

LAPORAN  
CAPAIAN INDIKATOR MUTU RUMAH SAKIT  
TRIBULAN I TAHUN 2020



**RSUD MUNTILAN KABUPATEN MAGELANG**

Jln. Kartini No. 13 ☎ Informasi (0293) 587004 ☎ Sekretariat (0293) 587017 Fax (0293) 587017

☎ IGD (0293) 585392 e-mail [rsudkabmg1@gmail.com](mailto:rsudkabmg1@gmail.com) Muntilan 56411

## 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. Mutu tidak terlepas dari keselamatan pasien. Keselamatan pasien rumah sakit didefinisikan sebagai 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.

Rumah Sakit Umum Daerah Muntilan Kabupaten Magelang memiliki visi menjadi rumah sakit pilihan pertama dan utama dengan misi menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang profesional bagi semua lapisan masyarakat Kabupaten Magelang dan sekitarnya termasuk pelaku wisata dengan berorientasi pada mutu dan keselamatan pasien serta kepuasan masyarakat, menyediakan wahana pendidikan, pelatihan dan penelitian di bidang kesehatan untuk menghasilkan SDM yang berkualitas, menyelenggarakan tata kelola rumah sakit yang profesional, efektif, efisien dan akuntabel, menyediakan sarana prasarana yang tepat, aman, nyaman dan berwawasan lingkungan. Dengan moto bermutu dalam bekerja, amanah dalam melayani, dan falsafah dengan menjunjung tinggi harkat dan martabat manusia dengan dilandasi empati dan tepa selira akan mampu memberikan pelayanan yang aman dan bermutu, serta dilandasi nilai keikhlasan, kejujuran, kedisiplinan, kebersamaan, kepedulian, integritas diharapkan RSUD Muntilan lebih maju dibandingkan dengan rumah sakit lain di sekitarnya, memiliki sarana dan prasarana yang lebih baik 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 sesuai dengan standar yang ada. 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 data, validasi data dan publikasi data baik secara internal maupun eksternal.

Indikator mutu rumah sakit yang ditetapkan dan dipantau terdiri dari: 12 Indikator Mutu Pelayanan Rumah Sakit/Indikator Mutu Wajib (IMUTW), 11 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 Pelayanan Klinis Prioritas Rumah Sakit dan Indikator Mutu Unit Kerja.

Pelaporan capaian indikator mutu rumah sakit dilakukan secara periodik sesuai dengan periode pengumpulan data/surveilans, bisa harian, bulanan, tribulan, semester atau tahunan untuk hasil pengumpulan data setiap indikator mutu. Sedangkan untuk analisis data, validasi data dan publikasi data dilakukan setiap tiga bulan. 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.

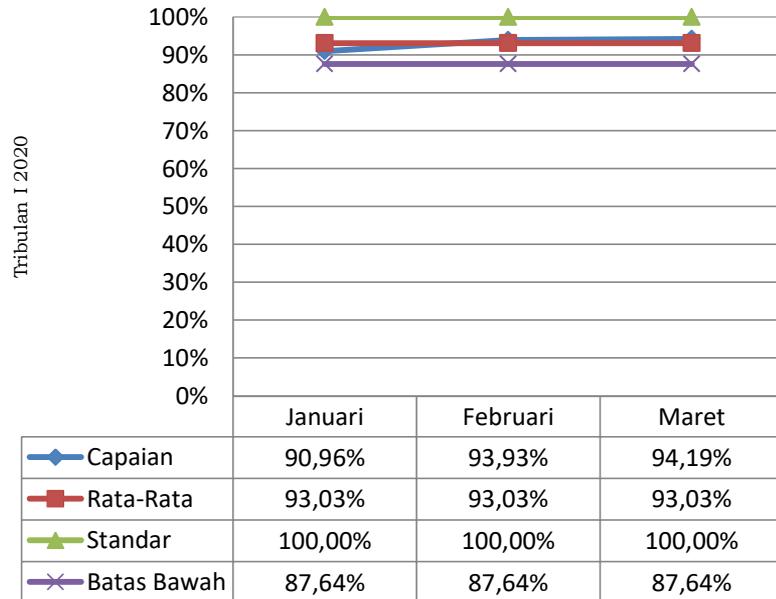
Laporan dipublikasi/diseminasi secara internal maupun eksternal rumah sakit. Secara internal kepada seluruh staf rumah sakit melalui sarana dan media yang ada di rumah sakit, seperti *dash board* dan *story board*, rapat koordinasi, *meeting morning*, apel, dan lain-lain. Sedangkan secara eksternal melalui *website* rumah sakit, instagram rumah sakit. Juga adanya kewajiban melaporkan capaian kepada Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS) melalui SISMADAK dan setiap Insiden Keselamatan Pasien kepada Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit Kementerian Kesehatan. Kegiatan diseminasi ini bersifat rutin dan berkelanjutan.

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

### A. 12 Indikator Mutu pelayanan Rumah Sakit/Wajib (IMUTW).

NO.	KODE INDIKATOR	NAMA/JUDUL INDIKATOR MUTU	STANDAR
1.	IMUTW 01	Kepatuhan Identifikasi Pasien.	100%.
2.	IMUTW 02	<i>Emergency Respon Time</i> (Waktu Tanggap Pelayanan Gawat Darurat < 5 Menit).	100%.
3.	IMUTW 03	Waktu Tunggu Rawat Jalan.	100% (< 60 Menit).
4.	IMUTW 04	Penundaan Operasi Elektif.	5%.
5.	IMUTW 05	Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis.	80%.
6.	IMUTW 06	Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Laboratorium.	100%.
7.	IMUTW 07	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional Bagi RS <i>Provider</i> BPJS.	80%.
8.	IMUTW 08	Kepatuhan Cuci Tangan.	85%.
9.	IMUTW 09	Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko Cedera Akibat Pasien Jatuh.	100%.
10.	IMUTW 10	Kepatuhan terhadap <i>Clinical Pathway</i> .	80%.
11.	IMUTW 11	Kepuasan Pasien dan Keluarga.	80%.
12.	IMUTW 12	Kecepatan Respon terhadap Komplain.	75%.

Grafik: Kepatuhan Identifikasi Pasien



Analisis :

Pencapaian selama Tribulan I naik setiap bulannya dengan rata-rata capaian 93,03%. Jika dibandingkan dengan standar dan data base eksternal capaian masih lebih rendah, tapi jika dibandingkan tren internal capaian lebih tinggi. Belum tercapainya standar karena masih adanya petugas yang tidak konsisten dalam melakukan identifikasi, meskipun upaya bulanan (sosialisasi dan supervisi) sudah menunjukkan hasil.

Tindak Lanjut:  
Dilakukan PDSA pada Bulan April.

Plan

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

Meningkatkan kepatuhan identifikasi pasien dengan meningkatkan supervisi dan monitoring saat identifikasi pasien oleh Kepala Unit dan PIC Mutu di unit pelayanan, dengan target 100% petugas yang teridentifikasi tidak melakukan identifikasi pasien secara benar tersupervisi.

Do  
(Amati)

Melaksanakan supervisi dan monitoring berfokus pada petugas yang belum patuh SPO Identifikasi Pasien di unit pelayanan.

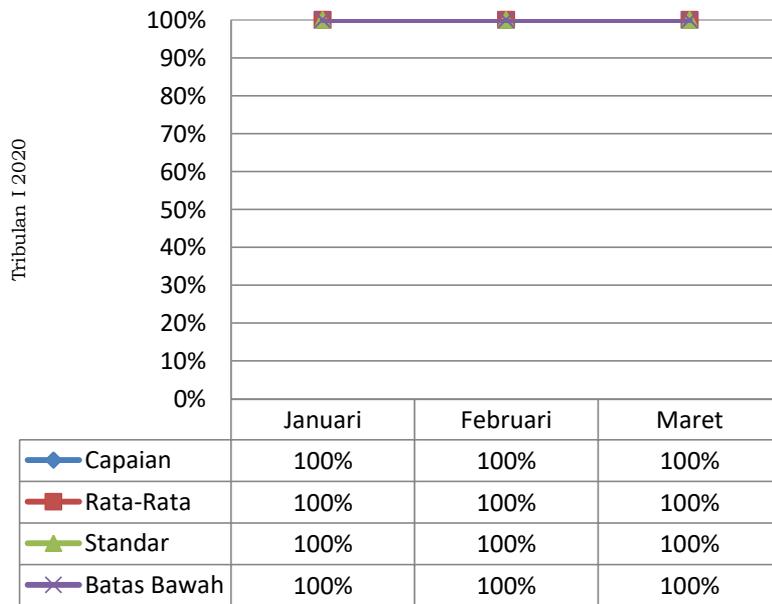
Study  
(Pelajari, Lihat Tujuan)

Monitoring pelaksanaan supervisi monitoring identifikasi pasien melalui bukti dokumentasi supervisi yang dilakukan oleh Kepala Unit dan PIC Mutu.

Action  
(Simpulkan)

Melakukan evaluasi pada bulan berikutnya.

Grafik: *Emergency Respon Time*

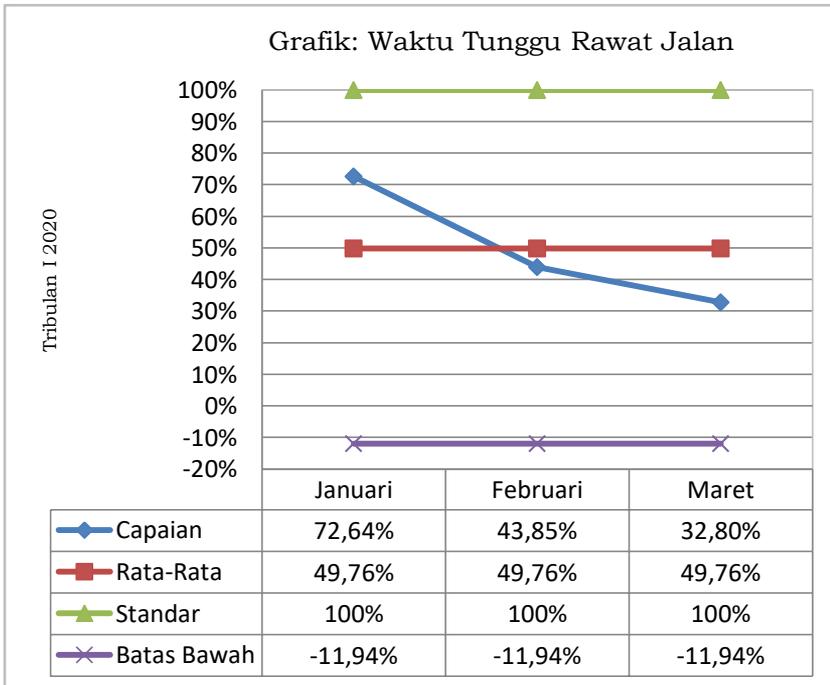


Analisis :

Pencapaian indikator mutu *emergency respon time* selama Tribulan I 100%. Capaian sudah sesuai dengan standar, *data base* eksternal dan tren, serta konsisten setiap bulannya.

Tindak Lanjut:

Dipertahankan dengan melakukan monitoring evaluasi.



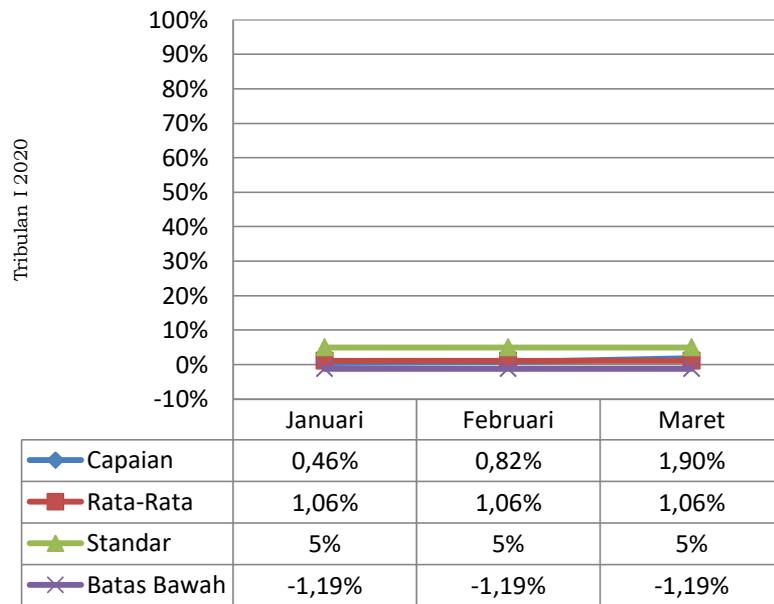
Analisis :

Pencapaian selama Tribulan I belum sesuai standar dengan grafik menurun, rata-rata capaian 49,76%, tertinggi di Bulan Januari 72,64%. Jika dibandingkan dengan standar, *data base* eksternal dan tren maka capaian lebih rendah. Hal ini karena sistem pelayanan rawat jalan yang belum efisien, bangunan perlu renovasi, sistem penunjang pelayanan yang belum *update* (pendaftaran *online*).

Tindak Lanjut:  
Dilakukan PDSA pada Bulan April.

<p><b>Plan</b> (Rencana, Outcome, Langkah-Populasi-Waktu).</p>	Meningkatkan pencapaian waktu tunggu rawat jalan dengan melakukan perbaikan sistem pendaftaran dari manual ke sistem <i>online</i> dalam waktu 3 bulan.
<p><b>Do</b> (Amati)</p>	Melaksanakan tahapan pembuatan sistem pendaftaran <i>online</i> pasien.
<p><b>Study</b> (Pelajari, Lihat Tujuan)</p>	Monitoring pelaksanaan kegiatan untuk meningkatkan capaian waktu tunggu rawat jalan.
<p><b>Action</b> (Simpulkan)</p>	Melakukan evaluasi pada bulan berikutnya.

Grafik: Penundaan Operasi Elektif



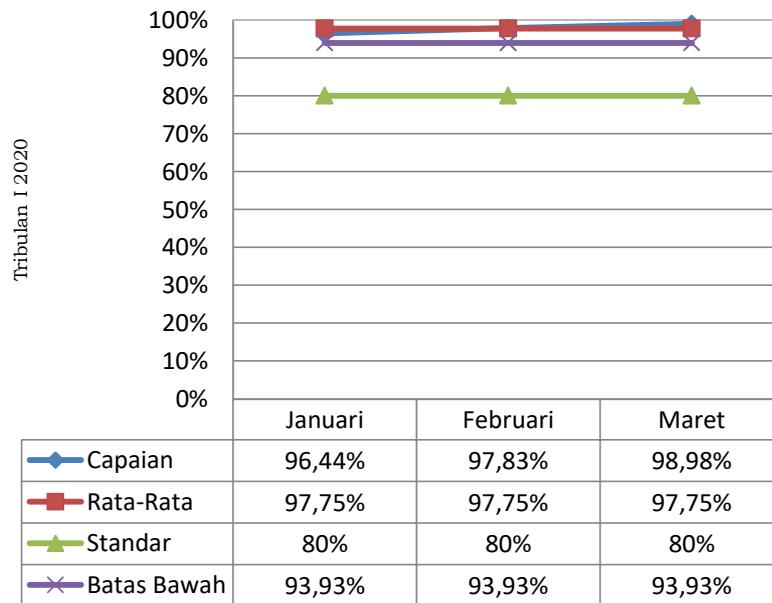
Analisis :

Pencapaian penundaan operasi elektif selama Tribulan I sudah sesuai standar < 5% dengan rata-rata 1,06%. Capaian ini sesuai dengan standar, *data base* eksternal dan tren.

Tindak Lanjut:

Dipertahankan dengan melakukan monitoring evaluasi.

Grafik: Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis.

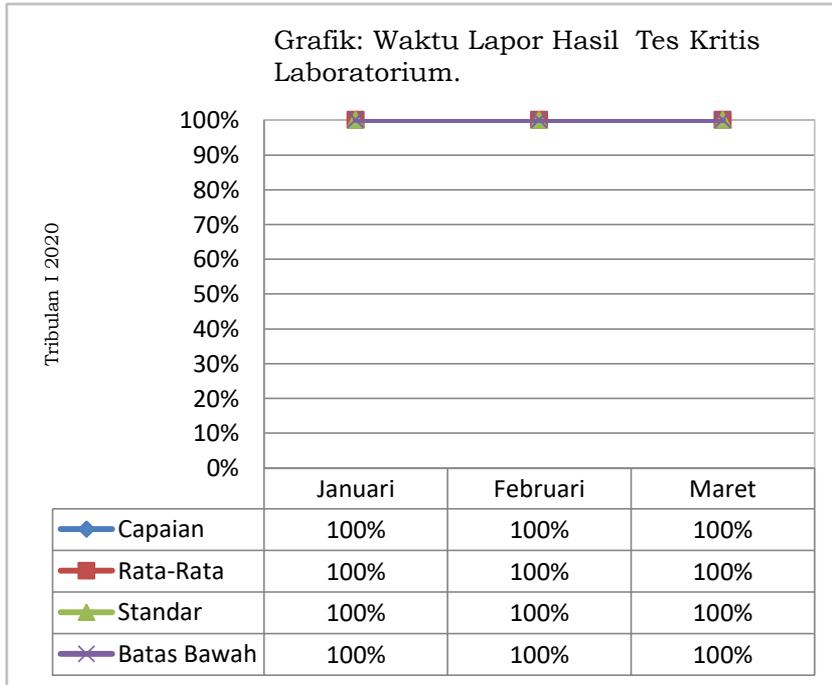


#### Analisis :

Pencapaian kepatuhan jam visite dokter spesialis selama Tribulan I sudah sesuai standar > 80% dengan rata-rata 97,75%. Capaian ini sesuai dengan standar, *data base* eksternal dan tren.

#### Tindak Lanjut:

Dipertahankan dengan melakukan monitoring evaluasi.



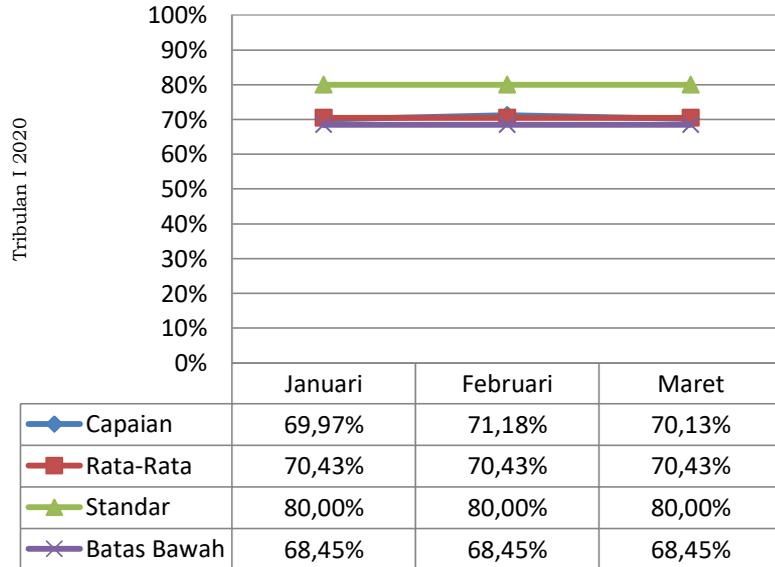
Analisis :

Pencapaian waktu lapur hasil tes kritis laboratorium selama Tribulan I sudah sesuai standar 100% dan konsisten setiap bulannya. Capaian ini sesuai dengan standar, *data base* eksternal dan tren internal rumah sakit.

Tindak Lanjut:

Dipertahankan dengan melakukan monitoring evaluasi.

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



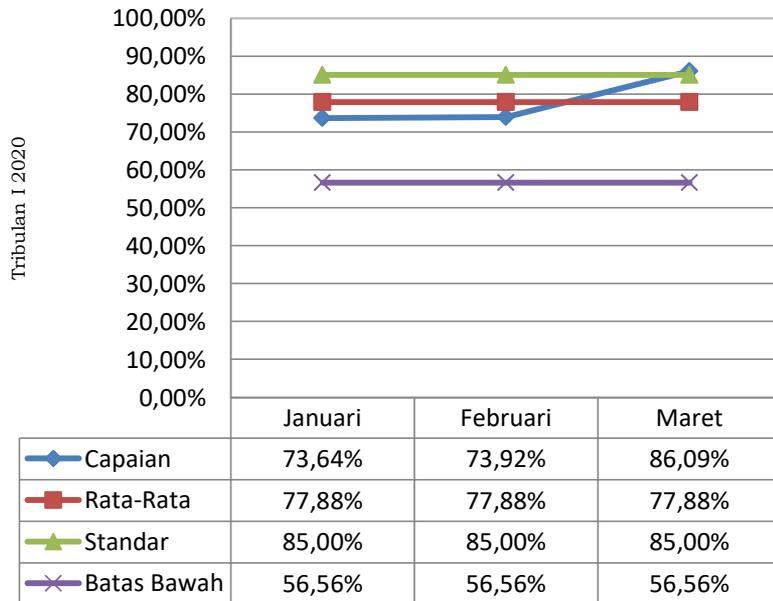
Tindak Lanjut:  
Dilakukan PDSA pada Bulan April.

<p><b>Plan</b> (Rencana, Outcome, Langkah-Populasi-Waktu).</p>	<p>Meningkatkan kepatuhan penggunaan formularium nasional dengan meningkatkan koordinasi antar KSM, KFT, Komite Medis, Instalasi Farmasi, Instalasi Rawat jalan, dan Direksi dengan target 100% koordinasi rutin terlaksana.</p>
<p><b>Do</b> (Amati)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Melakukan koordinasi baik rutin maupun insidental terkait penggunaan obat farmas.</li> <li>Melakukan koordinasi dengan DPJP jika menemukan obat di luar farmas/formularium rumah sakit.</li> <li>Monitoring pelaksanaan oleh PIC Instalasi Farmasi.</li> </ol>
<p><b>Study</b> (Pelajari, Lihat Tujuan)</p>	<p>Monitoring pelaksanaan kegiatan.</p>
<p><b>Action</b> (Simpulkan)</p>	<p>Melakukan evaluasi pada bulan berikutnya.</p>

**Analisis :**

Pencapaian selama Tribulan I belum mencapai standar dengan rata-rata 70,43%. Jika dibandingkan dengan standar, *data base* eksternal dan tren maka capaian lebih rendah. Hal ini karena kurang optimalnya koordinasi antar bagian terkait penggunaan farmas dan belum adanya evaluasi berkala.

Grafik: Kepatuhan Cuci Tangan



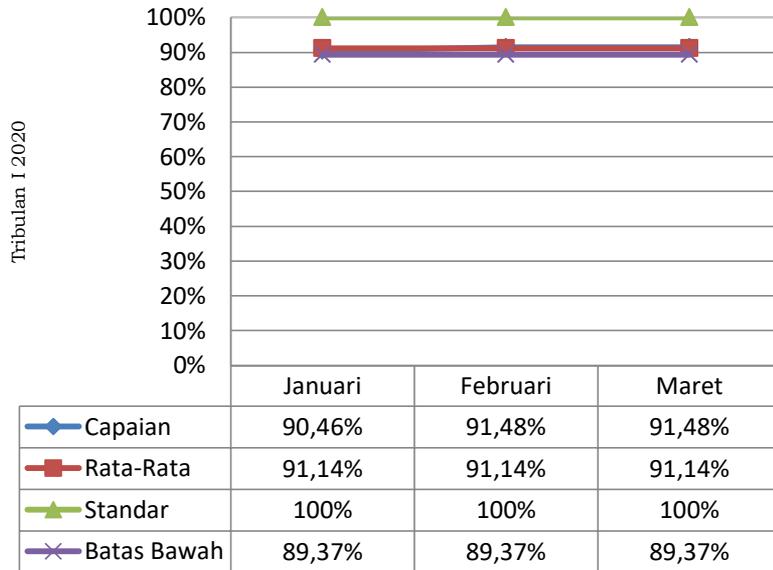
**Analisis :**

Pencapaian selama Tribulan I baru tercapai di Bulan Maret dengan capaian 86,09%. Sedangkan rata-rata capaian masih 77,88%. Jika dibandingkan dengan standar dan *data base* eksternal capaian lebih rendah. Hal ini karena masih banyak petugas yang lupa 5 momen cuci tangan.

Tindak Lanjut:  
Dilakukan PDSA pada Bulan April.

Plan (Rencana, Outcome, Langkah-Populasi-Waktu).	Meningkatkan kepatuhan cuci tangan petugas dengan meningkatkan supervisi monitoring kepada petugas yang belum melakukan 5 momen cuci tangan dengan target 100% petugas tersupervisi.
Do (Amati)	Melaksanakan supervisi dan monitoring berfokus pada petugas yang belum patuh SPO Cuci Tangan di unit pelayanan.
Study (Pelajari, Lihat Tujuan)	Monitoring pelaksanaan supervisi monitoring cuci tangan melalui bukti dokumentasi supervisi yang dilakukan.
Action (Simpulkan)	Melakukan evaluasi pada bulan berikutnya.

Grafik: Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko Cedera Akibat Pasien Jatuh



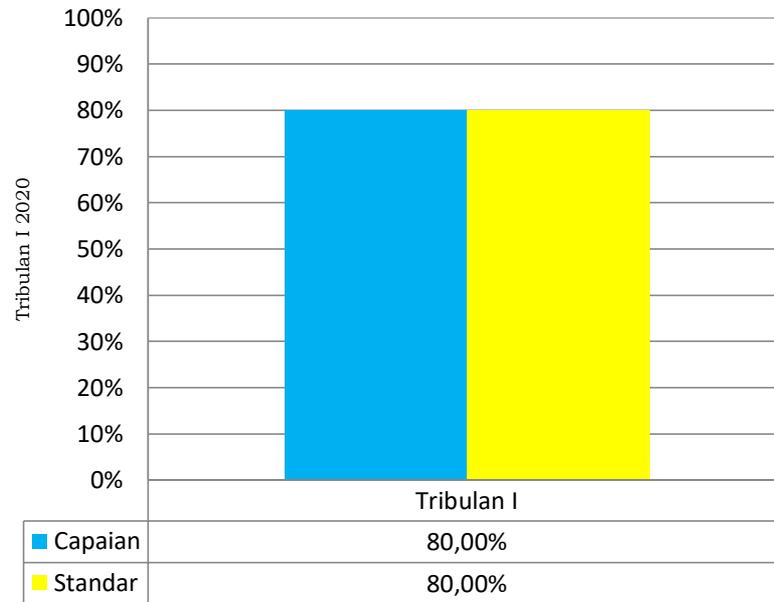
Analisis :

Pencapaian selama Tribulan I belum mencapai standar dengan rata-rata 91,14%. Jika dibandingkan dengan standar dan *data base* eksternal capaian lebih rendah, tapi jika dibandingkan tren internal lebih tinggi. Belum tercapai karena masih ada pasien beresiko jatuh yang tidak dilakukan asesmen ulang.

Tindak Lanjut:

Dilakukan PDSA pada Bulan April.

Plan (Rencana, Outcome, Langkah-Populasi-Waktu).	Meningkatkan kepatuhan upaya pencegahan resiko cedera akibat pasien jatuh dengan meningkatkan monitoring asesmen ulang pasien yang beresiko jatuh.
Do (Amati)	Meningkatkan monitoring pencegahan resiko jatuh khususnya asesmen ulang oleh Kepala Ruang dan PIC.
Study (Pelajari, Lihat Tujuan)	Monitoring pelaksanaan kegiatan.
Action (Simpulkan)	Melakukan evaluasi pada bulan berikutnya.

Grafik: Kepatuhan terhadap *Clinical Pathway*

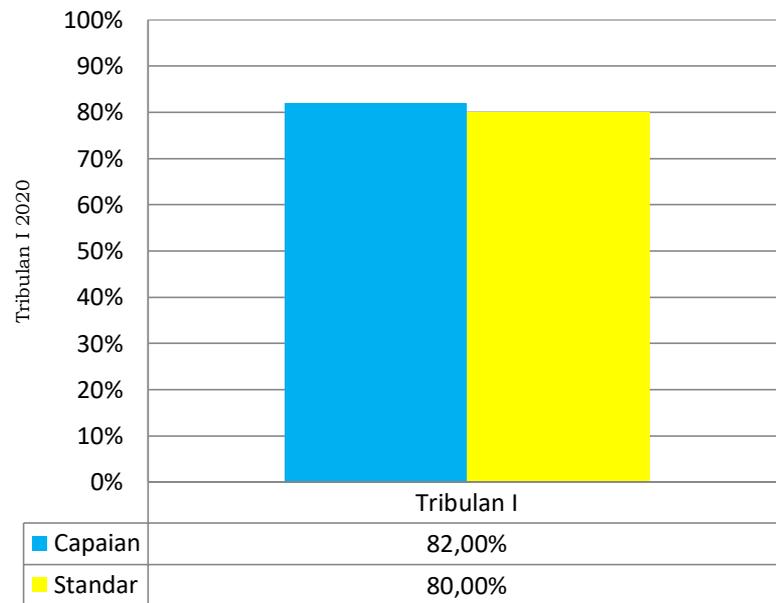
## Analisis :

Pencapaian kepatuhan terhadap *Clinical Pathway* selama Tribulan I sudah sesuai standar yaitu 80%.

## Tindak Lanjut:

Dipertahankan dengan monitoring dan evaluasi.

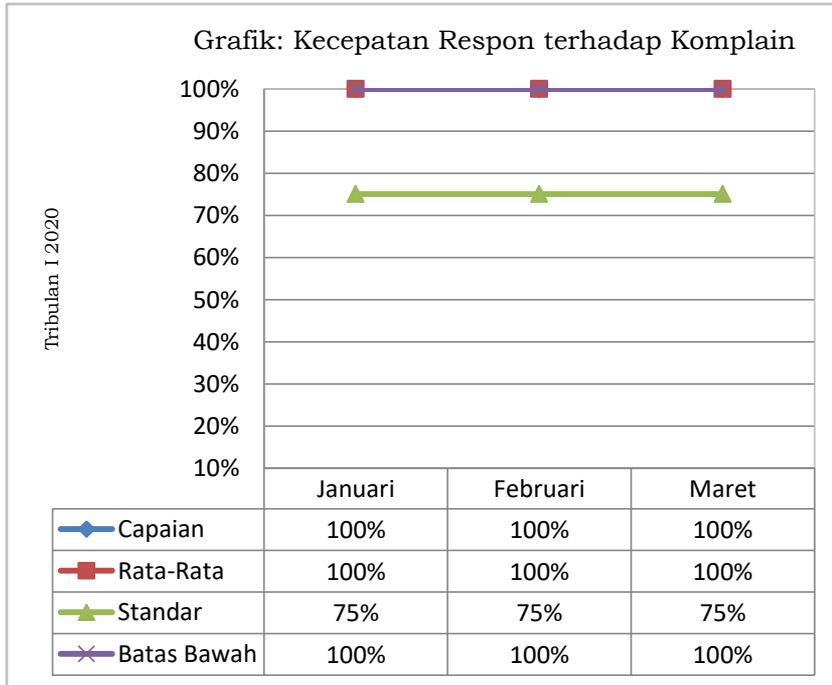
Grafik: Kepuasan Pasien dan Keluarga

**Analisis :**

Pencapaian kepuasan pasien dan keluarga selama Tribulan I sudah sesuai standar dan tren internal yaitu 82%

**Tindak Lanjut:**

Dipertahankan dengan monitoring dan evaluasi.



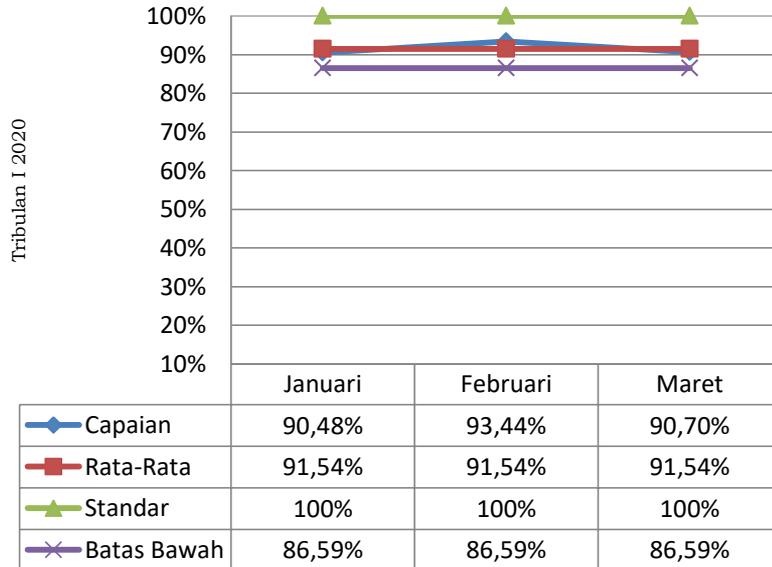
Analisis :  
 Pencapaian kecepatan respon terhadap komplain selama Tribulan I melebihi standar yaitu 00%.

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.	Kejadian Penolakan Pemeriksaan Radiologi.	1%.
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 Decubitus Selama Perawatan.	0%.

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



#### Analisis :

Pencapaian selama Tribulan I belum sesuai standar dengan rata-rata 91,54%, tertinggi dibulan Februari 93,44%. Jika dibandingkan dengan standar dan *data base* eksternal maka capaian lebih rendah. Hal ini karena kadang DPJP mempunyai jumlah pasien banyak dan harus memberikan pelayanan di poliklinik ditambah kegiatan lain diluar pelayanan klinis.

Tindak Lanjut:  
Dilakukan PDSA pada Bulan April.

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

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

**Do**  
(Amati)

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

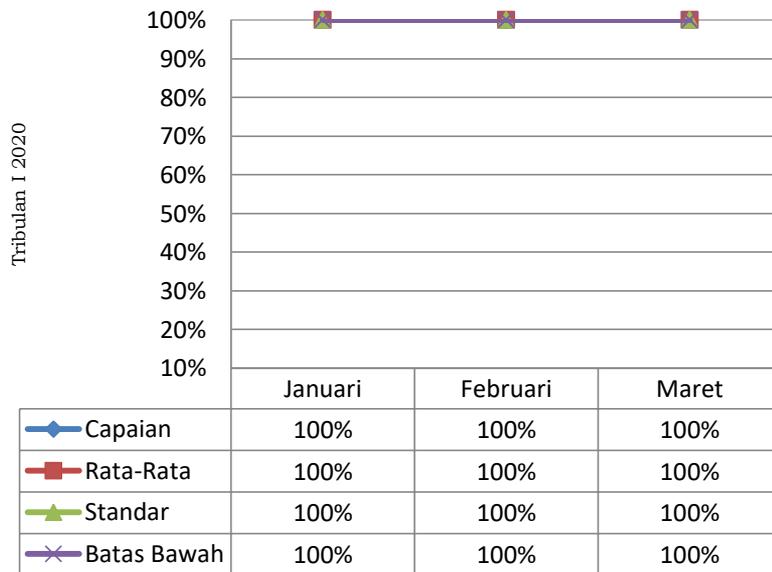
**Study**  
(Pelajari, Lihat Tujuan)

Monitoring pelaksanaan kegiatan.

**Action**  
(Simpulkan)

Melakukan evaluasi pada bulan berikutnya.

Grafik: Waktu Lapur Hasil Tes Kritis Laboratorium.

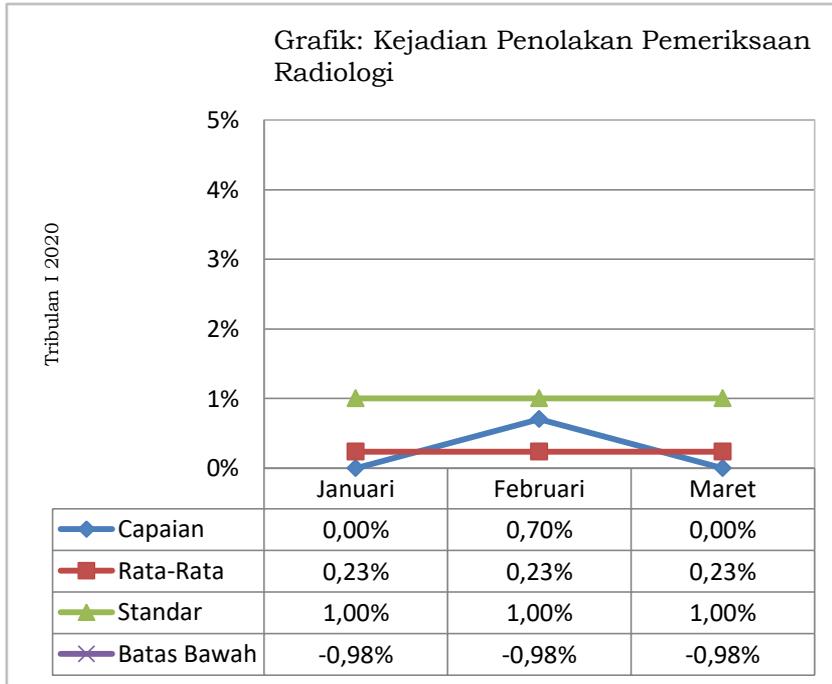


#### Analisis :

Pencapaian waktu lapur hasil tes kritis laboratorium selama Tribulan I sudah sesuai standar, konsisten setiap bulannya dan sesuai dengan tren internal, yaitu 100%.

#### Tindak Lanjut:

Dipertahankan dengan melakukan monitoring evaluasi.



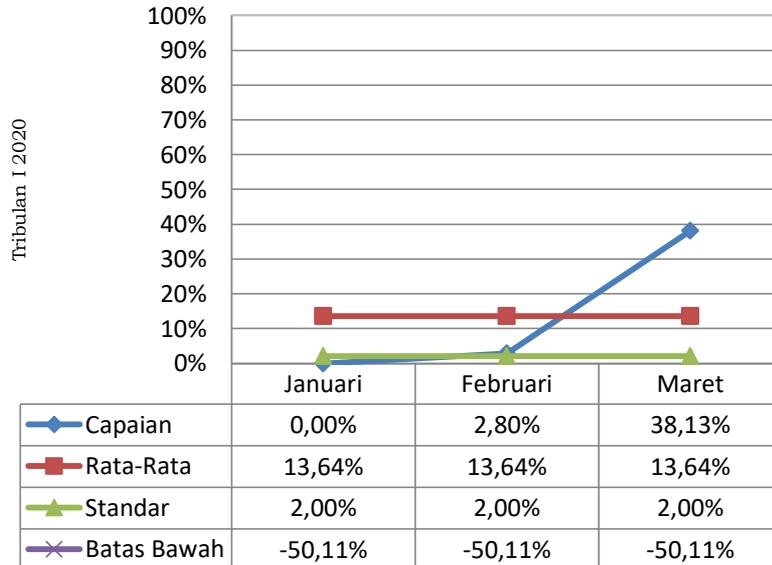
#### Analisis :

Pencapaian kejadian penolakan pemeriksaan radiologi selama Tribulan I sudah sesuai standar ( $\leq 1\%$ ), dengan rata-rata 0,23% dan konsisten setiap bulannya.

#### Tindak Lanjut:

Dipertahankan dengan melakukan monitoring evaluasi.

Grafik: Tidak dilakukannya penandaan lokasi operasi.



#### Analisis :

Pencapaian selama Tribulan I baru tercapai di Bulan Januari 0%, sedangkan rata-rata masih 13,64% yang seharusnya dibawah 2%. Hal ini karena operator masih belum konsisten dalam melakukan *site marking* di ruangan dan belum optimalnya perawat pendamping visite mengingatkan operator untuk melakukan *site marking*.

#### Tindak Lanjut:

Dilakukan PDSA pada Bulan April.

#### Plan

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

Meningkatkan penandaan lokasi operasi dengan selalu mengingatkan operator untuk melakukan *site marking* saat visite ke pasien sebelum operasi dilakukan.

#### Do

(Amati)

Mengingatn operator untuk melakukan *site marking* saat visite ke pasien sebelum operasi dilakukan oleh perawat pendamping visite.

#### Study

(Pelajari, Lihat Tujuan)

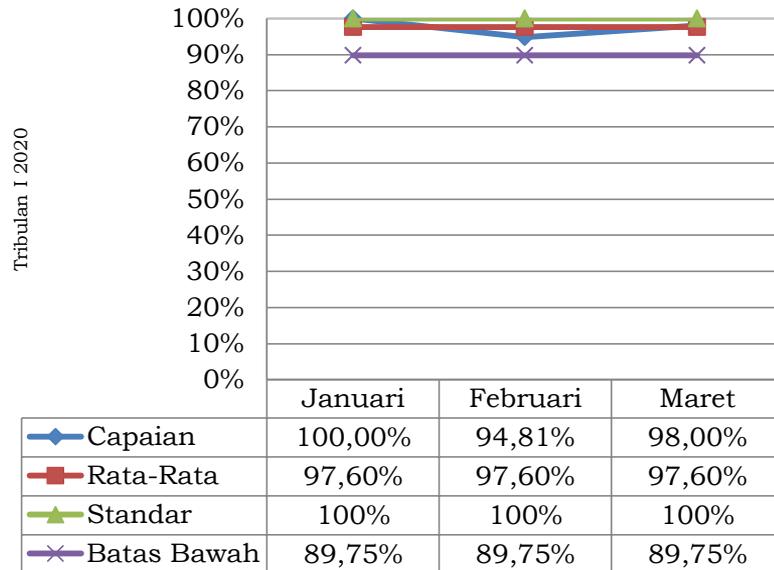
Monitoring pelaksanaan kegiatan.

#### Action

(Simpulkan)

Melakukan evaluasi pada bulan berikutnya.

Grafik: Ketepatan Jenis Antibiotik Profilaksis Bedah Sesuai Regulasi.



#### Analisis :

Pencapaian selama Tribulan I mendekati standar dengan rata-rata 97,60%, tercapai dibulan Januari 100%. Jika dibandingkan dengan tren internal capaian ini naik. Hal ini karena sosialisasi dan supervisi yang dilakukan oleh PIC konsisten dilakukan meskipun masih ada beberapa DPJP yang menggunakan antibiotik tidak sesuai regulasi.

#### Tindak Lanjut:

Dilakukan PDSA pada Bulan April.

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

Meningkatkan ketepatan jenis antibiotik profilaksis bedah sesuai regulasi dengan meningkatkan supervisi mengingatkan DPJP dalam memberikan antibiotik profilaksis bedah sesuai regulasi oleh Kepala Ruang/Ketua Tim/PIC.

**Do**  
(Amati)

Meningkatkan supervisi dengan mengingatkan DPJP dalam memberikan antibiotik profilaksis bedah sesuai regulasi oleh Kepala Ruang/Ketua Tim/PIC.

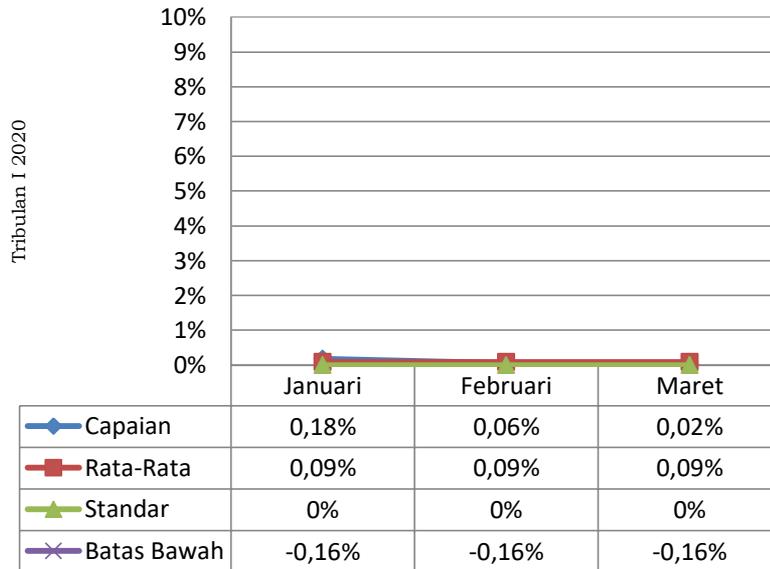
**Study**  
(Pelajari,  
Lihat  
Tujuan)

Monitoring pelaksanaan kegiatan.

**Action**  
(Simpulkan)

Melakukan evaluasi pada bulan berikutnya.

Grafik: Kejadian Kesalahan Pemberian Obat di Apotik Rawat Jalan



#### Analisis :

Pencapaian selama Tribulan I konsisten mendekati standar dengan rata-rata 0,09%.

#### Tindak Lanjut:

Dilakukan PDSA pada Bulan April.

#### Plan

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

Menurunkan dan mempertahankan kejadian kesalahan pemberian obat di apotik rawat jalan dengan meningkatkan supervisi ketelitian petugas.

#### Do

(Amati)

1. Mengingatnkan petugas agar lebih teliti saat input data ke SIM RS, pengambilan obat, penyerahan obat
2. Melaksanakan dobel cek sebelum penyerahan obat.

#### Study

(Pelajari, Lihat Tujuan)

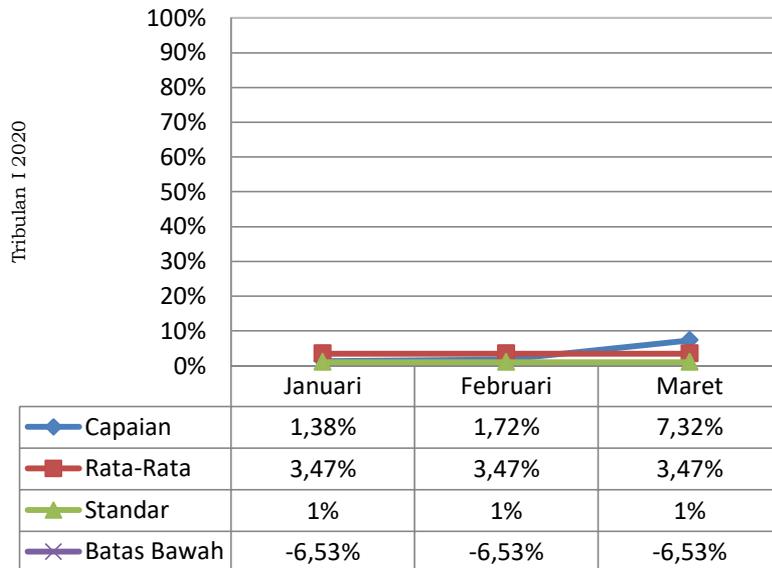
Monitoring pelaksanaan kegiatan.

#### Action

(Simpulkan)

Melakukan evaluasi pada bulan berikutnya.

Grafik: Ketidaklengkapan Asesmen Pre Anestesi.

**Analisis :**

Pencapaian selama Tribulan I jika dibandingkan standar dan *data base* eksternal belum mencapai standar dengan rata-rata 3,47% tapi jika dibandingkan tren naik. Belum tercapainya indikator karena dokter anestesi hanya 1 orang dan belum optimalnya supervisi pengisian asesmen pre anestesi.

**Tindak Lanjut:**

Dilakukan PDSA pada Bulan April.

**Plan**

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

Menurunkan ketidaklengkapan asesmen pre anestesi dengan selalu mengingatkan dokter anestesi oleh petugas ruangan dan IBS dan melakukan koordinasi dengan unit terkait pengusulan penambahan dokter spesialis anestesi.

**Do**

(Amati)

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

**Study**

(Pelajari, Lihat Tujuan)

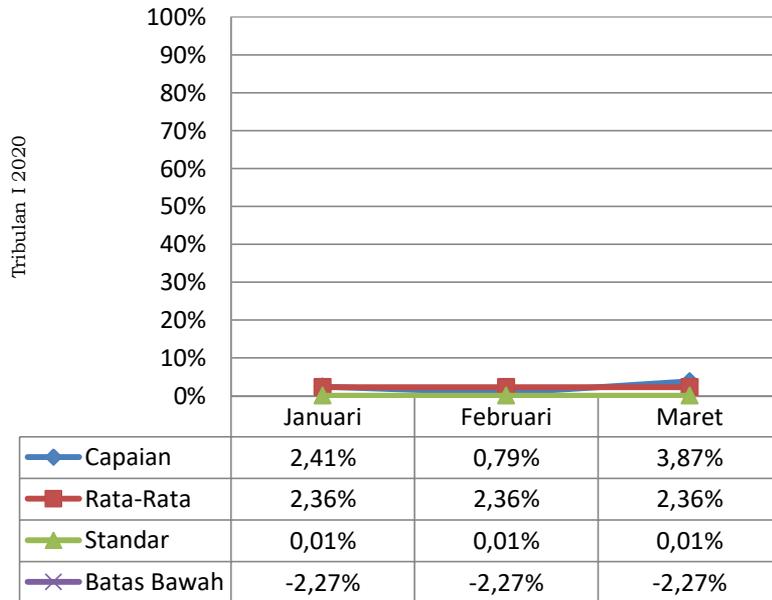
Monitoring pelaksanaan kegiatan.

**Action**

(Simpulkan)

Melakukan evaluasi pada bulan berikutnya.

Grafik: Kejadian Reaksi Transfusi

**Analisis :**

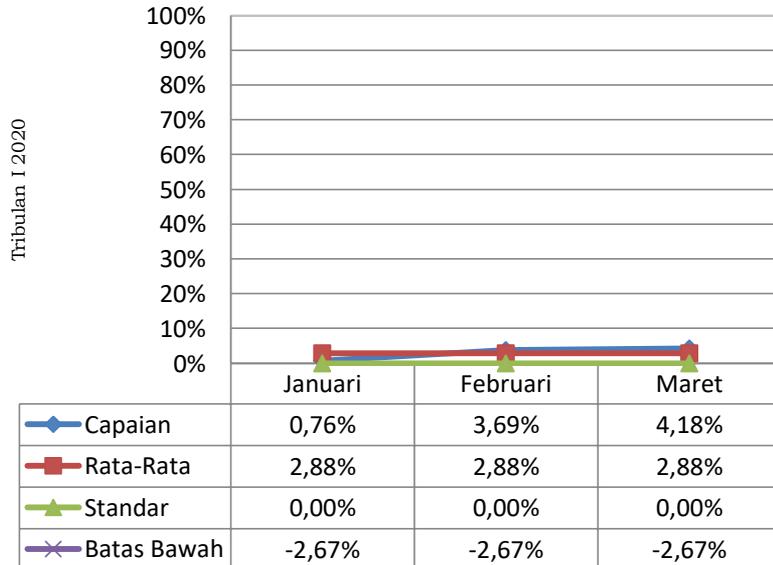
Pencapaian selama Tribulan I masih lebih tinggi dari standar dengan rata-rata capaian 2,36% dengan capaian terendah Bulan Februari 0,79%. Jika dibandingkan dengan dengan *data base* eksternal maka sama-sama lebih tinggi dari standar. Reaksi transfusi terjadi karena faktor pasien dan masih adanya ketidakpatuhan terhadap prosedur transfusi darah.

**Tindak Lanjut:**

Dilakukan PDSA pada Bulan April.

<b>Plan</b> (Rencana, Outcome, Langkah-Populasi-Waktu).	Menurunkan kejadian reaksi transfusi $\leq 0.01\%$ dengan meningkatkan supervisi pelaksanaan transfusi oleh Kepala Ruang.
<b>Do</b> (Amati)	Meningkatkan supervisi pelaksanaan transfusi oleh Kepala Ruang.
<b>Study</b> (Pelajari, Lihat Tujuan)	Monitoring pelaksanaan kegiatan.
<b>Action</b> (Simpulkan)	Melakukan evaluasi pada bulan berikutnya.

Grafik: Ketidaklengkapan Pengisian *Informed Consent* pada Tindakan Pembedahan



#### Analisis :

Pencapaian selama Tribulan I masih belum sesuai standar dengan rata-rata capaian 2,88% dengan capaian terendah Bulan Januari 0,76%. Belum tercapainya indikator karena belum optimalnya supervisi pengisian *informed consent* sebelum pasien masuk operasi.

#### Tindak Lanjut:

Dilakukan PDSA pada Bulan April.

#### Plan

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

Menurunkan ketidaklengkapan pengisian *informed consent* pada tindakan pembedahan dengan meningkatkan supervisi pengisian *informed consent* ketika pasien masih di ruang rawat sebelum masuk kamar operasi dan mengingatkan operator untuk melengkapi lembar *informed consent*.

#### Do

(Amati)

Melakukan supervisi dengan melihat kelengkapan lembar *informed consent* di ruangan oleh Kepala Ruang/Ka. Tim/PIC dan mengingatkan operator untuk melengkapi lembar *informed consent*.

#### Study

(Pelajari, Lihat Tujuan)

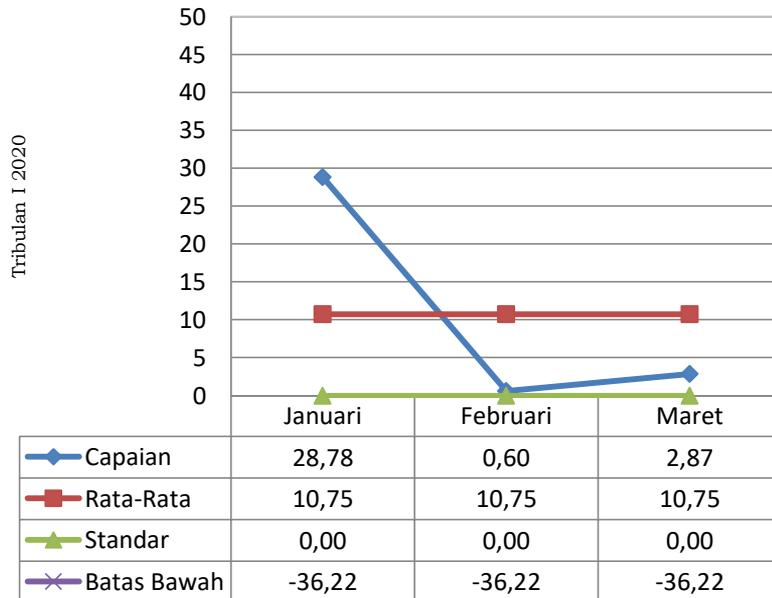
Monitoring pelaksanaan kegiatan.

#### Action

(Simpulkan)

Melakukan evaluasi pada bulan berikutnya.

Grafik: Kejadian Decubitus selama Perawatan

**Analisis :**

Pencapaian selama Tribulan I belum sesuai standar dengan grafik fluktuatif, capaian terendah 0,60% di Bulan Februari dan rata-rata 10,75%. Hal ini karena belum optimalnya pelaksanaan *bundle* decubitus diantaranya alih baring setiap 2 jam.

**Tindak Lanjut:**

Dilakukan PDSA pada Bulan April.

**Plan**

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

Menurunkan kejadian decubitus selama perawatan mendekati 0% dengan melakukan supervisi dan monitoring pelaksanaan *bundle* decubitus.

**Do**

(Amati)

1. Melakukan monitoring pelaksanaan *bundle* decubitus.
2. Melakukan supervisi dan monitoring oleh kepala ruang, IPCLN, dan IPCN terkait pengisian data dan pelaksanaan *bundle* decubitus.

**Study**

(Pelajari, Lihat Tujuan)

Monitoring pelaksanaan kegiatan.

**Action**

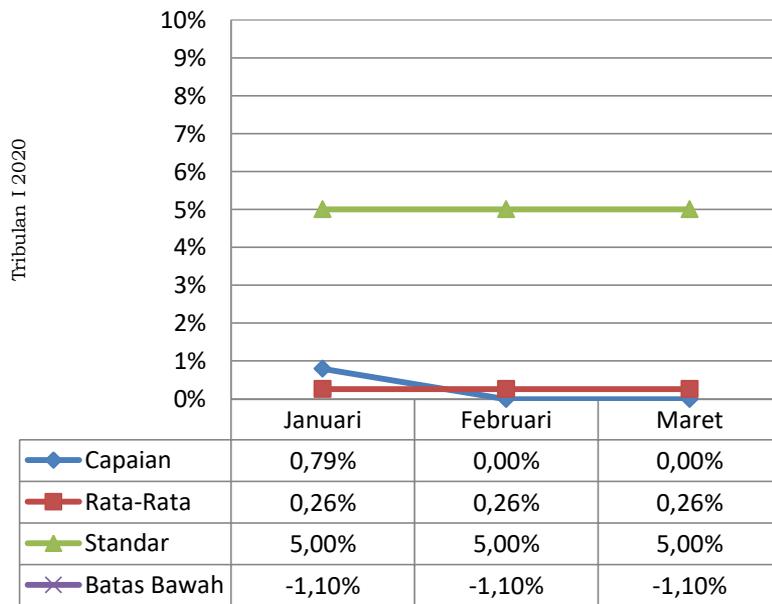
(Simpulkan)

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.	Kejadian Obat Kosong.	5%.
2.	IAM02	Pelaporan yang Diwajibkan oleh Perundang-Undangan.	Ketepatan Waktu Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP).	100%.
3.	IAM03	Manajemen Risiko.	Kejadian Pulang Sebelum Dinyatakan Sembuh.	5%.
4.	IAM 04	Pemanfaatan Sumber Daya Rumah Sakit.	Sisa Makanan yang Tidak Termakan oleh Pasien.	< 20%.
5.	IAM 05	Harapan dan Kepuasan Pasien dan Keluarga .	Kepuasan Pasien dan Keluarga.	80%.
6.	IAM 06	Harapan dan Kepuasan Staf.	Karyawan yang Mendapat Pelatihan Minimal 20 Jam Per Tahun	60%.
7.	IAM 07	Demografi Pasien dan Diagnosa Klinik.	Laporan 10 Besar Penyakit di Rawat Inap dan Demografinya.	-
8.	IAM 08	Manajemen Keuangan.	Berkas Pasien BPJS yang Tidak Layak Klaim.	0%.
9.	IAM09	Pencegahan dan Pengendalian dari Kejadian yang Dapat Menimbulkan Masalah bagi Keselamatan Pasien, Keluarga dan Staf.	Kepatuhan Penggunaan APD.	100%.

Grafik: Kejadian Obat Kosong

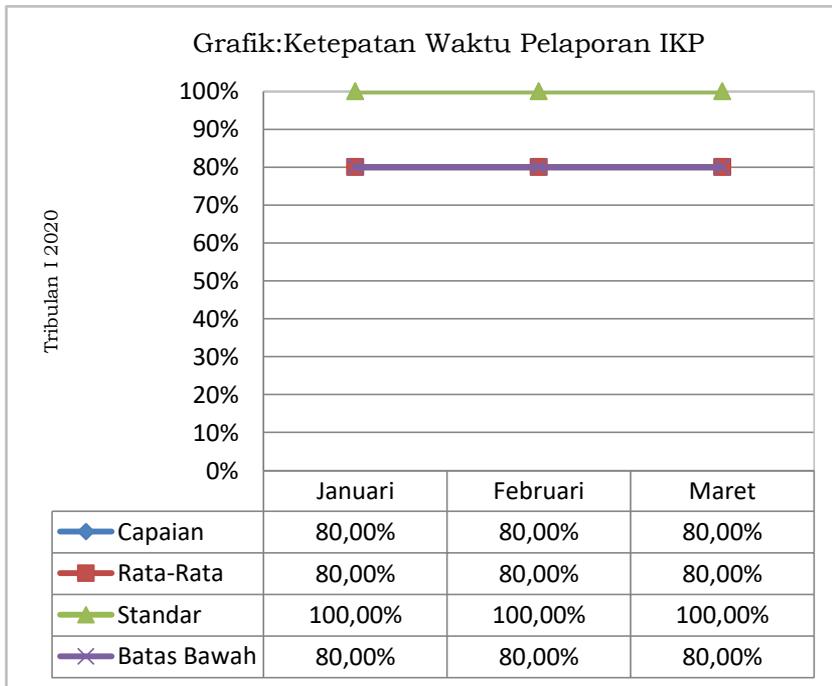


## Analisis :

Kejadian obat kosong selama Tribulan I sudah sesuai standar yaitu dibawah 5% dengan rata-rata capaian 0,26% dan konsisten setiap bulannya.

## Tindak Lanjut:

Dipertahankan dengan melakukan monitoring evaluasi.



### Analisis :

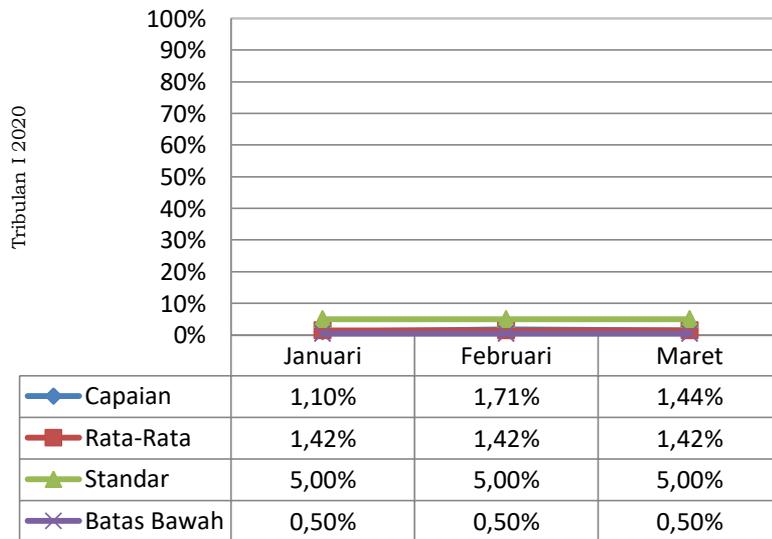
Pencapaian selama Tribulan I belum mencapai standar yang artinya belum semua pelaporan IKP tepat waktu, dengan rata-rata capaian 80% sedangkan nilai standarnya 100%. Hal ini karena pelaporan IKP masih manual belum *online* dan belum semua staf RS sadar pentingnya pelaporan IKP tepat waktu.

### Tindak Lanjut:

Dilakukan PDSA pada Bulan April.

Plan (Rencana, Outcome, Langkah- Populasi- Waktu).	Meningkatkan ketepatan waktu pelaporan IKP dengan meningkatkan supervisi keselamatan pasien dan menyempurnakan sistem pelaporan IKP <i>online</i> (Aplikasi Si Imut).
Do (Amati)	Meningkatkan supervisi keselamatan pasien dan menyempurnakan sistem pelaporan IKP <i>online</i> (aplikasi si imut) berkoordinasi dengan Instalasi SIM RS.
Study (Pelajari, Lihat Tujuan)	Monitoring pelaksanaan kegiatan.
Action (Simpulkan)	Melakukan evaluasi pada bulan berikutnya.

Grafik:Kejadian Pulang Sebelum Dinyatakan Sembuh



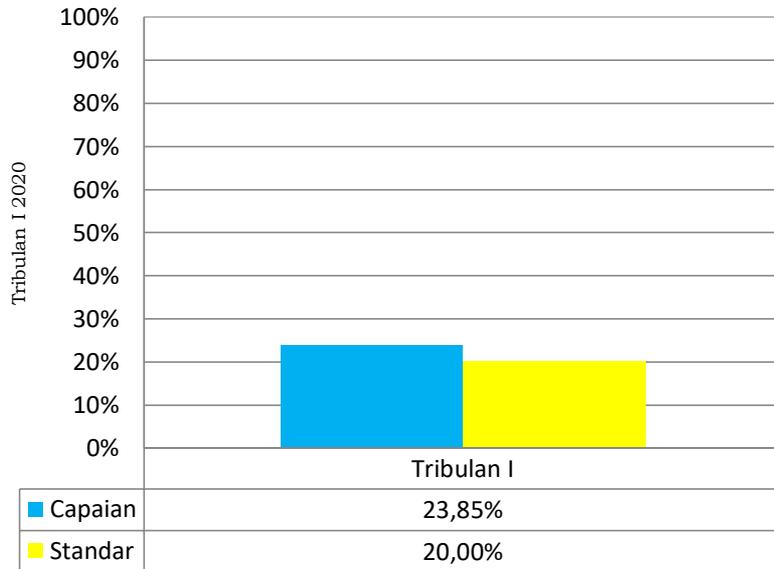
#### Analisis :

Kejadian pulang sebelum dinyatakan sembuh selama Tribulan I sudah sesuai standar dibawah 5% dan konsisten setiap bulannya diangka 1,42%. Adapun alasan pasien pulang sebelum sembuh meliputi merasa sudah sembuh, biaya, tidak ada yang menunggu dan mau dirawat di rumah saja/alternatif.

#### Tindak Lanjut:

Dipertahankan dengan melakukan monitoring evaluasi.

Grafik: Sisa Makanan yang Tidak Termakan oleh Pasien



#### Analisis :

Pencapaian selama Tribulan I belum mencapai standar masih 23,85% atau lebih tinggi dari standar 20%. Hal ini karena pasien lebih dulu makan sebelum makanan dari RS datang (waktu pengantaran diet kurang tepat), pengambilan diet 60 menit setelah diberikan ke pasien yang bagi beberapa pasien terlalu cepat.

#### Tindak Lanjut:

Dilakukan PDSA pada Bulan April.

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

Menurunkan sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien menjadi  $< 20\%$  dengan mempercepat jam pengantaran makan pasien dan menyediakan tempat alat makan kotor di ruang rawat inap untuk pasien yang membutuhkan waktu lebih lama untuk makan.

**Do**  
(Amati)

Melakukan supervisi percepatan jam pengantaran makan pasien dan penyediaan tempat alat makan kotor di ruang rawat inap untuk pasien yang membutuhkan waktu lebih lama untuk makan.

**Study**  
(Pelajari,  
Lihat  
Tujuan)

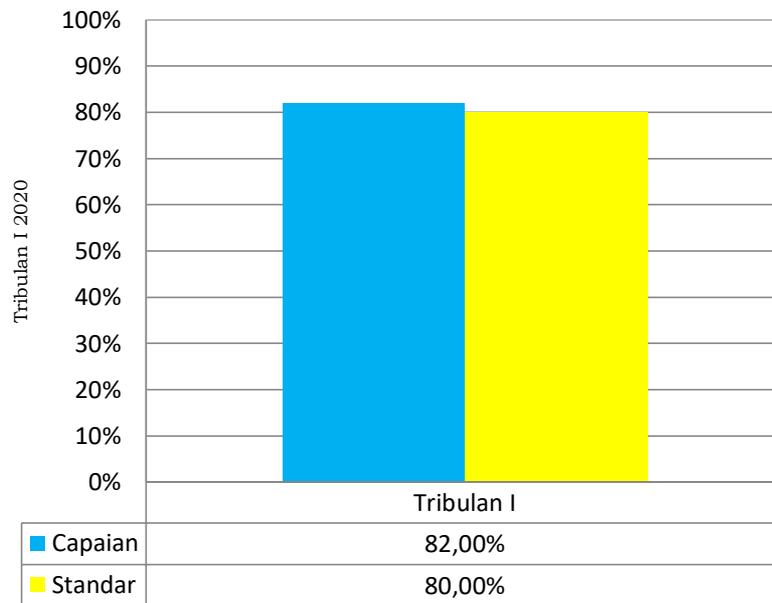
Monitoring pelaksanaan kegiatan.

**Action**  
(Simpulkan)

Melakukan evaluasi pada bulan berikutnya.



Grafik: Kepuasan Pasien dan Keluarga

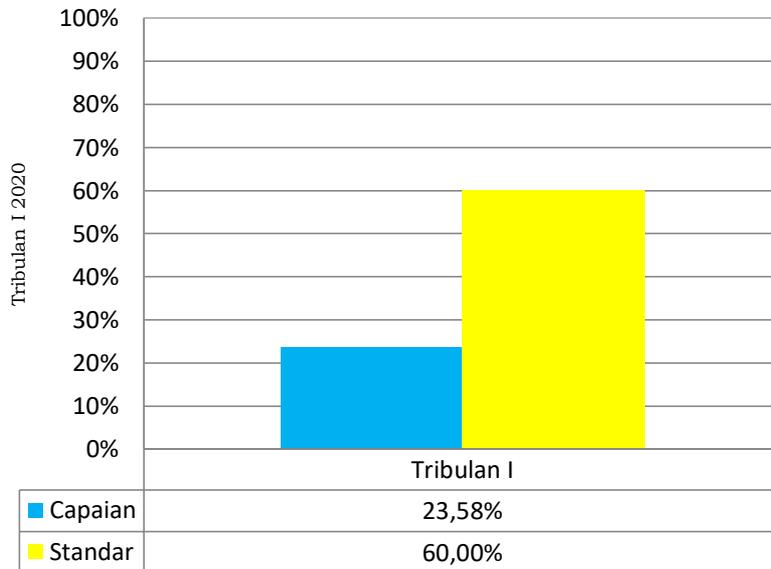
**Analisis :**

Pencapaian kepuasan pasien dan keluarga selama Tribulan I sudah melebihi standar 82% dan sesuai dengan tren rumah sakit.

**Tindak Lanjut:**

Dipertahankan dengan monitoring dan evaluasi.

Grafik: Karyawan yang Mendapat Pelatihan Minimal 20 Jam per Tahun



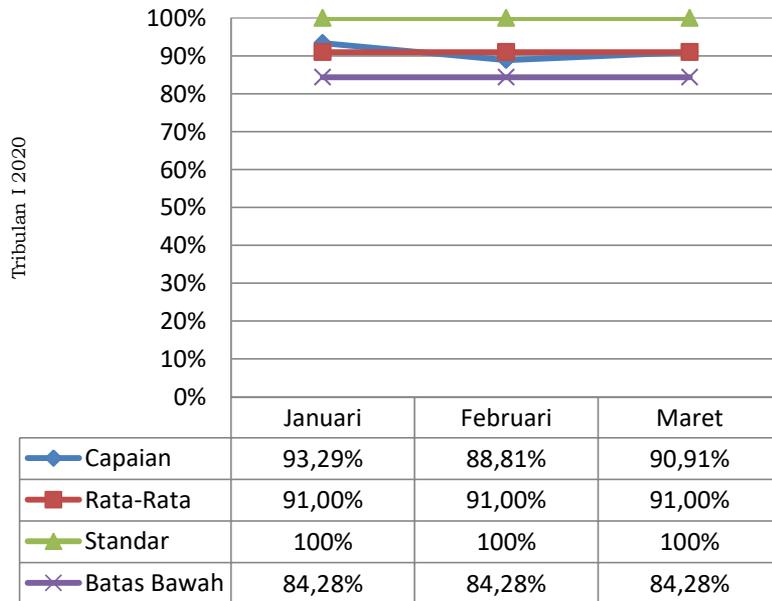
#### Analisis :

Pencapaian selama Tribulan I mencapai 23,5% dari standar 60% per tahun. Jika standar dibagi dalam tribulan maka standarnya 15%, capaian Tribulan I sudah melebihi standar, dan optimis akan tercapai bahkan melebihi di akhir tahun.

#### Tindak Lanjut:

Dipertahankan dengan monitoring dan evaluasi.

Grafik: Kepatuhan Penggunaan APD



#### Analisis :

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

#### Tindak Lanjut:

Dilakukan PDSA pada Bulan April.

#### Plan

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

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

#### Do

(Amati)

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

#### Study

(Pelajari, Lihat Tujuan)

Monitoring pelaksanaan kegiatan.

#### Action

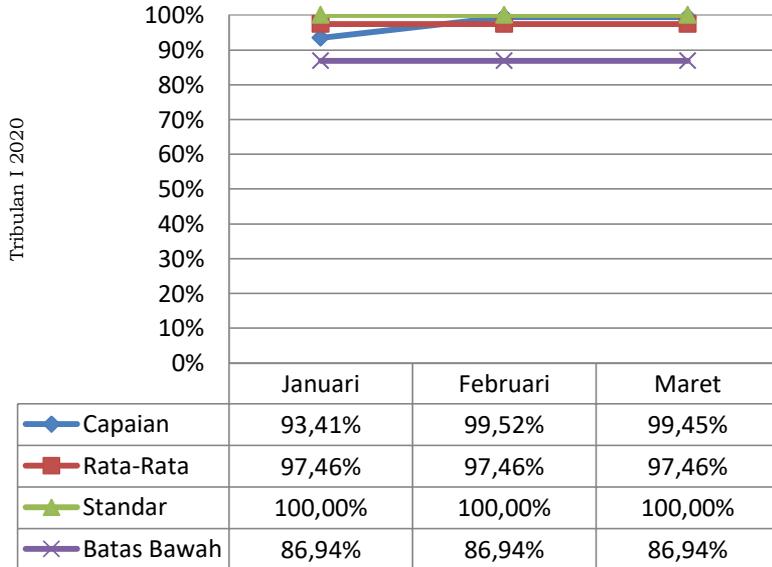
(Simpulkan)

Melakukan evaluasi pada bulan berikutnya.

D. 6 Indikator Sasaran Keselamatan Pasien (ISKP)

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

Grafik: Kepatuhan Pemasangan Gelang Identitas Pasien Rawat Inap

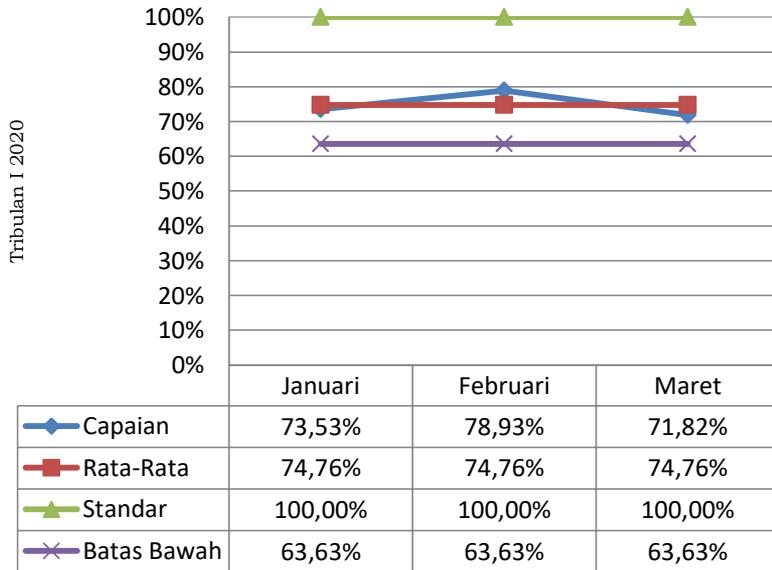


Analisis :  
Pencapaian selama Tribulan I mendekati standar dan sudah sesuai standar di Bulan Januari dan Maret.

Tindak Lanjut:  
Dilakukan PDSA pada Bulan April.

Plan (Rencana, Outcome, Langkah-Populasi-Waktu).	Meningkatkan dan mempertahankan kepatuhan pemasangan gelang identitas pada pasien rawat inap dengan melakukan monitoring pemasangan oleh Kepala Unit.
Do (Amati)	Melaksanakan monitoring pemasangan gelang identitas oleh Kepala Unit.
Study (Pelajari, Lihat Tujuan)	Monitoring pelaksanaan kegiatan.
Action (Simpulkan)	Melakukan evaluasi pada bulan berikutnya.

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



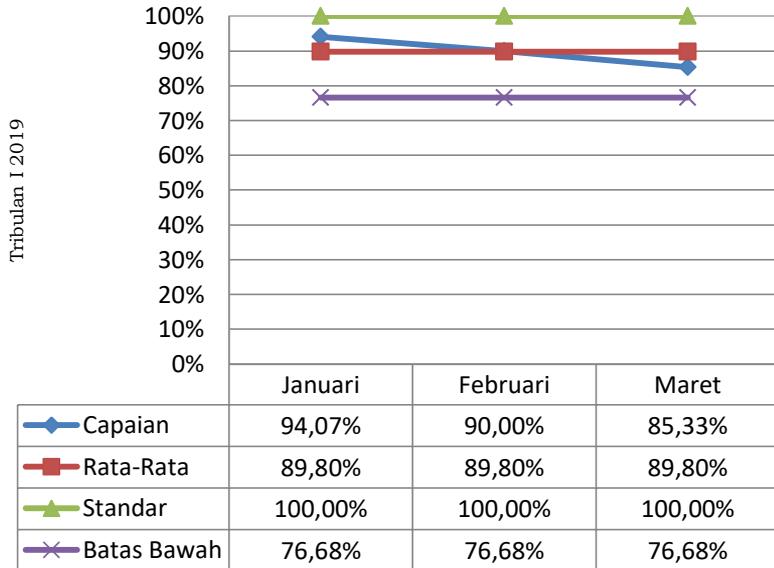
Analisis :

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

Tindak Lanjut:  
Dilakukan PDSA pada Bulan April.

Plan (Rencana, Outcome, Langkah-Populasi-Waktu).	Meningkatkan verifikasi laporan verbal oleh DPJP di ruang rawat inap dengan mengingatkan DPJP setiap visite untuk mengisi form TBAK di RM pasien.
Do (Amati)	Mengingatkan DPJP saat visite untuk mengisi form TBAK di RM pasien.
Study (Pelajari, Lihat Tujuan)	Monitoring pelaksanaan kegiatan.
Action (Simpulkan)	Melakukan evaluasi pada bulan berikutnya.

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



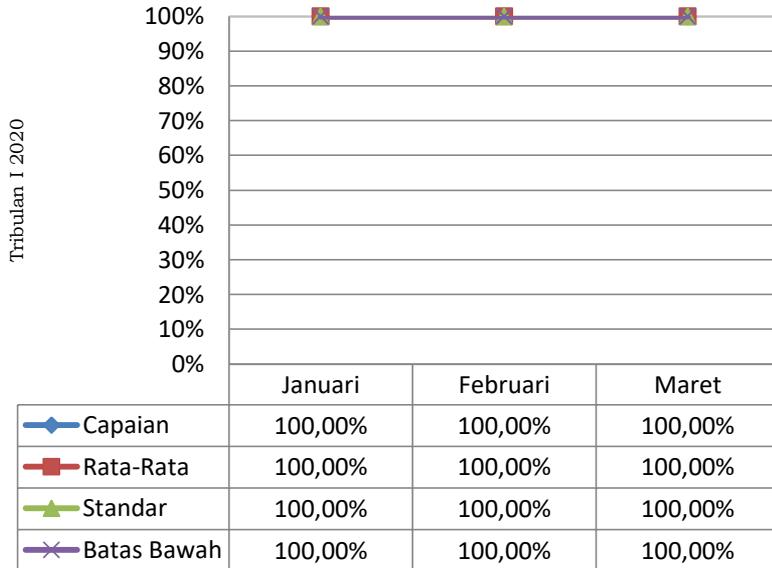
Analisis :

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

Tindak Lanjut:  
Dilakukan PDSA pada Bulan April.

<b>Plan</b> (Rencana, Outcome, Langkah-Populasi-Waktu).	Meningkatkan capaian pelabelan obat <i>high alert</i> di Instalasi Hemodialisa dengan melakukan koordinasi dan supervisi penggunaan obat <i>high alert</i> .
<b>Do</b> (Amati)	1. Melakukan koordinasi Instalasi Hemodialisa dengan Instalasi Farmasi. 2. Melakukan supervisi pelabelan obat <i>high alert</i> oleh Kepala Unit.
<b>Study</b> (Pelajari, Lihat Tujuan)	Monitoring pelaksanaan kegiatan.
<b>Action</b> (Simpulkan)	Melakukan evaluasi pada bulan berikutnya.

Grafik: Kelengkapan Pengisian *Surgical Safety Checklist*



**Analisis :**

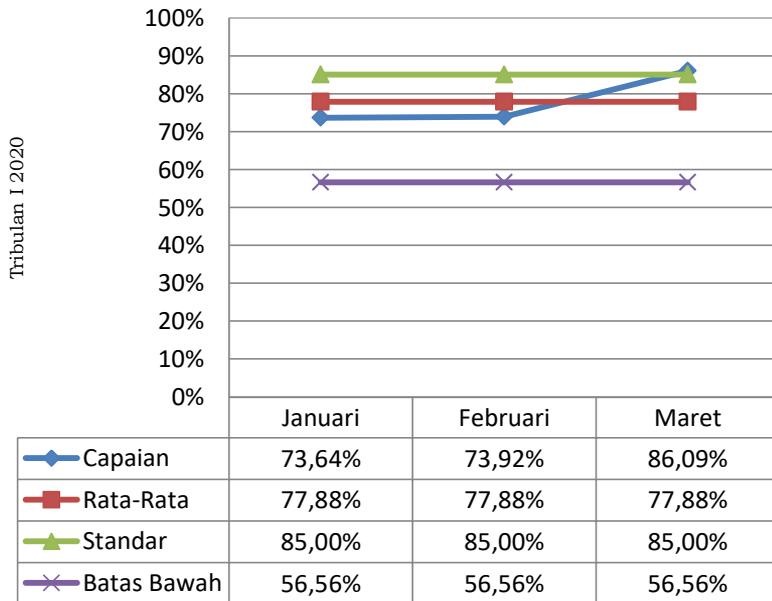
Pencapaian selama Tribulan I belum sesuai standar tetapi memiliki tren naik setiap bulannya, dengan rata-rata 91.63%. Hal ini karena belum konsistennya pengisian SSC oleh petugas kamar operasi.

**Tindak Lanjut:**

Dilakukan PDSA pada Bulan April.

<b>Plan</b> (Rencana, Outcome, Langkah-Populasi-Waktu).	Meningkatkan kepatuhan pengisian <i>checklist</i> keselamatan bedah yang lengkap di IBS dengan meningkatkan supervisi pengisian SSC di kamar operasi.
<b>Do</b> (Amati)	Melakukan supervisi pengisian SSC yang dilakukan oleh Kepala Unit.
<b>Study</b> (Pelajari, Lihat Tujuan)	Monitoring pelaksanaan kegiatan.
<b>Action</b> (Simpulkan)	Melakukan evaluasi pada bulan berikutnya.

Grafik: Kepatuhan Cuci Tangan



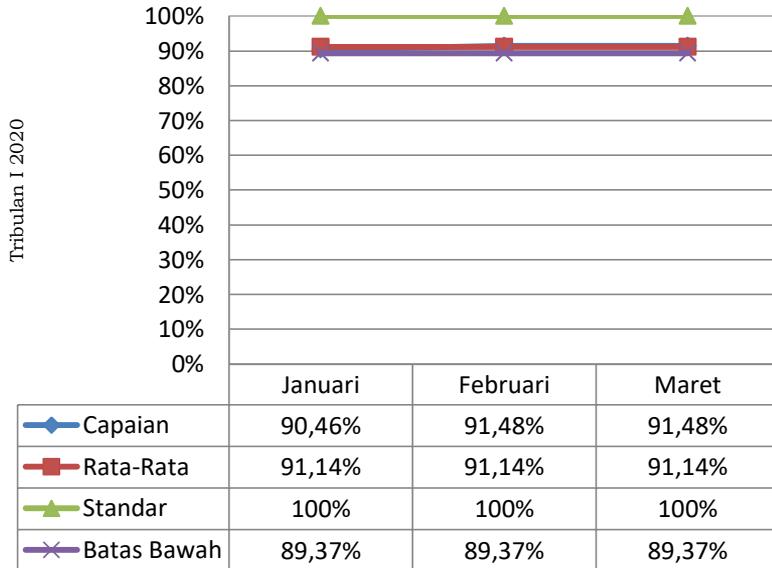
Analisis :

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

Tindak Lanjut:  
Dilakukan PDSA pada Bulan April.

Plan (Rencana, Outcome, Langkah-Populasi-Waktu).	Meningkatkan kepatuhan cuci tangan dengan melakukan sosialisasi cuci tangan kepada petugas.
Do (Amati)	Melakukan sosialisasi cuci tangan kepada petugas.
Study (Pelajari, Lihat Tujuan)	Monitoring pelaksanaan kegiatan.
Action (Simpulkan)	Melakukan evaluasi pada bulan berikutnya.

Grafik: Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko Cedera Akibat Pasien Jatuh



Analisis :

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

Tindak Lanjut:  
Dilakukan PDSA pada Bulan April.

<p><b>Plan</b> (Rencana, Outcome, Langkah-Populasi-Waktu).</p>	<p>Meningkatkan kepatuhan upaya pencegahan resiko cedera akibat pasien jatuh dengan meningkatkan monitoring pelaksanaan upaya pencegahan resiko jatuh pada pasien.</p>
<p><b>Do</b> (Amati)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meningkatkan monitoring pencegahan resiko jatuh oleh Kepala Ruang.</li> <li>2. Memberikan <i>reinforcement</i> positif kepada petugas dan ruangan yang berhasil menaikan kepatuhan pencegahan resiko jatuh.</li> </ol>
<p><b>Study</b> (Pelajari, Lihat Tujuan)</p>	<p>Monitoring pelaksanaan kegiatan.</p>
<p><b>Action</b> (Simpulkan)</p>	<p>Melakukan evaluasi pada bulan berikutnya.</p>

### 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.