



LAPORAN

**PUBLIKASI DATA
ANALISA, MONITORING, EVALUASI DAN TINDAK LANJUT
INDIKATOR MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN
RSUD MUNTILAN KABUPATEN MAGELANG
TRIBULAN II 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 : rsudkabmg@gmail.com

**LAPORAN
PUBLIKASI DATA**

**ANALISA, MONITORING, EVALUASI DAN TINDAK LANJUT
INDIKATOR MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN
RSUD MUNTILAN KABUPATEN MAGELANG
TRIBUNAN II TAHUN 2017**

Muntilan, 20 Juli 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.

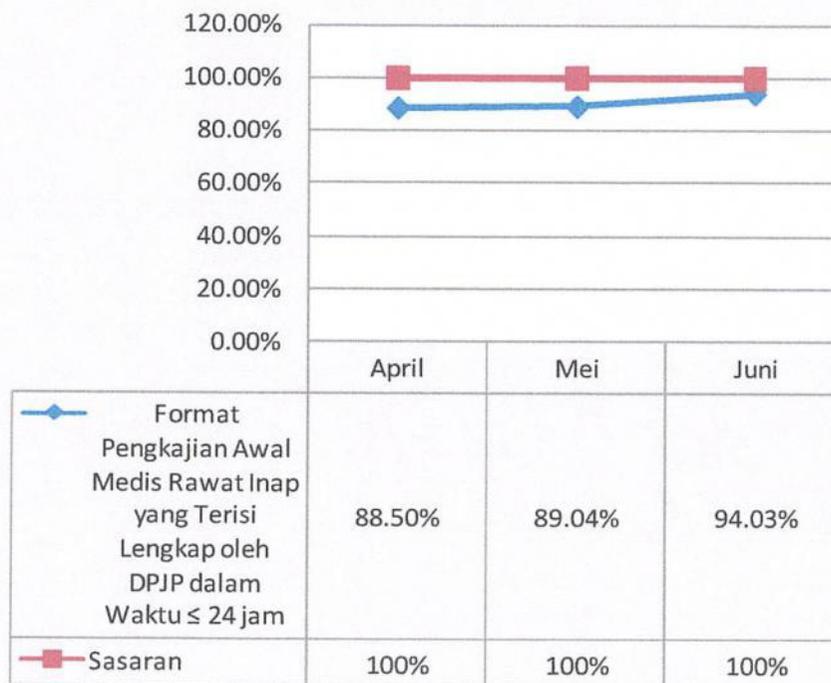
Sesuai dengan program kerja Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan RSUD Muntilan yaitu melakukan pengumpulan data, analisa, monitoring, evaluasi dan tindak lanjut indikator mutu dan keselamatan pasien maka secara periodik (setiap 3 bulan) laporan capaian tersebut disampaikan kepada Direktur dan dewan 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

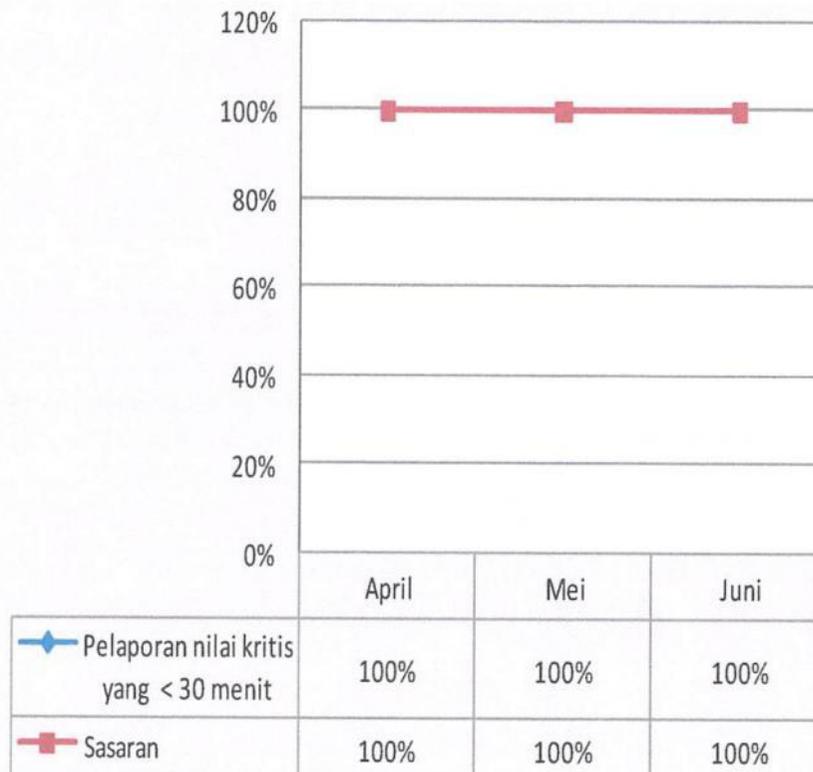
IAK 1 **ANGKA PENGKAJIAN AWAL MEDIS RAWAT INAP DALAM WAKTU 24 JAM (%)**
TRIBUNAN II TAHUN 2017



Plan	Meningkatkan pengkajian awal medis rawat inap dalam waktu 24 jam.
Do	<ol style="list-style-type: none"> Sosialisasi ulang SPO sudah dilakukan. Supervisi/ingatkan DPJP sudah dilakukan. Monitoring pelaksanaan sudah dilakukan.
Study	Pencapaian selama Tribulan II cenderung naik tetapi belum sesuai sasaran. Hal ini karena supervisi belum optimal.
Action	<ol style="list-style-type: none"> Koordinasi Bidang Pelayanan dengan DPJP. Supervisi/ingatkan DPJP oleh Kepala Unit. Tingkatkan peran aktif autorestart people/MPP. Pemantauan dilakukannya kelengkapan assesmen awal medis dalam 24 jam.

IAK 2

ANGKA PELAPORAN HASIL NILAI KRITIS LABORATORIUM (%) TRIBUNAN II TAHUN 2017

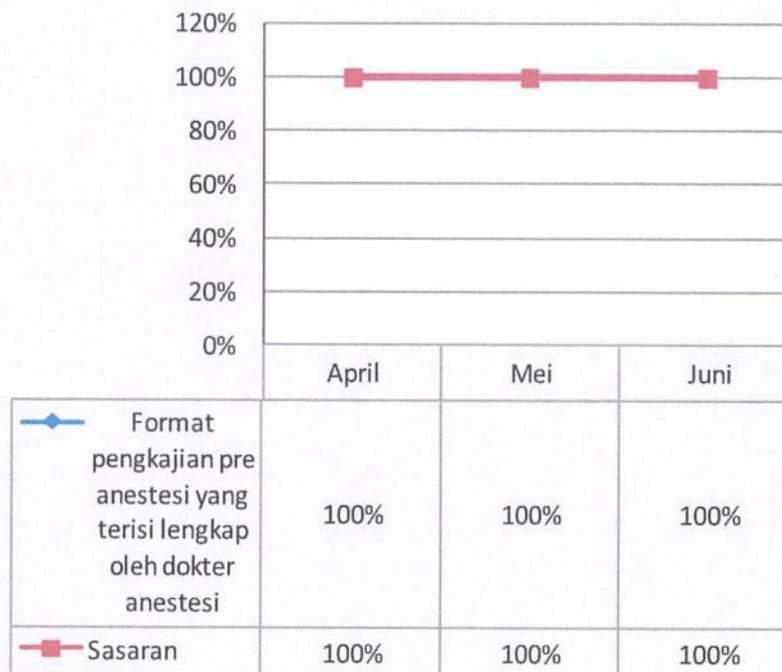


Plan	Mempertahankan pelaporan hasil nilai kritis Laboratorium tetap dibawah 30 menit.
Do	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sosialisasi ulang SPO sudah dilakukan. 2. Tingkatkan kepatuhan pencatatan dan pelaporan. 3. Monitoring pelaksanaan sudah dilakukan.
Study	Pencapaian selama Tribulan II sudah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

IAK 7

ANGKA KELENGKAPAN ASESMEN PRE ANESTESI (%)

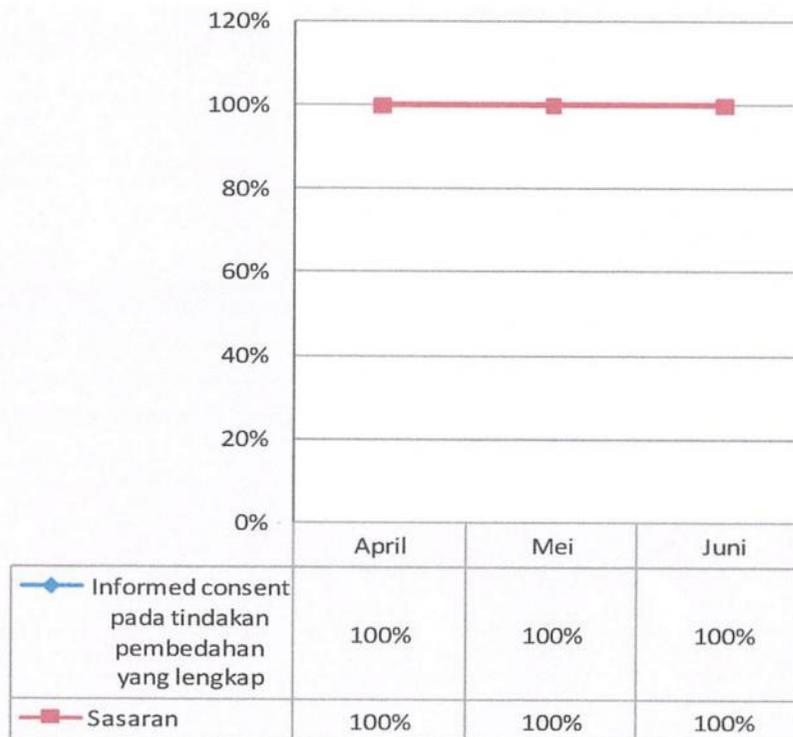
TRIBULAN II TAHUN 2017



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

IAK 9

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

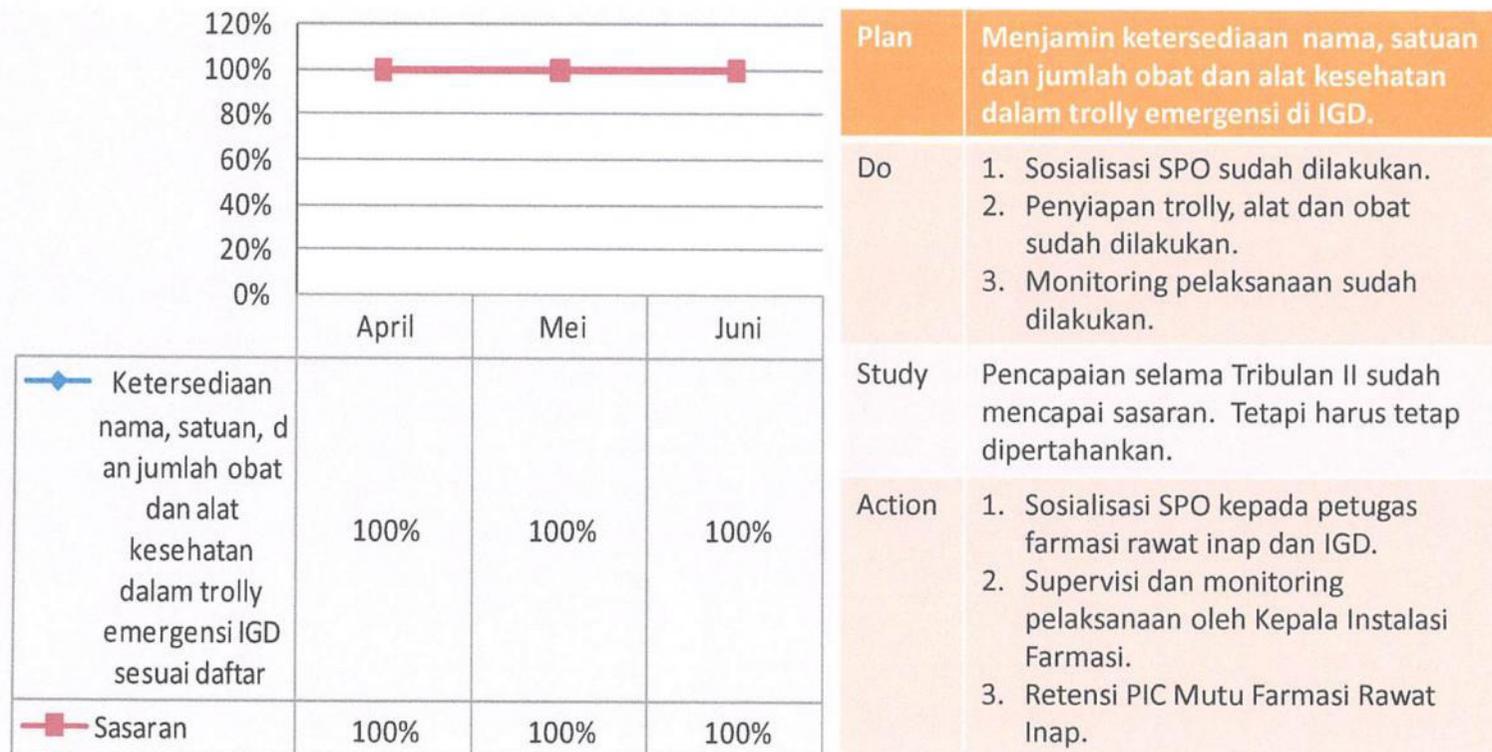


Plan	Mempertahankan kelengkapan pengisian informed consent pada tindakan pembedahan.
Do	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sosialisasi SPO sudah dilakukan. 2. Monitoring pelaksanaan sudah dilakukan. 3. Skrining kelengkapan dokumen saat serah terima dari bangsal ke IBS sudah dilakukan.
Study	Pencapaian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

B. INDIKATOR AREA MANAJEMEN

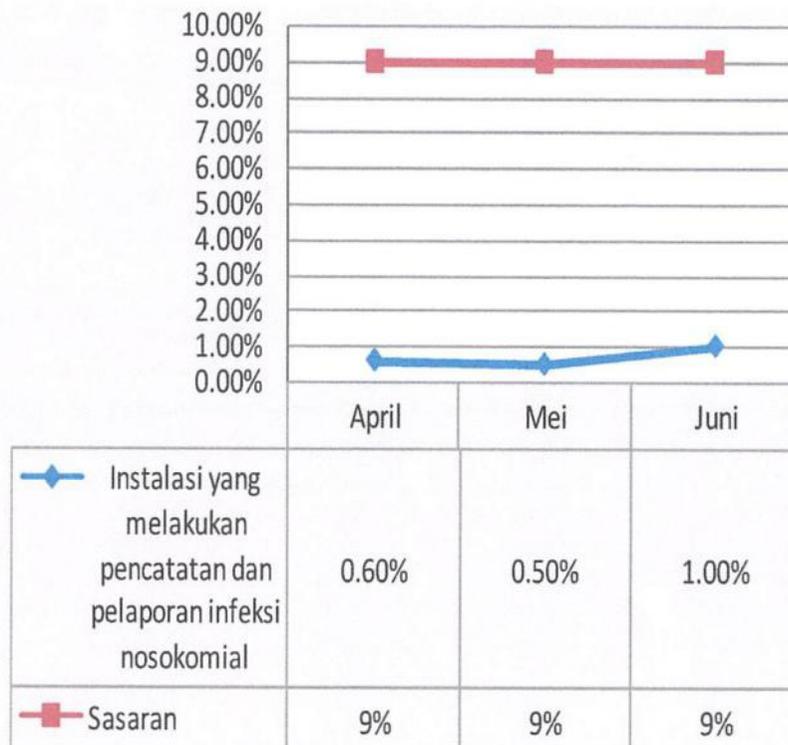
IAM 1

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



IAM 2

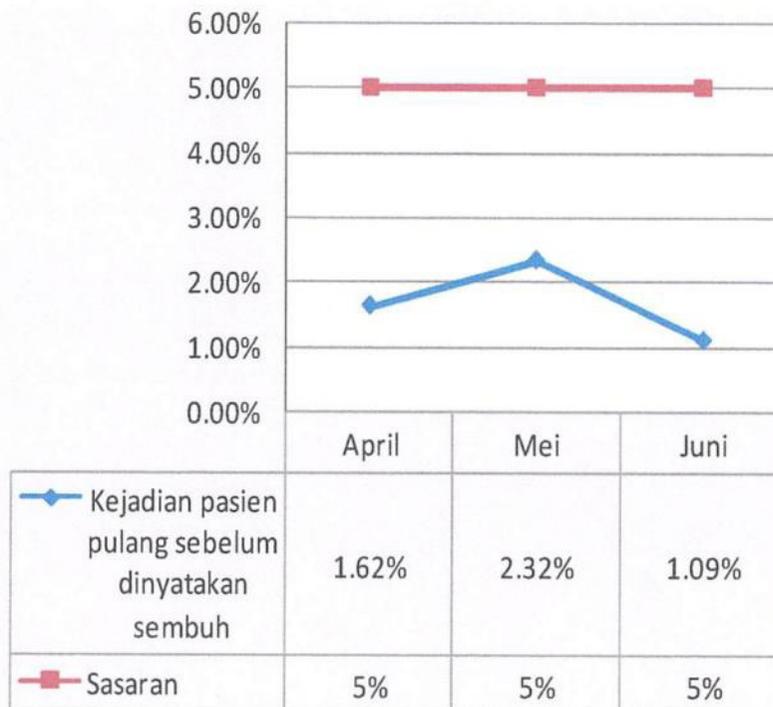
KEJADIAN INFEKSI NOSOKOMIAL DI RAWAT INAP (%) TRIBULAN II TAHUN 2017



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

IAM 3

KEJADIAN PULANG SEBELUM DINYATAKAN SEMBUH (%) TRIBULAN II TAHUN 2017



Plan	Mempertahankan kejadian pasien pulang sebelum dinyatakan sembuh dibawah $\leq 5\%$.
Do	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sosialisasi SPO sudah dilakukan. 2. Edukasi pasien dan keluarga sudah dilakukan. 3. Monitoring pelaksanaan sudah dilakukan.
Study	Pencapaian selama Tribulan II sudah mencapai sasaran. Tetapi masih perlu ditingkatkan dan dipertahankan.
Action	<ol style="list-style-type: none"> 1. Supervisi pelaksanaan oleh Kepala Ruang. 2. Monitoring untuk mempertahankan pencapaian oleh Kepala Ruang.

IAM 8

ANGKA BERKAS KLAIM BPJS RAWAT INAP SUSULAN (%) TRIBUNAN II TAHUN 2017

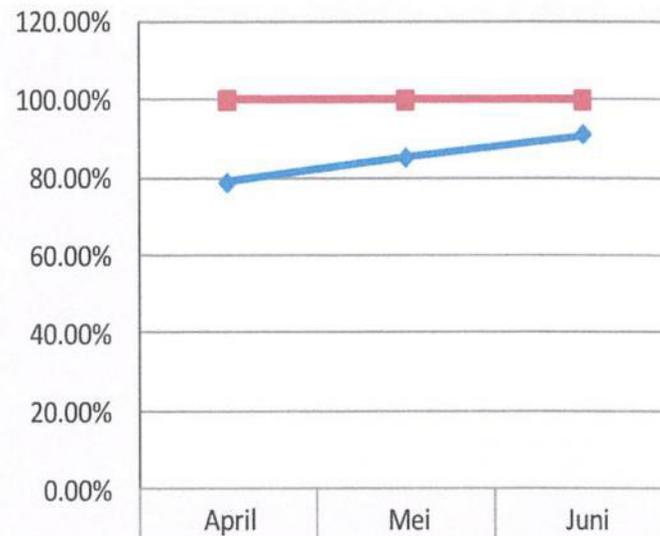


Plan	Mempertahankan angka berkas klaim BPJS rawat inap susulan 0%.
Do	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sosialisasi SPO sudah dilakukan. 2. Koordinasi Bidang Keuangan dengan Bidang terkait sudah dilakukan. 3. Monitoring kelengkapan berkas sudah dilakukan.
Study	Pencapaian selama Tribulan II sudah mencapai sasaran. Tetapi harus tetap dipertahankan.
Action	<ol style="list-style-type: none"> 1. Supervisi pelaksanaan oleh Kepala Bidang Keuangan. 2. Monitoring untuk mempertahankan capaian oleh Kepala Bidang Keuangan.

IAM 9

KETERSEDIAAN CAIRAN HANDRUB DI RAWAT INAP (%)

TRIBULAN II TAHUN 2017



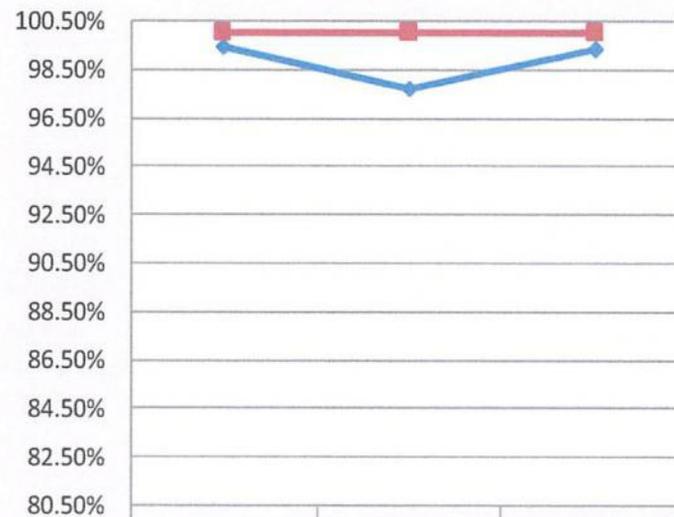
◆ Terisinya botol hand rub dengan cairan hand rub	78.79%	85.07%	90.91%
■ Sasaran	100%	100%	100%

Plan	Memastikan ketersediaan cairan handrub di rawat inap.
Do	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penyiapan botol dan cairan handrub sudah dilakukan. 2. Penunjukan petugas penanggungjawab pengisian setiap unit kerja sudah dilakukan. 3. Monitoring/audit pelaksanaan sudah dilakukan.
Study	Pencapaian Tribulan II menunjukkan tren kenaikan meskipun belum mencapai sasaran.
Action	<ol style="list-style-type: none"> 1. Koordinasi dengan Instalasi Farmasi untuk kelancaran pengadaan. 2. Supervisi pelaksanaan oleh Kepala Unit. 3. Monitoring/audit berkala oleh IPCN.

C. INDIKATOR SASARAN KESELAMATAN PASIEN

ISKP 1

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

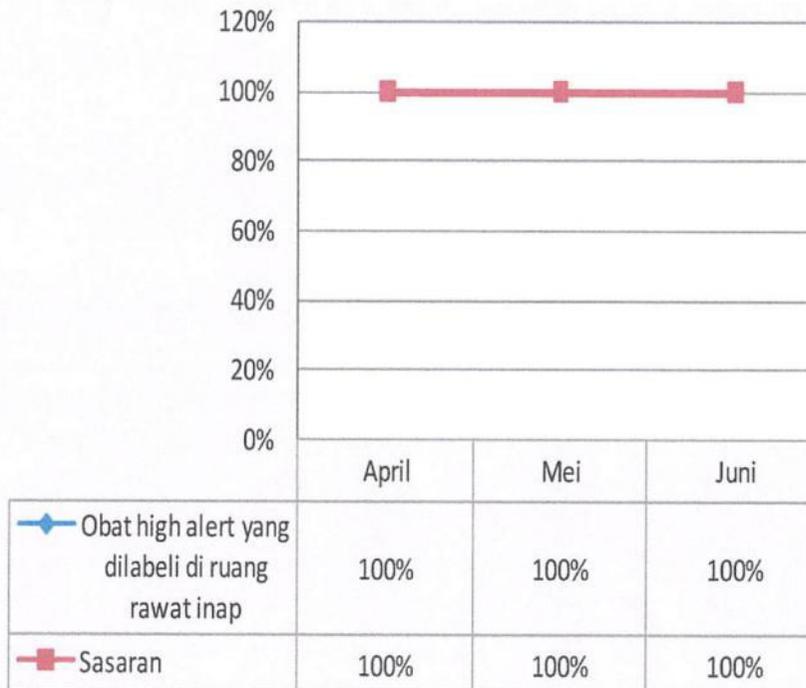


—◆— Pasien rawat inap yang terpasang gelang identitas	99.48%	97.74%	99.36%
—■— Sasaran	100%	100%	100%

Plan	Meningkatkan kepatuhan pemasangan gelang identitas pasien rawat inap .
Do	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sosialisasi SPO sudah dilakukan. 2. Penyiapan gelang identitas sudah dilakukan. 3. Monitoring pelaksanaan sudah dilakukan.
Study	Pencapaian Tribulan II mendekati sasaran. Hal ini karena 2 hari gelang warna biru habis dan stok terlambat.
Action	<ol style="list-style-type: none"> 1. Koordinasi bagian pengadaan gelang. 2. Supervisi pelaksanaan oleh Kepala Unit Admisi. 3. Monitoring untuk pelaksanaan oleh Kepala Ruang.

ISKP 3

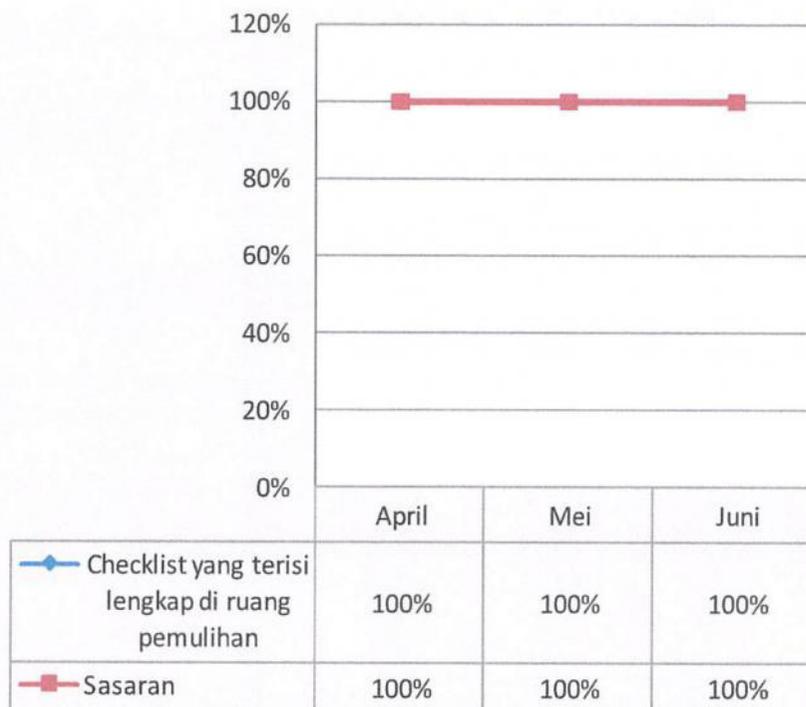
ANGKA KEPATUHAN PELABELAN OBAT HIGH ALERT DI RUANG RAWAT INAP (%) TRIBULAN II TAHUN 2017



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

ISKP 4

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

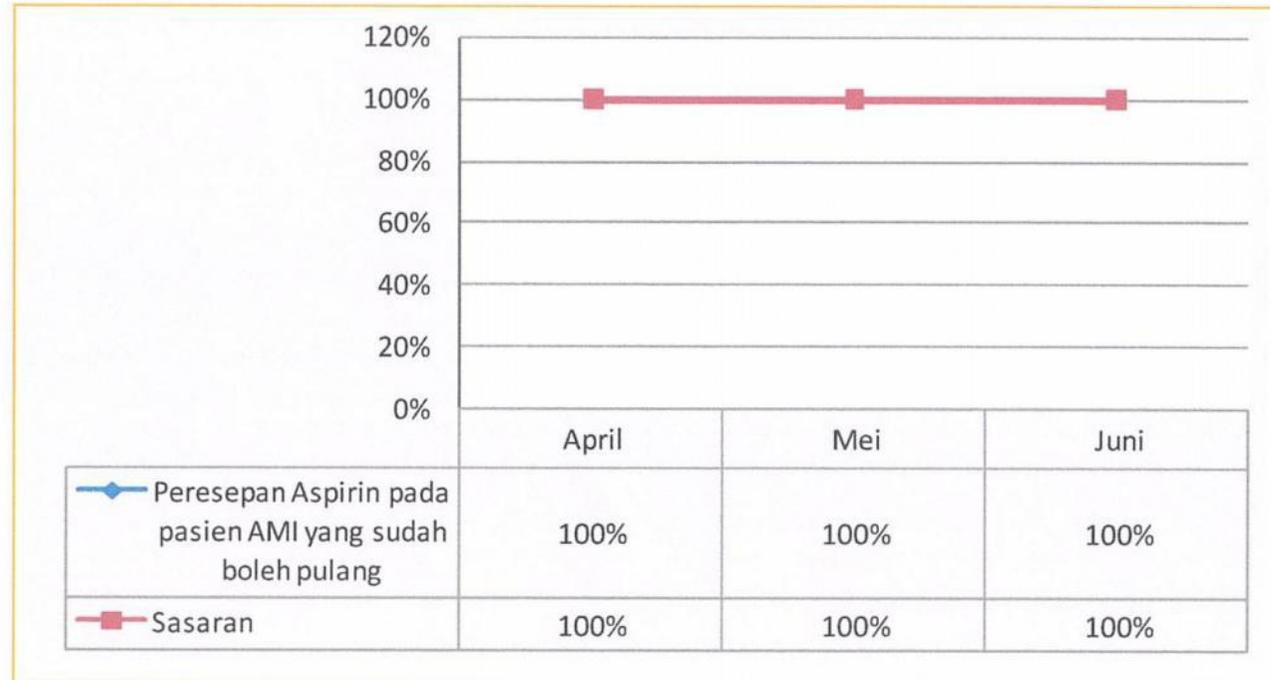


Plan	Mempertahankan kepatuhan pengisian checklist keselamatan bedah yang lengkap di IBS.
Do	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sosialisasi SPO sudah dilakukan. 2. Penyiapan blanko SSC sudah dilakukan. 3. Monitoring pelaksanaan sudah dilakukan.
Study	Pencapaian selama Tribulan II sudah mencapai sasaran.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

D. INDIKATOR INTERNATIONAL LIBRARY MEASURES

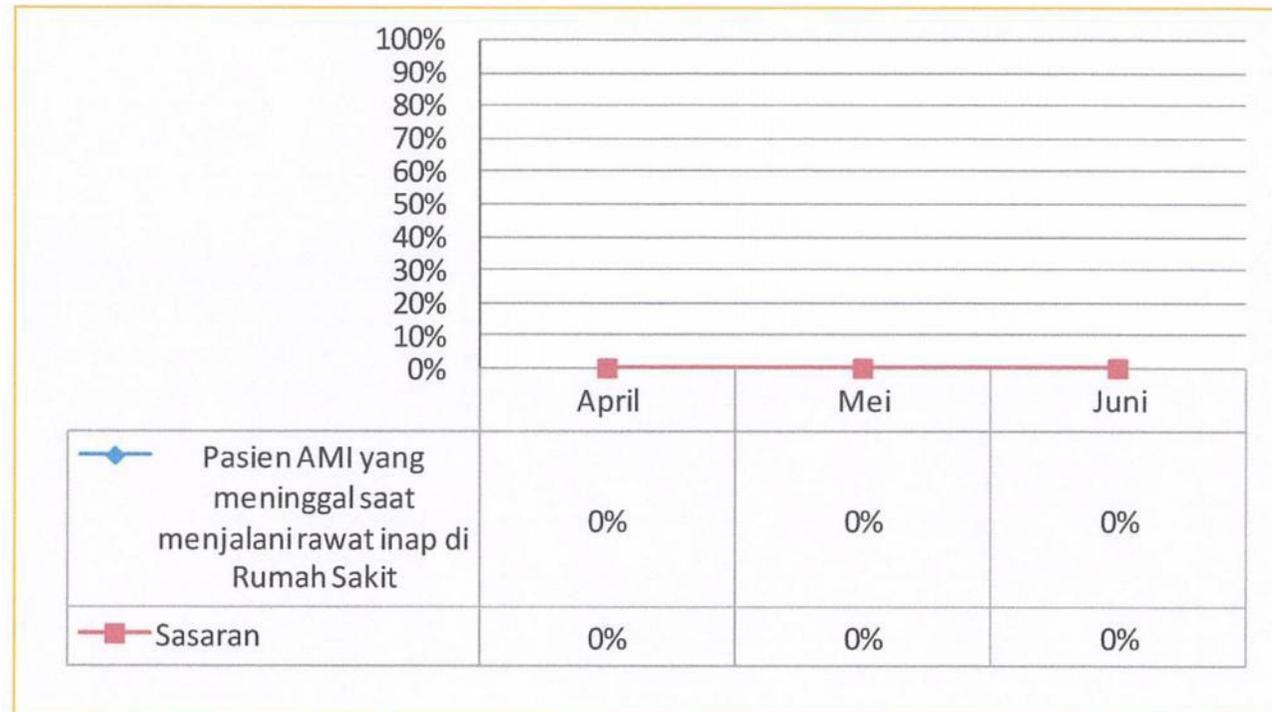
IILM 1

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



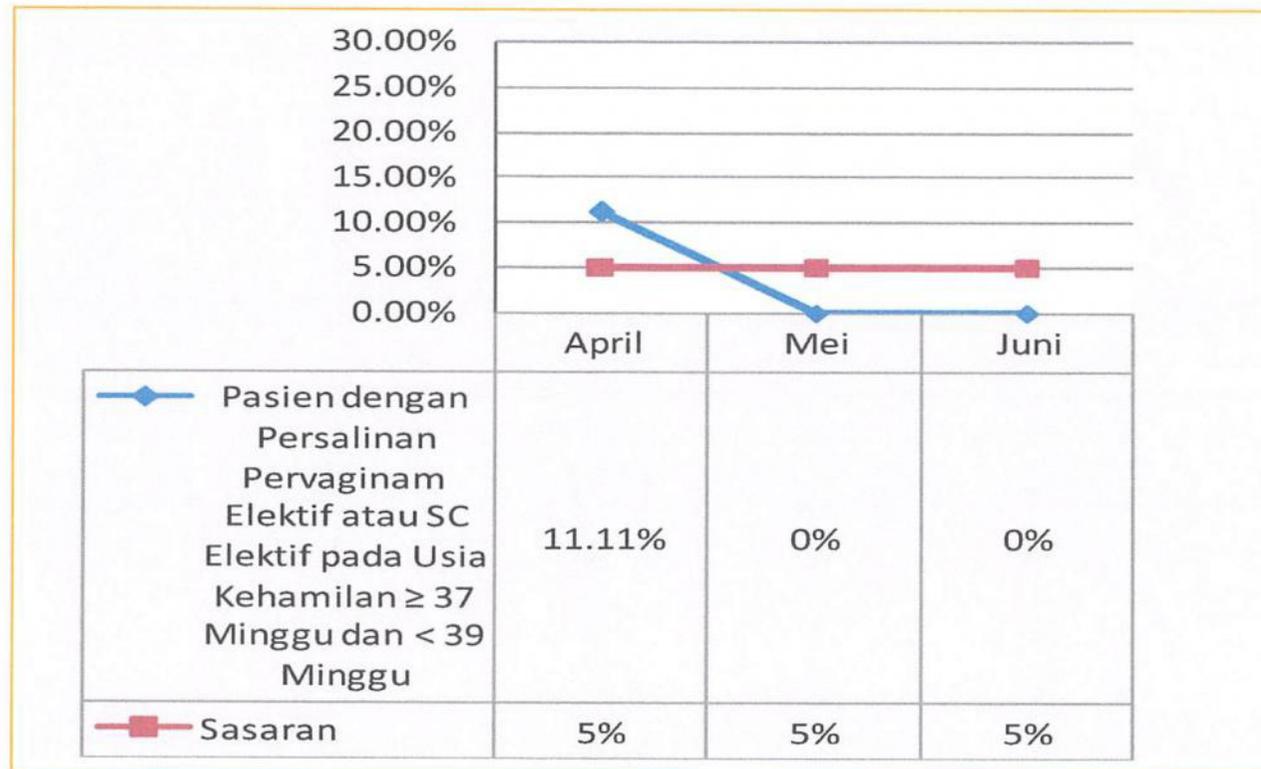
IILM 2

PASIEAN AMI YANG MENINGGAL SAAT MENJALANI RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT (%) TRIBULAN II TAHUN 2017



IILM 5

PASIEAN DENGAN PERSALINAN PERVAGINAM ELEKTIF ATAU SECTIO CESARIA ELEKTIF PADA USIA KEHAMILAN ≥ 37 MINGGU DAN < 39 MINGGU (%) TRIBULAN II 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.