

LAPORAN ANALISA (P-D-S-A)
INDIKATOR MUTU PRIORITAS
TRIBUNAN III TAHUN 2018



RSUD MUNTILAN KABUPATEN MAGELANG

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

LAPORAN

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

Muntilan, 17 Oktober 2018

Direktur RSUD Muntilan
Kabupaten Magelang



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

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

II. ANALISA, MONITORING, EVALUASI DAN TINDAK LANJUT INDIKATOR MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN TRIBUNAN III 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 (Sentinei, KTD, KTC, KNC, KPC).

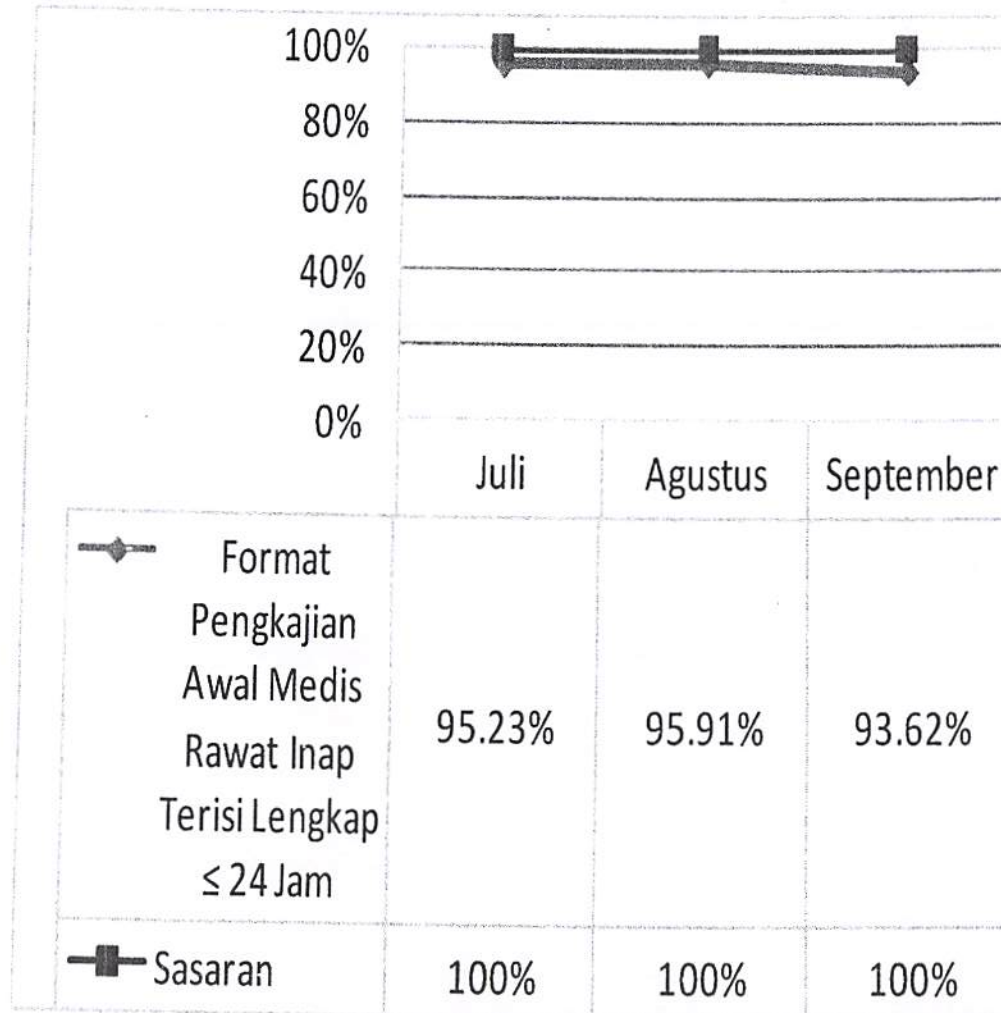
Adapun capaian, analisa dan tindak lanjut selama Tribulan III sebagai berikut:

A. INDIKATOR AREA KLINIS (IAK)

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

IAK 1

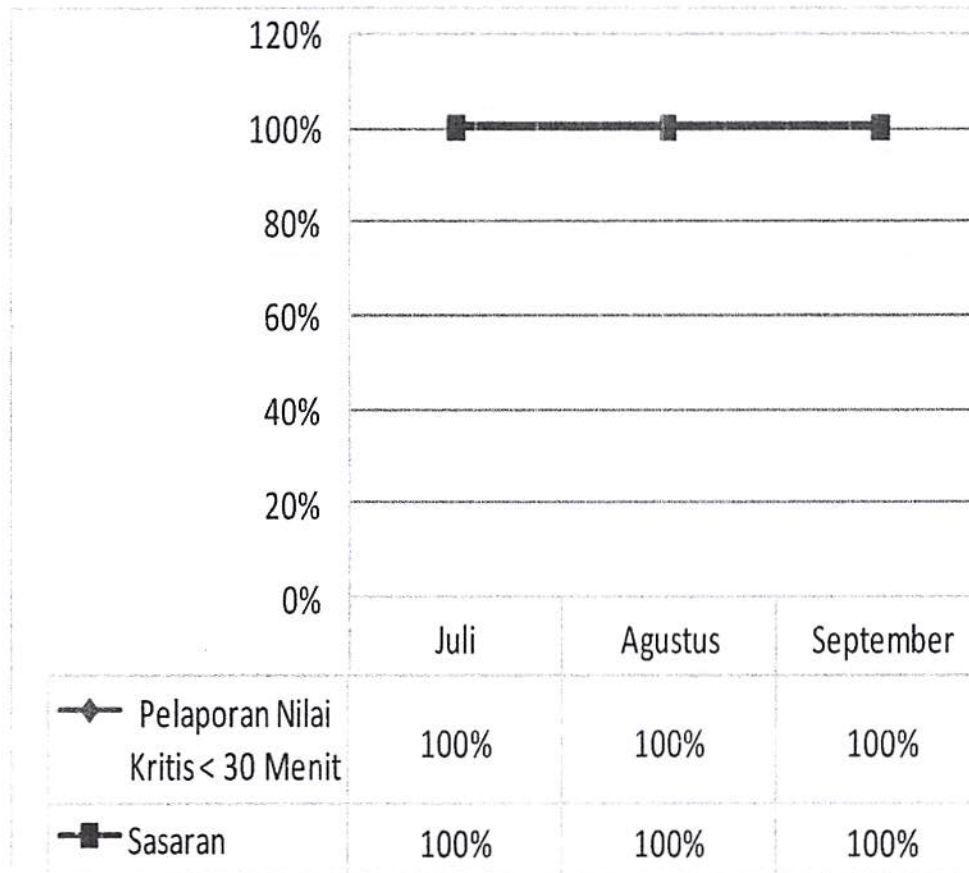
ANGKA PENGKAJIAN AWAL MEDIS RAWAT INAP DALAM WAKTU 24 JAM
(%)
TRIBULAN III TAHUN 2018



Plan	Meningkatkan pengkajian awal medis rawat inap dalam waktu 24 jam.
Do	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ka.Ru atau Ka.Tim setiap mendampingi visit mengingatkan DPJP. 2. Rekrutmen dokter umum 3 orang sudah dilakukan . 3. Pemantauan pelaksanaan oleh PIC sudah dilakukan. 4. Peningkatan komunikasi dan motivasi oleh Direksi RS belum optimal.
Study	<p>Pencapaian selama Tribulan III mendekati sasaran, rentang 93.62%-95.23%. Hal ini karena tidak semua DPJP mempunyai waktu yang cukup untuk visite dan dokter jaga bangsal/ruang belum ada , rekrutmen dokter umum 3 orang hanya memenuhi kebutuhan dokter IGD (1 orang menjadi dokter HD, 1 orang pensiun dini).</p>
Action	<ol style="list-style-type: none"> 1. Selalu ingatkan DPJP untuk melengkapi pengkajian awal medis oleh Kepala Ruang dan Ka. Tim Perawat. 2. Pengusulan dokter jaga bangsal/ruang. 3. Pemantauan kelengkapan pengkajian awal medis dalam 24 jam oleh PIC. 4. Tingkatkan komunikasi dan motivasi oleh Direksi RS.

IAK 2

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



Plan Mempertahankan pelaporan hasil nilai kritis Laboratorium tetap dibawah 30 menit.

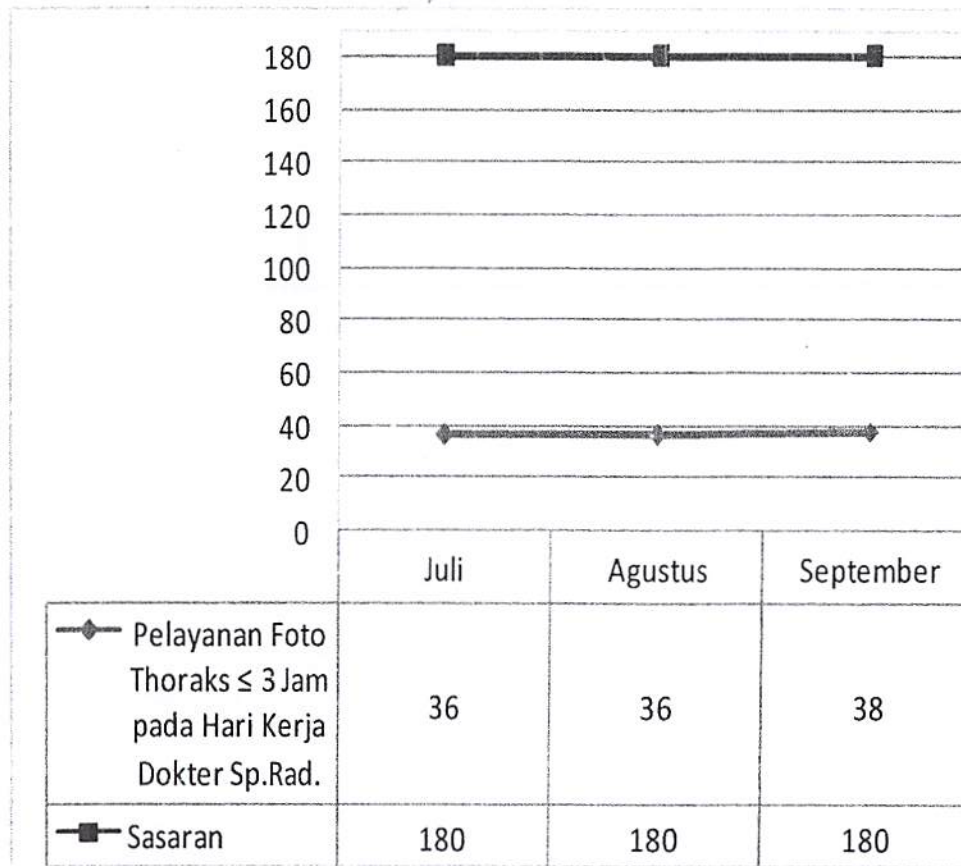
Do 1. Supervisi kepada petugas laboratorium sudah dilakukan.
2. Monitoring pelaksanaan sudah dilakukan.

Study Pencapaian selama Tribulan III sudah mencapai sasaran, tetapi harus tetap dipertahankan.

Action 1. Pertahankan capaian indikator mutu oleh Instalasi Laboratorium dan Instalasi Rawat Inap.
2. Koordinasi antara PIC Laboratorium dengan Koordinator Mutu Rawat Inap.
3. Monitor pelaksanaan oleh Kepala Instalasi Laboratorium dan Rawat Inap.

IAK 3

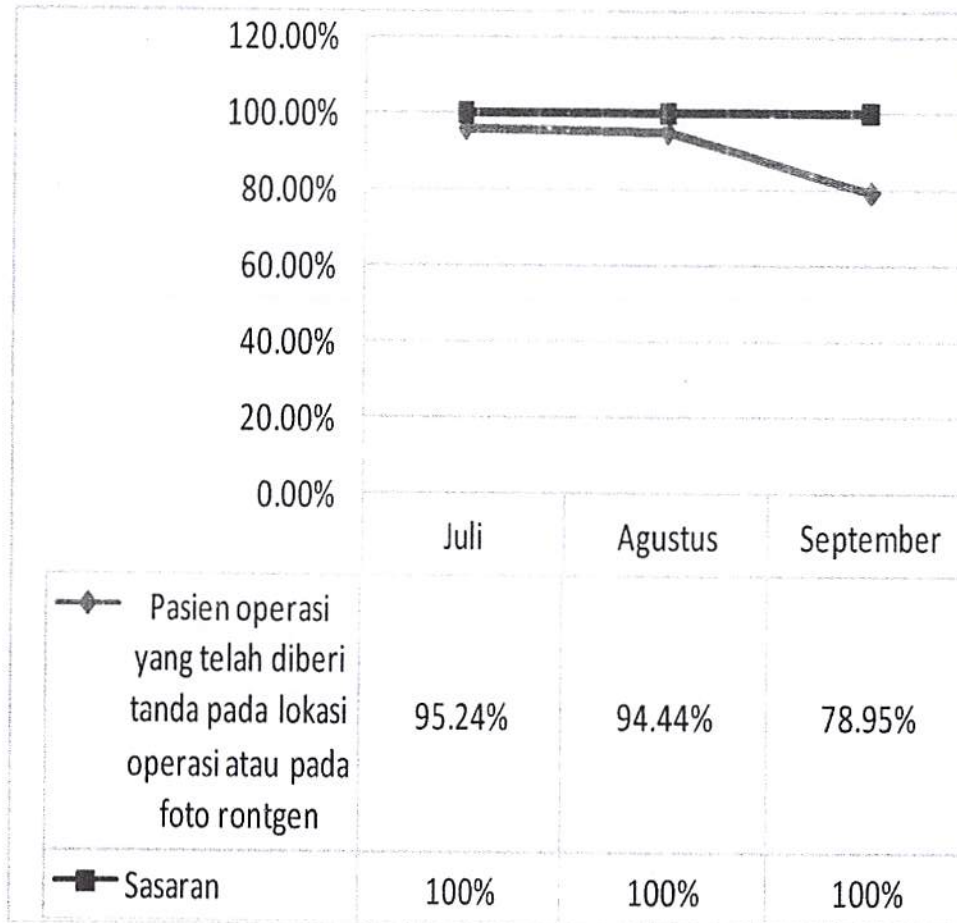
WAKTU TUNGGU HASIL PELAYANAN FOTO THORAKS TRIBULAN III TAHUN 2018



Plan	Mempertahankan waktu tunggu hasil pelayanan foto thoraks ≤ 3 jam pada hari kerja Dokter Spesialis Radfologi.
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 III sudah sesuai sasaran, tetapi perlu dipertahankan.
Action	1. Mempertahankan capaian oleh Instalasi Radiologi. 2. Monitor pelaksanaan oleh Kepala Instalasi Radiologi.

IAK 4

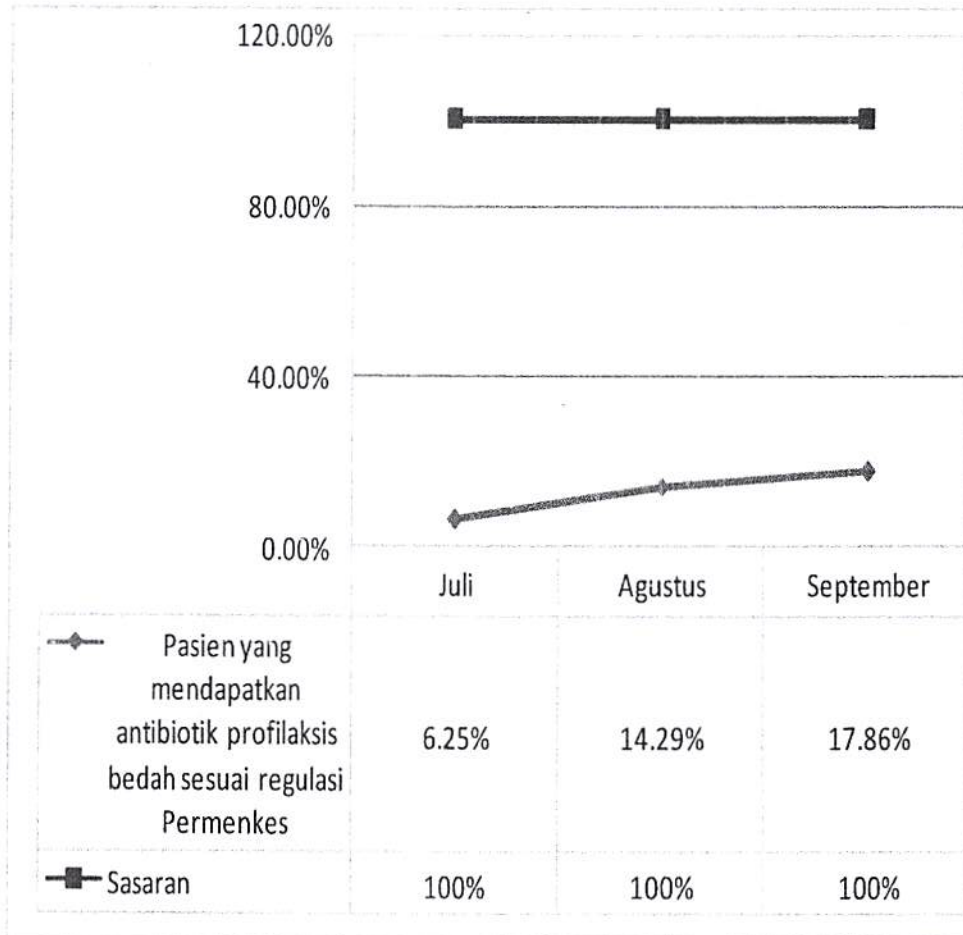
**ANGKA KEPATUHAN PENANDAAN SISI DAN LOKASI OPERASI (%)
TRIBULAN III TAHUN 2018**



Plan	Meningkatkan kepatuhan penandaan sisi dan lokasi operasi di ruang rawat inap.
Do	1. Mengingatkan operator untuk melaksanakan SPO sudah dilakukan tapi belum optimal. 2. Monitoring dan evaluasi pelaksanaan penandaan sebelum operasi sudah dilakukan. 3. Alat untuk <i>site marking</i> (spidol penandaan) tersedia selalu.
Study	Pencapaian selama Tribulan III belum mencapai sasaran, capaian menurun. Hal ini karena kurangnya motivasi operator dan belum optimalnya mengingatkan operator untuk melaksanakan <i>site marking</i> .
Action	1. Selalu ingatkan operator untuk melakukan <i>site marking</i> oleh perawat pendamping visite. 2. Tingkatkan komunikasi dan motivasi oleh Direksi RS. 3. Monitor pelaksanaan oleh Kepala Ruang.

IAK 5

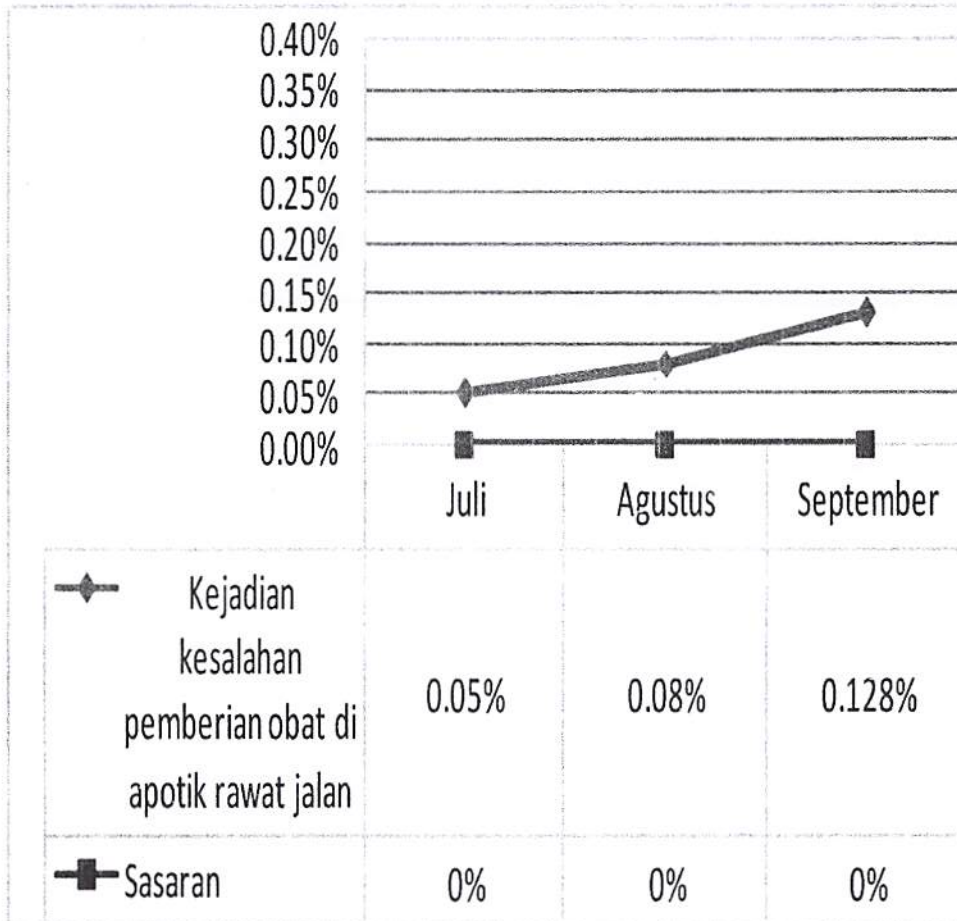
**ANGKA KETEPATAN JENIS ANTIBIOTIK PROFILAKSIS BEDAH SESUAI REGULASI (%)
TRIBULAN III TAHUN 2018**



Plan	Meningkatkan ketepatan jenis antibiotik profilaksis bedah sesuai regulasi.
Do	1. Koordinasi untuk aktivasi Tim PPRA sudah dilakukan. 2. Koordinasi dengan Tim PPRA dan Komite PPI sudah dilakukan. 3. Kebijakan penggunaan antibiotik belum disosialisasikan.
Study	Pencapaian selama Tribulan III belum mencapai sasaran. Hal ini karena kebijakan yang berupa pedoman, panduan, SPO dan instrumen yang diperlukan belum disosialisasikan.
Action	1. Sosialisasi kebijakan kepada operator oleh Tim PPRA dan Direksi RS. 2. Komunikasi dan motivasi operator secara konsisten oleh Direksi RS. 3. Supervisi dan monitoring oleh Tim PPRA.

IAK 6

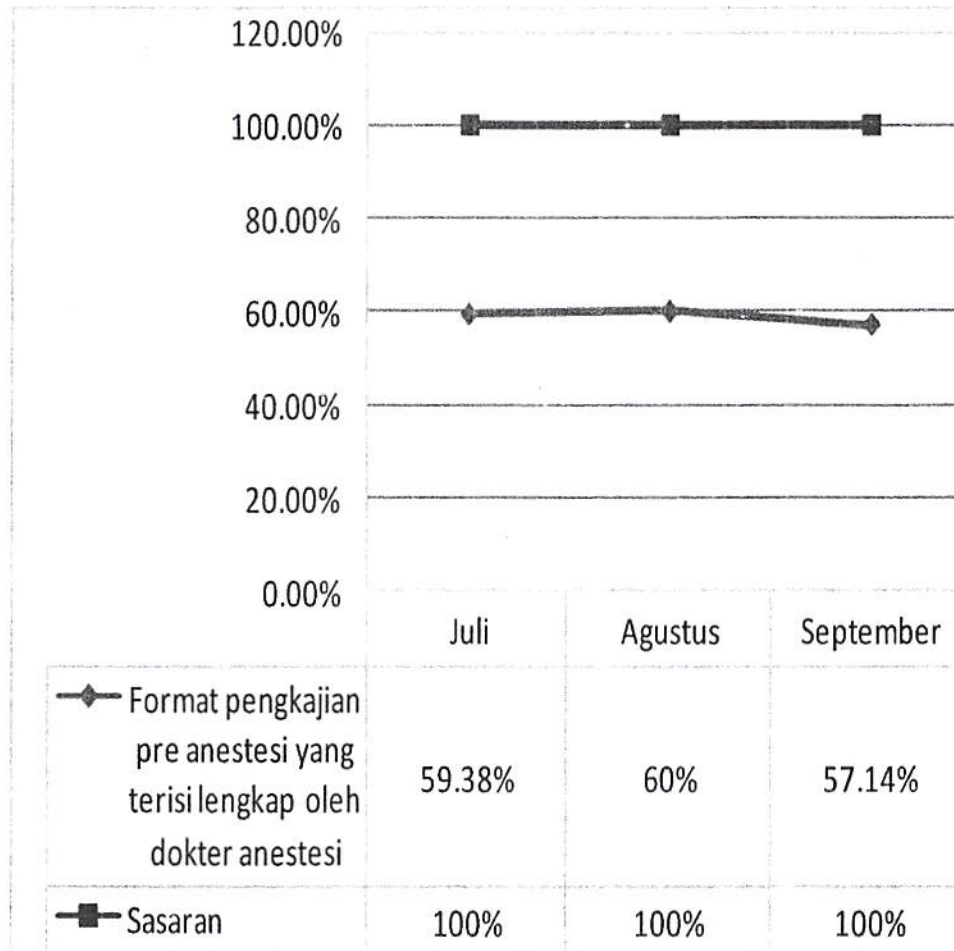
ANGKA KEJADIAN KESALAHAN PEMBERIAN OBAT DI APOTIK RAWAT JALAN (%)
TRIBULAN III TAHUN 2018



Plan	Mempertahankan dan menurunkan kejadian kesalahan pemberian obat di apotik rawat jalan.
Do	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengingatkan petugas agar lebih teliti. 2. Menunjuk petugas untuk melakukan supervisi dan monitoring. 3. Membagi petugas sesuai urutan pelayanan obat.
Study	Pencapaian selama Tribulan III dalam rentang 0.05%-0.128%, dibandingkan Tribulan II menurun.
Action	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan evaluasi efektivitas perubahan layanan yang sudah dilakukan. 2. Supervisi dan monitoring pelaksanaan oleh Kepala Instalasi Farmasi.

IAK 7

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



Plan Meningkatkan pengkajian pre anestesi yang terisi lengkap oleh Dokter Anestesi .

Do

1. Mengingatkan Dokter Anestesi dalam rapat koordinasi dan harian.
2. Koordinasi dengan Bidang Pelayanan dan SMF Anestesi.
3. Monitoring pelaksanaan sudah dilakukan.

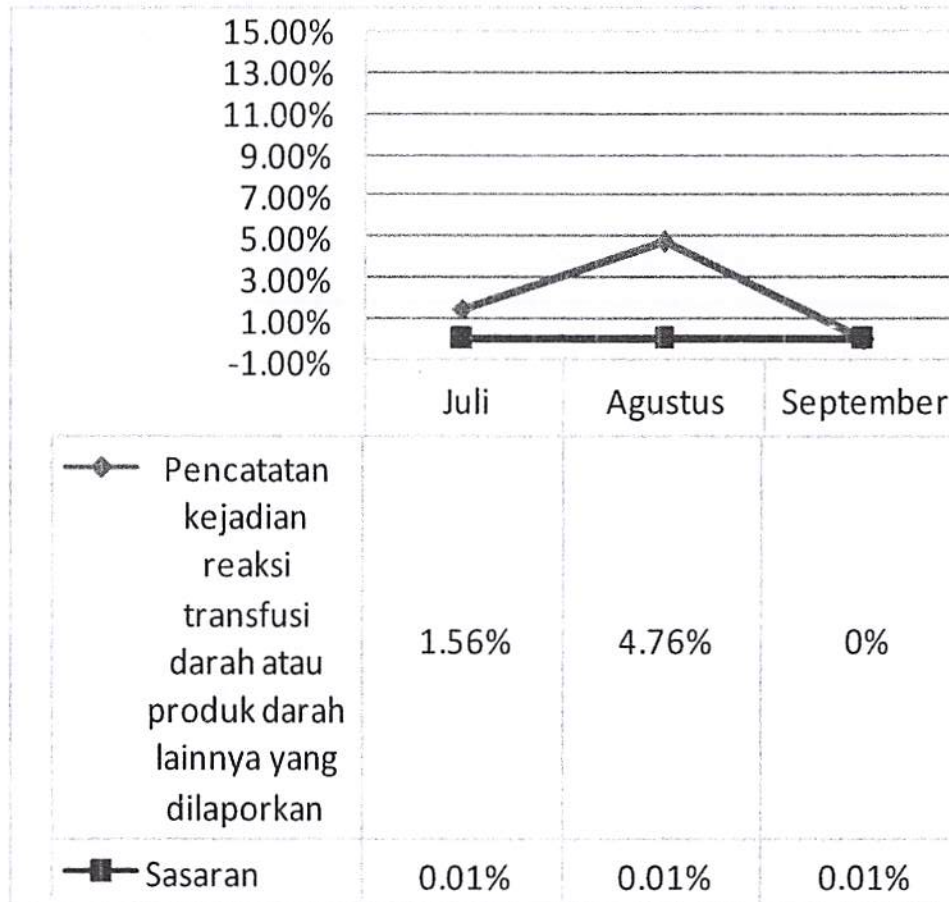
Study Pencapaian selama Tribulan III belum mencapai sasaran dengan capaian tertinggi 60% di bulan Agustus. Hal ini karena belum optimalnya supervisi/ mengingatkan dan koordinasi antar unit kerja.

Action

1. Ingatkan pelaksanaan oleh Kepala IBS dan Ruang Flamboyan.
2. Koordinasi dan motivasi dokter oleh Direksi RS.
3. Monitoring pelaksanaan oleh Kepala IBS.

IAK 8

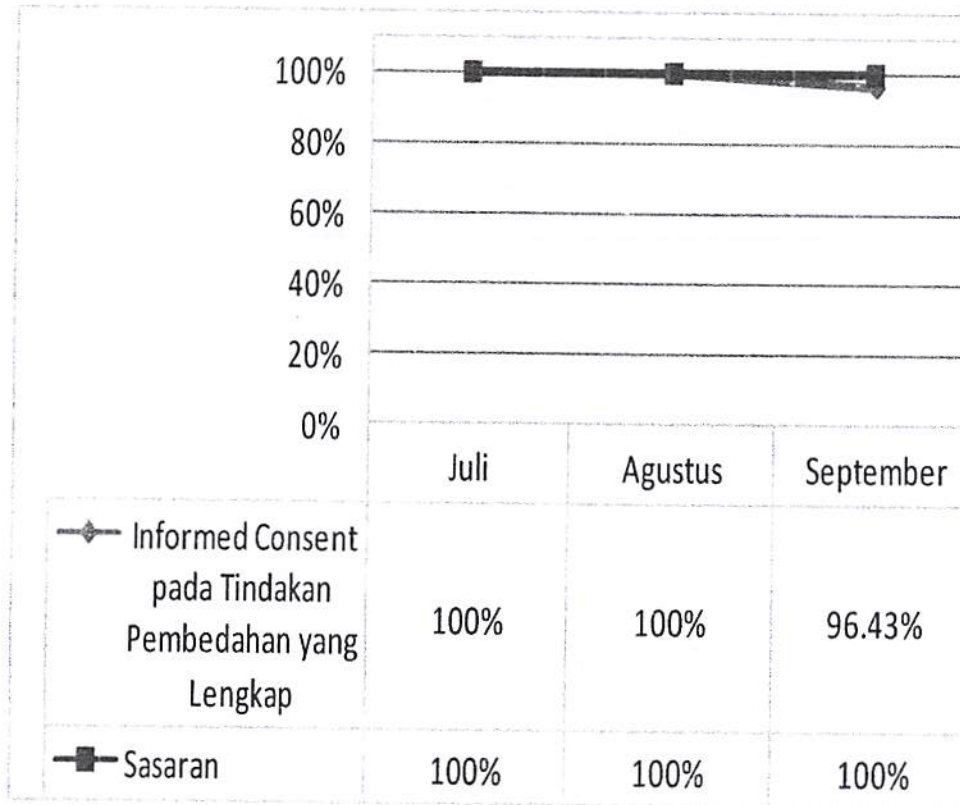
**ANGKA KEJADIAN REAKSI TRANSFUSI (%)
TRIBULAN III TAHUN 2018**



Plan	Menurunkan dan mempertahankan kejadian reaksi transfusi.
Do	1. Sosialisasi SPO sudah dilakukan. 2. Lembar monitoring transfusi sudah ada. 3. Di setiap ruangan ada petugas yang mengurus transfusi. 4. Monitoring pelaksanaan sudah dilakukan.
Study	Pencapaian selama Tribulan III mencapai sasaran di Bulan September. Sudah ada lembar khusus-pemantauan pemberian transfusi.
Action	1. Sosialisasikan ulang lembar monitoring transfusi. 2. Berikan reinforcement positif kepada petugas dan ruangan yang berhasil menurunkan angka reaksi transfusi. 3. Supervisi dan monitoring pelaksanaan oleh Kepala Ruang.

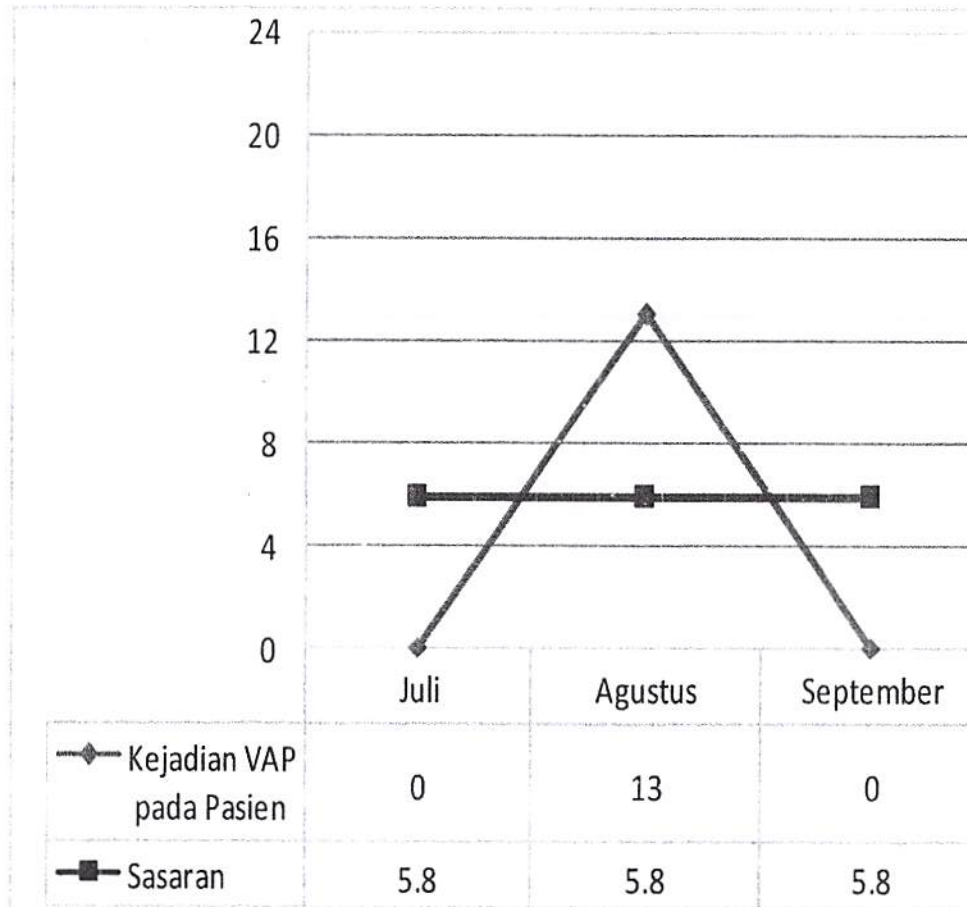
IAK 9

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



Plan	Mempertahankan kelengkapan pengisian informed consent pada tindakan pembedahan.
Do	1. Monitoring pelaksanaan sudah dilakukan. 2. Skrining kelengkapan dokumen saat serah terima dari bangsal ke IBS sudah dilakukan.
Study	Pencapaian selama Tribulan III sudah mencapai sasaran, tetapi harus tetap dipertahankan.
Action	1. Supervisi pelaksanaan oleh Kepala Ruangan Rawat Inap dan IBS. 2. Monitoring untuk mempertahankan capaian.

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



Plan Menurunkan terjadinya VAP dibawah 5.8 ‰.

Do

1. Re-edukasi bundle VAP sudah dilakukan pada petugas.
2. Pelatihan PPI Dasar pencegahan VAP sudah dilakukan.
3. Audit bundle VAP sudah dilakukan.

Study Pencapaian selama Tribulan III VAP fluktuatif, Bulan Juli dan September 0, Bulan Agustus 13. Hal ini karena masih adanya kebiasaan yang dilakukan tidak sesuai dengan bundle VAP.

Action

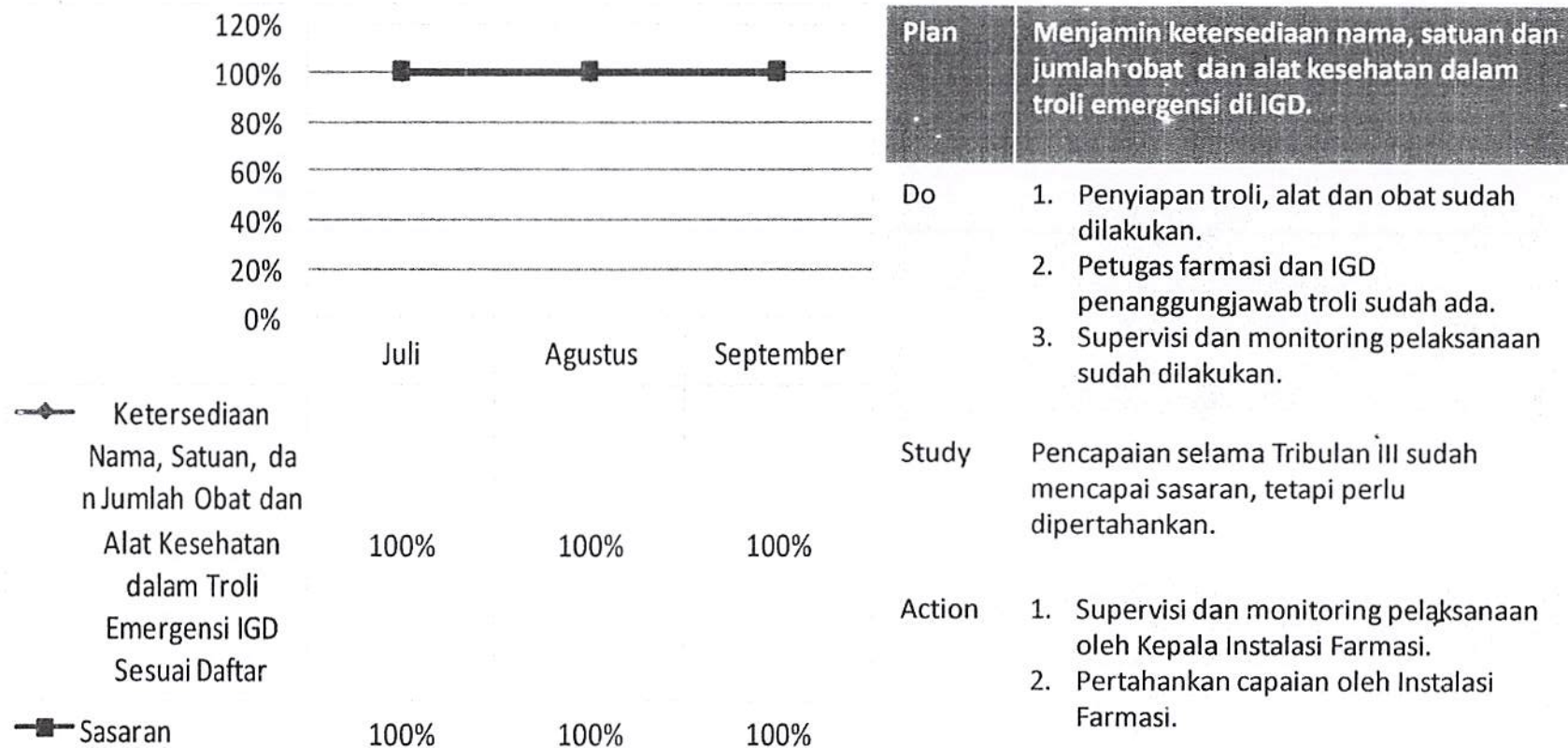
1. Memasukkan surveilans VAP ke dalam program kerja ICU.
2. Kepala Ruang dan Koordinator ICU lebih aktif dalam memonitoring bundle VAP.
3. Adanya perhatian khusus dari Bidang untuk menurunkan angka infeksi VAP.
4. Adanya evaluasi dari internal ICU untuk meningkatkan kepatuhan bundle VAP di ICU.

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 %

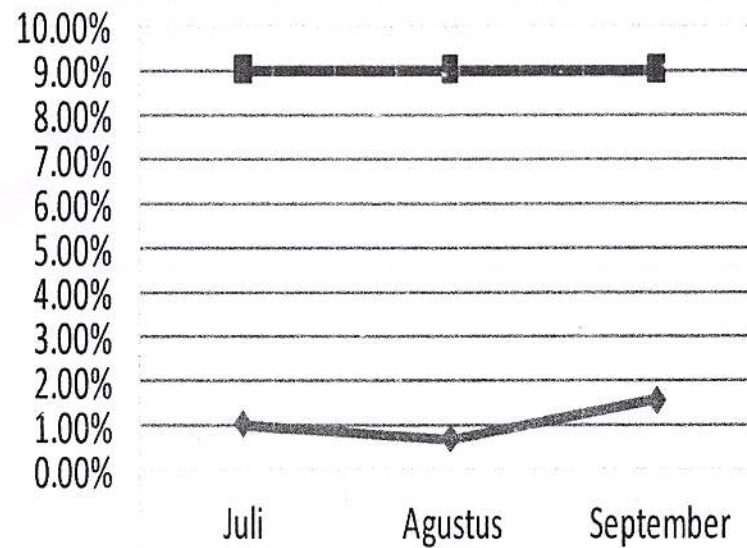
IAM 1

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



IAM 2

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

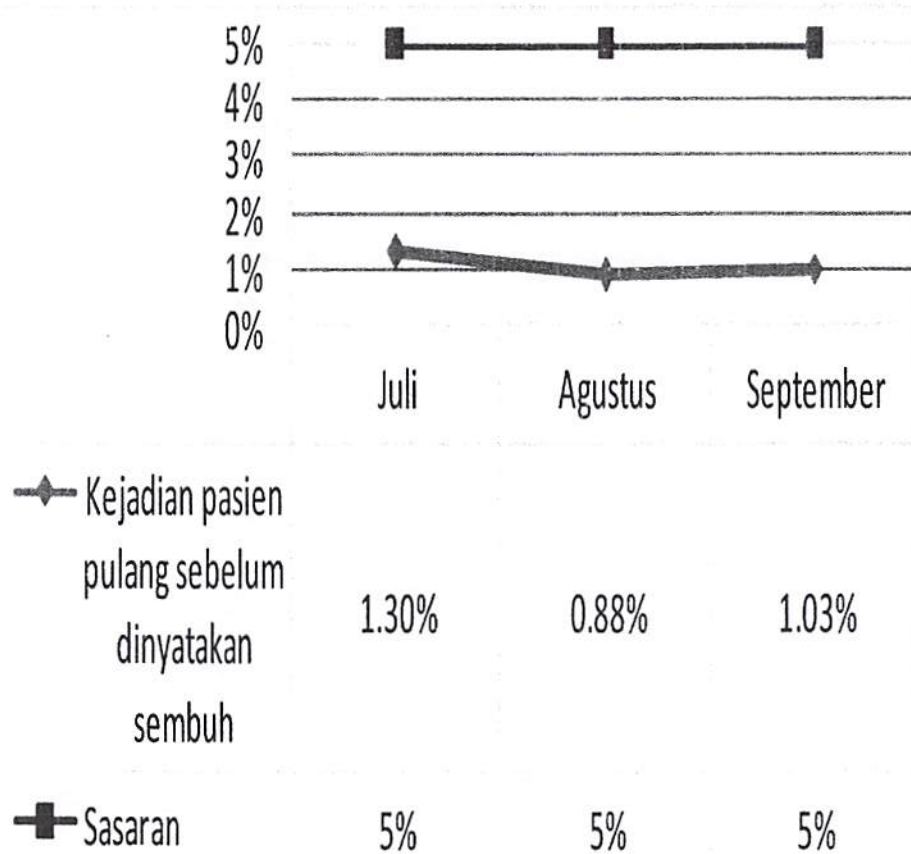


◆ Kejadian infeksi nosokomial di Rawat Inap	1.00%	0.67%	1.52%
■ Sasaran	9%	9%	9%

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

IAM 3

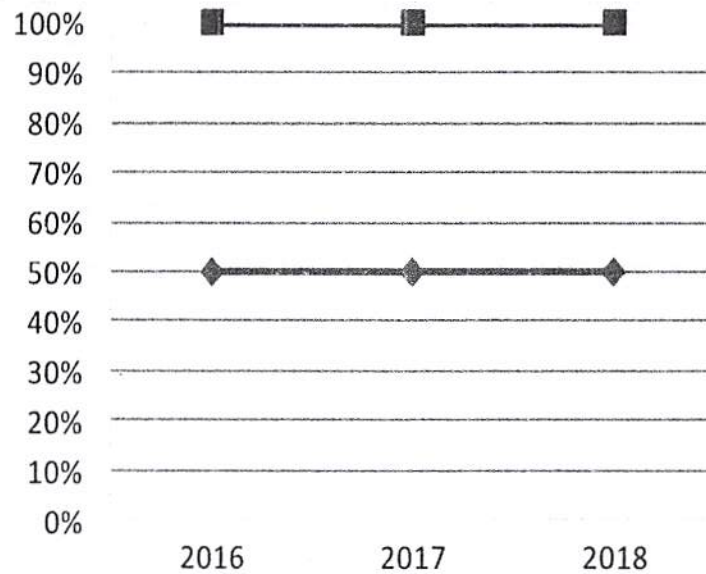
KEJADIAN PULANG SEBELUM DINYATAKAN SEMBUH (%) TRIBULAN III TAHUN 2018



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

IAM 4

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

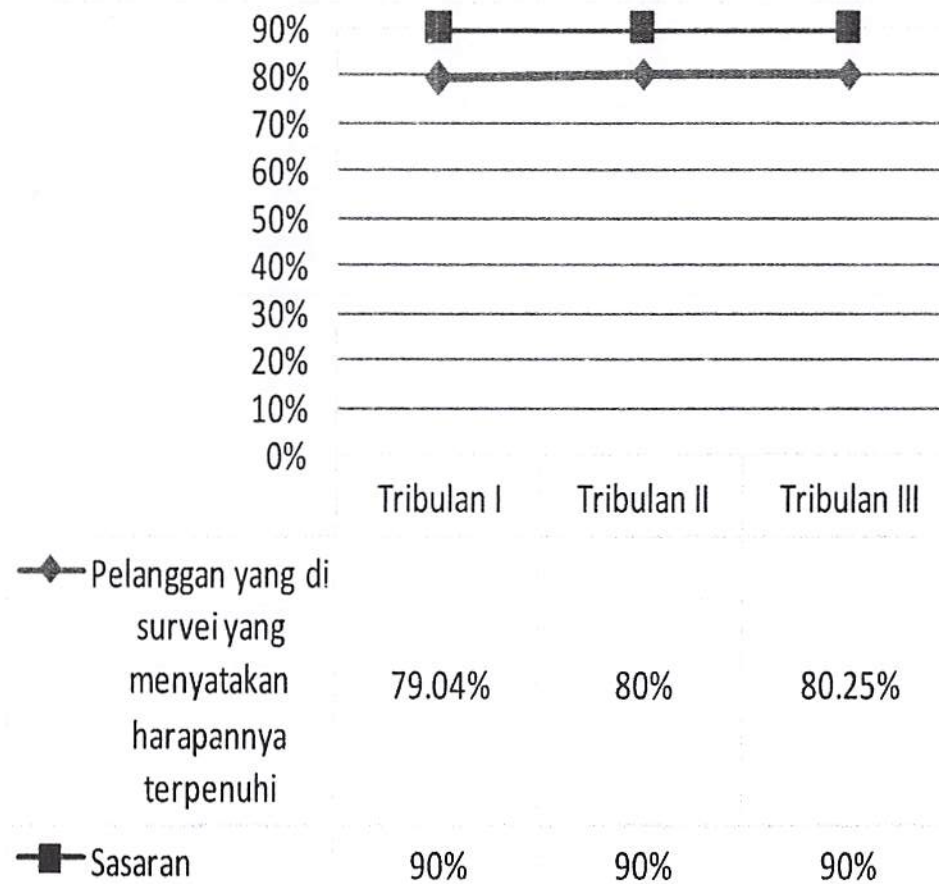


	2016	2017	2018
■ Sasaran	100%	100%	100%
◆ Alat ukur dan alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu	100%	100%	100%

Plan	Mempertahankan alat ukur dan alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu.
Do	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kalibrasi dilakukan kerjasama dengan pihak ketiga sudah dilakukan. 2. Supervisi dan monitoring pelaksanaan kalibrasi sudah dilakukan.
Study	Pencapaian selama tahun 2017 dan 2018 sudah mencapai sasaran, tetapi perlu dipertahankan.
Action	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan kalibrasi sesuai jadwal dan jenis alat. 2. Supervisi pelaksanaan oleh Kepala Instalasi Laboratorium dan IPSRS. 3. Monitoring pelaksanaan oleh Kepala Instalasi Laboratorium dan IPSRS.

IAM 5

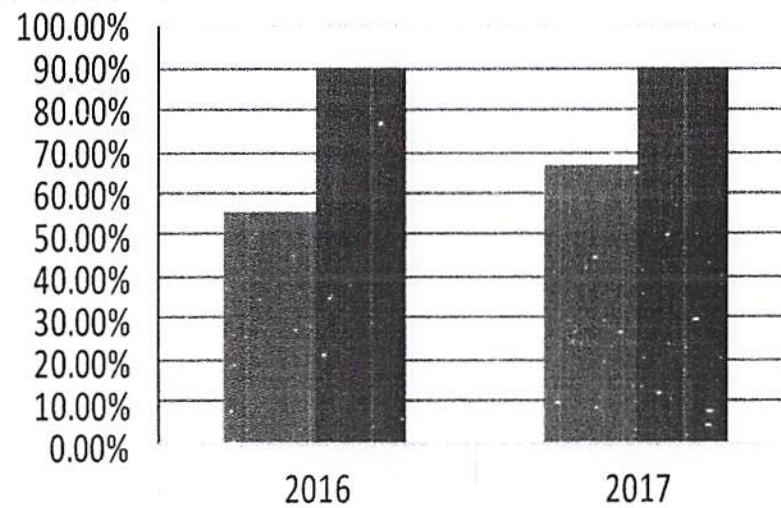
**KEPUASAN PELANGGAN RAWAT INAP (%)
TRIBULAN III TAHUN 2018**



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

IAM 6

TINGKAT KEPUASAN STAF (%)



■ Staf yang menyatakan puas terhadap elemen tingkat kepuasan yang ditetapkan

■ Sasaran

55.41%

66.33%

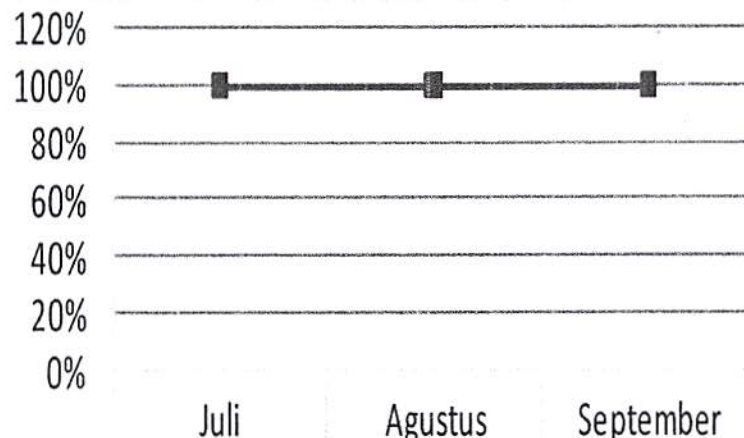
90%

90%

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

IAM 7

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

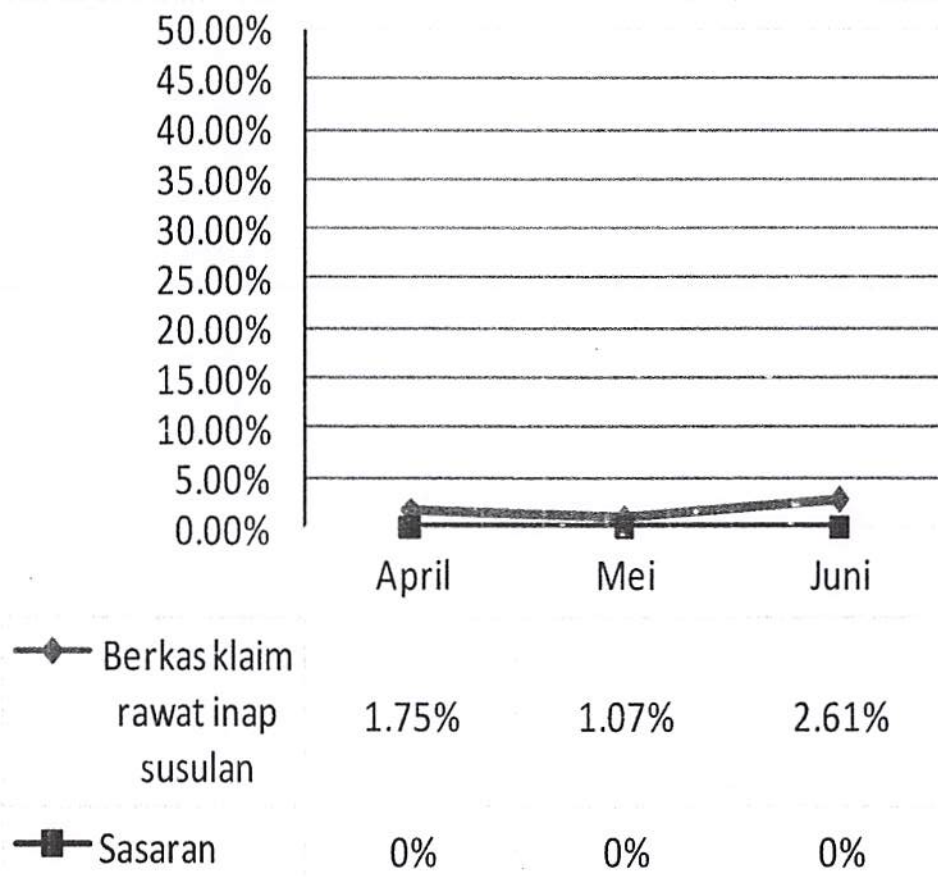


	Juli	Agustus	September
◆ Pelaporan demografi pasien dengan diagnosa klinis DHF	100%	100%	100%
■ Sasaran	100%	100%	100%

Plan	Mempertahankan pelaporan demografi pasien dengan diagnosa klinis DHF.
Do	<ol style="list-style-type: none"> 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 III mencapai sasaran, tetapi perlu dipertahankan.
Action	<ol style="list-style-type: none"> 1. Supervisi/ mengingatkan pelaksanaan oleh Kepala Ruang dan Petugas RM. 2. Monitoring pelaksanaan oleh Kepala Ruang.

IAM 8

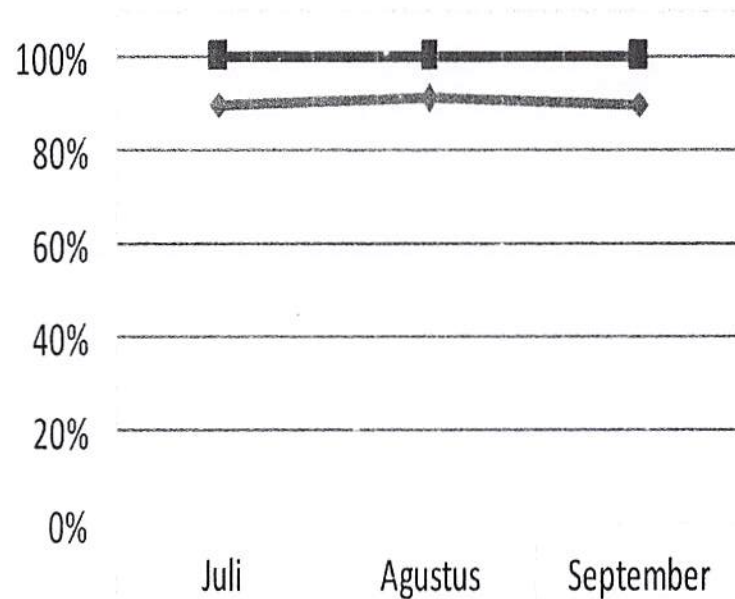
**ANGKA BERKAS KLAIM BPJS RAWAT INAP SUSULAN (%)
TRIBUNAN III TAHUN 2018**



Plan	Menurunkan angka berkas klaim BPJS rawat inap susulan menjadi 0%
Do	<ol style="list-style-type: none"> 1. Koordinasi antar bidang terus dilakukan. 2. Supervisi oleh direktur. 3. Perbaikan dan pelengkapan berkas rekam medik, penyesuaian SIM RS dan perbaikan alur verifikasi internal.
Study	<p>Tribulan III belum ada data karena berkas klaim baru sampai Bulan Juni dan sedang menunggu realisasi. Untuk Bulan Juli-Agustus-September sedang dalam verifikasi internal rumah sakit. Keterlambatan ini karena faktor eksternal terkait kebijakan BPJS maupun internal terkait kelengkapan dan kesesuaian berkas, penyesuaian SIM RS, dan verifikasi internal.</p>
Action	<ol style="list-style-type: none"> 1. Peningkatan komunikasi dan koordinasi Unit dan Bidang terkait setiap ada perubahan kebijakan BPJS. 2. Penguatan supervisi oleh direksi. 3. Monitoring oleh Kepala Bidang Keuangan.

IAM 9

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



◆ Ketersediaan cairan hand rub	90%	91%	90%
■ Sasaran	100%	100%	100%

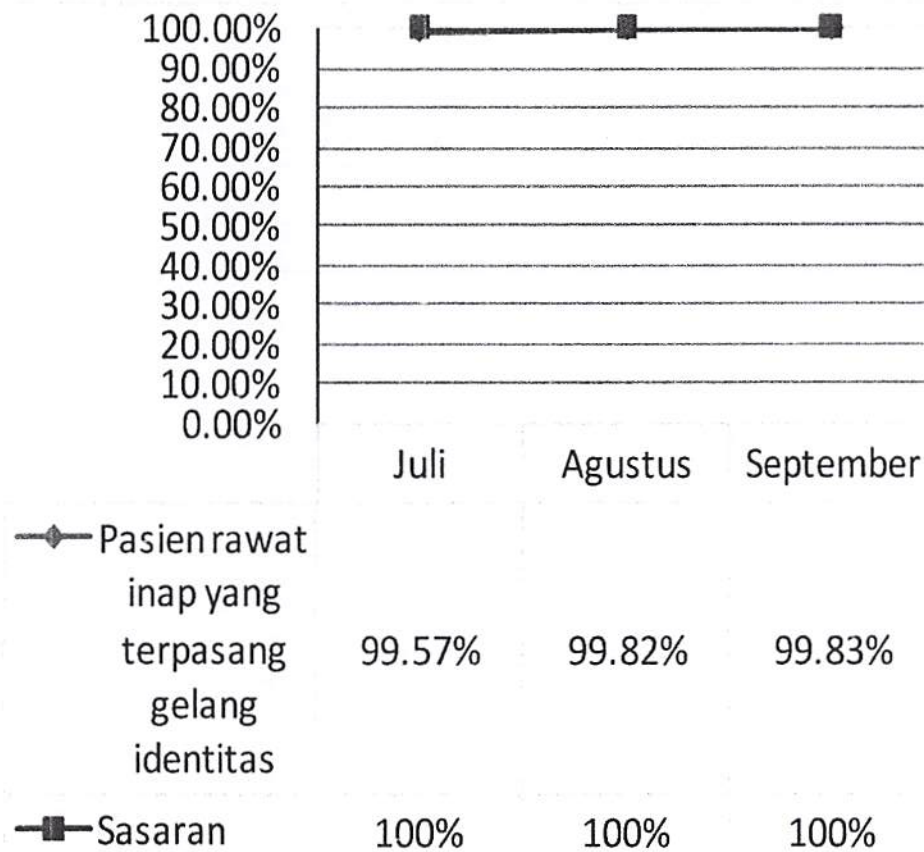
Plan	Memastikan ketersediaan cairan handrub di rawat inap
Do	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penunjukan petugas penanggungjawab pengisian setiap unit kerja sudah dilakukan. 2. Supervisi oleh Kepala Unit sudah dilakukan tapi belum optimal. 3. Monitoring/audit pelaksanaan sudah dilakukan.
Study	<p>Pencapaian Tribulan III belum mencapai sasaran dengan capaian tertinggi 91%. 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"> 1. Pantau ketersediaan cairan hand rub. 2. Supervisi pelaksanaan oleh Kepala Unit. 3. Monitoring/audit berkala oleh IPCN.

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 %

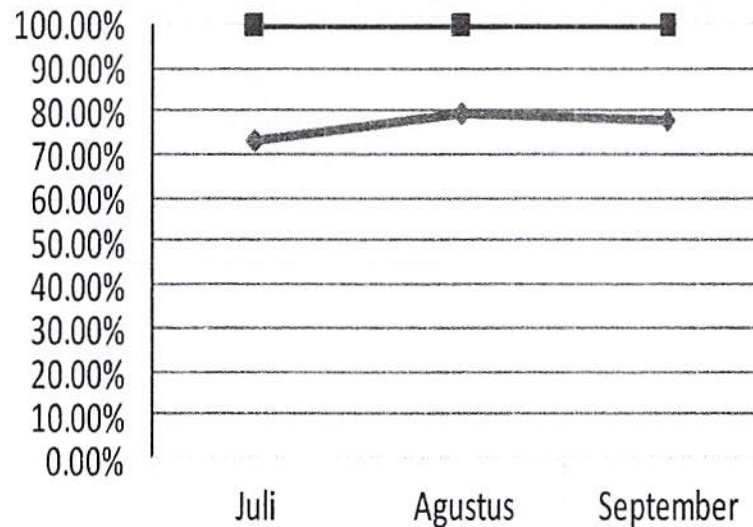
ISKP 1

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



Plan	Meningkatkan kepatuhan pemasangan gelang identitas pasien rawat inap .
Do	<ol style="list-style-type: none"> Supervisi pelaksanaan sudah dilakukan. Monitoring pelaksanaan sudah dilakukan.
Study	Pencapaian Tribulan III mendekati sasaran antara 99.57%-99.83%. Masih adanya pasien yang belum terpasang gelang saat IGD penuh/ramai, tetapi gelang dipasang di ruangan.
Action	<ol style="list-style-type: none"> Supervisi pelaksanaan oleh Kepala Unit Admisi. Monitoring pelaksanaan oleh Kepala Ruang.

ANGKA VERIFIKASI LAPORAN VERBAL OLEH DPJP DI RUANG RAWAT INAP (%)
 TRIBULAN III TAHUN 2018



—◆— Verifikasi oleh DPJP 24 jam setelah pelaporan verbal

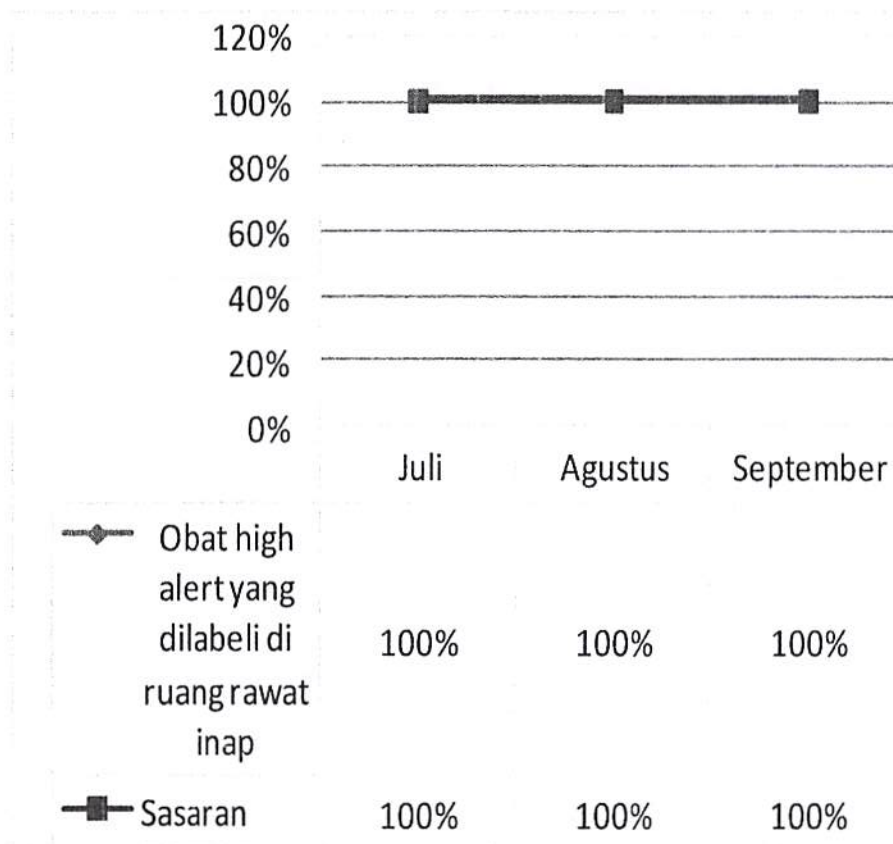
—■— Sasaran

73.33%	79.49%	77.98%
100%	100%	100%

Plan	Meningkatkan verifikasi laporan verbal oleh DPJP di ruang rawat inap.
Do	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sosialisasi ulang SPO sudah dilakukan. 2. Supervisi/mengingatkan DPJP sudah dilakukan oleh perawat pendamping visite. 3. Monitoring pelaksanaan sudah dilakukan.
Study	Pencapaian Tribulan III belum mencapai sasaran. Hal ini karena supervisi belum optimal dan beberapa dokter waktu visite cepat.
Action	<ol style="list-style-type: none"> 1. Supervisi/mengingatkan DPJP oleh perawat pendamping visite. 2. Mengingatkan dokter dalam rapat rutin oleh Bidang Pelayanan. 3. Monitoring pelaksanaan oleh Kepala Ruang.

ISKP 3

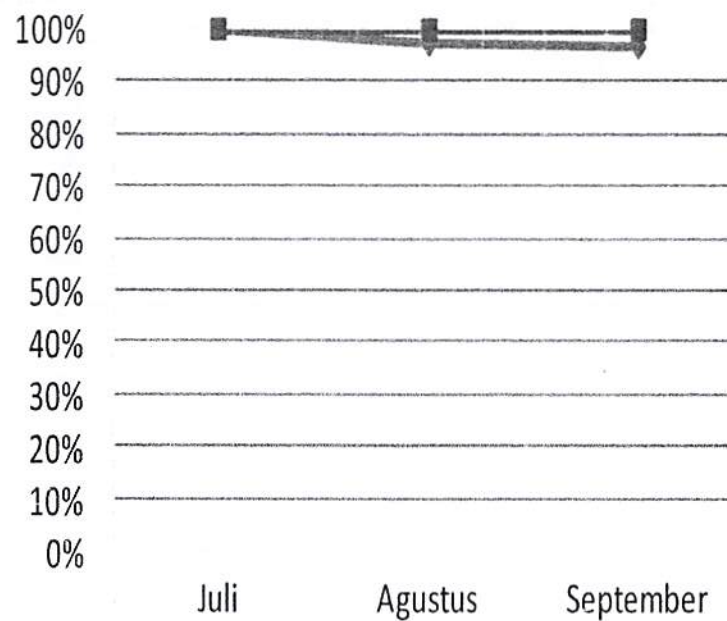
ANGKA KEPATUHAN PELABELAN OBAT HIGH ALERT DI RUANG RAWAT INAP (%) TRIBULAN III TAHUN 2018



Plan	Mempertahankan kepatuhan pelabelan obat high alert di ruang rawat inap
Do	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ketersediaan label terpantau. 2. Supervisi pelaksanaan sudah dilakukan. 3. Monitoring pelaksanaan sudah dilakukan.
Study	Pencapaian selama Tribulan III sudah mencapai sasaran, tetapi harus tetap dipertahankan.
Action	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengaturan staf dengan tugas pelabelan dipertahankan. 2. Supervisi pelaksanaan oleh Kepala Instalasi Farmasi. 3. Monitoring pelaksanaan oleh Kepala Ruang.

ISKP 4

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



◆ Checklist yang terisi lengkap di ruang pemulihan

■ Sasaran

Plan Meningkatkan dan mempertahankan kepatuhan pengisian checklist keselamatan bedah yang lengkap di IBS

Do

1. Penyiapan blangko SSC sudah dilakukan.
2. Penambahan tenaga sudah dilakukan.
3. Monitoring pelaksanaan sudah dilakukan.

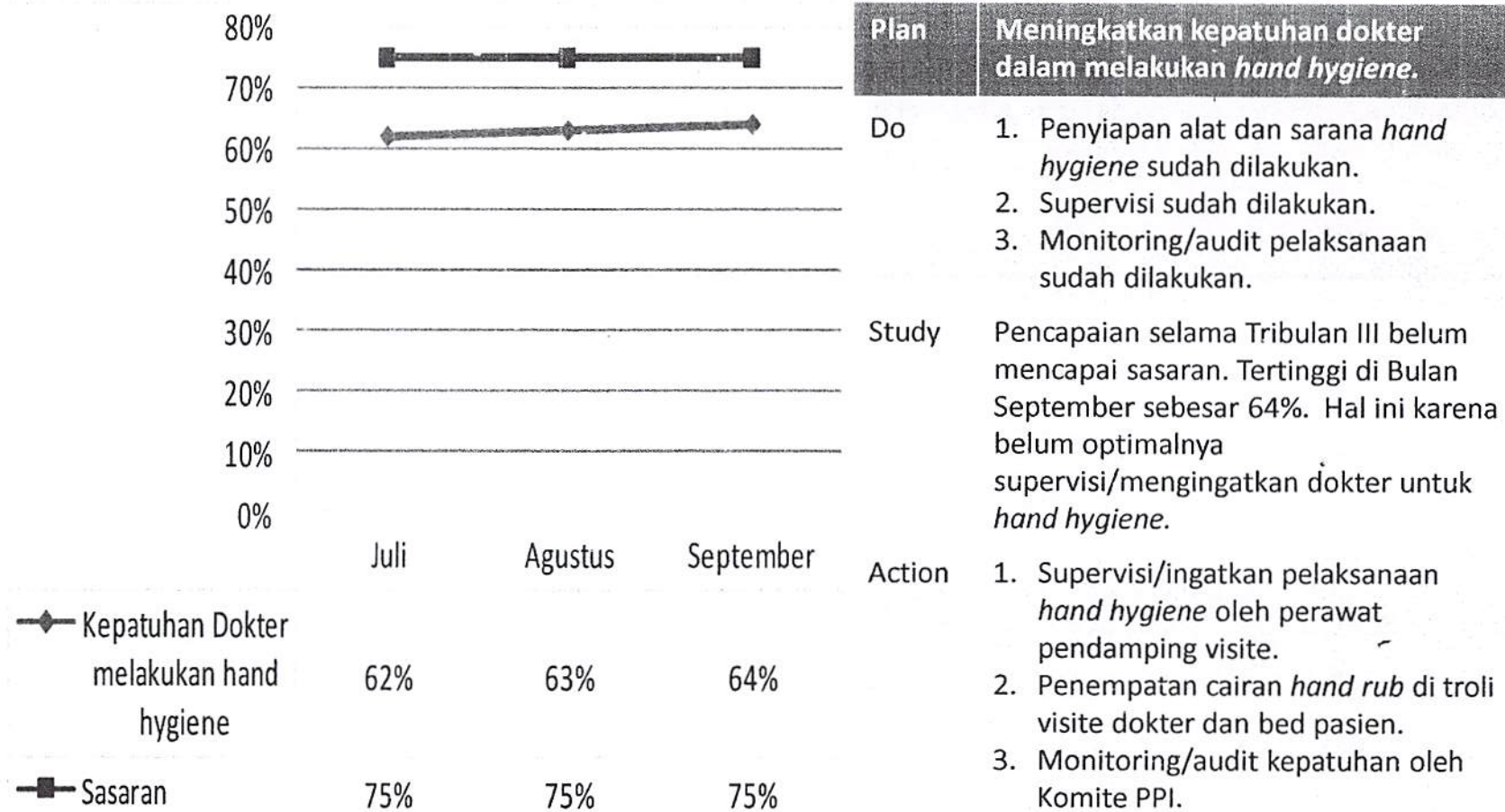
Study Pencapaian selama Tribulan III mencapai sasaran di Bulan Juli, bulan berikutnya menurun. Hal ini karena belum konsistennya pengisian SSC oleh petugas.

Action

1. Supervisi/ingatkan pelaksanaan oleh Kepala IBS.
2. Monitoring Supervisi pelaksanaan oleh Kepala IBS.

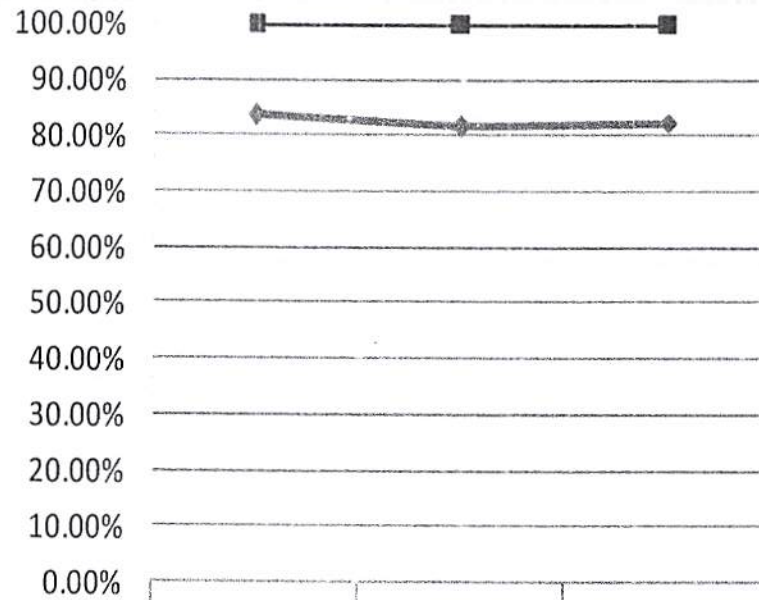
ISKP 5

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



ISKP 6

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



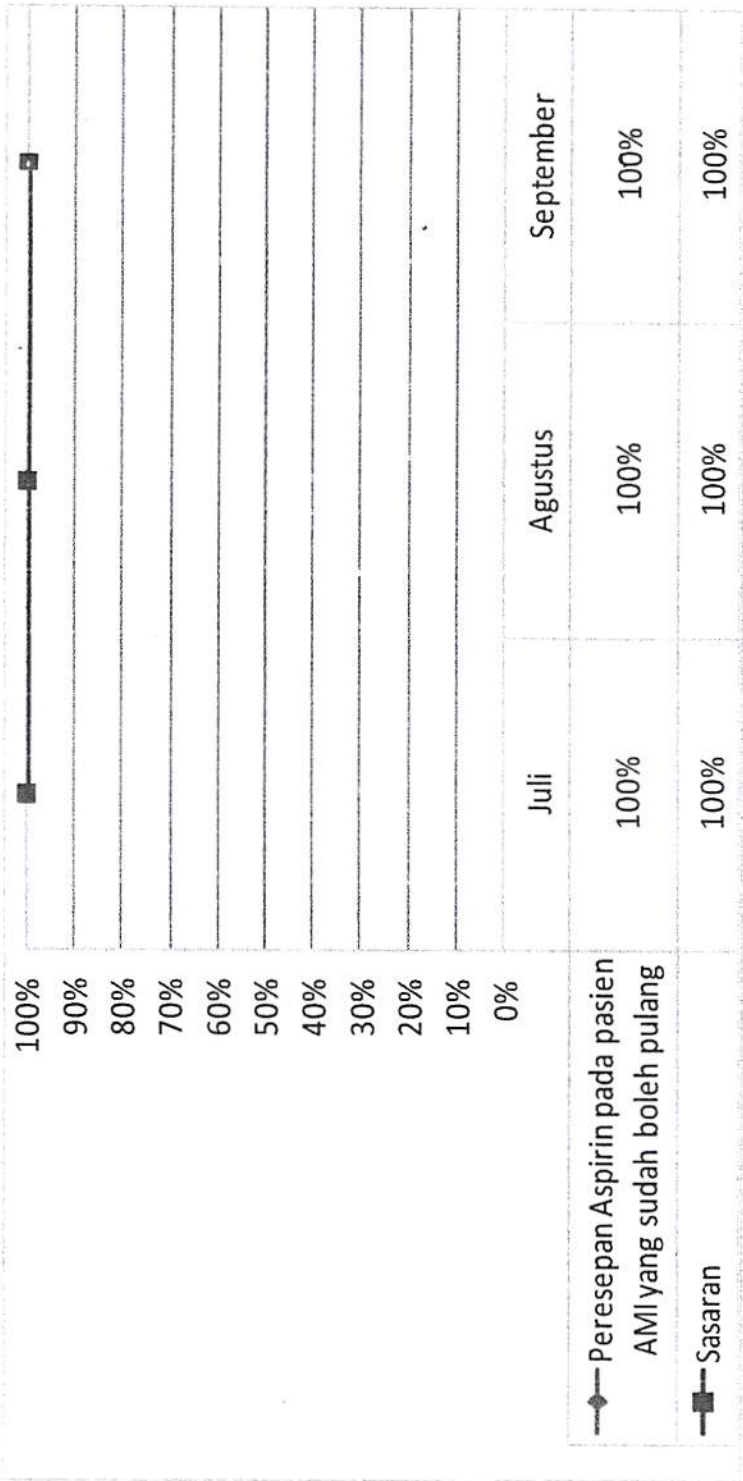
	Juli	Agustus	September
—◆— Kepatuhan upaya pencegahan risiko jatuh pasien	83.41%	81.43%	82.17%
—■— Sasaran	100%	100%	100%

Plan	Meningkatkan kepatuhan upaya pencegahan risiko jatuh pasien di ruang rawat inap.
Do	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sosialisasi ulang kebijakan SKP sudah dilakukan. 2. Penyediaan penanda risiko jatuh. 3. Supervisi pelaksanaan sudah dilakukan tapi belum optimal. 4. Monitoring pelaksanaan sudah dilakukan.
Study	Pencapaian selama Tribulan III belum mencapai sasaran. Hal ini karena belum optimalnya supervisi yang dilakukan oleh Kepala Ruang.
Action	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkatkan supervisi oleh Kepala Ruang/Unit dan PIC Mutu. 2. Koordinasi dengan Koordinator Mutu Instalasi Rawat Inap. 3. Monitoring pelaksanaan oleh Komite PMKP.

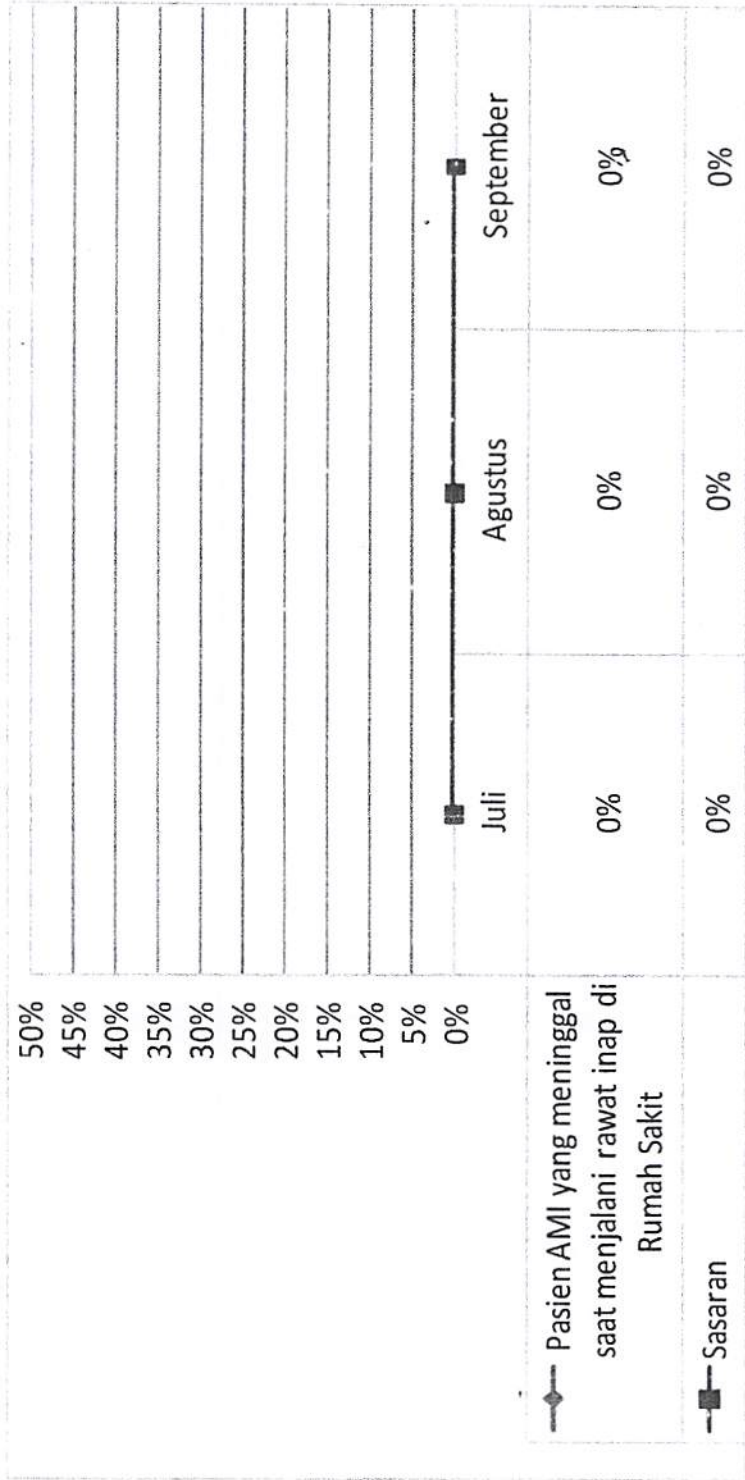
D. INDIKATOR INTERNATIONAL LIBRARY OF MEASURES (IILM)

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 III 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 (%)
 TRIBULAN III TAHUN 2018

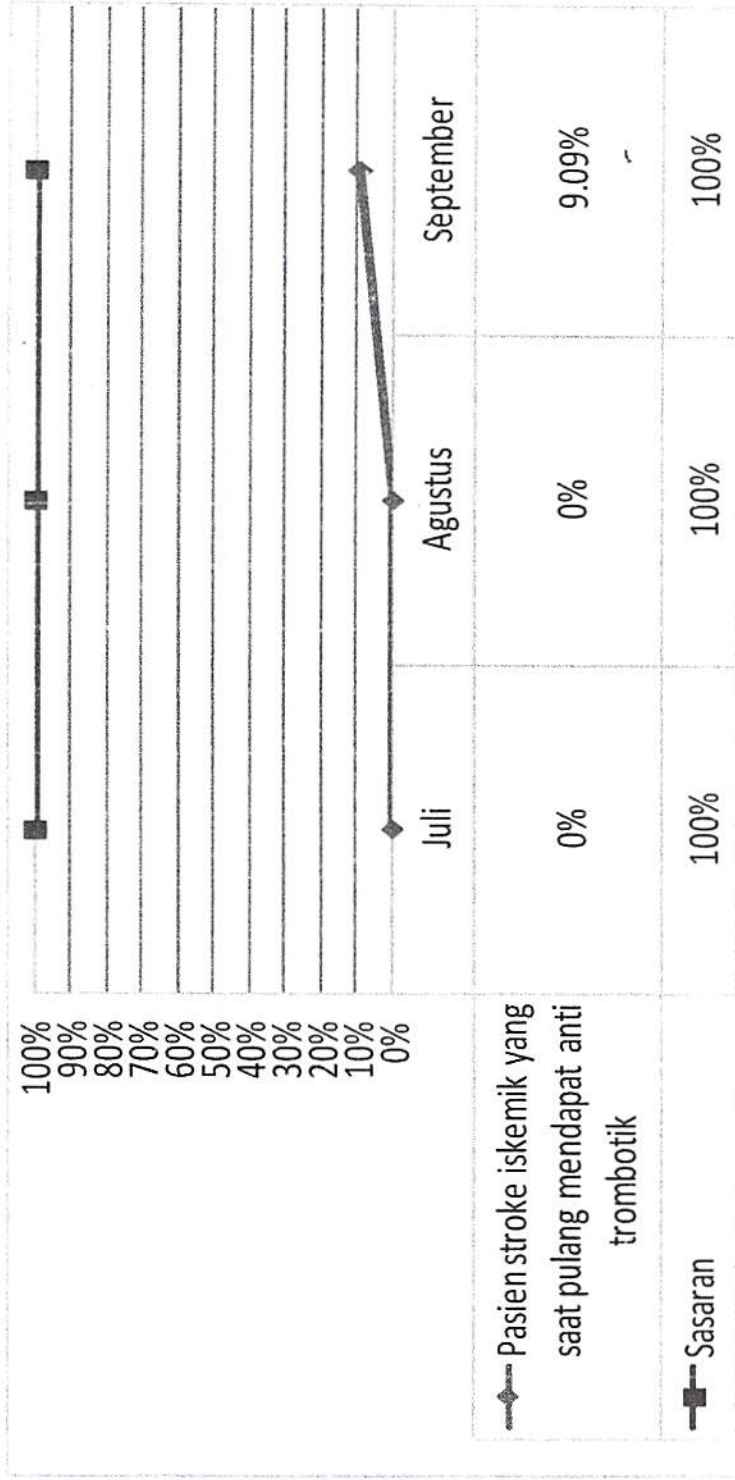


PASIEN AMI YANG MENINGGAL SAAT MENJALANI RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT (%) TRIBULAN III TAHUN 2018



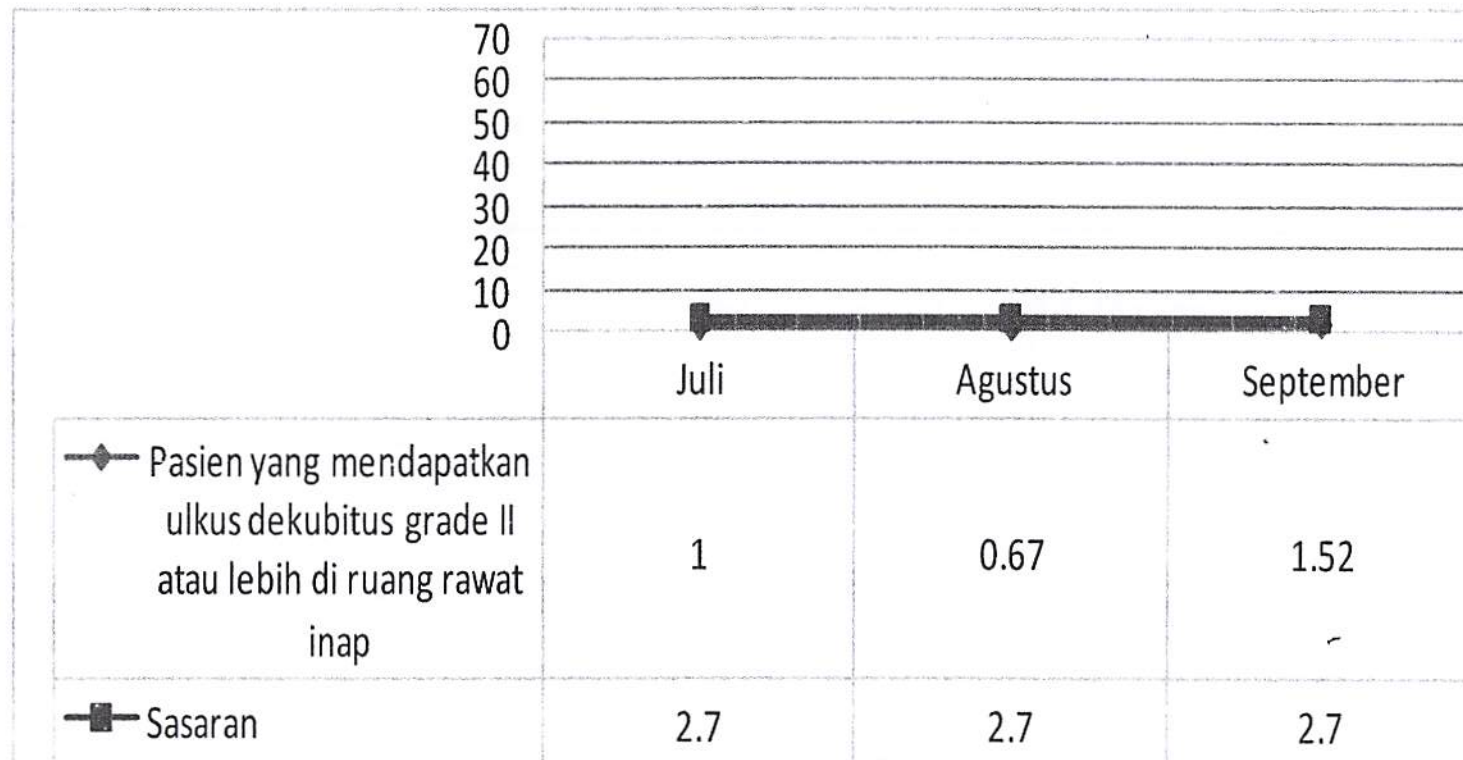
ILM 3

**PASIENT STROKE ISKEMIK YANG MENDAPAT TERAPI ANTI TROMBOTIK
PADA SAAT PULANG (%)
TRIBULAN III TAHUN 2018**



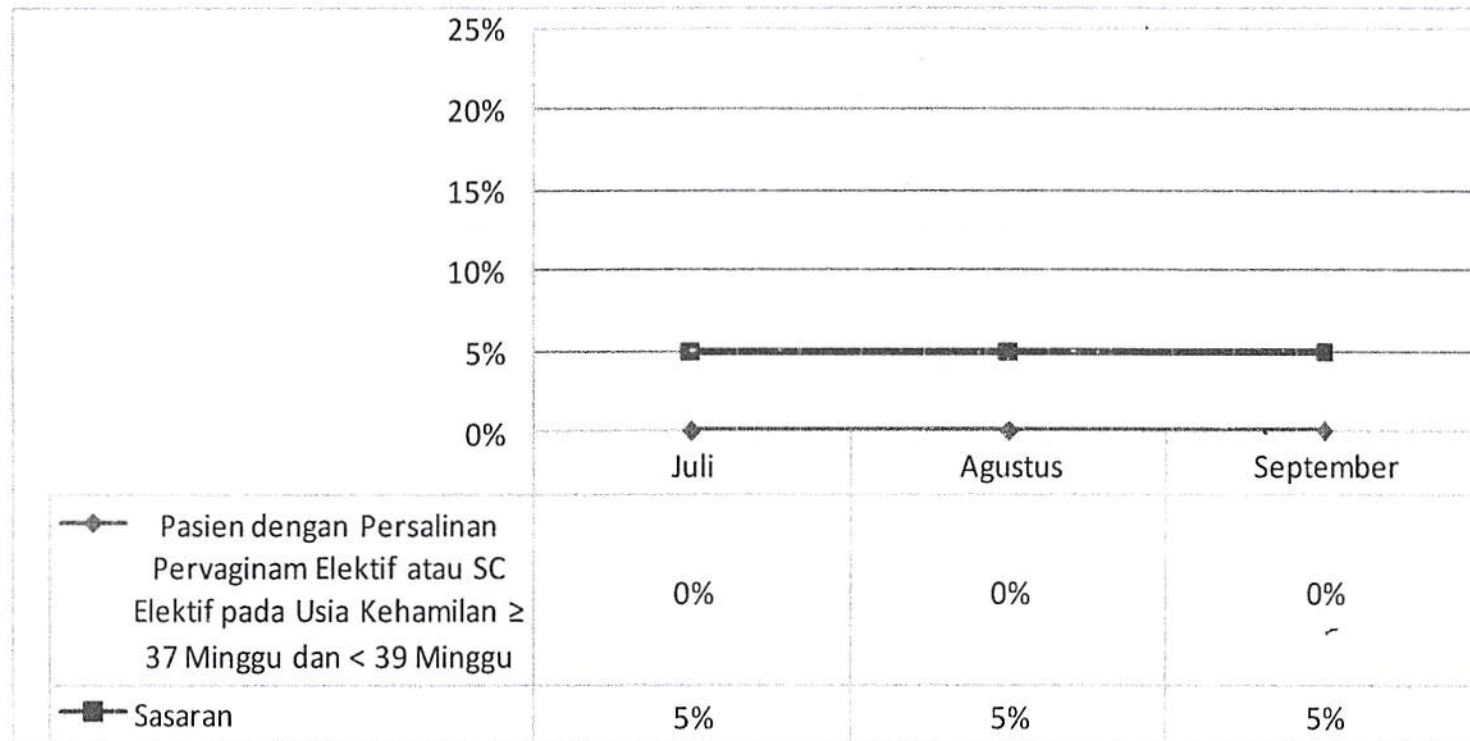
ILM 4

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

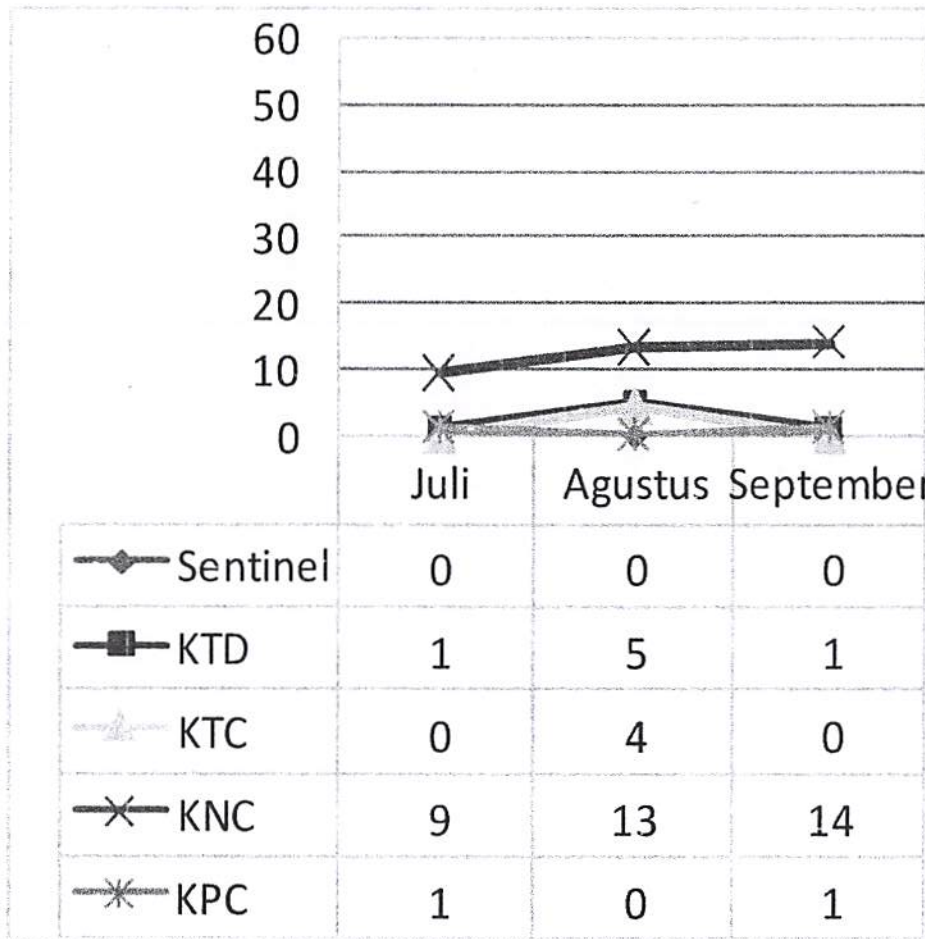


ILM 5

PASIHEN DENGAN PERSALINAN PERVAGINAM ELEKTIF ATAU SECTIO CESARIA ELEKTIF PADA USIA KEHAMILAN ≥ 37 MINGGU DAN < 39 MINGGU (%)
TRIBULAN III TAHUN 2018



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



Plan	Menurunkan dan mempertahankan insiden keselamatan pasien.
Do	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sosialisasi ulang tentang SKP sudah dilakukan. 2. Penanganan insiden sudah dilakukan. 3. Tindak lanjut hasil investigasi sederhana dan RCA sebagian sudah dilakukan. 4. Supervisi pelaksanaan sudah dilakukan. 5. Monitoring pelaksanaan sudah dilakukan.
Study	Selama Tribulan III tidak ada kejadian sentinel, KTD terkait jatuh dan reaksi transfusi dan KNC farmasi.
Action	<ol style="list-style-type: none"> 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.

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.	ASSESMENT TERHADAP AREA KLINIK	ANGKA PENGAJIAN AWAL MEDIS RAWAT INAP DALAM WAKTU 24 JAM	100 %	95.91% Bulan Juli.	<ol style="list-style-type: none"> Selalu ingatkan DPJP untuk melengkapi pengkajian awal medis oleh Kepala Ruang dan Ka. Tim Perawat. Pengusulan dokter jaga bangsal/ruang. Pemantauan kelengkapan pengkajian awal medis dalam 24 jam oleh PIC. Tingkatkan komunikasi dan motivasi oleh Direksi RS.
2.	PELAYANAN LABORATORIUM	ANGKA PELAPORAN HASIL NILAI KRITIS LABORATORIUM	100 %	100% Tribunal III	Mempertahankan capaian.
3.	PELAYANAN RADIOLOGI	WAKTU TUNGGU HASIL PELAYANAN FOTO THORAX	≤ 3 jam (180 menit)	36-38 menit tercapai di Tribunal III	Mempertahankan capaian.
4.	PROSEDUR BEDAH	ANGKA KEPATUHAN PENANDAAN SISI DAN LOKASI OPERASI	100 %	95.24% Bulan Juli.	<ol style="list-style-type: none"> Selalu ingatkan operator untuk melakukan <i>site marking</i> oleh perawat pendamping visite. Tingkatkan komunikasi dan motivasi oleh Direksi RS. Monitor pelaksanaan oleh Kepala Ruang.
5.	PENGGUNAAN OBAT DAN ANTIBIOTIK LAINNYA	ANGKA KETEPATAN JENIS ANTIBIOTIK PROFILAKSIS BEDAH SESUAI REGULASI	100 %	17.86%	<ol style="list-style-type: none"> Sosialisasi kebijakan kepada operator oleh Tim PPRA dan Direksi RS. Komunikasi dan motivasi operator secara konsisten oleh Direksi RS. Supervisi dan monitoring oleh Tim PPRA.
6.	KESALAHAN MEDIS DAN KNC	ANGKA KEJADIAN KESALAHAN PEMBERIAN OBAT DI APOTIK RAWAT JALAN	0 %	0.05% di Bulan Juli.	<ol style="list-style-type: none"> Lakukan evaluasi efektivitas perubahan layanan yang sudah dilakukan. Supervisi dan monitoring pelaksanaan oleh Kepala Instalasi Farmasi.
7.	PELAYANAN ANESTHESI DAN	ANGKA KELENGKAPAN ASESMEN PRE	100 %	60% Bulan	<ol style="list-style-type: none"> Ingatkan pelaksanaan oleh Kepala IBS dan Ruang Flamboyan.

	SEDASI	ANESTESI		Agustus.	2. Koordinasi dan motivasi dokter oleh Direksi RS. 3. Monitoring pelaksanaan oleh Kepala IBS.
8.	PENGGUNAAN DARAH DAN PRODUK DARAH	ANGKA KEJADIAN REAKSI TRANSFUSI	≤ 0.01%	0% Bulan September.	1. Sosialisasikan ulang lembar monitoring transfusi. 2. Berikan reinforcement positif kepada petugas dan ruangan yang berhasil menurunkan angka reaksi transfusi. 3. Supervisi dan monitoring pelaksanaan oleh Kepala Ruang.
9.	KETERSEDIAAN, ISI DAN PENGGUNAAN CATATAN MEDIK	ANGKA KELENGKAPAN PENGISIAN INFORMED CONSENT PADA TINDAKAN PEMBEDAHAN	100 %	100% Bulan Juli dan Agustus.	1. Supervisi pelaksanaan oleh Kepala Ruang Rawat Inap dan IBS. 2. Monitoring untuk mempertahankan capaian.
10.	PENCEGAHAN DAN KONTROL INFEKSI SURVEILANS DAN PELAPORAN	ANGKA TERJADINYA VAP (VENTILATOR ASSOCIATED PNEUMONIA)	≤ 5,8 ‰	0% Bulan Juli dan September.	1. Memasukkan surveilans VAP ke dalam program kerja ICU. 2. Kepala Ruang dan Koordinator ICU lebih aktif dalam memonitoring bundle VAP. 3. Adanya perhatian khusus dari Bidang untuk menurunkan angka infeksi VAP. 4. Adanya evaluasi dari internal ICU untuk meningkatkan kepatuhan bundle VAP di ICU.

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 III	1. Supervisi dan monitoring pelaksanaan oleh Kepala Instalasi Farmasi. 2. Pertahankan capaian oleh Instalasi Farmasi.
2.	PELAPORAN YANG DIWAJIBKAN OLEH PERUNDANG-UNDANGAN	KEJADIAN INFEKSI NOSOKOMIAL DI RAWAT INAP	≤ 9%.	0.67%-1.52%.	Mempertahankan capaian.
3.	MANAJEMEN RISIKO	KEJADIAN PULANG SEBELUM DINYATAKAN SEMBUH	≤ 5 %	0.88% - 1.30%.	Mempertahankan capaian.
4.	PEMANFAATAN SUMBER DAYA RUMAH SAKIT	ALAT UKUR DAN ALAT LABORATORIUM YANG DIKALIBRASI TEPAT WAKTU	100 %	100% Tahun 2017 dan 2018.	1. Lakukan kalibrasi sesuai jadwal dan jenis alat. 2. Supervisi pelaksanaan oleh Kepala Instalasi Laboratorium dan IPSRS.

					3. Monitoring pelaksanaan oleh Kepala Instalasi Laboratorium dan IPSRS.
5.	HARAPAN DAN KEPUASAN PASIEN DAN KELUARGA	KEPUASAN PELANGGAN RAWAT INAP	≥ 90 %	80.25% Tribulan III	<ol style="list-style-type: none"> 1. Koordinasi dengan Bidang terkait untuk pemeliharaan dan perbaikan sarana prasarana. 2. Komunikasi dan edukasi pada pasien dan keluarga terutama saat masuk rs. 3. Handling complain proaktif oleh Unit terkait dan Instalasi PKRS.
6.	HARAPAN DAN KEPUASAN STAF	TINGKAT KEPUASAN STAF	≥ 90 %	55.41% Tahun 2016 66.33% Tahun 2017	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penilaian kepuasan staf akhir Tahun 2018 oleh Bagian Kepegawaian. 2. Rapat Koordinasi berjenjang tiap 2 bulan untuk unit kerja, 3 bulan untuk instalasi dan bidang digunakan untuk komunikasi organisasi. 3. Pembagian jasa pelayanan sesuai kesepakatan waktu.
7.	DEMOGRAFI PASIEN DAN DIAGNOSA KLINIK	DEMOGRAFI PASIEN DENGAN DIAGNOSA KLINIS DHF	100 %	100% BTribulan III.	Mempertahankan capaian.
8.	MANAJEMEN KEUANGAN	ANGKA BERKAS KLAIM BPJS RAWAT INAP SUSULAN	0 %	Tersedia data Tribulan II (April 1.75%, Mei 1.07%, Juni 2.61%).	<ol style="list-style-type: none"> 1. Peningkatan komunikasi dan koordinasi Unit dan Bidang terkait setiap ada perubahan kebijakan BPJS. 2. Penguatan supervisi oleh direksi. 3. Monitoring oleh Kepala Bidang Keuangan.
9.	PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN DARI KEJADIAN YANG DAPAT MENIMBULKAN MASALAH BAGI KESELAMATAN PASIEN, KELUARGA DAN STAF	KETERSEDIAAN CAIRAN HANDRUB DI RAWAT INAP	100 %	91% Bulan Agustus.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pantau ketersediaan cairan hand rub. 2. Supervisi pelaksanaan oleh Kepala Unit. 3. Monitoring/audit berkala oleh IPCN.

C. INDIKATOR SASARAN KESELAMATAN PASIEN

NO	AREA INDIKATOR	NAMA INDIKATOR	SASARAN	CAPAIAN TERBAIK	TINDAK LANJUT
----	----------------	----------------	---------	-----------------	---------------

1.	KETEPATAN IDENTIFIKASI PASIEN	ANGKA KEPATUHAN PEMASANGAN GELANG IDENTITAS PASIEN RAWAT INAP	100 %	99.83% Bulan September.	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 %	79.49% Bulan Agustus.	1. Supervisi/mengingatkan DPJP oleh perawat pendamping visite. 2. Mengingatkan dokter dalam rapat rutin oleh Bidang Pelayanan. 3. Monitoring pelaksanaan oleh Kepala Ruang.
3.	PENINGKATAN KEAMANAN OBAT YANG HARUS DIWASPADAI	ANGKA KEPATUHAN PELABELAN OBAT HIGH ALERT DI RUANG RAWAT INAP	100 %	100% Tribulan III	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 Juli.	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 %	64% Bulan September.	1. Supervisi/ingatkan pelaksanaan <i>hand hygiene</i> oleh perawat pendamping visite. 2. Penempatan cairan <i>hand rub</i> di troli visite dokter dan bed pasien. 3. Monitoring/audit kepatuhan oleh Komite PPI.
6.	MENGURANGI RISIKO JATUH	ANGKA KEPATUHAN UPAYA PENCEGAHAN RISIKO JATUH PASIEN DI RUANG RAWAT INAP	100 %	83.41% Bulan Juli.	1. Tingkatkan supervisi oleh Kepala Ruang/Unit dan PIC Mutu. 2. Koordinasi dengan Koordinator Mutu Instalasi Rawat Inap. 3. 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 Tribulan III.
2.	ACUTE MYOCARD INFARCTION (AMI)	PASIEN AMI YANG MENINGGAL SAAT MENJALANI RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT	0%	0% di Tribulan III.
3.	STROKE	PASIEN STROKE ISKEMIK YANG MENDAPAT TERAPI ANTI TROMBOTIK PADA SAAT PULANG	100%	9.09% di Bulan September.
4.	NURSING SENSITIVE CARE	KEJADIAN ULKUS DEKUBITUS GRADE III ATAU LEBIH YANG DIDAPATKAN DI	≤ 2.7‰	0.67‰-1.52‰.

	(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 III.

E. ANALISA INSIDEN KESELAMATAN PASIEN

NO	JENIS IKP	BULAN			TINDAK LANJUT
		JULI	AGUSTUS	SEPTEMBER	
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	5	1	
3.	KTC	0	4	0	
4.	KNC	9	13	14	
5.	KPC	1	0	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.