



**LAPORAN**

**PUBLIKASI DATA  
ANALISA, MONITORING, EVALUASI DAN TINDAK LANJUT  
INDIKATOR MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN  
RSUD MUNTILAN KABUPATEN MAGELANG  
TRIBULAN I TAHUN 2017**

**KOMITE PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN  
(KPMKP)**

Jl. Kartini No.13 Muntilan 56411 Informasi (0293)587004 Sekretariat (0293)587017 Fax (0293)587017 IGD(0293)585392  
E-mail : rsudkabmg1@gmail.com

LAPORAN  
PUBLIKASI DATA

ANALISA, MONITORING, EVALUASI DAN TINDAK LANJUT  
INDIKATOR MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN  
RSUD MUNTILAN KABUPATEN MAGELANG  
TRIBUNAL I TAHUN 2017

Muntilan, 22 April 2017



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 dengan menggunakan potensi sumber daya yang tersedia di rumah sakit secara wajar, efisien dan efektif serta diberikan secara aman dan memuaskan. Sedangkan keselamatan pasien rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Peningkatan mutu secara menyeluruh akan meningkatkan keselamatan pasien dan memperkecil risiko pada pasien dan staf secara berkesinambungan.

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.

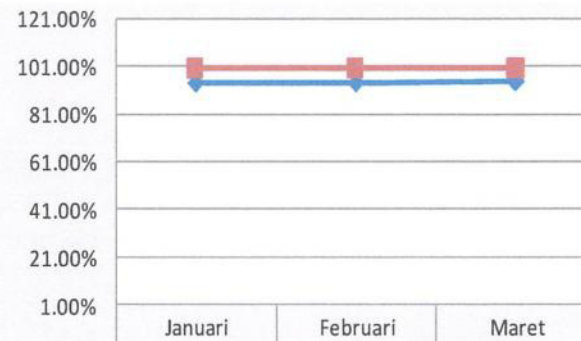
Berdasarkan pada hal tersebut di atas, maka **Laporan Publikasi Data Analisa, Monitoring, Evaluasi dan Tindak Lanjut Indikator Mutu dan Keselamatan Pasien RSUD Muntilan Kabupaten Magelang** ini disusun dengan terlebih dahulu memastikan validitas dan reliabilitasnya, untuk selanjutnya diseminasikan dan dipublikasikan melalui media yang ada (performance board dan website rumah sakit).

**II. ANALISA, MONITORING, EVALUASI DAN TINDAK LANJUT  
INDIKATOR MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN  
TRIBUNAN II TAHUN 2017**

**A. INDIKATOR AREA KLINIK**

**IAK 1**

**ANGKA PENGKAJIAN AWAL MEDIS RAWAT INAP DALAM WAKTU 24 JAM  
(%)  
TRIBUNAN I TAHUN 2017**

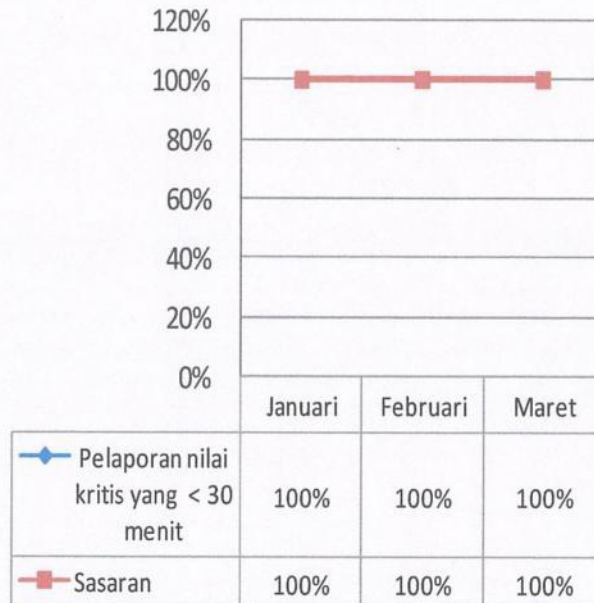


	Januari	Februari	Maret
Format Pengkajian Awal Medis Rawat Inap yang Terisi Lengkap oleh DPJP dalam Waktu ≤ 24 jam	94.07%	94.03%	94.38%
Sasaran	100%	100%	100%

<b>Plan</b>	Meningkatkan pengkajian awal medis rawat inap dalam waktu 24 jam.
<b>Do</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sosialisasi ulang SPO sudah dilakukan.</li> <li>2. Supervisi/ingatkan DPJP sudah dilakukan.</li> <li>3. Monitoring pelaksanaan sudah dilakukan.</li> </ol>
<b>Study</b>	Pencapaian selama Tribulan I stabil cenderung naik tetapi belum sesuai sasaran. Hal ini karena sosialisasi dan supervisi belum optimal.
<b>Action</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sosialisasi ulang SPO di forum rapat unit dan SMF.</li> <li>2. Koordinasi Bidang Pelayanan dengan DPJP.</li> <li>3. Supervisi/ingatkan DPJP oleh Kepala Unit.</li> <li>4. Tingkatkan peran aktif autorest people/MPP.</li> <li>5. Pemantauan dilakukannya kelengkapan assesmen awal medis dalam 24 jam.</li> </ol>

## IAK 2

### ANGKA PELAPORAN HASIL NILAI KRITIS LABORATORIUM (%) TRIBULAN I TAHUN 2017

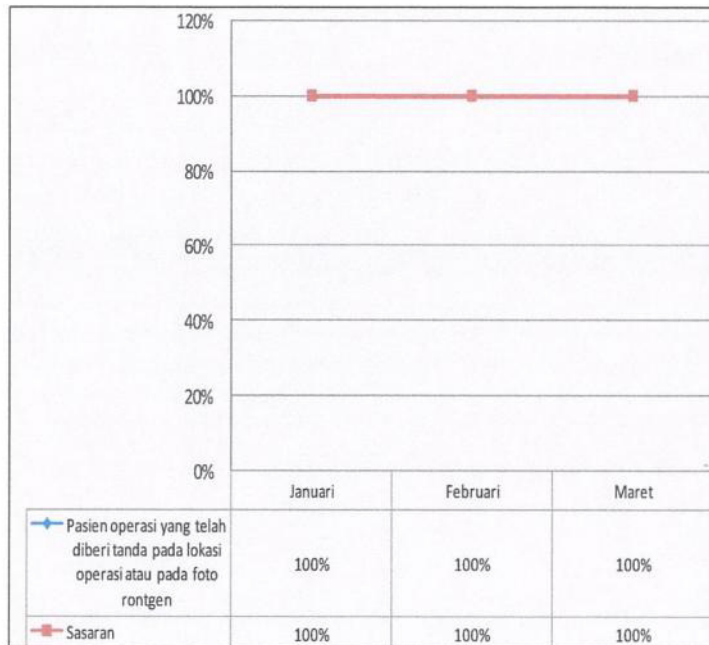


Plan	Mempertahankan pelaporan hasil nilai kritis Laboratorium tetap dibawah 30 menit.
Do	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sosialisasi ulang SPO sudah dilakukan.</li> <li>2. Tingkatkan kepatuhan pencatatan dan pelaporan.</li> <li>3. Monitoring pelaksanaan sudah dilakukan.</li> </ol>
Study	Pencapaian selama Tribulan I sudah mencapai sasaran. Tetapi harus tetap dipertahankan.
Action	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pertahankan capaian indikator oleh Instalasi Laboratorium.</li> <li>2. Supervisi pencatatan dan pelaporan oleh Kepala Laboratorium.</li> <li>3. Monitor pelaksanaan oleh Kepala Laboratorium.</li> </ol>



## IAK 4

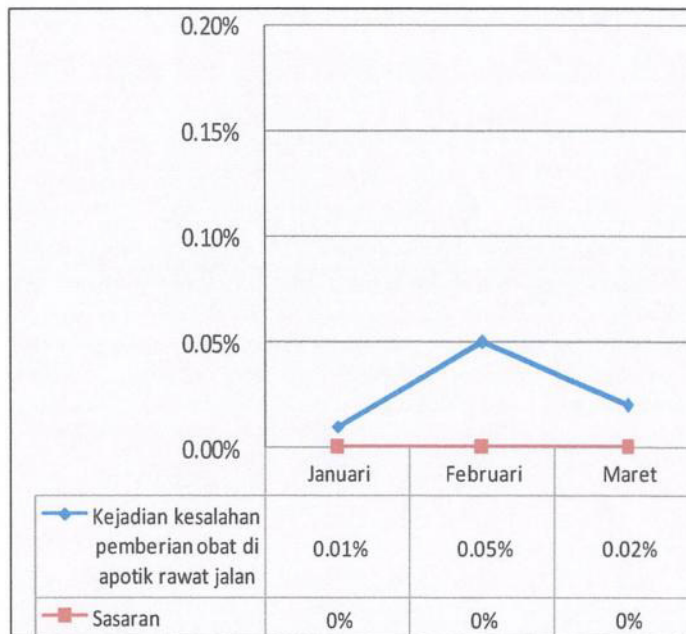
### ANGKA KEPATUHAN PENANDAAN SISI DAN LOKASI OPERASI (%) TRIBULAN I TAHUN 2017



Plan	Mempertahankan kepatuhan dokter operator dalam penandaan sisi dan lokasi operasi di ruang rawat inap.
Do	<ol style="list-style-type: none"> <li>Motivasi operator untuk melaksanakan SPO sudah dilakukan.</li> <li>Monitoring dan evaluasi SPO pelaksanaan penandaan sebelum operasi sudah dilakukan.</li> <li>Alat terkait site marking (spidol penandaan) sudah ada.</li> </ol>
Study	Pencapaian selama Tribulan I sudah mencapai sasaran. Tetapi harus tetap dipertahankan.
Action	<ol style="list-style-type: none"> <li>Pertahankan capaian indikator oleh IBS.</li> <li>Supervisi pencatatan dan pelaporan oleh Kepala IBS.</li> <li>Monitor pelaksanaan oleh Kepala IBS.</li> </ol>

## IAK 6

## ANGKA KEJADIAN KESALAHAN PEMBERIAN OBAT DI APOTIK RAWAT JALAN (%) TRIBULAN I TAHUN 2017

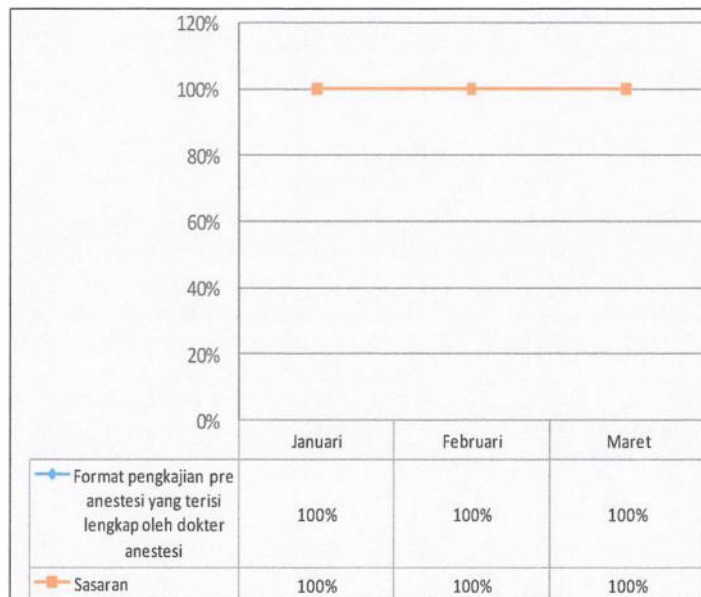


Plan	Menurunkan kejadian kesalahan pemberian obat di apotik rawat jalan.
Do	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sosialisasi SPO sudah dilakukan.</li> <li>2. Ingatkan petugas sudah dilakukan tapi belum konsisten.</li> <li>3. Monitoring pelaksanaan sudah dilakukan.</li> </ol>
Study	Pencapaian selama Tribulan I belum mencapai sasaran dengan sedikit kejadian. Hal ini karena banyaknya resep yang masuk dalam waktu hampir bersamaan dan SDM yang terbatas.
Action	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sosialisasi SPO dalam rapat Unit.</li> <li>2. Koordinasi dengan Bidang Pelayanan dan Instalasi RJ.</li> <li>3. Pencatatan dan pelaporan oleh PIC.</li> <li>4. Supervisi dan monitoring pelaksanaan oleh Kepala Unit.</li> </ol>

## IAK 7

## ANGKA KELENGKAPAN ASESMEN PRE ANESTESI (%)

### TRIBULAN I TAHUN 2017

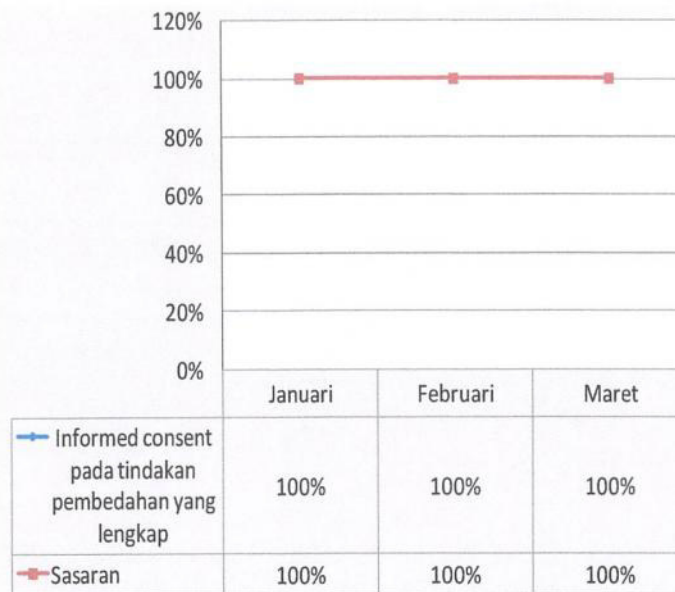


Plan	Mempertahankan pengkajian pre anestesi yang terisi lengkap oleh dokter anestesi .
Do	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sosialisasikan SPO sudah dilakukan.</li> <li>2. Monitoring pelaksanaan sudah dilakukan.</li> </ol>
Study	Pencapaian selama Tribulan I sudah mencapai sasaran. Tetapi harus tetap dipertahankan.
Action	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Motivasi dokter oleh Direksi RS.</li> <li>2. Supervisi pelaksanaan oleh Kepala IBS dan Ruang Flamboyan.</li> <li>3. Monitoring pelaksanaan oleh Kepala IBS.</li> </ol>



## IAK 9

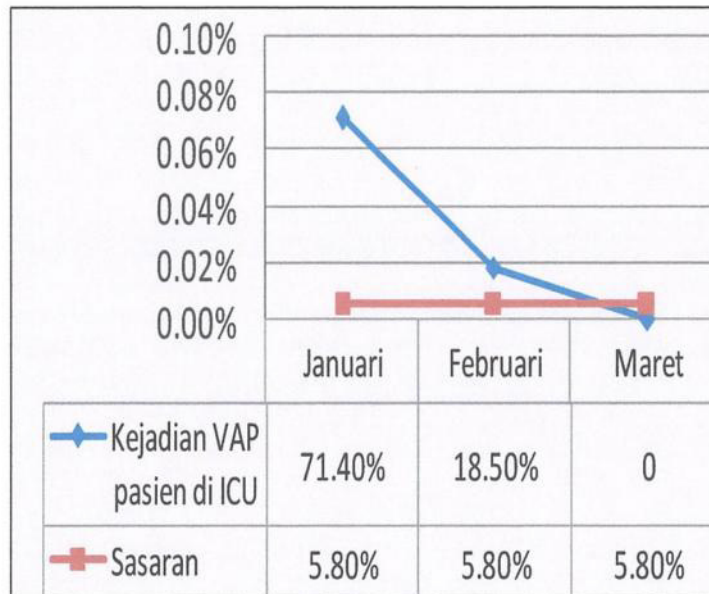
### ANGKA KELENGKAPAN PENGISIAN *INFORMED CONSENT* PADA TINDAKAN PEMBEDAHAN (%) TRIBULAN I TAHUN 2017



Plan	Mempertahankan kelengkapan pengisian informed consent pada tindakan pembedahan.
Do	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sosialisasi SPO sudah dilakukan.</li> <li>2. Monitoring pelaksanaan sudah dilakukan.</li> <li>3. Skrining kelengkapan dokumen saat serah terima dari bangsal ke IBS sudah dilakukan.</li> </ol>
Study	Pencapaian selama Tribulan I sudah mencapai sasaran. Tetapi harus tetap dipertahankan.
Action	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Supervisi pelaksanaan oleh Kepala Ruangan Rawat Inap dan IBS.</li> <li>2. Monitoring untuk mempertahankan capaian.</li> </ol>

**IAK 10**

**ANGKA TERJADINYA VAP (VENTILATOR ASSOCIATED PNEUMONIA) (‰) TRIBULAN I TAHUN 2017**

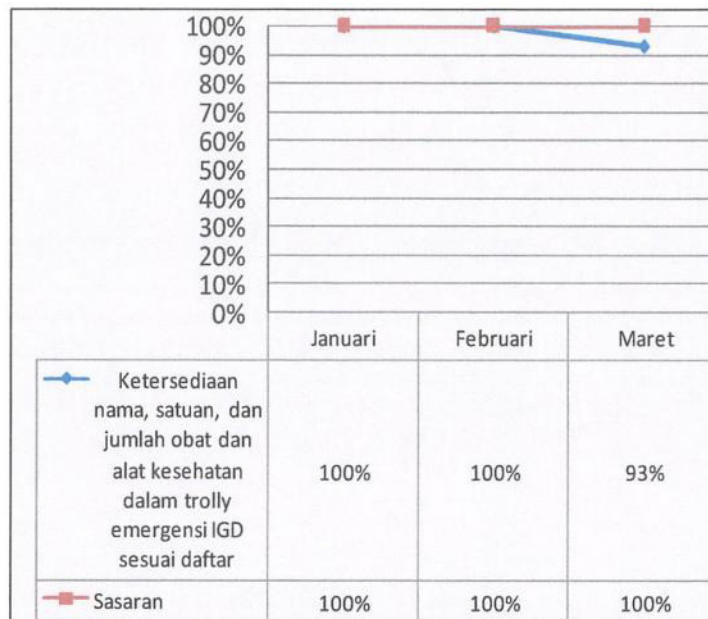


Plan	Mempertahankan terjadinya VAP dibawah 5,8 ‰.
Do	<ol style="list-style-type: none"> <li>Sosialisasi bundle VAP sudah dilakukan pada sebagian petugas.</li> <li>Koordinasi dengan PPA di ICU, PICU dan NICU untuk pelaksanaan bundle VAP sudah dilaksanakan.</li> <li>Monitoring pelaksanaan bundle VAP sudah dilakukan.</li> </ol>
Study	Pencapaian selama Tribulan I terjadinya VAP mengalami penurunan sampai dengan mencapai sasaran.
Action	<ol style="list-style-type: none"> <li>Sosialisasi bundle VAP pada semua PPA di Unit Kritis oleh Komite PPI.</li> <li>In house training manajemen ventilator mekanik oleh Diklat RS.</li> <li>Supervisi dan monitoring pelaksanaan oleh Komite PPI.</li> </ol>

B. INDIKATOR AREA MANAJEMEN

IAM 1

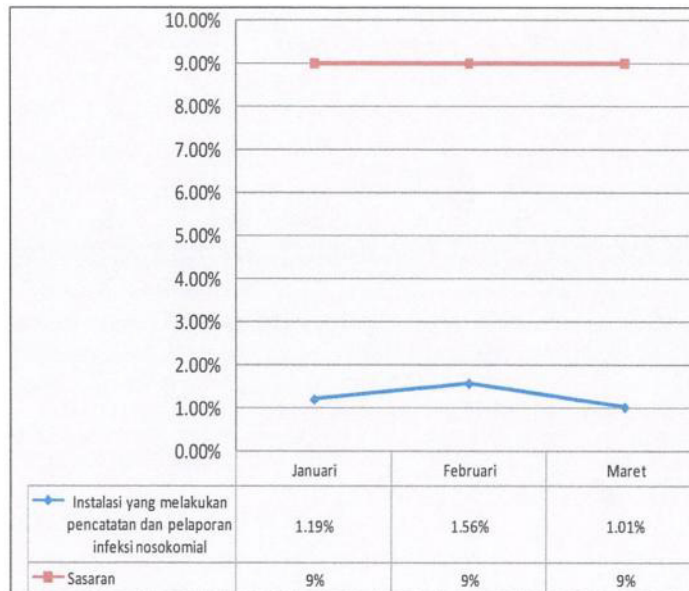
**KETERSEDIAAN OBAT DAN ALAT KESEHATAN EMERGENSI DI IGD (%)  
TRIBULAN I TAHUN 2017**



Plan	Menjamin ketersediaan nama, satuan dan jumlah obat dan alat kesehatan dalam trolley emergensi di IGD.
Do	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sosialisasi SPO sudah dilakukan.</li> <li>2. Penyiapan trolley, alat dan obat sudah dilakukan.</li> <li>3. Monitoring pelaksanaan sudah dilakukan.</li> <li>4. Penunjukan petugas farmasi penanggungjawab trolley sudah dilakukan.</li> </ol>
Study	Pencapaian selama Tribulan I sudah mencapai sasaran. Tetapi di Bulan Maret menurun. Hal ini karena petugas farmasi penanggungjawab trolley rotasi dinas.
Action	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sosialisasi SPO kepada petugas farmasi rawat inap dan IGD.</li> <li>2. Supervisi dan monitoring pelaksanaan oleh Kepala Instalasi Farmasi.</li> <li>3. Retensi PIC Mutu Farmasi Rawat Inap.</li> </ol>

## IAM 2

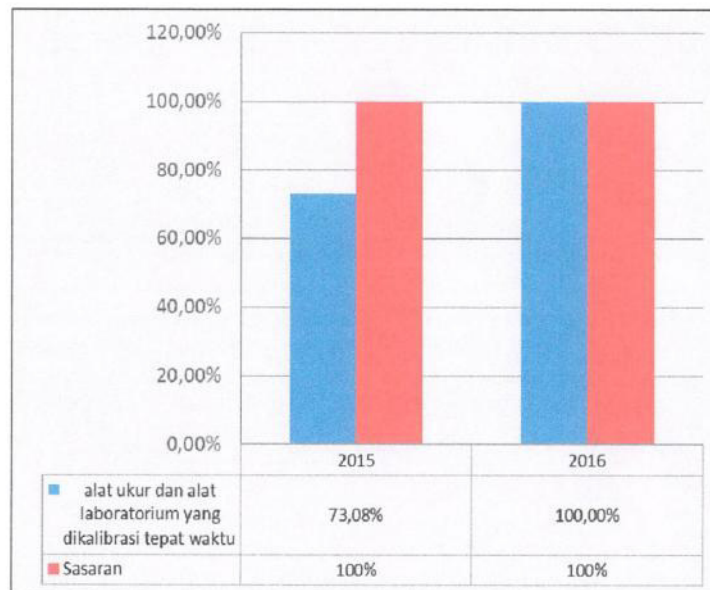
### KEJADIAN INFEKSI NOSOKOMIAL DI RAWAT INAP (%) TRIBULAN I TAHUN 2017



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

## IAM 4

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

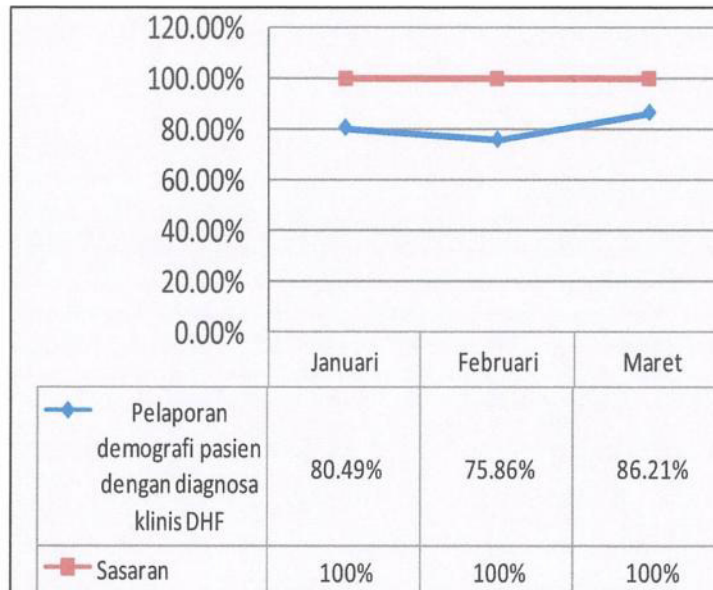


Plan	Menaikkan dan mempertahankan alat ukur dan alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu.
Do	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sosialisasi SPO sudah dilakukan.</li> <li>2. Kerjasama dengan pihak ketiga sudah dilakukan.</li> <li>3. Monitoring pelaksanaan sudah dilakukan.</li> </ol>
Study	Pencapaian selama tahun 2016 sudah mencapai sasaran. Tetapi masih perlu ditingkatkan dan dipertahankan.
Action	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kerjasama dengan pihak ketiga sesuai jenis alat.</li> <li>2. Supervisi pelaksanaan oleh Kepala Instalasi Laboratorium.</li> <li>3. Monitoring pelaksanaan oleh Kepala Instalasi Laboratorium.</li> </ol>



## IAM 7

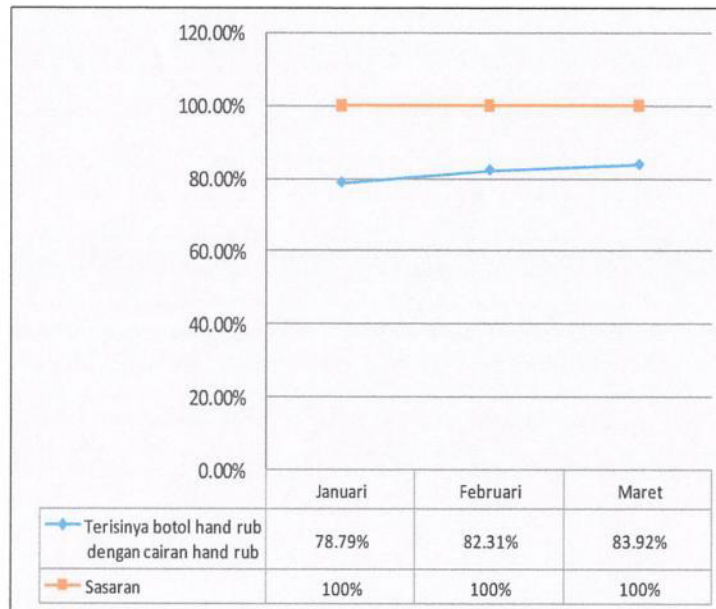
### DEMOGRAFI PASIEN DENGAN DIAGNOSA KLINIS DHF (%) TRIBULAN I TAHUN 2017



Plan	Meningkatkan pelaporan demografi pasien dengan diagnosa klinis DHF.
Do	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sosialisasi SPO sudah dilakukan.</li> <li>2. Penyiapan format laporan DHF sudah dilakukan.</li> <li>3. Monitoring pelaksanaan sudah dilakukan tapi belum optimal.</li> </ol>
Study	Pencapaian Tribulan I belum mencapai sasaran. Hal ini karena belum semua pasien DHF dilaporkan menggunakan format yang tersedia.
Action	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Supervisi/ mengingatkan pelaksanaan oleh Kepala Ruang dan Petugas RM.</li> <li>2. Monitoring pelaksanaan oleh Kepala Ruang.</li> </ol>

## IAM 9

# KETERSEDIAAN CAIRAN HANDRUB DI RAWAT INAP (%) TRIBULAN I TAHUN 2017

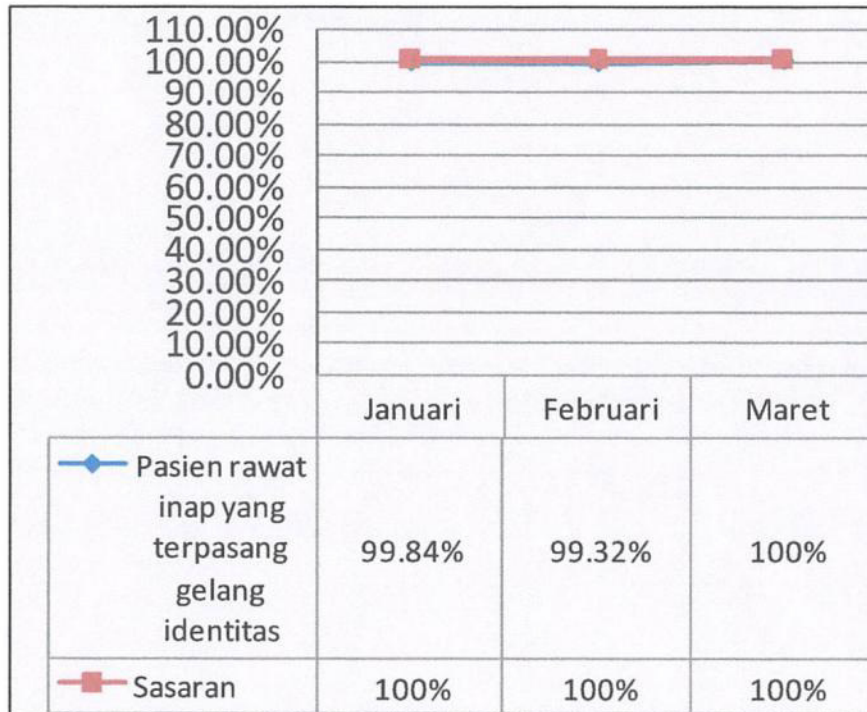


Plan	Memastikan ketersediaan cairan handrub di rawat inap.
Do	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penyiapan anggaran sudah dilakukan.</li> <li>2. Penyiapan botol dan cairan handrub sudah dilakukan.</li> <li>3. Penunjukan petugas penanggungjawab pengisian setiap unit kerja sudah dilakukan.</li> <li>4. Monitoring/audit pelaksanaan sudah dilakukan.</li> </ol>
Study	Pencapaian Tribulan I belum mencapai sasaran. Hal ini karena masih adanya petugas penanggungjawab pengisian lupa mengisi cairan handrub.
Action	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Koordinasi dengan Instalasi Farmasi untuk kelancaran pengadaan.</li> <li>2. Supervisi pelaksanaan oleh Kepala Unit.</li> <li>3. Monitoring/audit berkala oleh IPCN.</li> </ol>

C. INDIKATOR SASARAN KESELAMATAN PASIEN

ISKP 1

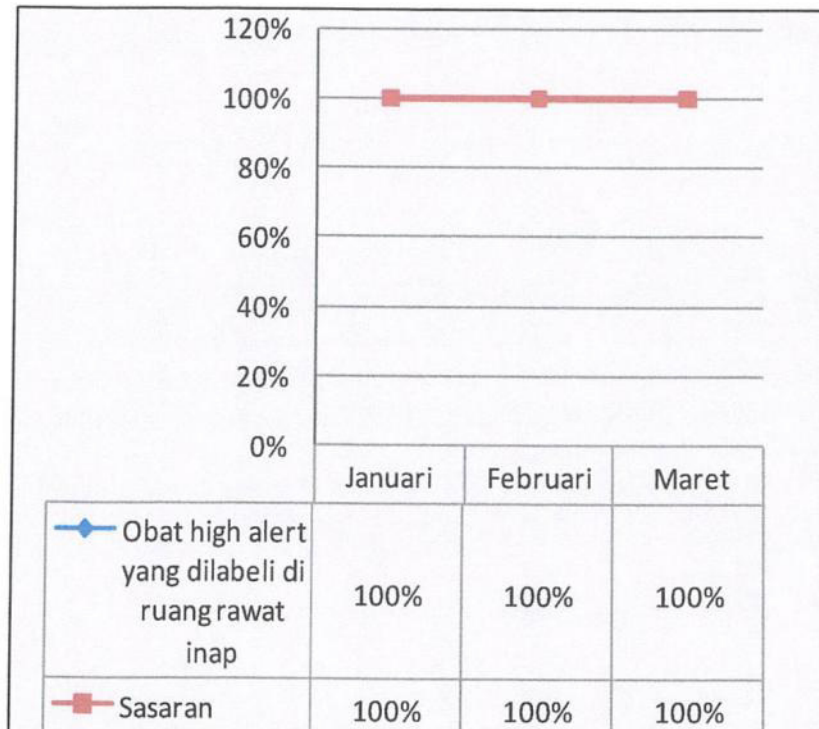
**ANGKA KEPATUHAN PEMASANGAN GELANG IDENTITAS PASIEN RAWAT INAP (%) TRIBULAN I TAHUN 2017**



Plan	Meningkatkan dan mempertahankan kepatuhan pemasangan gelang identitas pasien rawat inap .
Do	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sosialisasi SPO sudah dilakukan.</li> <li>2. Penyiapan gelang identitas sudah dilakukan.</li> <li>3. Monitoring pelaksanaan sudah dilakukan.</li> </ol>
Study	Pencapaian Tribulan I mendekati dan mencapai sasaran. Tapi masih perlu ditingkatkan dan dipertahankan.
Action	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Supervisi pelaksanaan oleh Kepala Unit Admisi.</li> <li>2. Monitoring untuk mempertahankan pencapaian oleh Kepala Ruang.</li> </ol>

### ISKP 3

## ANGKA KEPATUHAN PELABELAN OBAT HIGH ALERT DI RUANG RAWAT INAP (%) TRIBULAN I TAHUN 2017

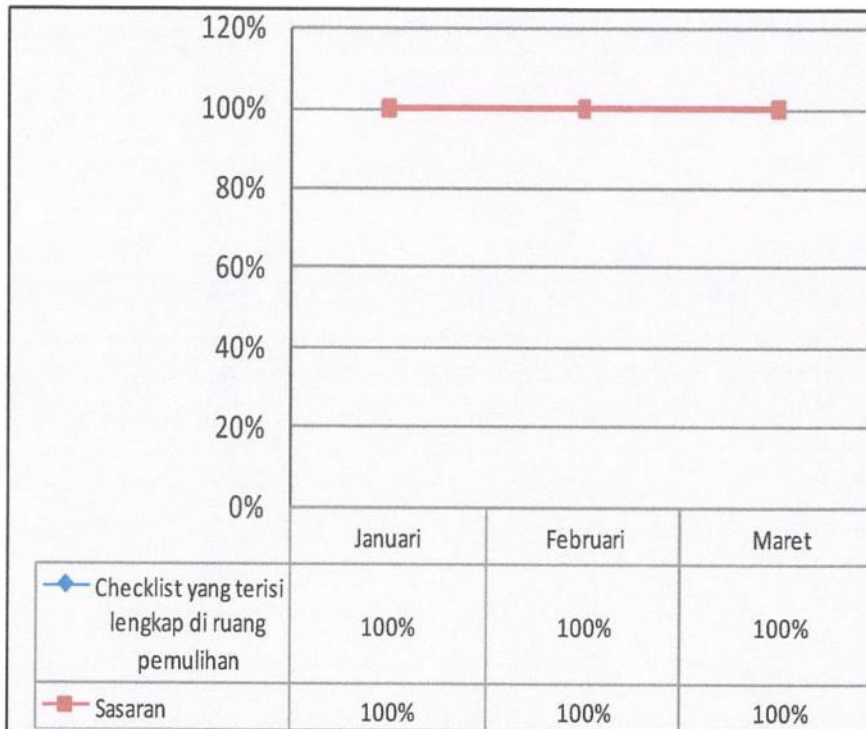


Plan	Mempertahankan kepatuhan pelabelan obat high alert di ruang rawat inap.
Do	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sosialisasi SPO sudah dilakukan.</li> <li>2. Penyiapan label sudah dilakukan.</li> <li>3. Supervisi pelaksanaan sudah dilakukan.</li> <li>4. Monitoring pelaksanaan sudah dilakukan.</li> </ol>
Study	Pencapaian selama Tribulan I sudah mencapai sasaran. Tetapi harus tetap dipertahankan.
Action	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pengaturan distribusi tenaga khususnya PIC mutu dan keselamatan.</li> <li>2. Supervisi pelaksanaan oleh Kepala Unit.</li> <li>3. Monitoring pelaksanaan oleh Kepala Unit.</li> </ol>



## ISKP 4

# ANGKA KEPATUHAN PENGISIAN *CHECK LIST* KESELAMATAN BEDAH YANG LENGKAP DI IBS (%) TRIBULAN I TAHUN 2017



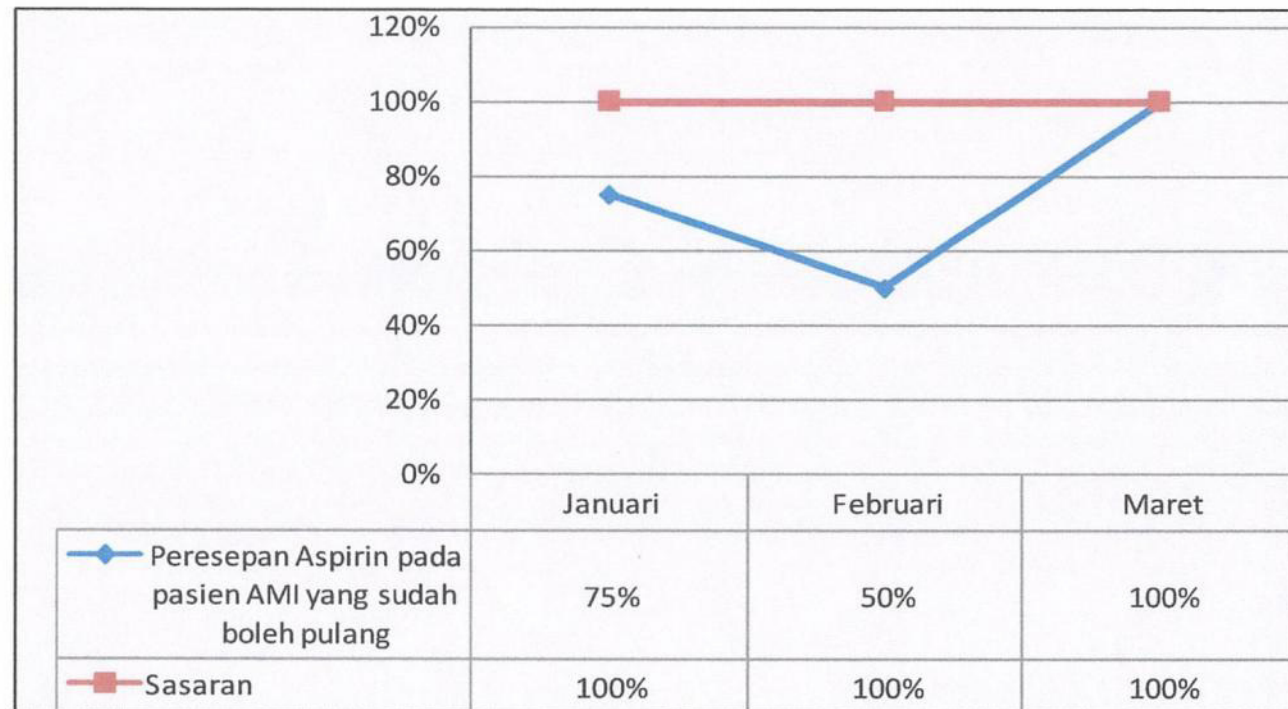
Plan	Mempertahankan kepatuhan pengisian checklist keselamatan bedah yang lengkap di IBS.
Do	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sosialisasi SPO sudah dilakukan.</li> <li>2. Penyiapan blanko SSC sudah dilakukan.</li> <li>3. Monitoring pelaksanaan sudah dilakukan.</li> </ol>
Study	Pencapaian selama Tribulan I sudah mencapai sasaran. Tetapi harus tetap dipertahankan.
Action	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Supervisi/ingatkan pelaksanaan oleh Kepala Ruang.</li> <li>2. Monitoring Supervisi pelaksanaan oleh Kepala Ruang.</li> </ol>



D. INDIKATOR INTERNATIONAL LIBRARY MEASURES

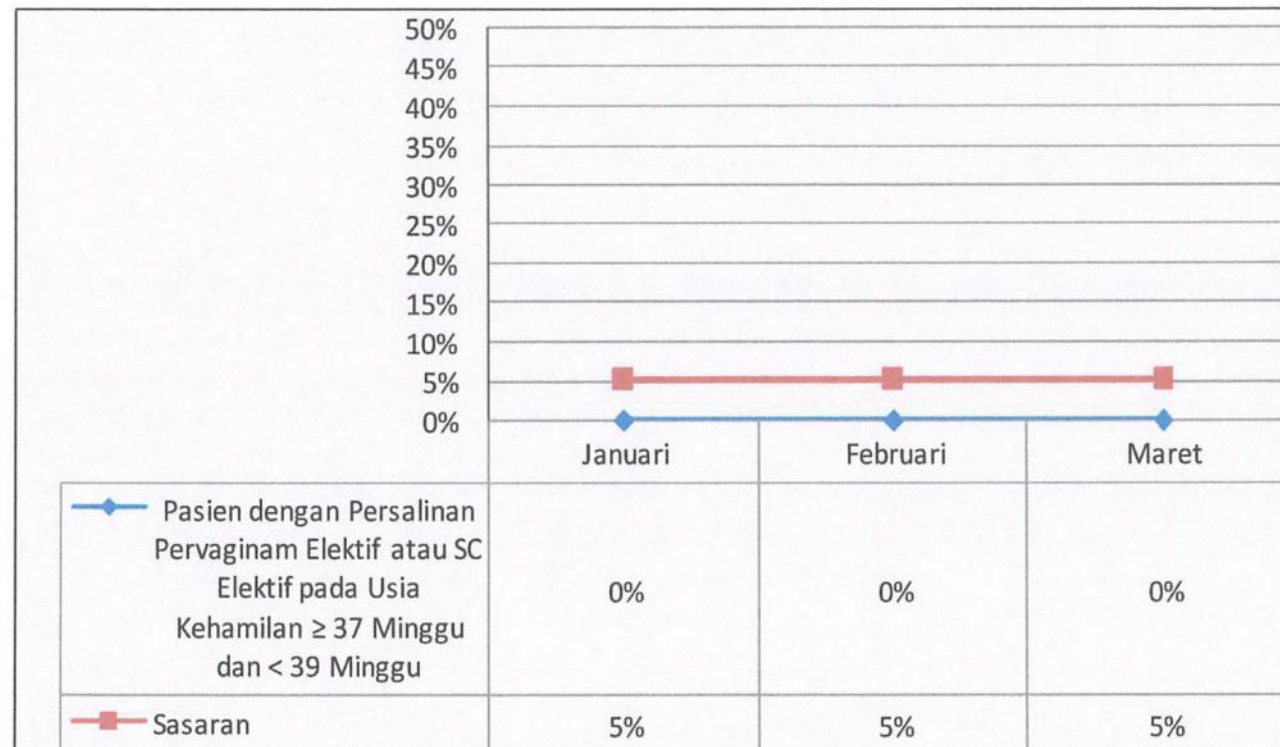
IILM 1

PERESEPAN ASPIRIN PADA PASIEN AMI YANG SUDAH BOLEH PULANG (%)  
TRIBULAN I TAHUN 2017



## IILM 5

### PASIEAN DENGAN PERSALINAN PERVAGINAM ELEKTIF ATAU SECTIO CESARIA ELEKTIF PADA USIA KEHAMILAN $\geq 37$ MINGGU DAN $< 39$ MINGGU (%) TRIBULAN I TAHUN 2017



#### **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.