



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 rsudkabmgl@gmail.com Muntilan 56411



NOTA DINAS

Kepada Yth. : Ketua Dewan Pengawas RSUD Muntilan  
Dari : Direktur RSUD Muntilan  
Tanggal : 25 Januari 2019  
Nomor : 445.6/121/48/2018  
Perihal : Laporan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien RSUD  
Muntilan Kabupaten Magelang Tribulan IV Tahun 2018

DISPOSISI

Dengan hormat,

Bersama ini kami sampaikan Laporan Capaian dan Analisa Indikator Mutu dan Keselamatan Pasien Tribulan IV Tahun 2018 RSUD Muntilan Kabupaten Magelang.

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



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

P. Direktur

- TL u/PMKP

- Monex

- Rapat dg Dewan

f 25/1-19

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

Muntilan, 07 Januari 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. 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 IV 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 IV sebagai berikut:

A. INDIKATOR AREA KLINIS (IAK)

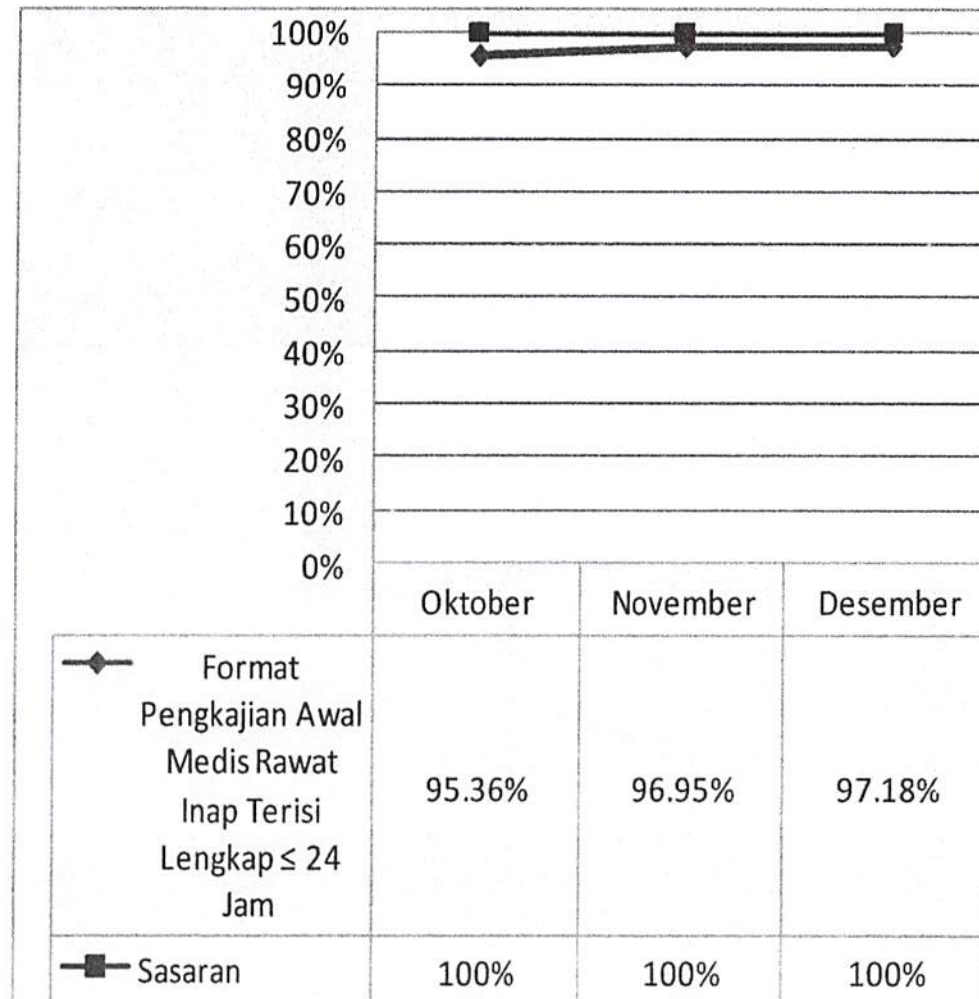
NO	AREA INDIKATOR	NAMA INDIKATOR	SASARAN
1.	ASSESMENT TERHADAP AREA KLINIK.	ANGKA PENGKAJIAN AWAL MEDIS RAWAT INAP DALAM WAKTU 24 JAM.	100 %
2.	PELAYANAN LABORATORIUM.	ANGKA PELAPORAN HASIL NILAI KRITIS LABORATORIUM.	100 %
3.	PELAYANAN RADIOLOGI.	WAKTU TUNGGU HASIL PELAYANAN FOTO THORAX.	≤ 3 JAM
4.	PROSEDUR BEDAH.	ANGKA KEPATUHAN PENANDAAN SISI DAN LOKASI OPERASI.	100 %
5.	PENGUNAAN OBAT DAN ANTIBIOTIK LAINNYA.	ANGKA KETEPATAN JENIS ANTIBIOTIK PROFILAKSIS BEDAH SESUAI REGULASI.	100 %
6.	KESALAHAN MEDIS DAN KNC.	ANGKA KEJADIAN KESALAHAN PEMBERIAN OBAT DI APOTIK RAWAT JALAN.	0 %
7.	PELAYANAN ANESTHESI DAN SEDASI.	ANGKA KELENGKAPAN ASESMEN PRE ANESTESI.	100 %
8.	PENGUNAAN DARAH DAN PRODUK DARAH.	ANGKA KEJADIAN REAKSI TRANSFUSI.	≤ 0.01%
9.	KETERSEDIAAN, ISI DAN PENGUNAAN 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 (%)

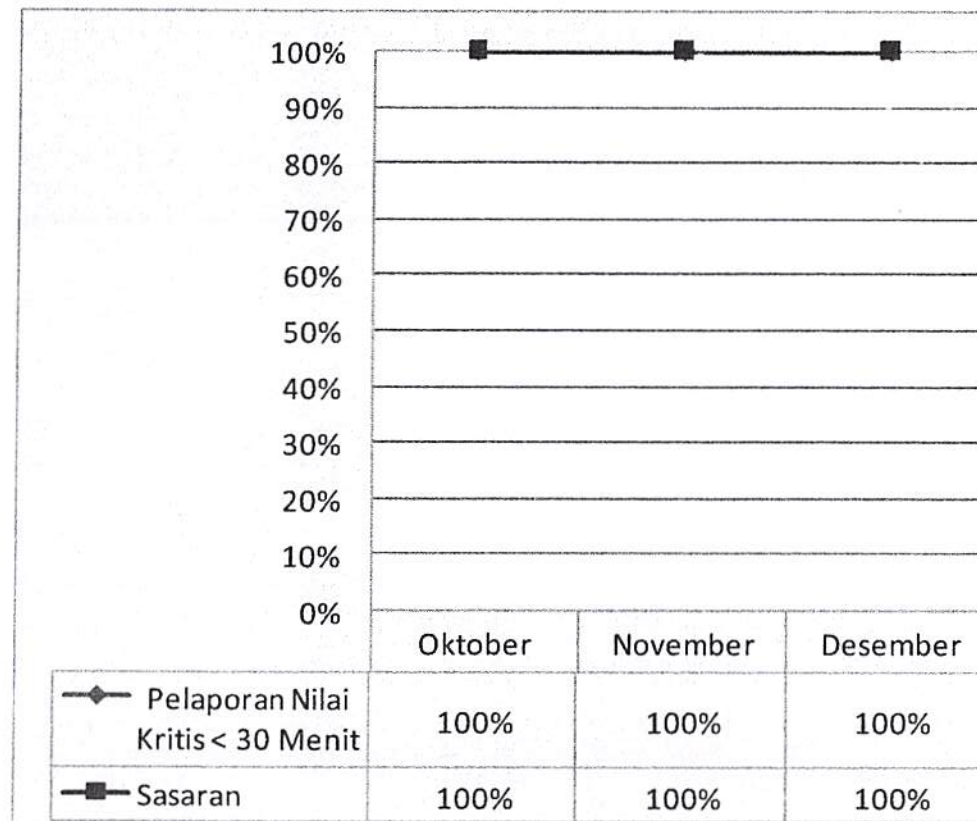
### TRIBULAN IV TAHUN 2018



Plan	Meningkatkan pengkajian awal medis rawat inap dalam waktu 24 jam.
Do	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ka.Ru atau Ka.Tim setiap mendampingi visit mengingatkan DPJP.</li> <li>2. Pengusulan ulang dokter jaga ruangan kepada Sub Bagian Kepegawaian.</li> <li>3. Pemantauan pelaksanaan oleh PIC sudah dilakukan.</li> <li>4. Komunikasi oleh Direksi RS sudah dilakukan, pemberian motivasi belum optimal.</li> </ol>
Study	Pencapaian selama Tribulan IV naik mendekati sasaran. Hal ini karena tidak semua DPJP mempunyai waktu yang cukup, belum optimalnya motivasi oleh direksi dan belum adanya dokter jaga ruangan.
Action	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Koordinasi dan komunikasi personal dengan DPJP oleh Bidang Pelayanan .</li> <li>2. Kepala Ruang atau perawat pendamping visit selalu mengingatkan DPJP untuk melengkapi pengkajian awal medis.</li> <li>3. Tingkatkan supervisi, komunikasi dan motivasi oleh Direksi.</li> <li>4. Koordinasi terkait pengusulan dokter jaga ruangan.</li> <li>5. Pemantauan oleh PIC.</li> </ol>

## IAK 2

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

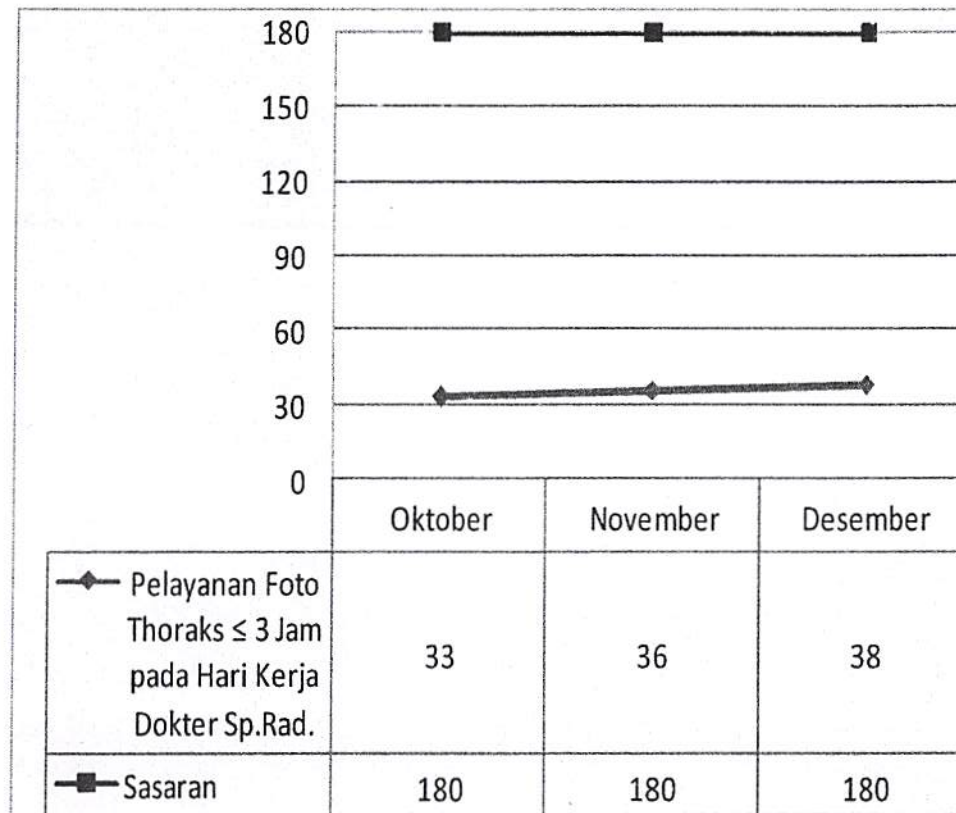


Plan	Mempertahankan pelaporan hasil nilai kritis Laboratorium tetap dibawah 30 menit.
Do	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mempertahankan capaian sudah dilakukan melalui supervisi dan monitoring Kepala Instalasi Laboratorium dan PIC.</li> <li>2. Koordinasi antara PIC Laboratorium dengan Koordinator Mutu Rawat Inap sudah dilakukan.</li> </ol>
Study	Pencapaian selama Tribulan IV sudah mencapai sasaran tetapi harus tetap dipertahankan.
Action	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pertahankan capaian indikator mutu oleh Instalasi Laboratorium dan Instalasi Rawat Inap.</li> <li>2. Supervisi dan monitor pelaksanaan oleh Kepala Instalasi Laboratorium dan PIC.</li> </ol>



### IAK 3

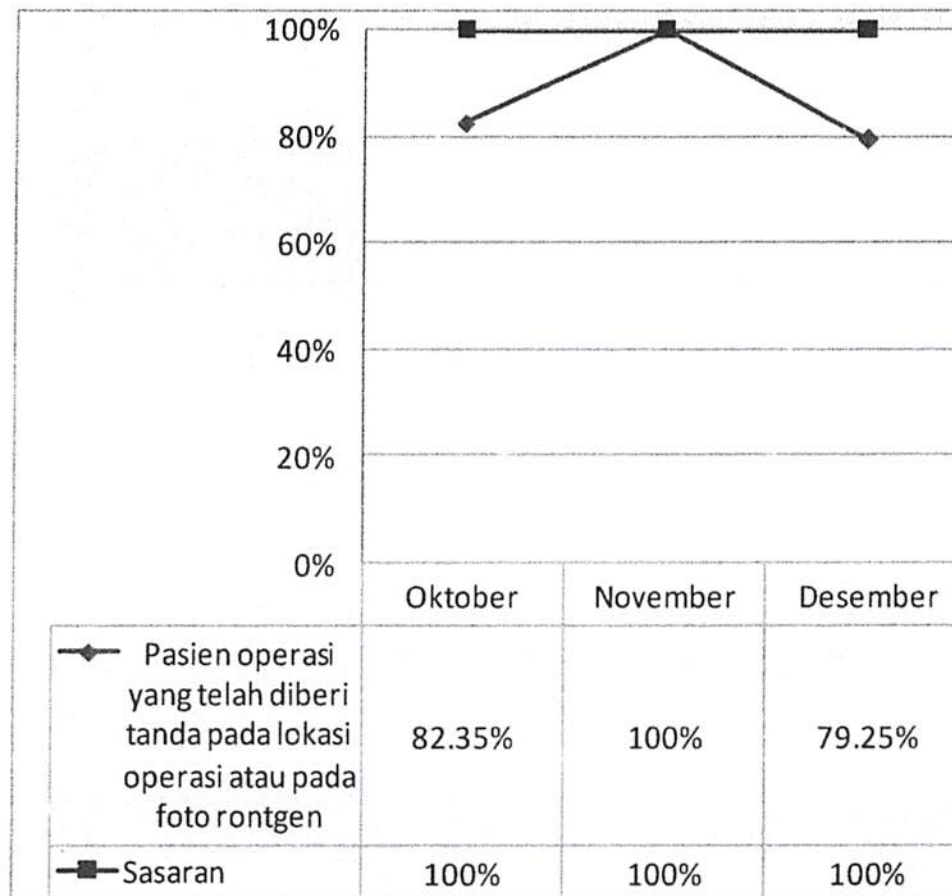
## WAKTU TUNGGU HASIL PELAYANAN FOTO THORAKS TRIBULAN IV TAHUN 2018



Plan	Mempertahankan waktu tunggu hasil pelayanan foto thoraks ≤ 3 jam (180 menit) pada hari kerja Dokter Spesialis Radiologi.
Do	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mempertahankan capaian sudah dilakukan dengan supervisi dan monitoring oleh Kepala Instalasi Radiologi dan PIC.</li> <li>2. Konsultasi ekpertisi via telepon/wa/sms sudah dilakukan untuk kasus tertentu.</li> </ol>
Study	Pencapaian selama Tribulan IV sudah mencapai sasaran tetapi harus tetap dipertahankan.
Action	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pertahankan capaian oleh Instalasi Radiologi.</li> <li>2. Monitor pelaksanaan oleh Kepala Instalasi Radiologi.</li> </ol>

# IAK 4

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

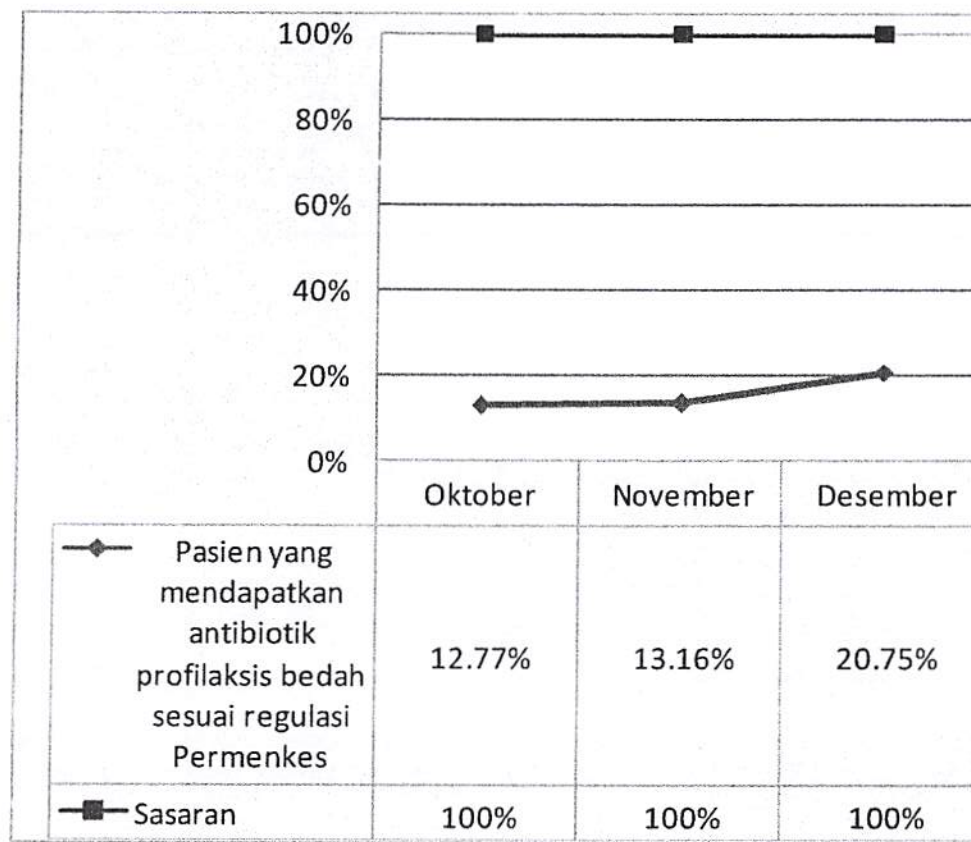


Plan	Meningkatkan kepatuhan penandaan sisi dan lokasi operasi di ruang rawat inap.
Do	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengingatkan operator untuk melakukan <i>site marking</i> oleh perawat pendamping visite sudah dilakukan.</li> <li>2. Supervisi oleh Direksi belum optimal.</li> <li>3. Pemantauan pelaksanaan oleh PIC sudah dilakukan.</li> <li>4. Komunikasi oleh Direksi RS sudah dilakukan, pemberian motivasi belum optimal.</li> </ol>
Study	Pencapaian selama Tribulan IV fluktuatif, tercapai Bulan November. Hal ini karena belum optimalnya supervisi dan koordinasi oleh Direksi dengan operator.
Action	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Koordinasi dan komunikasi personal dengan operator oleh Bidang Pelayanan .</li> <li>2. Selalu ingatkan operator untuk melakukan <i>site marking</i> oleh perawat pendamping visite.</li> <li>3. Tingkatkan supervisi dan motivasi oleh Direksi RS.</li> <li>4. Monitor pelaksanaan oleh Kepala Ruang.</li> </ol>



# IAK 5

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

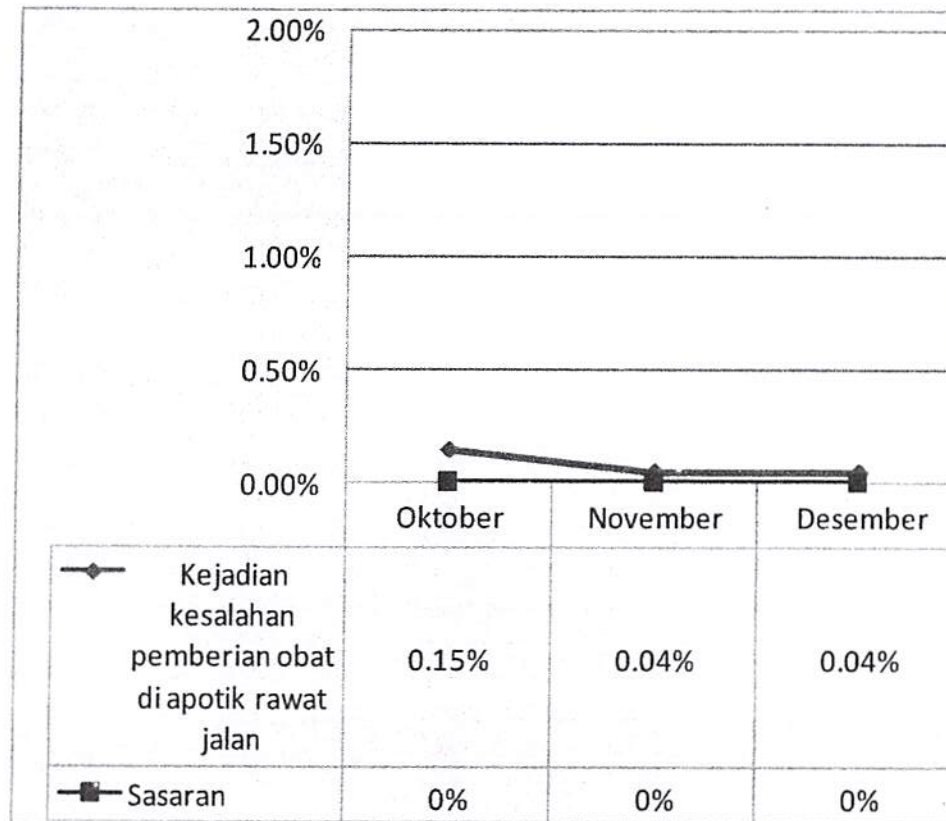


Plan	Meningkatkan ketepatan jenis antibiotik profilaksis bedah sesuai regulasi,
Do	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kebijakan penggunaan antibiotik belum disosialisasikan.</li> <li>2. Koordinasi untuk aktifasi Tim PPRA sudah dilakukan.</li> <li>3. Supervisi, komunikasi dan motivasi operator oleh direksi belum optimal.</li> </ol>
Study	Pencapaian selama Tribulan IV belum mencapai sasaran tapi tren naik. Hal ini karena kebijakan yang berupa pedoman, panduan, SPO dan instrumen yang diperlukan belum disosialisasikan, Tim PPRA belum sepenuhnya aktif, supervisi direksi belum optimal.
Action	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aktivasi Tim PPRA.</li> <li>2. Sosialisasi kebijakan penggunaan antibiotik kepada operator oleh Tim PPRA dan Direksi RS.</li> <li>3. Komunikasi dan motivasi operator secara konsisten oleh Direksi RS.</li> <li>4. Supervisi dan monitoring oleh Tim PPRA.</li> </ol>



## IAK 6

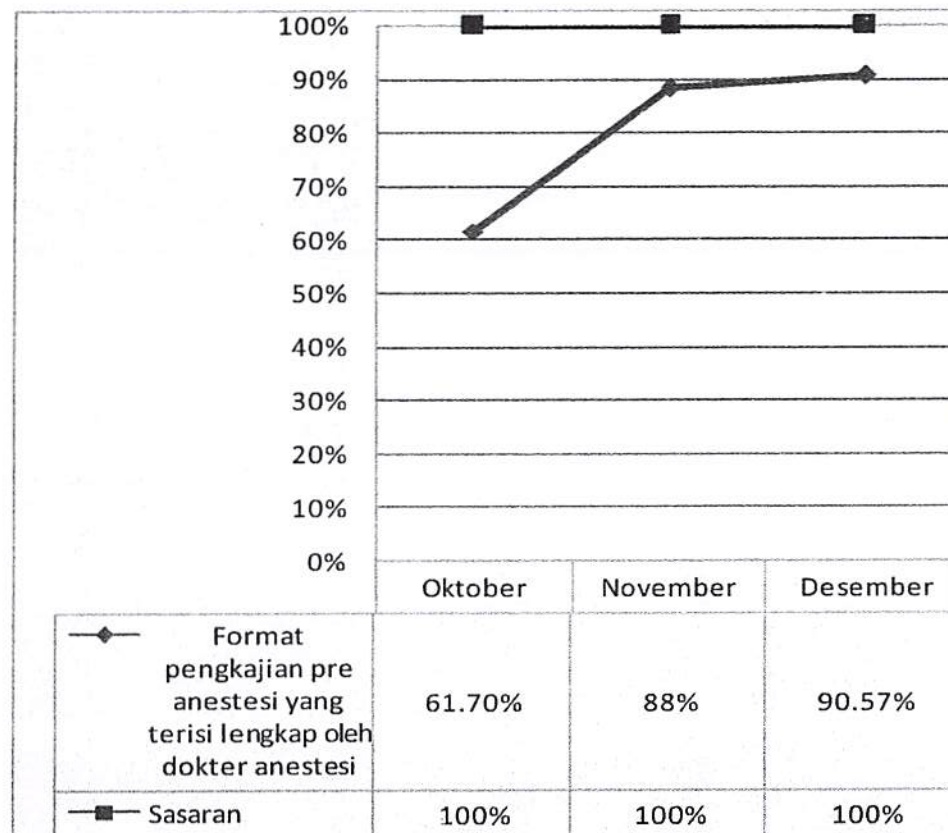
# ANGKA KEJADIAN KESALAHAN PEMBERIAN OBAT DI APOTIK RAWAT JALAN (%) TRIBULAN IV TAHUN 2018



Plan	Menurunkan dan mempertahankan kejadian kesalahan pemberian obat di apotik rawat jalan.
Do	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membagi petugas sesuai urutan pelayanan obat dan risiko kesalahan terjadi (input data ke SIM RS, pengambilan obat, penyerahan obat).</li> <li>2. Mengingatkan petugas agar lebih teliti.</li> <li>3. Penunjukan petugas untuk melakukan supervisi dan monitoring sudah dilakukan.</li> </ol>
Study	Pencapaian selama Tribulan IV tren menurun mendekati sasaran.
Action	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tingkatkan supervisi dan monitoring pelaksanaan oleh Kepala Instalasi Farmasi dan PIC.</li> <li>2. Pelaksanaan dobel cek oleh penanggungjawab apotik rawat jalan.</li> </ol>

## IAK.7

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

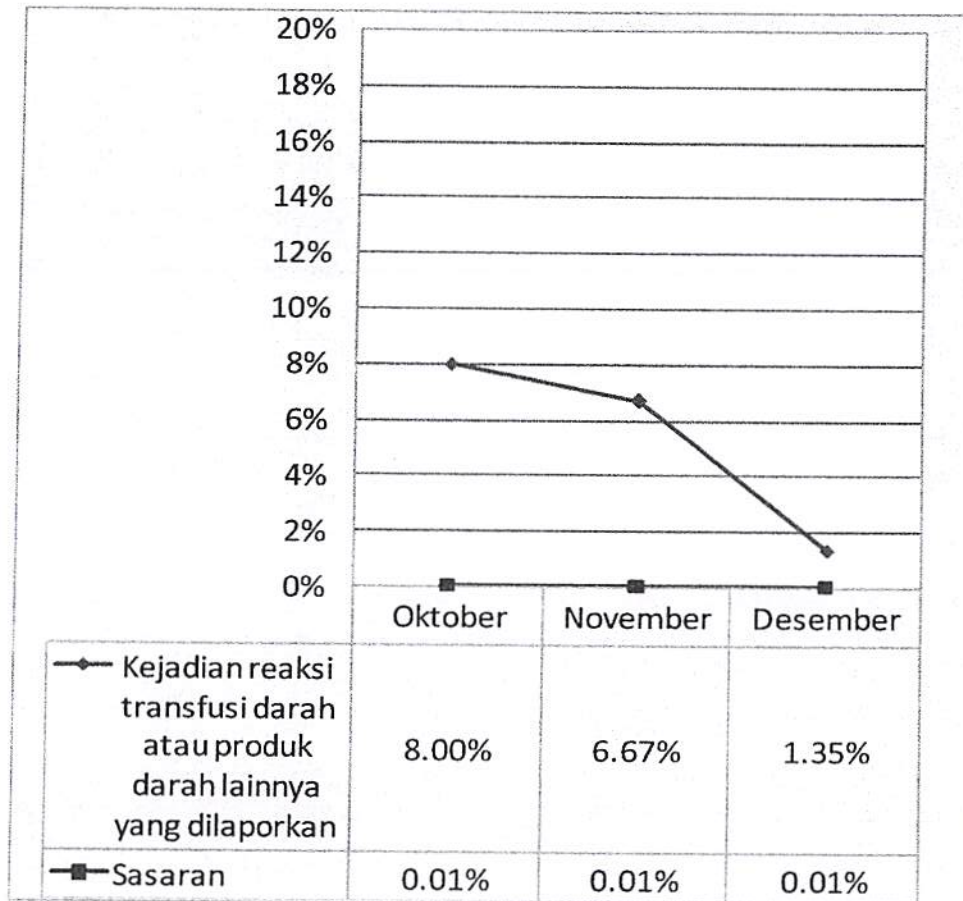


Plan	Meningkatkan pengkajian pre anestesi yang terisi lengkap oleh Dokter Anestesi .
Do	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengingatkan Dokter Anestesi untuk mengisi asesmen secara lengkap oleh perawat pendamping visite.</li> <li>2. Koordinasi dan supervisi oleh Direksi belum optimal.</li> <li>3. Monitoring pelaksanaan sudah dilakukan.</li> </ol>
Study	Pencapaian selama Tribulan IV belum mencapai sasaran tapi naik setiap bulan. Hal ini karena belum optimalnya supervisi yang dilakukan oleh Direksi.
Action	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ingatkan pelaksanaan oleh perawat pendamping visite dan PIC.</li> <li>2. Koordinasi dan komunikasi personal dokter anestesi oleh Direksi RS.</li> <li>3. Peningkatan pelaksanaan supervisi oleh Direksi RS.</li> <li>4. Monitoring pelaksanaan oleh Kepala IBS.</li> </ol>



## IAK 8

### ANGKA KEJADIAN REAKSI TRANSFUSI (%) TRIBULAN IV TAHUN 2018

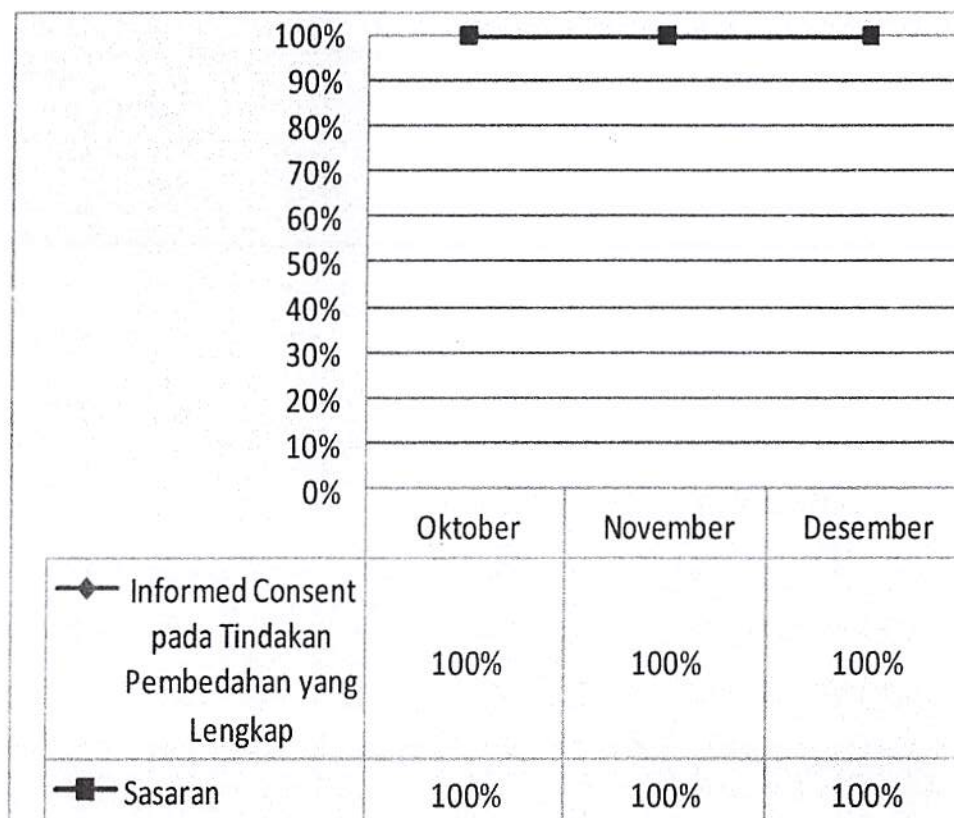


Plan	Menurunkan kejadian reaksi transfusi ≤ 0.01%.
Do	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sosialisasi lembar monitoring transfusi sudah dilakukan.</li> <li>2. Di setiap ruangan ada petugas yang ditunjuk Kepala Ruang untuk mencatat pemberian transfusi.</li> <li>3. Pujian diberikan kepada ruangan yang kejadian reaksi transfusi sesuai standar atau menurun.</li> <li>4. Monitoring pelaksanaan sudah dilakukan.</li> </ol>
Study	Pencapaian selama Tribulan IV belum mencapai sasaran tetapi kejadian menurun. Reaksi transfusi utamanya muncul pada pasien yang mendapat transfusi berulang (pasien thalasemia, anemia, leukemia).
Action	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tingkatkan supervisi pelaksanaan transfusi oleh Kepala Ruang masing-masing.</li> <li>2. Berikan reinforcement positif kepada petugas dan ruangan yang berhasil menurunkan angka reaksi transfusi.</li> <li>3. Supervisi dan monitoring pelaksanaan oleh Kepala Ruang.</li> </ol>



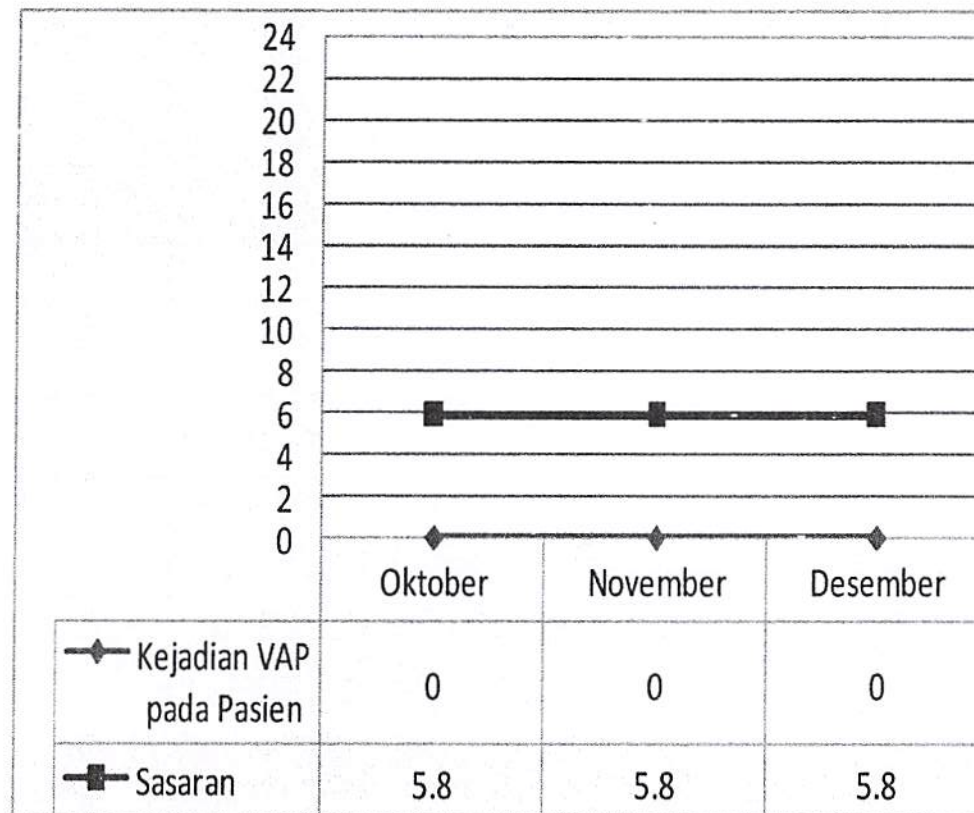
# IAK 9

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



Plan	Mempertahankan kelengkapan pengisian <i>informed consent</i> pada tindakan pembedahan.
Do	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Skrining kelengkapan dokumen saat serah terima dari bangsal ke IBS sudah dilakukan.</li> <li>2. Monitoring pelaksanaan sudah dilakukan.</li> </ol>
Study	Pencapaian selama Tribulan IV sudah mencapai sasaran, tetapi harus tetap dipertahankan.
Action	<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 IV TAHUN 2018



**Plan** Mempertahankan terjadinya VAP dibawah 5.8 ‰.

**Do**

1. Memasukkan VAP ke dalam program kerja ICU sudah dilakukan.
2. Re-edukasi *bundle* VAP sudah dilakukan pada petugas.
3. Audit *bundle* VAP sudah dilakukan.
4. Supervisi dan monitoring oleh Koordinator ICU sudah dilakukan.
5. Rapat rutin ICU membahas VAP dilakukan 2 kali.

**Study** Pencapaian selama Tribulan IV sudah mencapai sasaran, tetapi perlu dipertahankan.

**Action**

1. Audit *bundle* VAP dan VAP oleh IPCN.
2. Monitoring dan evaluasi oleh Kepala ICU.



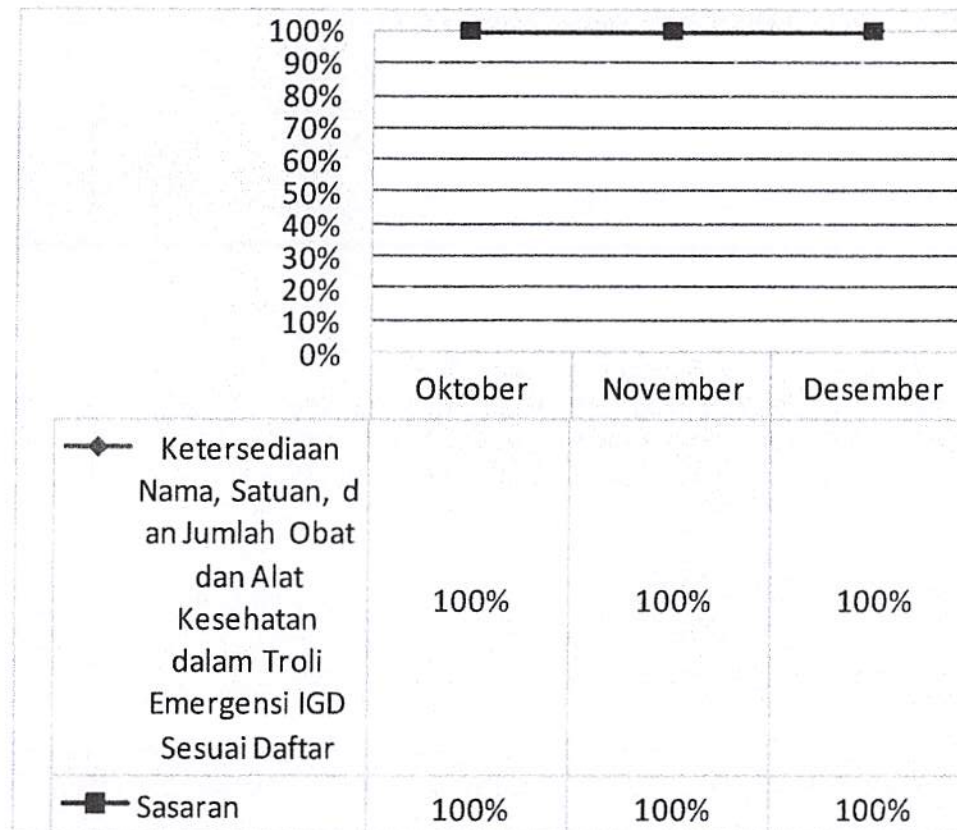
B. INDIKATOR AREA MANAJEMEN (IAM)

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

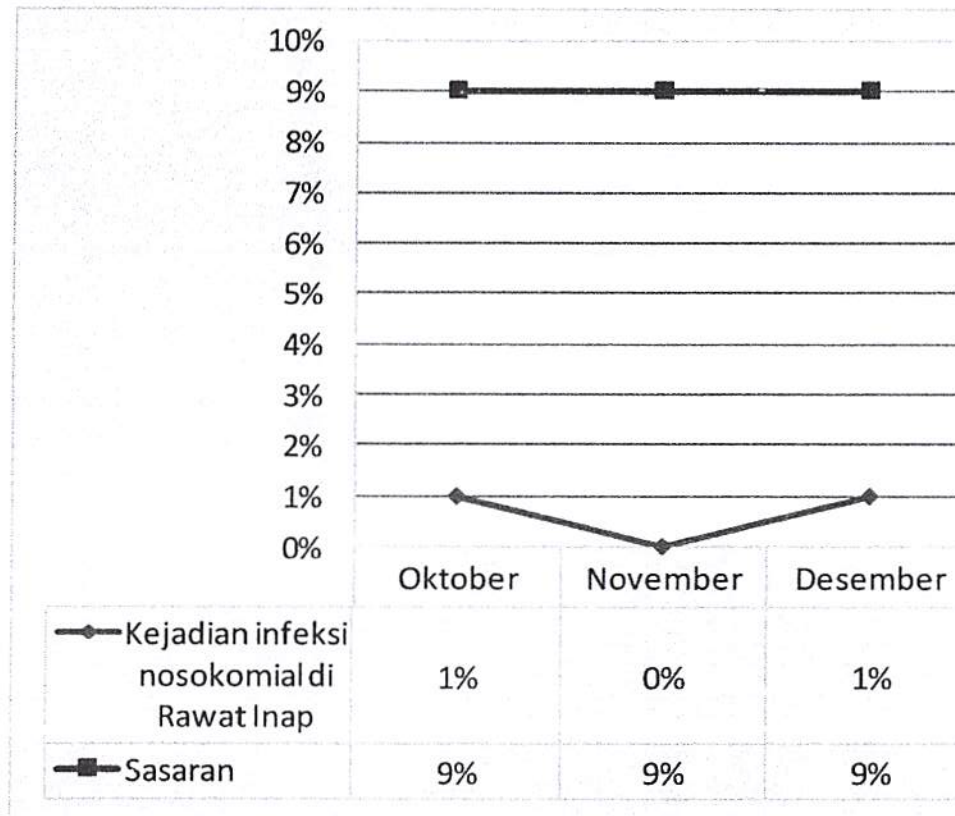
## KETERSEDIAAN OBAT DAN ALAT KESEHATAN EMERGENSI DI IGD (%) TRIBULAN IV TAHUN 2018



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

## IAM 2

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

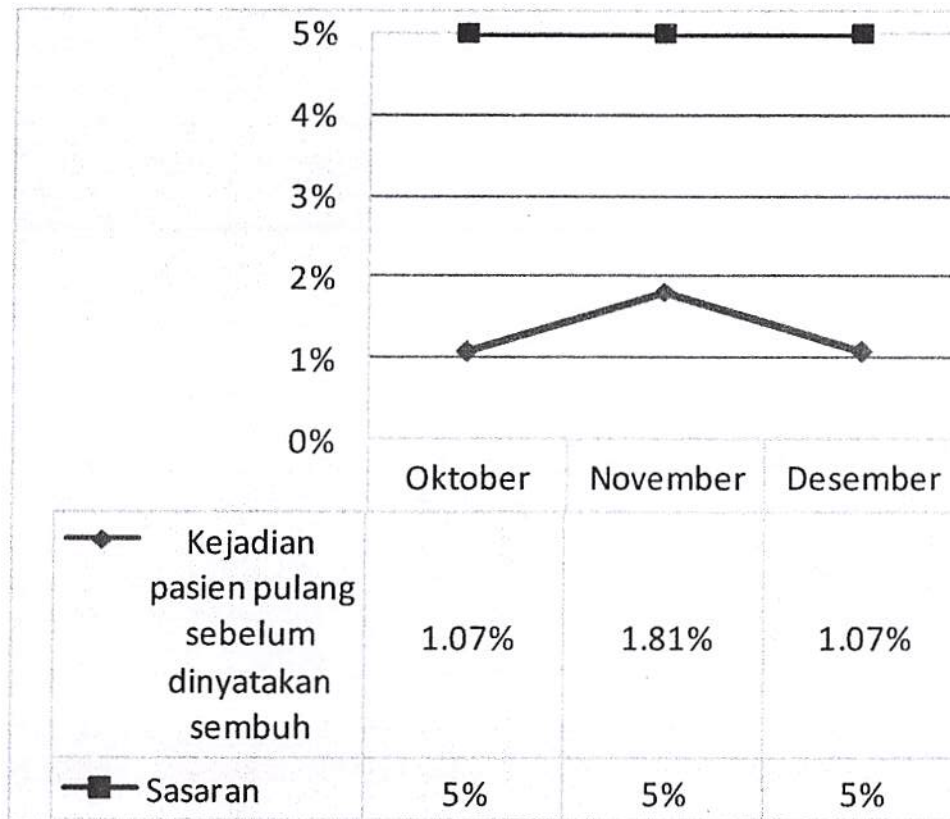


Plan	Mempertahankan kejadian infeksi nosokomial di rawat inap sesuai standar.
Do	<ol style="list-style-type: none"> <li>Supervisi pelaksanaan <i>bundle</i> dan SPO sudah dilakukan.</li> <li>Surveilans data INOS sudah dilakukan.</li> <li>Audit pelaksanaan sudah dilakukan.</li> </ol>
Study	Pencapaian selama Tribulan IV sudah mencapai sasaran, tetapi perlu dipertahankan.
Action	<ol style="list-style-type: none"> <li>Audit dan monitoring oleh IPCN.</li> <li>Pertahankan capaian oleh Komite PPI dan Instalasi Rawat Inap.</li> </ol>



### IAM 3

## KEJADIAN PULANG SEBELUM DINYATAKAN SEMBUH (%) TRIBULAN IV TAHUN 2018

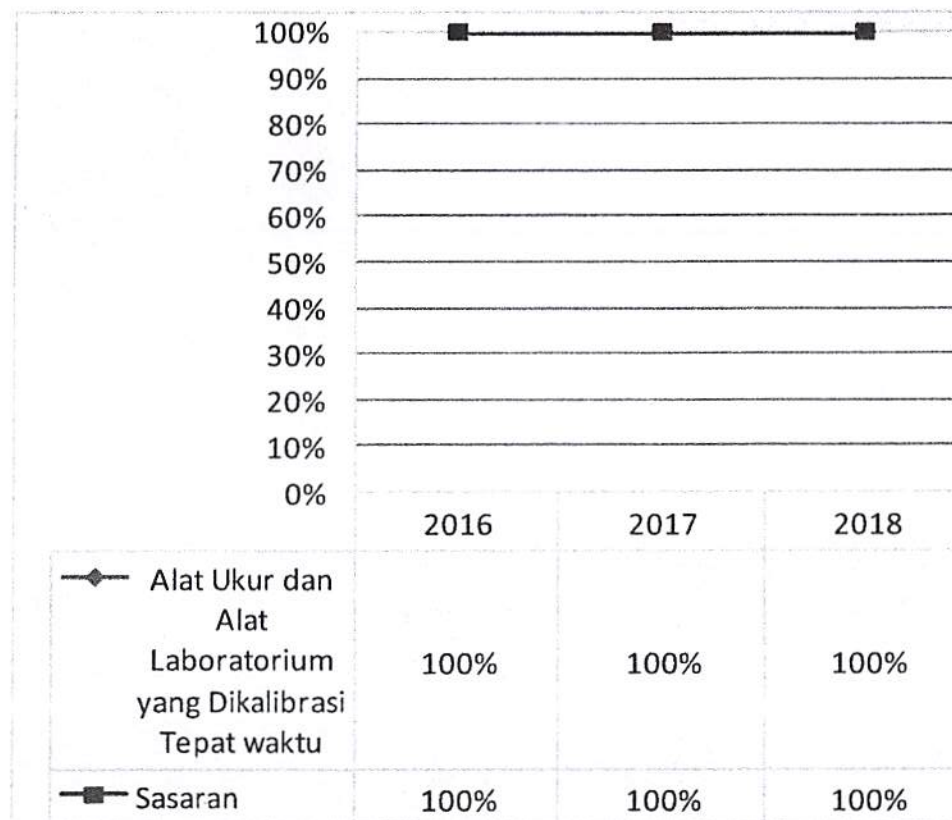


Plan	Mempertahankan kejadian pasien pulang sebelum dinyatakan sembuh $\leq 5\%$ .
Do	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pencatatan dan analisa penyebab pasien pulang sebelum dinyatakan sembuh sudah dilakukan oleh Kepala Ruang.</li> <li>2. Supervisi dan monitoring penanganan keluhan pelanggan oleh unit dan bidang terkait serta Instalasi PKRS dan Humas sudah dilakukan..</li> </ol>
Study	Pencapaian selama Tribulan IV sudah mencapai sasaran, tetapi masih perlu dipertahankan. Alasan pulang merasa sudah sembuh, mau dirawat di rumah, jadwal HD di RS lain dan fasilitas tidak sesuai harapan.
Action	<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

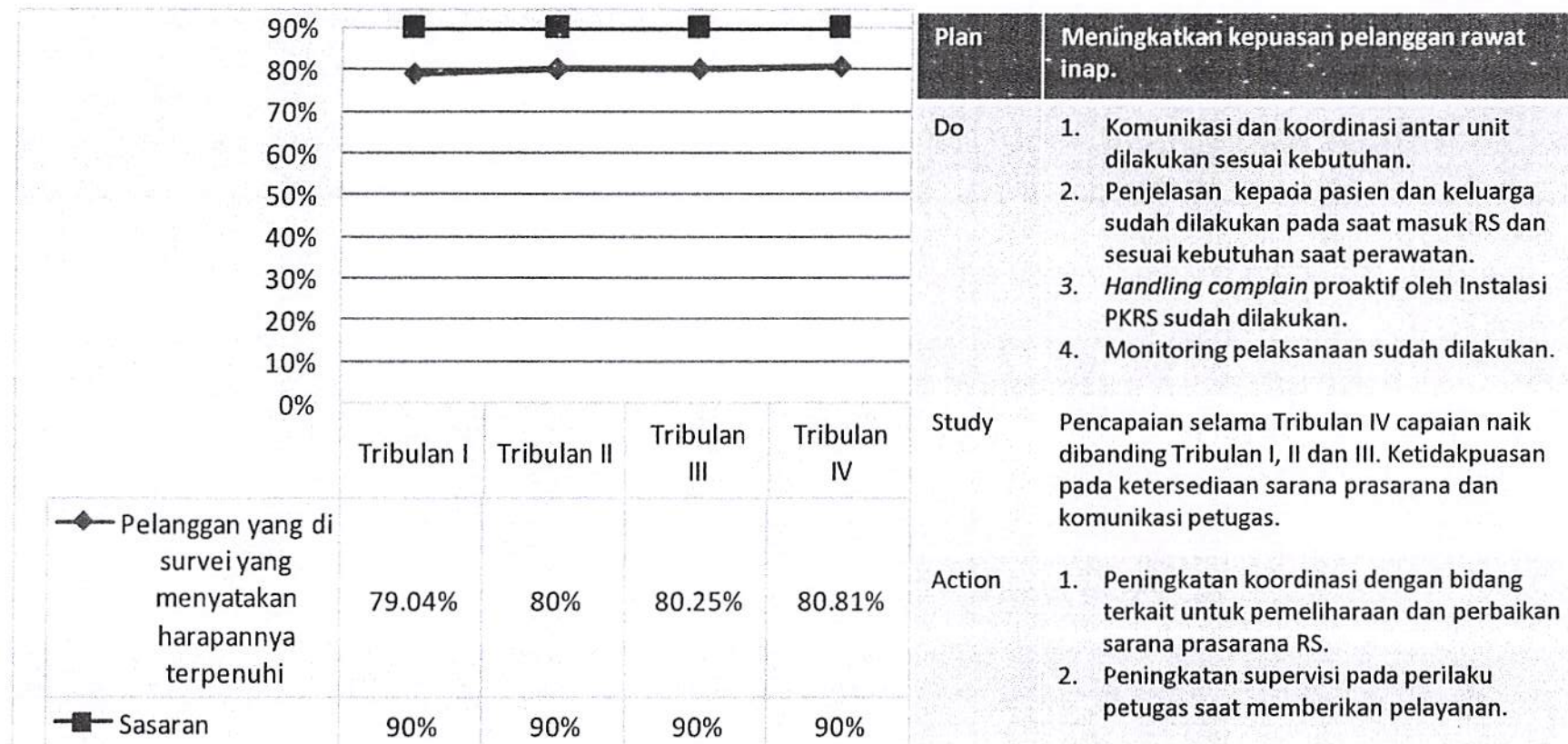
## ALAT UKUR DAN ALAT LABORATORIUM YANG DIKALIBRASI TEPAT WAKTU (%)



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

# IAM 5

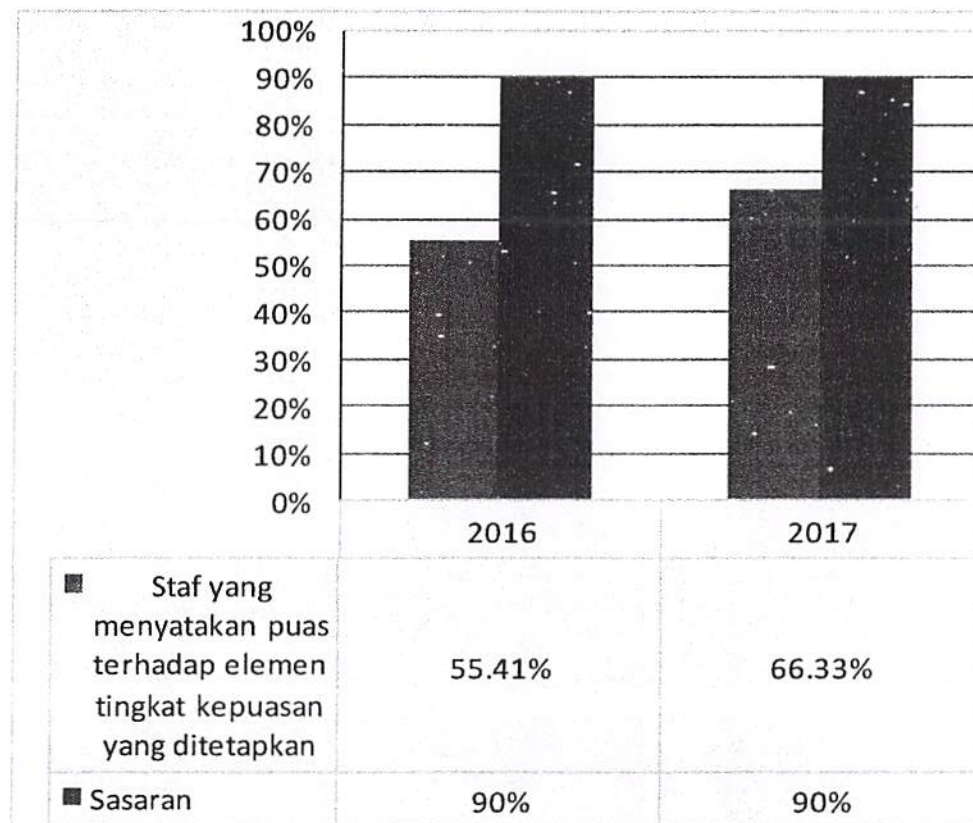
## KEPUASAN PELANGGAN RAWAT INAP (%) TRIBULAN IV TAHUN 2018





## IAM 6

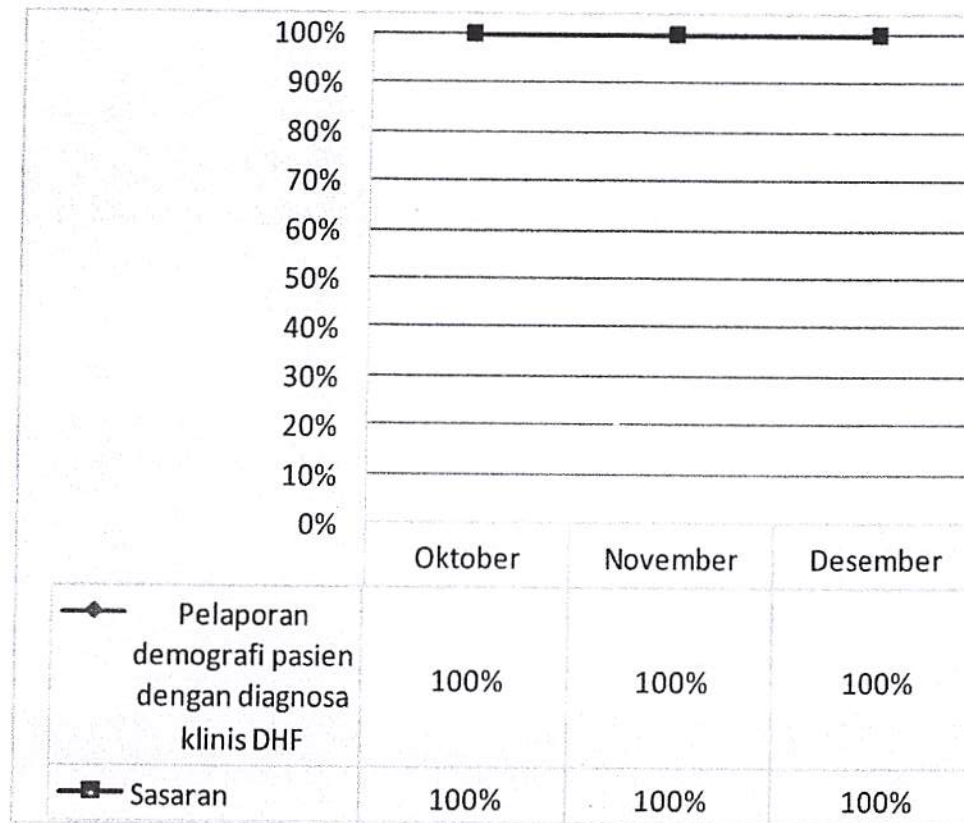
## TINGKAT KEPUASAN STAF (%)



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> </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. Rapat Koordinasi berjenjang dan terjadwal setiap 2 bulan untuk unit kerja, 3 bulan untuk instalasi dan bidang.</li> <li>2. Supervisi direksi RS terkait pembagian jasa pelayanan sesuai kesepakatan waktu.</li> </ol>

## IAM 7

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

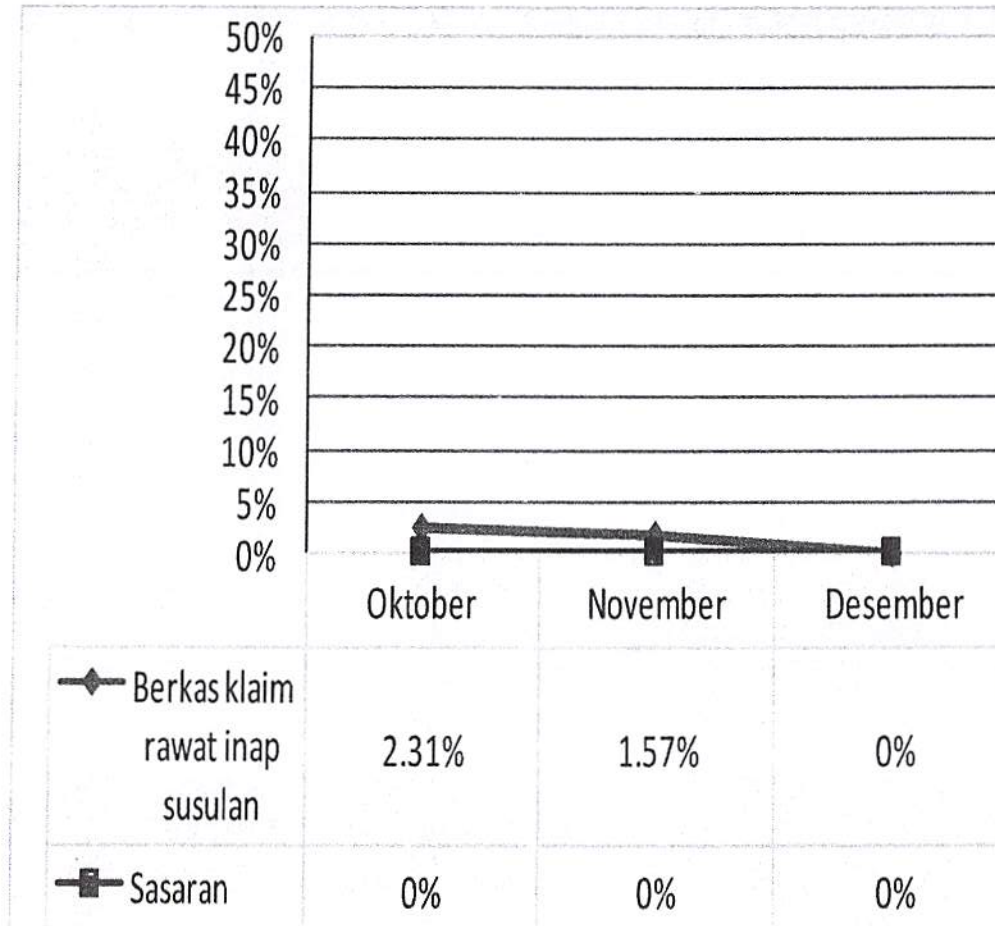


Plan	Mempertahankan pelaporan demografi pasien dengan diagnosa klinis DHF.
Do	<ol style="list-style-type: none"> <li>Format laporan DHF selalu tersedia.</li> <li>Mengingatkan perawat ruangan untuk mengisi format laporan DHF jika ada pasien dengan DHF sudah dilakukan oleh Kepala Ruang.</li> <li>Monitoring pelaksanaan sudah dilakukan.</li> </ol>
Study	Pencapaian Tribulan IV mencapai sasaran, tetapi perlu dipertahankan.
Action	<ol style="list-style-type: none"> <li>Supervisi/ mengingatkan pelaksanaan oleh Kepala Ruang dan Petugas RM.</li> <li>Pertahankan capaian oleh Kepala Instalasi Rekam Medik.</li> </ol>



# IAM 8

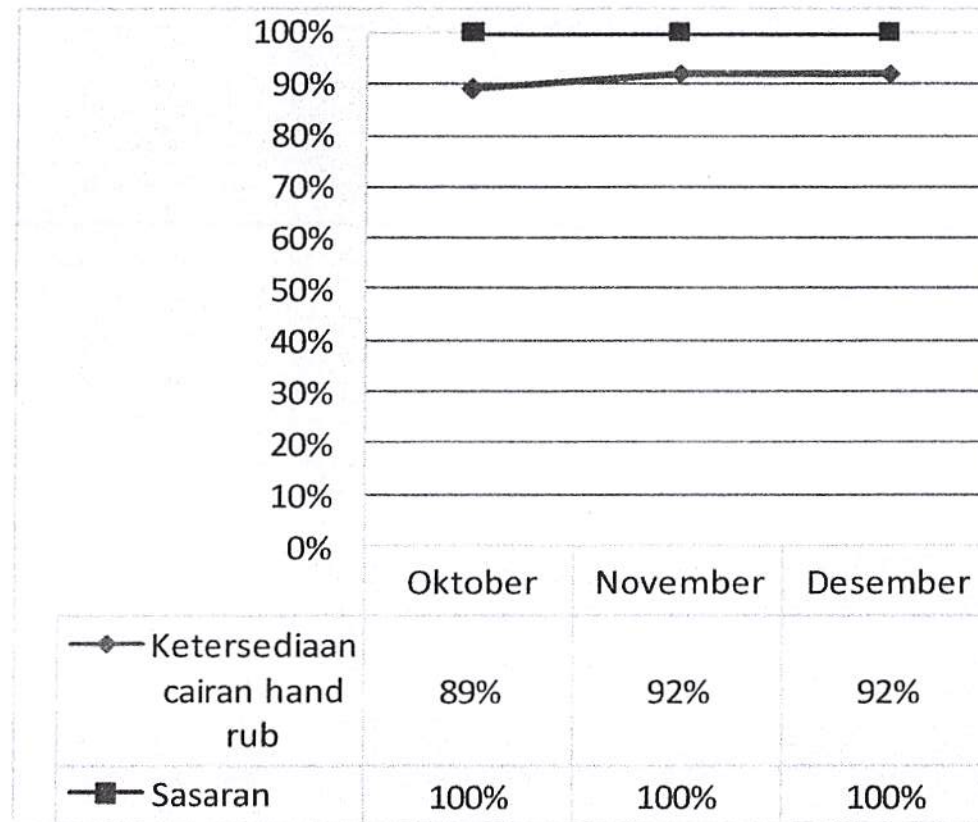
## ANGKA BERKAS KLAIM BPJS RAWAT INAP SUSULAN (%) TRIBULAN IV TAHUN 2018



Plan	Menurunkan dan mempertahankan angka berkas klaim BPJS rawat inap susulan 0%
Do	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Koordinasi antar bidang sudah dilakukan baik insidentil maupun terjadwal.</li> <li>2. Supervisi oleh direktur terkait klaim sudah dilakukan berkala.</li> <li>3. Perbaikan dan pelengkapan berkas rekam medik, penyesuaian SIM RS dan perbaikan alur verifikasi internal.</li> </ol>
Study	Pencapaian Tribulan IV tren menurun dan tercapai pada Bulan Desember. Hal ini menunjukkan efektifitas tindakan yang telah dilakukan.
Action	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pertahankan capaian oleh Kepala Bidang Keuangan.</li> <li>2. Tetap dilakukan penguatan supervisi oleh direksi.</li> <li>3. Monitoring oleh Kepala Bidang Keuangan.</li> </ol>

# IAM 9

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



Plan	Memastikan ketersediaan cairan <i>handrub</i> 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	Pencapaian Tribulan IV belum mencapai sasaran dengan capaian tertinggi 92%. Hal ini karena belum optimalnya supervisi oleh Kepala Unit kepada petugas <i>cleaning service</i> yang bertanggungjawab mengisi cairan <i>handrub</i> .
Action	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tingkatkan supervisi oleh Kepala Unit.</li> <li>2. Koordinasi dengan supervisor penyedia jasa <i>cleaning service</i>.</li> <li>3. Monitoring/audit berkala oleh IPCN.</li> </ol>



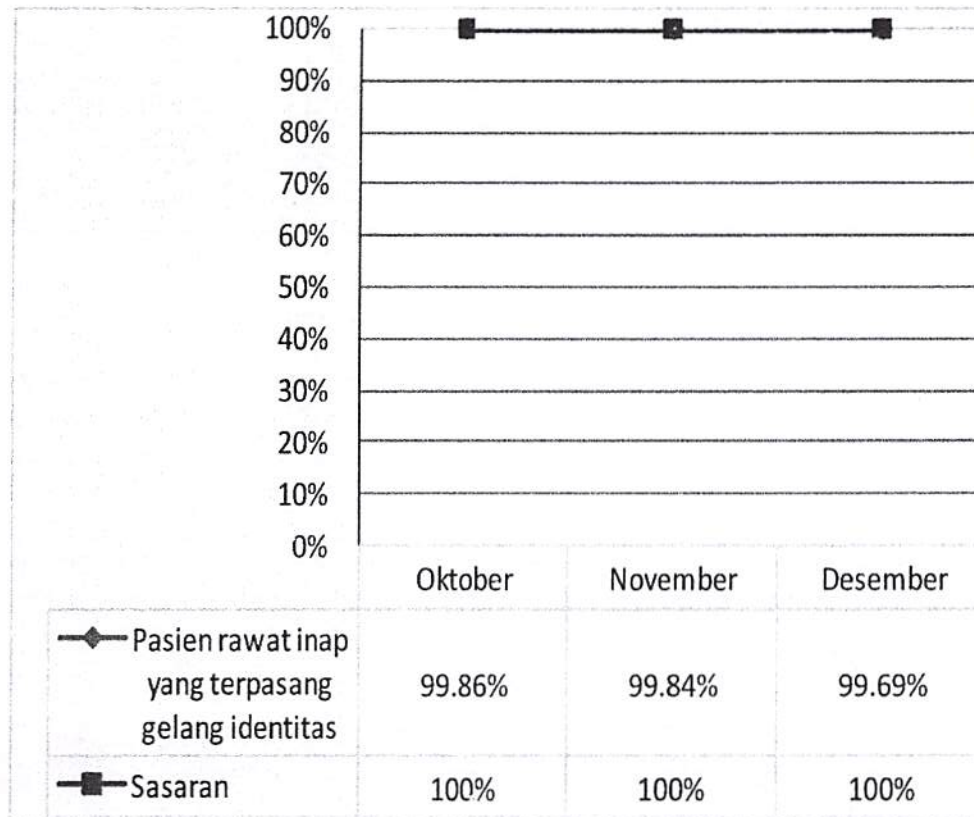
# RSUD MUNTILAN

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 <i>HIGH ALERT</i> DI RUANG RAWAT INAP.	100 %
4	KEPASTIAN TEPAT LOKASI, TEPAT PROSEDUR, TEPAT PASIEN OPERASI.	ANGKA KEPATUHAN PENGISIAN <i>CHECK LIST</i> KESELAMATAN BEDAH YANG LENGKAP DI IBS.	100 %
5	PENGURANGAN RISIKO INFEKSI TERKAIT PELAYANAN KESEHATAN.	ANGKA KEPATUHAN DOKTER DALAM MELAKUKAN <i>HAND HYGIENE</i> .	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 IV TAHUN 2018

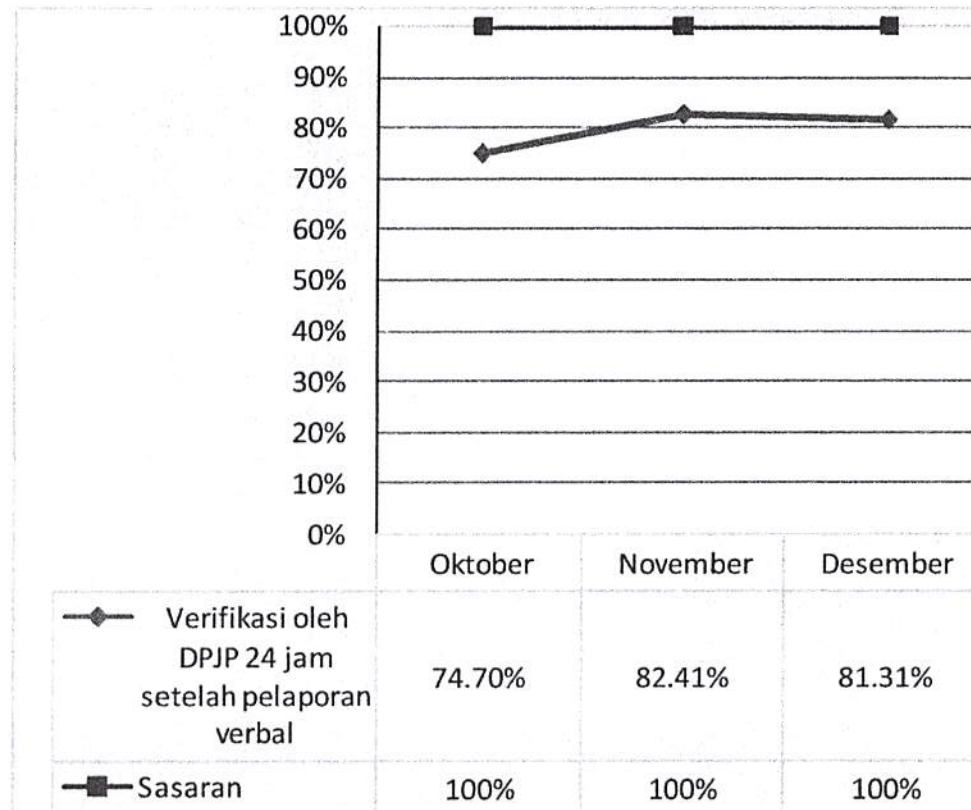


Plan	Meningkatkan kepatuhan pemasangan gelang identitas pasien rawat inap.
Do	Supervisi dan monitoring pelaksanaan oleh admisi dan ruangan sudah dilakukan.
Study	Pencapaian Tribulan IV mendekati sasaran antara 99.69%-99.86%. Hal ini karena masih adanya pasien yang belum terpasang gelang terutama pada pasien pre operasi elektif yang masuk pada sore hari h-1 operasi.
Action	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tingkatkan 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 (%) TRIBULAN IV TAHUN 2018

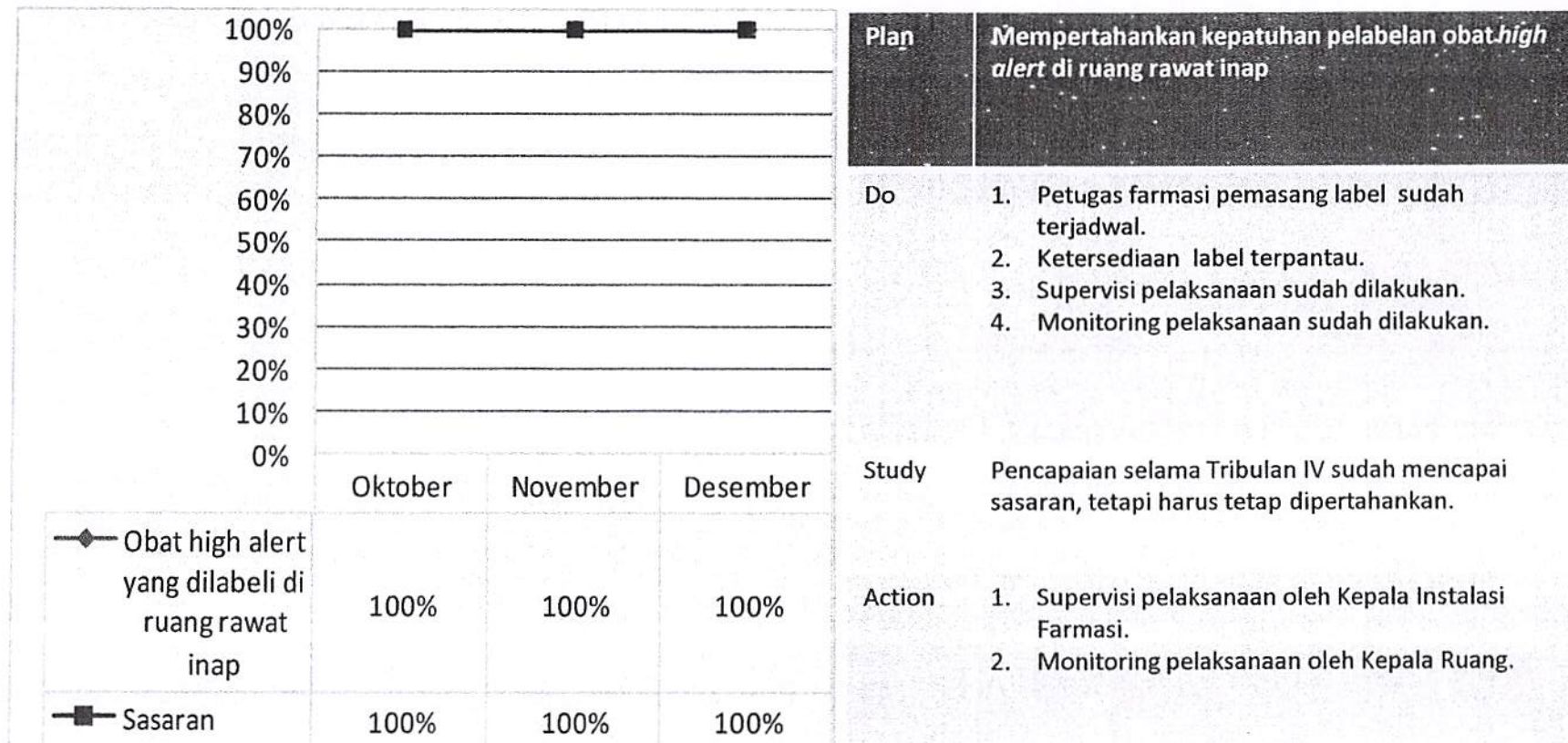


Plan	Meningkatkan verifikasi laporan verbal oleh DPJP di ruang rawat inap.
Do	<ol style="list-style-type: none"> <li>Supervisi/mengingatkan DPJP sudah dilakukan oleh perawat pendamping visite.</li> <li>Monitoring pelaksanaan sudah dilakukan.</li> </ol>
Study	Pencapaian Tribulan IV belum mencapai sasaran.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

### ISKP 3

## ANGKA KEPATUHAN PELABELAN OBAT *HIGH ALERT* DI RUANG RAWAT INAP (%)

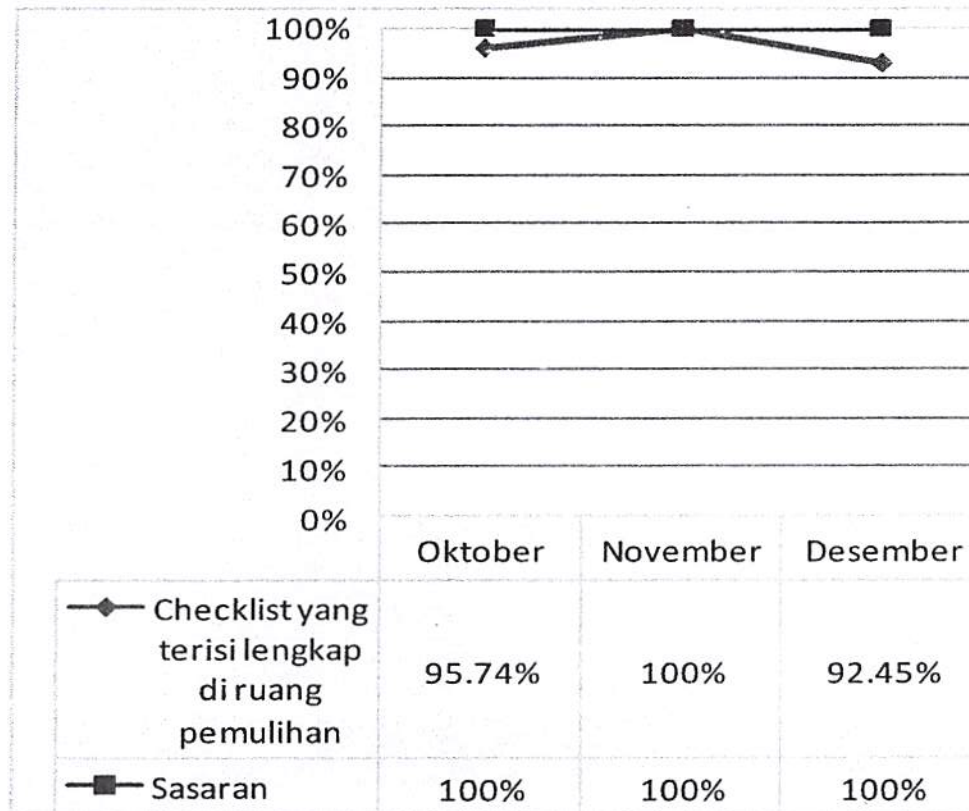
### TRIBULAN IV TAHUN 2018





# ISKP 4

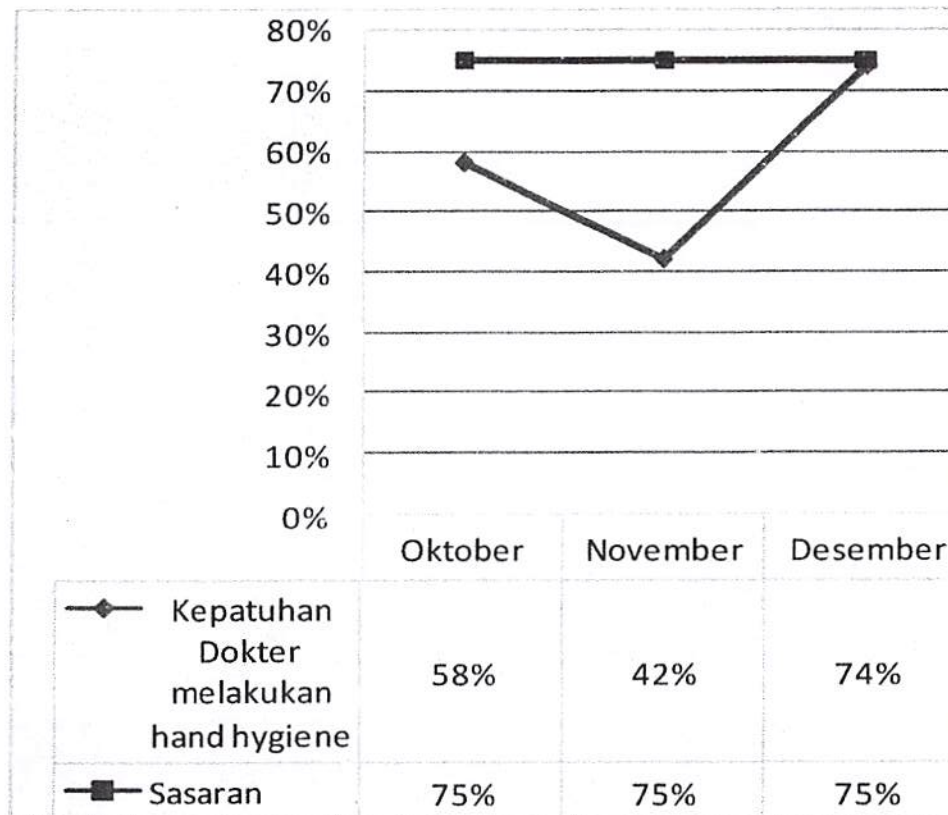
## ANGKA KEPATUHAN PENGISIAN *CHECK LIST* KESELAMATAN BEDAH YANG LENGKAP DI IBS (%) TRIBULAN IV TAHUN 2018



Plan	Meningkatkan kepatuhan pengisian <i>checklist</i> keselamatan bedah yang lengkap di IBS
Do	<ol style="list-style-type: none"> <li>Supervisi/mengingatkan pengisian sudah dilakukan oleh PIC.</li> <li>Monitoring pelaksanaan sudah dilakukan.</li> </ol>
Study	Pencapaian selama Tribulan IV mencapai sasaran di Bulan November, bulan berikutnya menurun. Hal ini karena belum konsistennya pengisian SSC oleh petugas.
Action	<ol style="list-style-type: none"> <li>Tingkatkan supervisi/ingatkan pelaksanaan oleh Kepala IBS.</li> <li>Monitoring Supervisi pelaksanaan oleh Kepala IBS.</li> </ol>

# ISKP 5

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

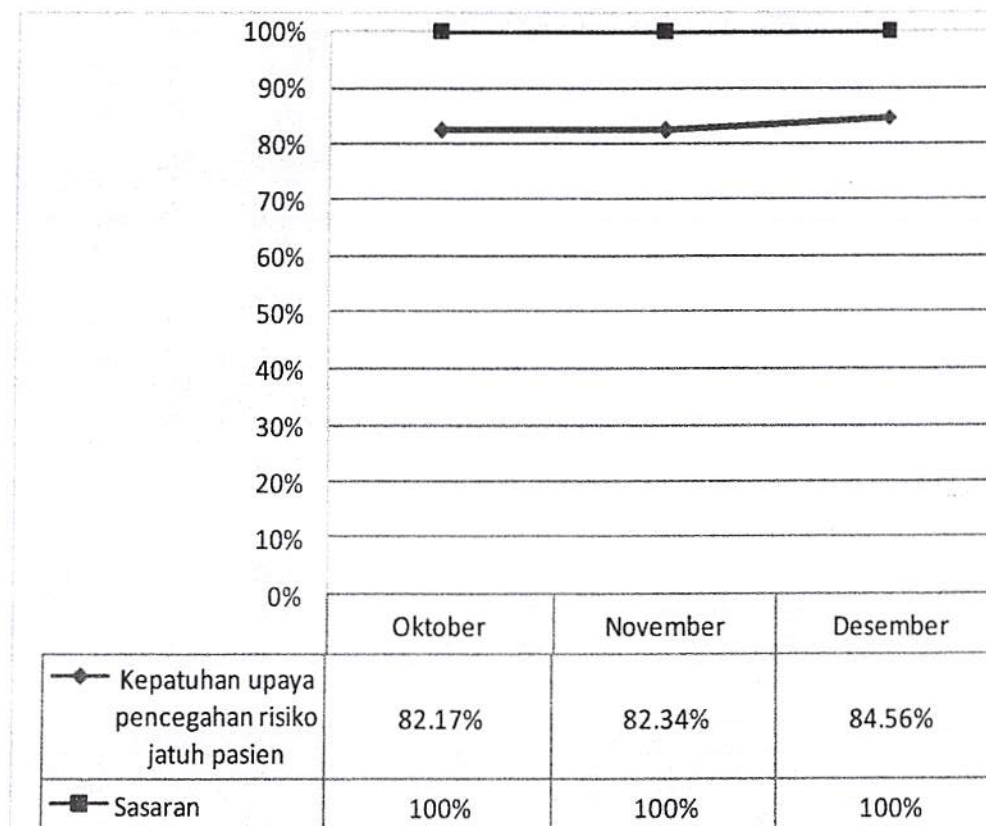


Plan	Meningkatkan kepatuhan dokter dalam melakukan <i>hand hygiene</i> .
Do	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menempatkan cairan <i>hand rub</i> di troli visite dokter dan bed pasien sudah dilakukan di beberapa unit pelayanan.</li> <li>2. Mengingatkan pelaksanaan <i>hand hygiene</i> oleh perawat pendamping visite sudah dilakukan.</li> <li>3. Monitoring/audit pelaksanaan sudah dilakukan.</li> </ol>
Study	Pencapaian selama Tribulan IV belum mencapai sasaran masih fluktuatif. Tertinggi di Bulan Desember sebesar 74%.
Action	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Supervisi/ingatkan pelaksanaan <i>hand hygiene</i> oleh perawat pendamping visite.</li> <li>2. Penempatan cairan <i>hand rub</i> di troli visite dokter dan bed pasien di semua unit pelayanan.</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 IV TAHUN 2018



Plan	Meningkatkan kepatuhan upaya pencegahan risiko jatuh pasien di ruang rawat inap.
Do	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Koordinasi dan edukasi ulang pada unit dan staf sudah dilakukan.</li> <li>2. Supervisi oleh Kepala Unit dan PIC sudah dilakukan.</li> <li>3. Monitoring pelaksanaan sudah dilakukan.</li> </ol>
Study	Pencapaian selama Tribulan IV belum mencapai sasaran. Hal ini karena belum konsistennya pelaksanaan upaya pemcegahan risiko jatuh.
Action	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tingkatkan supervisi oleh Kepala Ruang/Unit dan PIC Mutu.</li> <li>2. Monitoring pelaksanaan oleh Komite PMKP.</li> </ol>

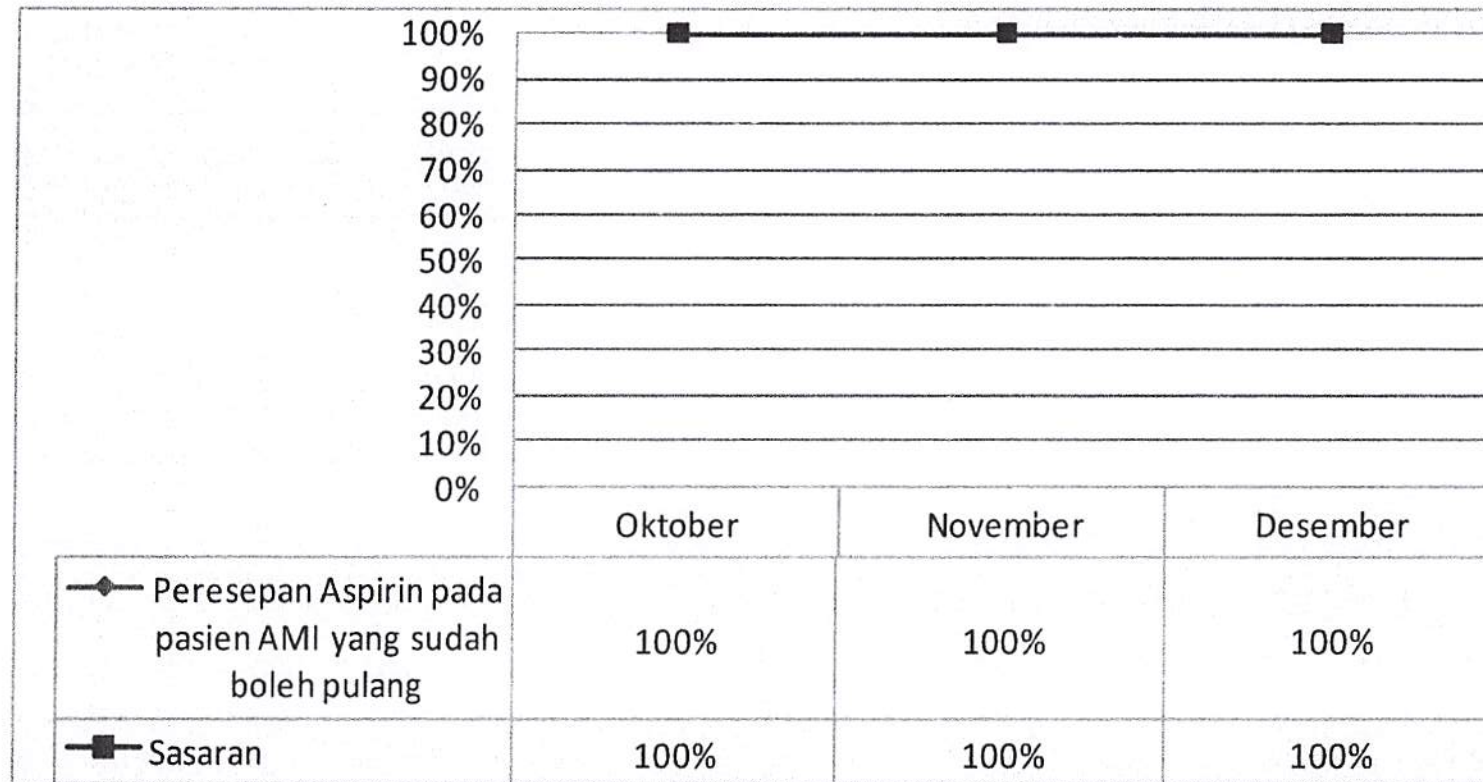
D. INDIKATOR INTERNATIONAL LIBRARY OF MEASURES (IILM)

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 %



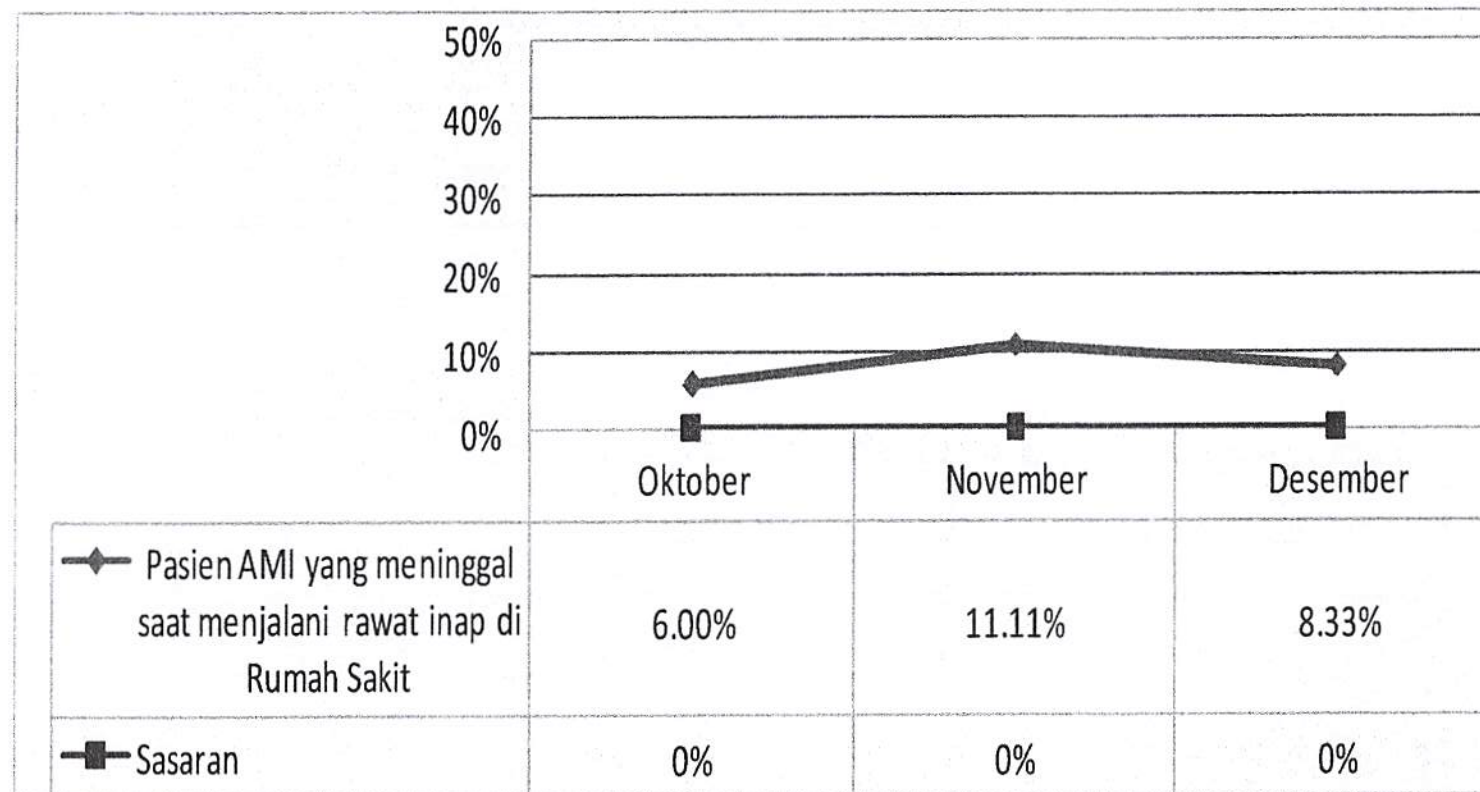
# ILM 1

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



## ILM 2

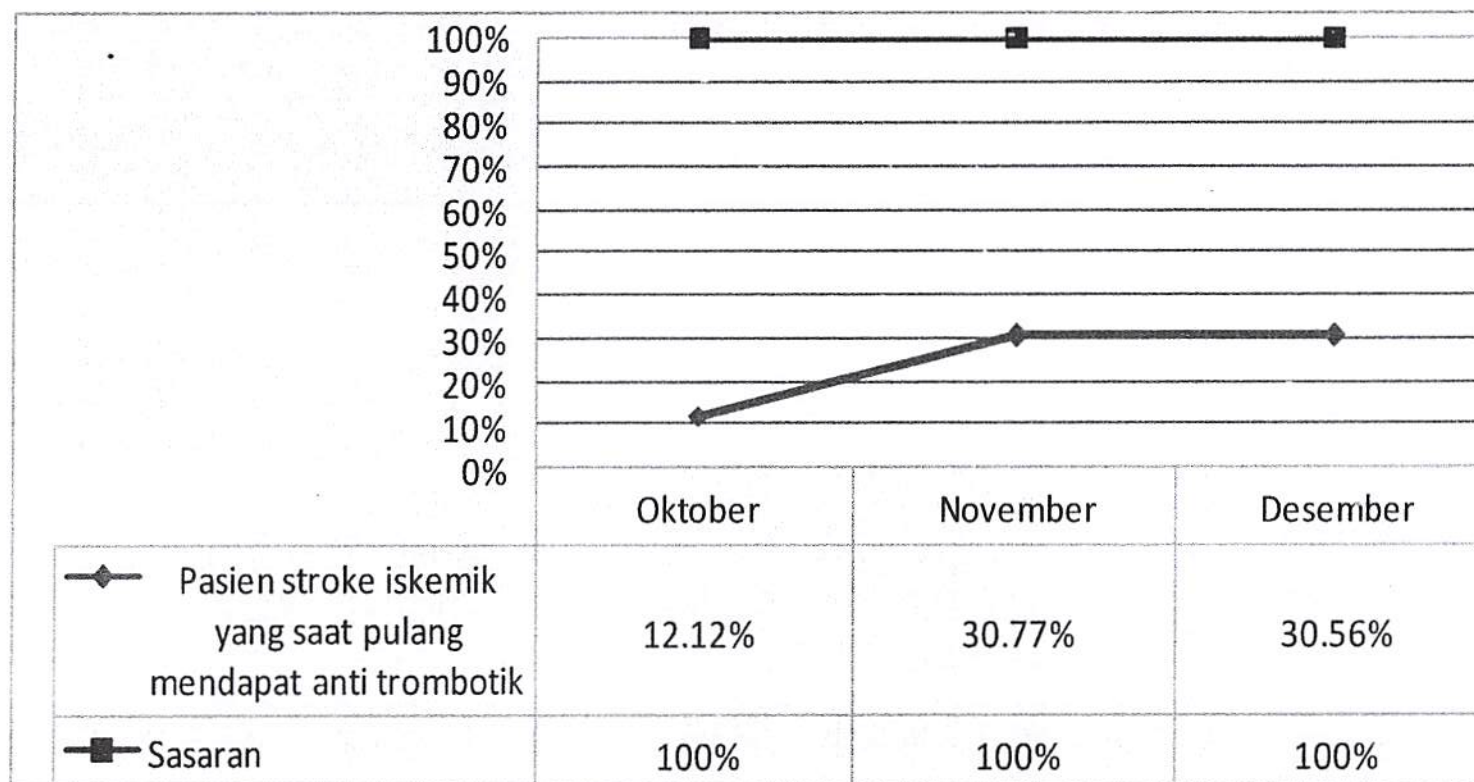
### PASIEN AMI YANG MENINGGAL SAAT MENJALANI RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT (%) TRIBULAN IV TAHUN 2018



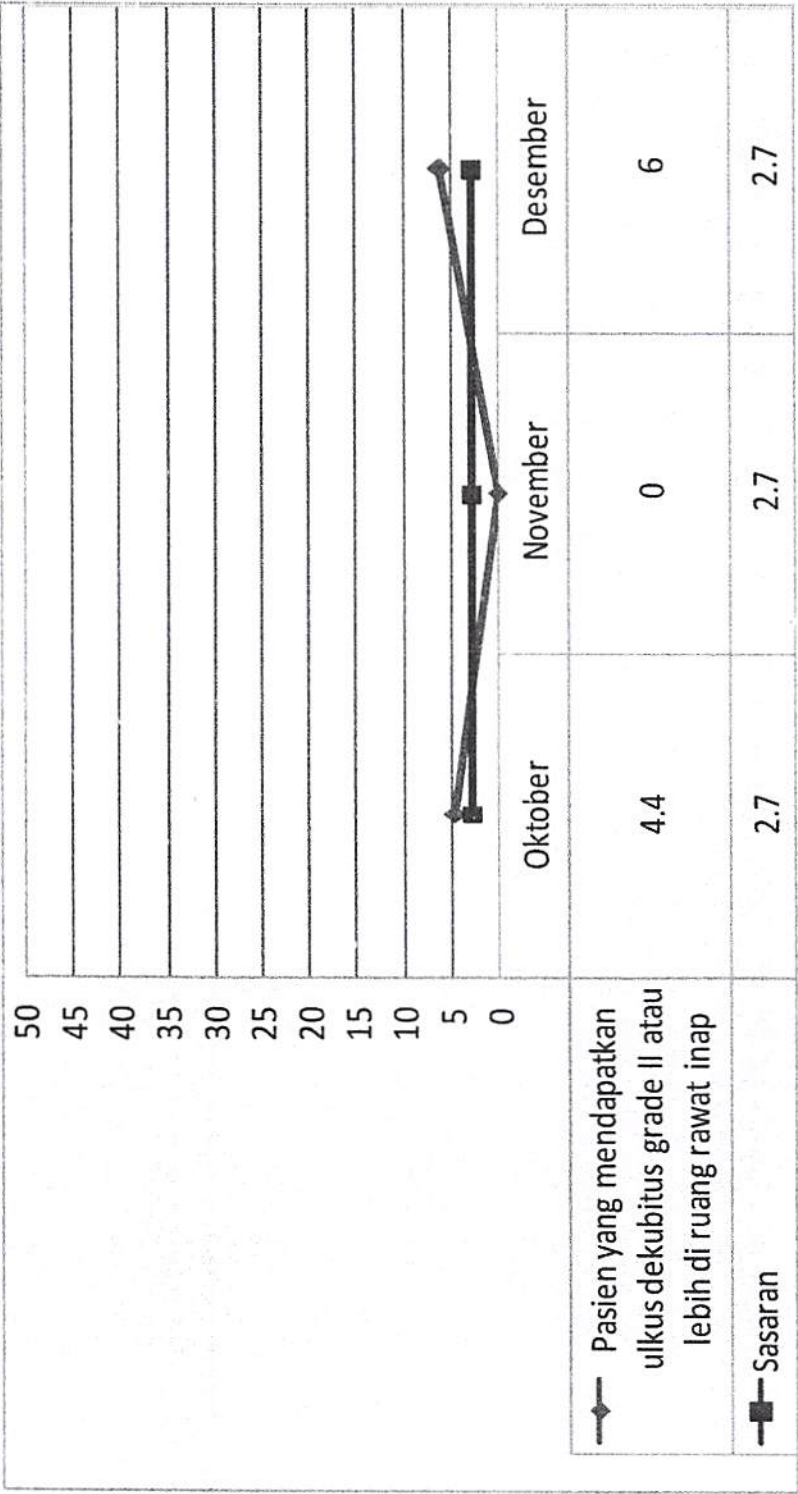


### ILM 3

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

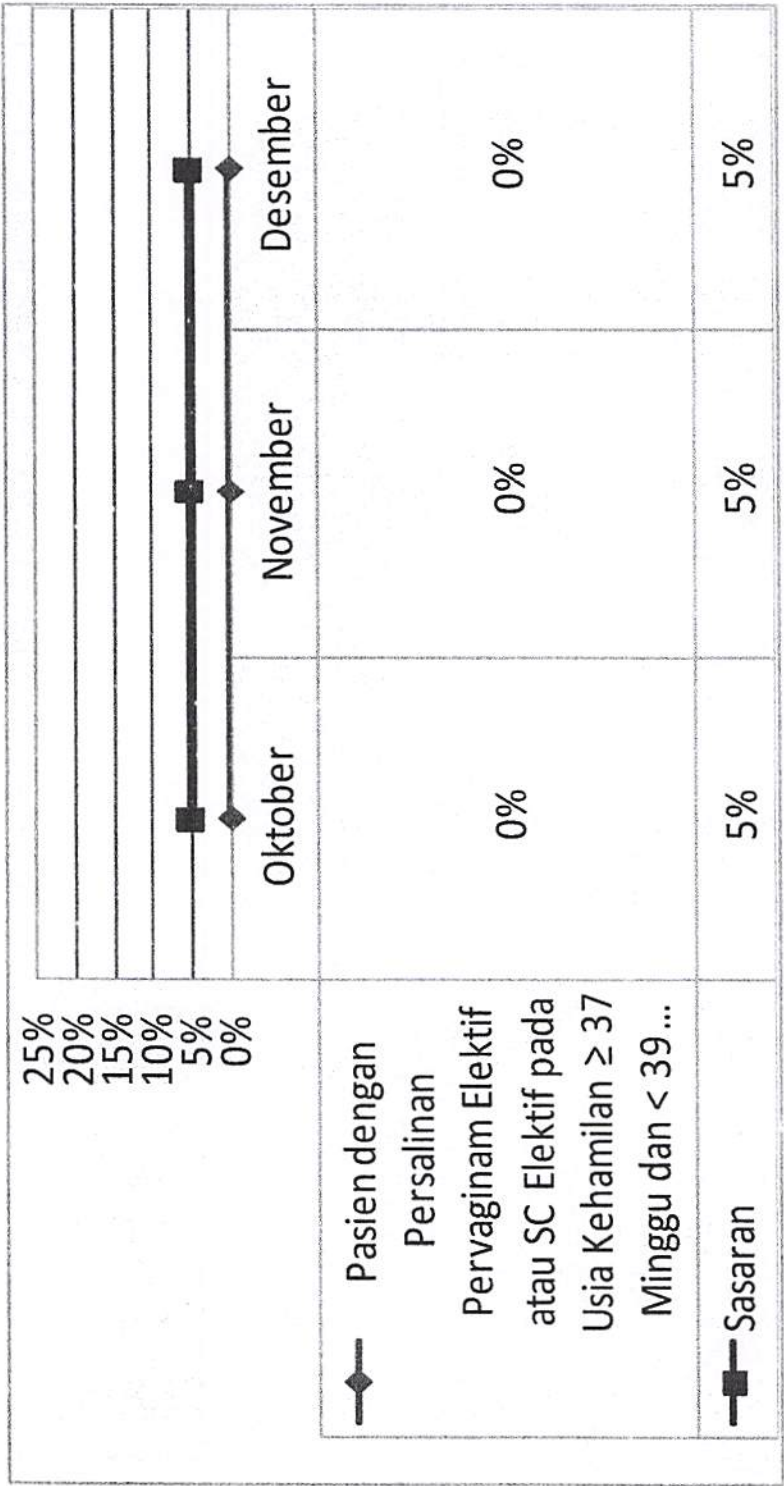


KEJADIAN ULKUS DEKUBITUS GRADE III ATAU LEBIH YANG DIDAPATKAN  
DI RUMAH SAKIT DI RUANG RAWAT INAP (‰)  
TRIBULAN IV TAHUN 2018

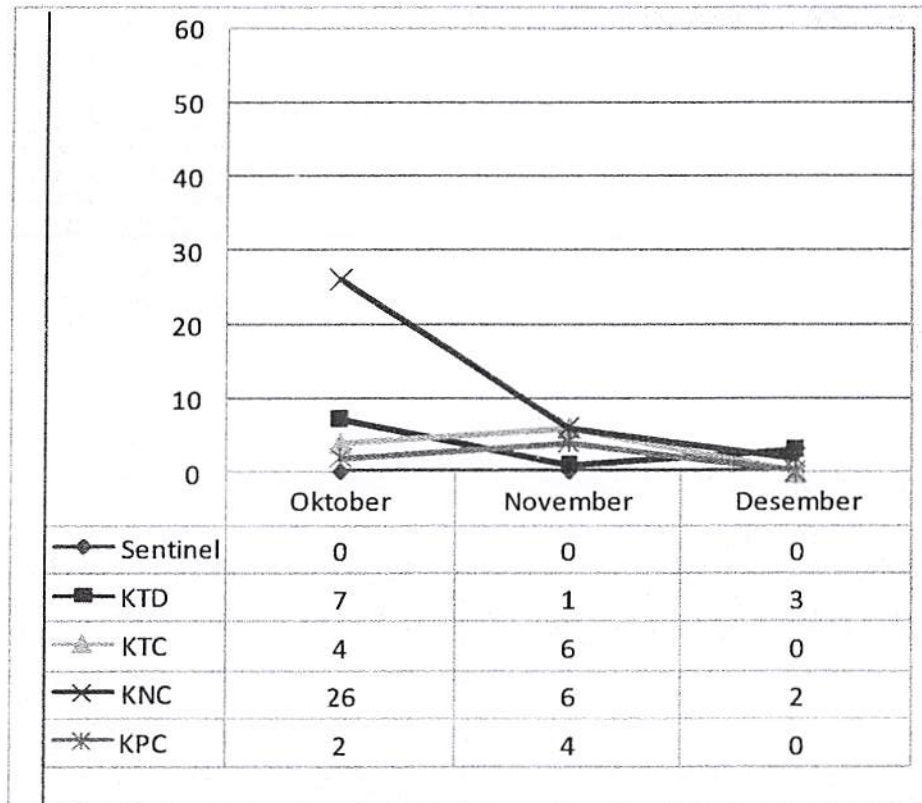




PASIEN DENGAN PERSALINAN PERVAGINAM ELEKTIF ATAU SECTIO  
 CESARIA ELEKTIF PADA USIA KEHAMILAN  $\geq 37$  MINGGU DAN  $< 39$   
 MINGGU (%)  
 TRIBULAN IV TAHUN 2018



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



Plan	Menurunkan dan mempertahankan insiden keselamatan pasien.
Do	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penanganan insiden sudah dilakukan.</li> <li>2. Investigasi sederhana oleh Kepala unit dan RCA oleh Tim RCA sudah dilakukan.</li> <li>3. Tindak lanjut hasil investigasi sederhana dan RCA sebagian sudah dilakukan.</li> <li>4. Supervisi pelaksanaan sudah dilakukan.</li> <li>5. Monitoring pelaksanaan sudah dilakukan.</li> </ol>
Study	Selama Tribulan IV tidak ada kejadian sentinel, KTD terkait jatuh dan reaksi transfusi dan KNC terkait pemberian obat.
Action	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tangani insiden sesuai jenisnya.</li> <li>2. Tingkatkan monitor pelaksanaan rencana tindak lanjut hasil investigasi sederhana dan RCA</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 pengkajian awal medis rawat inap dalam waktu 24 jam.	100 %.	97.18% Bulan Desember.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Koordinasi dan komunikasi personal dengan DPJP oleh Bidang Pelayanan .</li> <li>2. Kepala Ruang atau perawat pendamping visit selalu mengingatkan DPJP untuk melengkapi pengkajian awal medis.</li> <li>3. Tingkatkan supervisi, komunikasi dan motivasi oleh Direksi.</li> <li>4. Koordinasi terkait pengusulan dokter jaga ruangan.</li> <li>5. Pemantauan oleh PIC.</li> </ol>
2.	Pelayanan laboratorium.	Angka pelaporan hasil nilai kritis laboratorium.	100 %.	100% Tribulan IV.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pertahankan capaian indikator mutu oleh Instalasi Laboratorium dan Instalasi Rawat Inap.</li> <li>2. Supervisi dan monitor pelaksanaan oleh Kepala Instalasi Laboratorium dan PIC.</li> </ol>
3.	Pelayanan radiologi.	Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax.	≤ 3 jam (180 menit).	33-38 menit tercapai di Tribulan IV.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pertahankan capaian oleh Instalasi Radiologi.</li> <li>2. Monitor pelaksanaan oleh Kepala Instalasi Radiologi.</li> </ol>
4.	Prosedur bedah.	Angka kepatuhan penandaan sisi dan lokasi operasi.	100 %.	100% di Bulan November.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Koordinasi dan komunikasi personal dengan operator oleh Bidang Pelayanan .</li> <li>2. Selalu ingatkan operator untuk melakukan <i>site marking</i> oleh perawat pendamping visite.</li> <li>3. Tingkatkan supervisi dan motivasi oleh Direksi RS.</li> <li>4. Monitor pelaksanaan oleh Kepala Ruang.</li> </ol>
5.	Penggunaan obat dan antibiotik lainnya.	Angka ketepatan jenis antibiotik profilaksis bedah sesuai regulasi.	100 %.	20.75% di Bulan Desember.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aktivasi Tim PPRA.</li> <li>2. Sosialisasi kebijakan penggunaan antibiotik kepada operator oleh Tim PPRA dan Direksi RS.</li> <li>3. Komunikasi dan motivasi operator secara konsisten oleh Direksi RS.</li> <li>4. Supervisi dan monitoring oleh Tim PPRA.</li> </ol>

6.	Kesalahan medis dan KNC.	Angka kejadian kesalahan pemberian obat di apotik rawat jalan.	0 %.	0.04% di Bulan Desember.	1. Tingkatkan supervisi dan monitoring pelaksanaan oleh Kepala Instalasi Farmasi dan PIC. 2. Pelaksanaan dobel cek oleh penanggungjawab apotik rawat jalan.
7.	Pelayanan anesthesi dan sedasi.	Angka kelengkapan asesmen pre anesthesi.	100 %.	90.57% di Bulan Desember.	1. Ingatkan pelaksanaan oleh perawat pendamping visite dan PIC. 2. Koordinasi dan komunikasi personal dokter anesthesi oleh Direksi RS. 3. Peningkatan pelaksanaan supervisi oleh Direksi RS. 4. Monitoring pelaksanaan oleh Kepala IBS.
8.	Penggunaan darah dan produk darah.	Angka kejadian reaksi transfusi.	$\leq 0.01$ %.	1.35% di Bulan Desember.	1. Tingkatkan supervisi pelaksanaan transfusi oleh Kepala Ruang masing-masing. 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 <i>informed consent</i> pada tindakan pembedahan.	100 %.	100% selama Tribulan IV.	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 ( <i>Ventilator Associated Pneumonia</i> ).	$\leq 5,8$ ‰.	0% selama Tribulan IV.	1. Audit <i>bundle</i> VAP dan VAP oleh IPCN. 2. Monitoring dan evaluasi oleh Kepala 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 IV.	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.	$\leq 9$ %.	0%-1%.	1. Audit dan monitoring oleh IPCN. 2. Pertahankan capaian oleh Komite PPI dan Instalasi Rawat Inap.



3.	Manajemen risiko.	Kejadian pulang sebelum dinyatakan sembuh.	$\leq 5 \%$ .	1.07%-1.81%.	<ol style="list-style-type: none"> <li>Supervisi pelaksanaan oleh Kepala Ruang.</li> <li>Monitoring untuk mempertahankan pencapaian oleh Kepala Ruang.</li> </ol>
4.	Pemanfaatan sumber daya rumah sakit.	Alat ukur dan alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu.	100 %.	100% Tahun 2017 dan 2018.	<ol style="list-style-type: none"> <li>Buat jadwal kalibrasi untuk alat yang memerlukan kalibrasi.</li> <li>Supervisi pelaksanaan oleh Kepala Instalasi Laboratorium dan IPSRS.</li> <li>Monitoring pelaksanaan oleh Kepala Instalasi Laboratorium dan IPSRS.</li> </ol>
5.	Harapan dan kepuasan pasien dan keluarga.	Kepuasan pelanggan rawat inap.	$\geq 90 \%$ .	80.81% di Tribulan IV.	<ol style="list-style-type: none"> <li>Peningkatan koordinasi dengan bidang terkait untuk pemeliharaan dan perbaikan sarana prasarana RS.</li> <li>Peningkatan supervisi pada perilaku petugas saat memberikan pelayanan.</li> </ol>
6.	Harapan dan kepuasan staf.	Tingkat kepuasan staf.	$\geq 90 \%$ .	55.41% Tahun 2016 66.33% Tahun 2017	<ol style="list-style-type: none"> <li>Rapat Koordinasi berjenjang dan terjadwal setiap 2 bulan untuk unit kerja, 3 bulan untuk instalasi dan bidang.</li> <li>Supervisi direksi RS terkait pembagian jasa pelayanan sesuai kesepakatan waktu.</li> </ol>
7.	Demografi pasien dan diagnosa klinik.	Demografi pasien dengan diagnosa klinis DHF.	100 %.	100% di Tribulan IV.	<ol style="list-style-type: none"> <li>Supervisi/ mengingatkan pelaksanaan oleh Kepala Ruang dan Petugas RM.</li> <li>Pertahankan capaian oleh Kepala Instalasi Rekam Medik.</li> </ol>
8.	Manajemen keuangan.	Angka berkas klaim BPJS rawat inap susulan.	0 %.	Tersedia data Tribulan III antara 1.07%-2.61%.	<ol style="list-style-type: none"> <li>Peningkatan komunikasi dan koordinasi Unit dan Bidang terkait klaim BPJS.</li> <li>Penguatan supervisi oleh direksi.</li> <li>Monitoring oleh Kepala Bidang Keuangan.</li> </ol>
9.	Pencegahan dan pengendalian dari kejadian yang dapat menimbulkan masalah bagi keselamatan pasien, keluarga dan staf.	Ketersediaan cairan <i>handrub</i> di rawat inap.	100 %.	92% di Bulan November dan Desember.	<ol style="list-style-type: none"> <li>Tingkatkan supervisi oleh Kepala Unit.</li> <li>Koordinasi dengan supervisor penyedia jasa <i>cleaning service</i>.</li> <li>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 %.	99.86% Bulan Oktober.	1. Tingkatkan 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 %.	82.41% di Bulan November.	1. Supervisi/mengingatkan DPJP oleh perawat pendamping visite. 2. Mengingatkan dokter dalam rapat rutin oleh Bidang Pelayanan. 3. Supervisi oleh Bidang Pelayanan. 4. Monitoring pelaksanaan oleh Kepala Ruang.
3.	Peningkatan keamanan obat yang harus diwaspadai.	Angka kepatuhan pelabelan obat <i>high alert</i> di ruang rawat inap.	100 %.	100% Tribulan IV.	1. Supervisi pelaksanaan oleh Kepala Instalasi Farmasi. 2. Monitoring pelaksanaan oleh Kepala Ruang.
4.	Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi.	Angka kepatuhan pengisian <i>check list</i> keselamatan bedah yang lengkap di IBS.	100 %.	100% di Bulan November.	1. Tingkatkan 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 <i>hand hygiene</i> .	75 %.	74% di Bulan Desember.	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 di semua unit pelayanan. 3. Monitoring/audit kepatuhan oleh Komite PPI.
6.	Mengurangi risiko jatuh.	Angka kepatuhan upaya pencegahan risiko jatuh pasien di ruang rawat inap.	100 %.	84.56% Bulan Desember.	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 Tribulan IV.
2.	Acute Myocard Infarction (AMI).	Pasien AMI yang meninggal saat menjalani rawat inap di rumah sakit.	0 %.	6% di Tribulan Oktober.
3.	Stroke.	Pasien stroke iskemik yang mendapat terapi anti trombotik pada saat	100 %.	30.56% di Bulan



		pulang.		Desember.
4.	Nursing Sensitive Care (NSC).	Kejadian ulkus dekubitus grade III atau lebih yang didapatkan di rumah sakit di ruang rawat inap.	≤ 2.7 ‰.	0‰ di Bulan November.
5.	Persalinan elektif.	Pasien dengan persalinan pervaginam elektif atau sectio cesaria elektif pada usia kehamilan ≥ 37 minggu dan < 39 minggu.	< 5 %.	0 % Tribulan IV.

#### E. ANALISA INSIDEN KESELAMATAN PASIEN

NO	JENIS IKP	BULAN			TINDAK LANJUT
		OKTOBER	NOVEMBER	DESEMBER	
1.	SENTINEL	0	0	0	1. Tangani insiden sesuai jenisnya. 2. Tingkatkan monitor pelaksanaan rencana tindak lanjut hasil investigasi sederhana dan RCA 3. Supervisi pelaksanaan oleh Kepala Unit/Instalasi dan Komite PMKP. 4. Monitoring pelaksanaan oleh Komite PMKP.
2.	KTD	7	1	3	
3.	KTC	4	6	0	
4.	KNC	26	6	2	
5.	KPC	2	4	0	

#### 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 di rumah sakit, sehingga mutu dan keselamatan pasien dapat menjadi budaya di RSUD Muntilan Kabupaten Magelang.