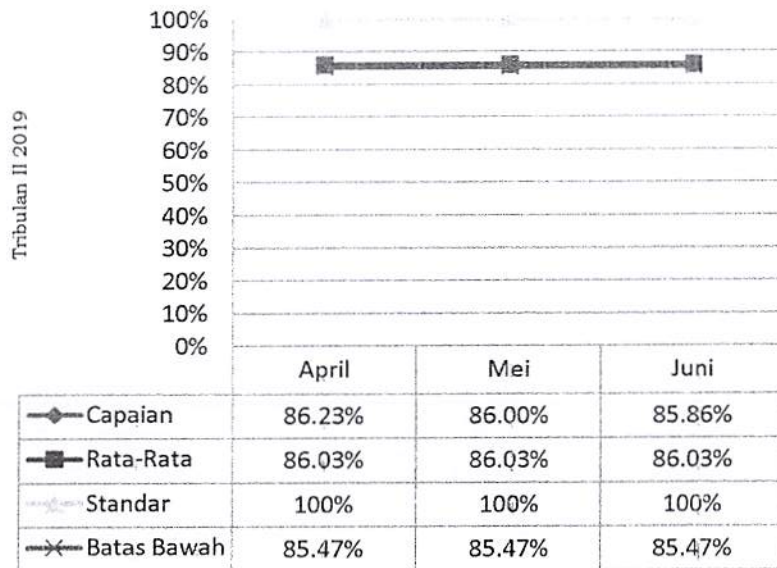
Study
(Pelajari, Lihat Tujuan)

Monitoring pelaksanaan kegiatan.

Action
(Simpulkan)

Melakukan evaluasi pada bulan berikutnya.

Grafik: Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko Cedera Akibat Pasien Jatuh



Analisis :

Pencapaian selama Tribulan II belum mencapai standar dengan rata-rata 86.03%, tertinggi dibulan Mei 86%. Jika dibandingkan dengan standar dan rumah sakit sejenis yang mencapai 100%, maka capaian lebih rendah. Hal ini karena di beberapa ruangan velbed rusak.

Tindak Lanjut:
Dilakukan PDSA pada Bulan Juli.

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

Meningkatkan kepatuhan upaya pencegahan resiko cedera akibat pasien jatuh dengan meningkatkan monitoring sarana prasarana yang terkait.

Do
(Amati)

1. Mengusulkan perbaikan *handrail* tempat tidur/velbed.
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.