



LAPORAN

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

**LAPORAN
PUBLIKASI DATA**

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

Muntilan, 19 Oktober 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.

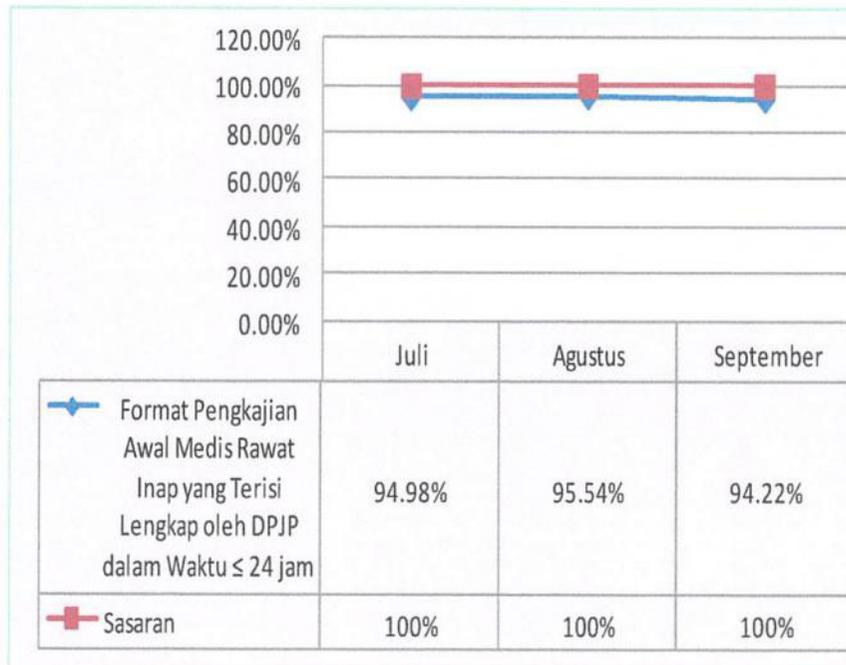
Berdasarkan pada hal tersebut di atas, maka **Laporan Publikasi Data Analisa, Monitoring, Evaluasi dan Tindak Lanjut Indikator Mutu dan Keselamatan Pasien RSUD Muntilan Kabupaten Magelang** ini disusun dengan terlebih dahulu memastikan validitas dan reliabilitasnya, untuk selanjutnya diseminasikan dan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

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

A. INDIKATOR AREA KLINIK

IAK 1

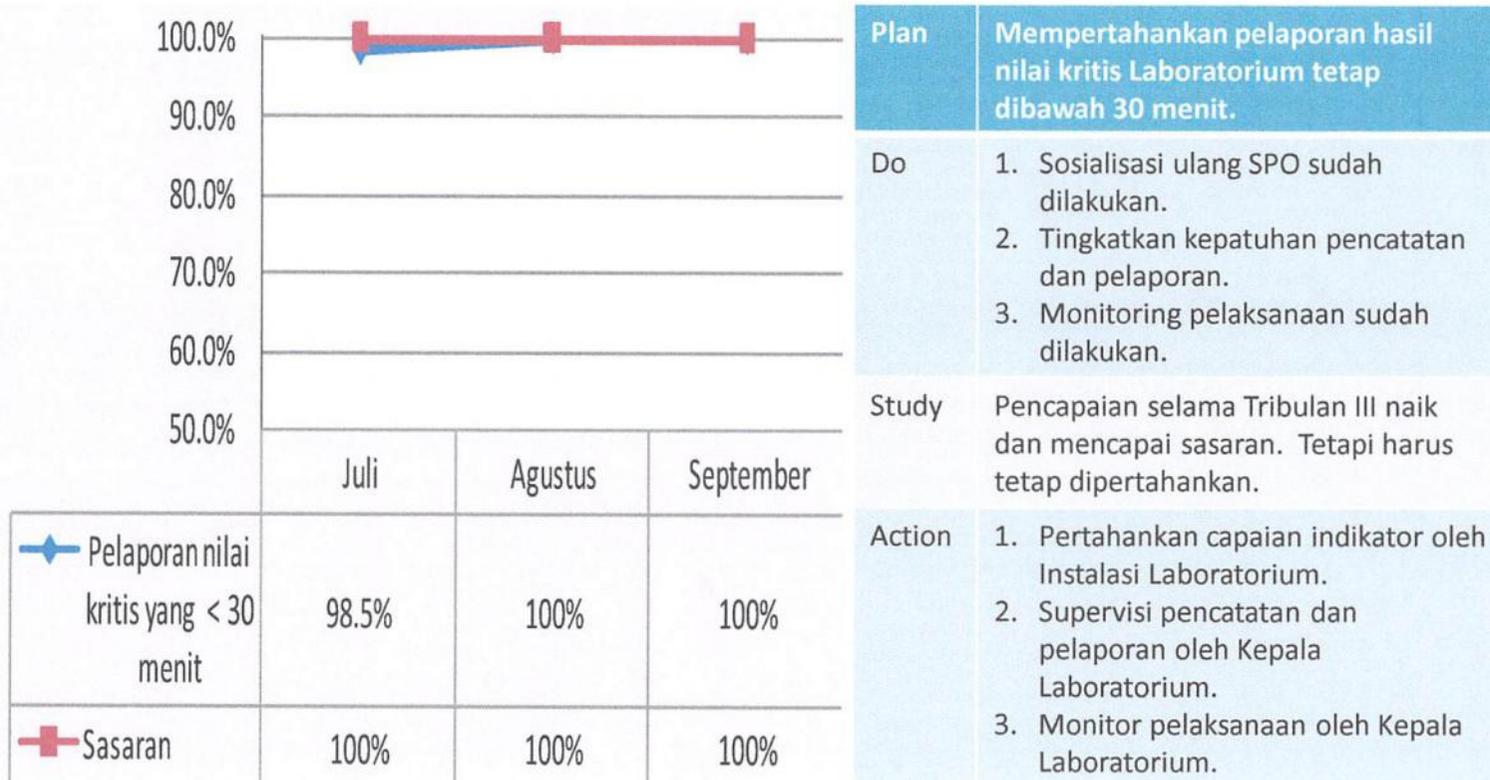
**ANGKA PENGKAJIAN AWAL MEDIS RAWAT INAP DALAM WAKTU 24 JAM
(%)
TRIBUNAN III TAHUN 2017**



Plan	Meningkatkan pengkajian awal medis rawat inap dalam waktu 24 jam.
Do	<ol style="list-style-type: none"> 1. Koordinasi dengan DPJP sudah dilakukan. 2. Supervisi/ingatkan DPJP sudah dilakukan tapi belum optimal. 3. Koordinasi dengan MPP sudah dilakukan. 4. Monitoring sudah dilakukan tapi belum optimal.
Study	Pencapaian selama Tribulan III cenderung naik tetapi belum sesuai sasaran. Hal ini karena supervisi belum optimal.
Action	<ol style="list-style-type: none"> 1. Supervisi/ingatkan DPJP oleh Kepala Ruang. 2. Pemantauan dilakukannya kelengkapan assesmen awal medis dalam 24 jam.

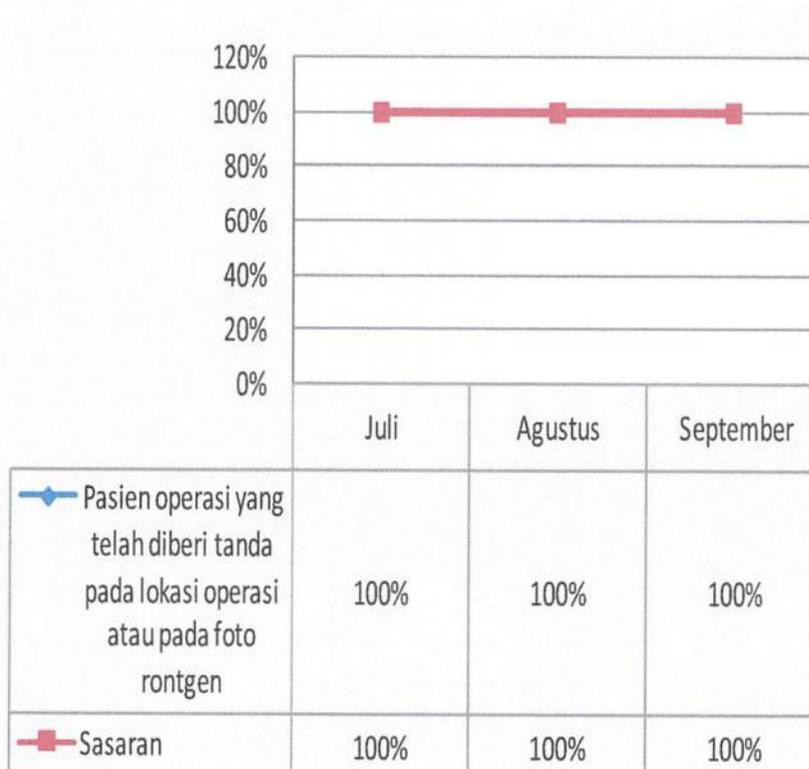
IAK 2

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



IAK 4

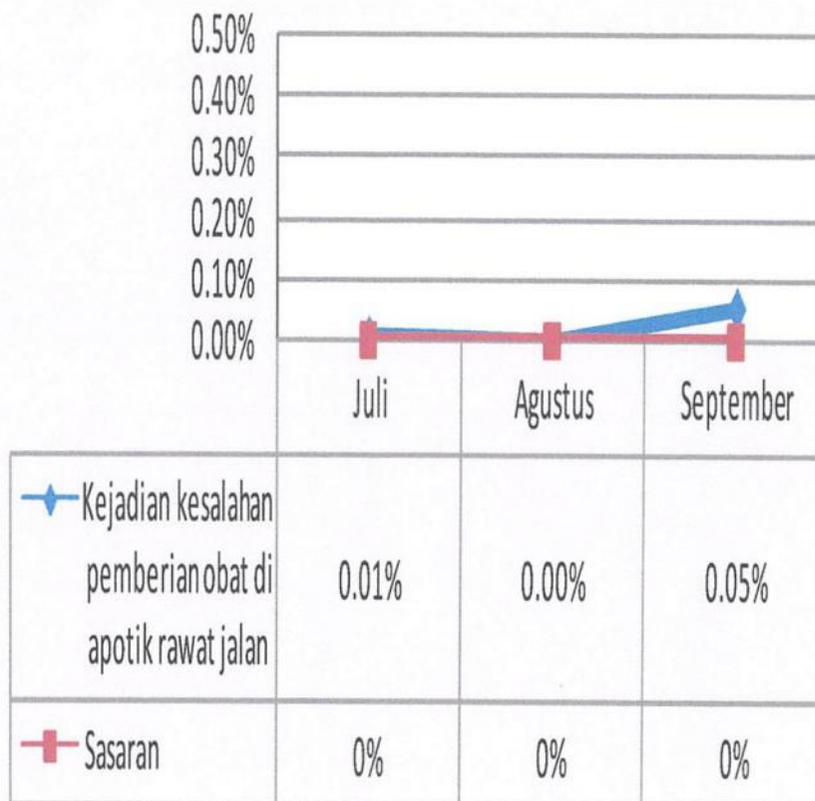
ANGKA KEPATUHAN PENANDAAN SISI DAN LOKASI OPERASI (%) TRIBULAN III TAHUN 2017



Plan	Mempertahankan kepatuhan dokter operator dalam penandaan sisi dan lokasi operasi di ruang rawat inap.
Do	1. Motivasi operator untuk melaksanakan SPO sudah dilakukan. 2. Monitoring dan evaluasi SPO pelaksanaan penandaan sebelum operasi sudah dilakukan. 3. Alat terkait site marking (spidol penandaan) tersedia.
Study	Pencapaian selama Tribulan III sudah mencapai sasaran. Tetapi harus tetap dipertahankan.
Action	1. Pertahankan capaian indikator oleh IBS. 2. Supervisi pencatatan dan pelaporan oleh Kepala IBS. 3. Monitor pelaksanaan oleh Kepala IBS.

IAK 6

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

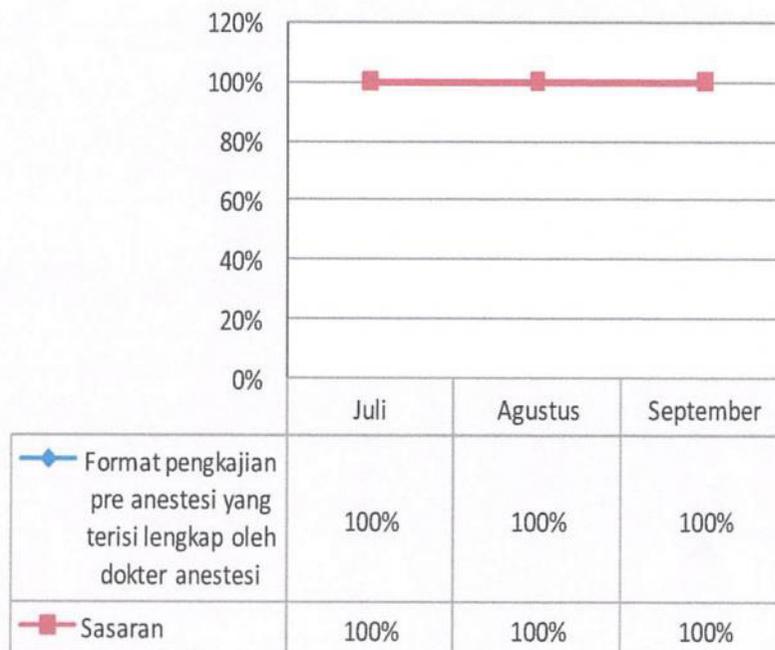


Plan	Menurunkan kejadian kesalahan pemberian obat di apotik rawat jalan.
Do	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sosialisasi SPO sudah dilakukan. 2. Koordinasi sudah dilakukan. 3. Pencatatan dan pelaporan oleh PIC sudah berjalan. 4. Monitoring pelaksanaan sudah dilakukan.
Study	<p>Pencapaian selama Tribulan III pada bulan Agustus mencapai sasaran tetapi bulan September terdapat kejadian. Hal ini karena banyaknya resep yang masuk dalam waktu hampir bersamaan dan pengambil obat tidak selalu keluarga pasien.</p>
Action	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sosialisasi SPO dalam rapat Unit. 2. Pencatatan dan pelaporan oleh PIC. 3. Supervisi dan monitoring pelaksanaan oleh Kepala Unit.

IAK 7

ANGKA KELENGKAPAN ASESMEN PRE ANESTESI (%)

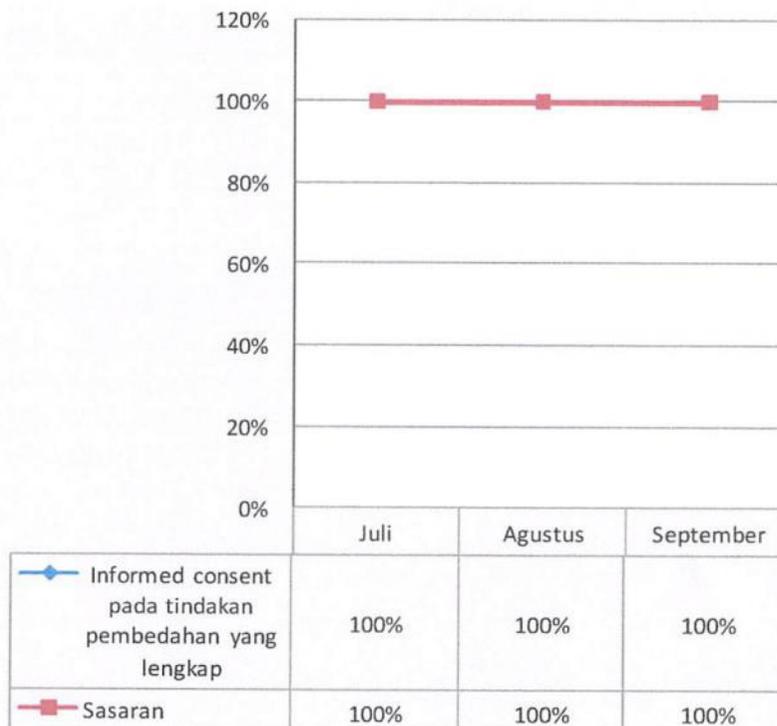
TRIBULAN III TAHUN 2017



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 III 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 III TAHUN 2017

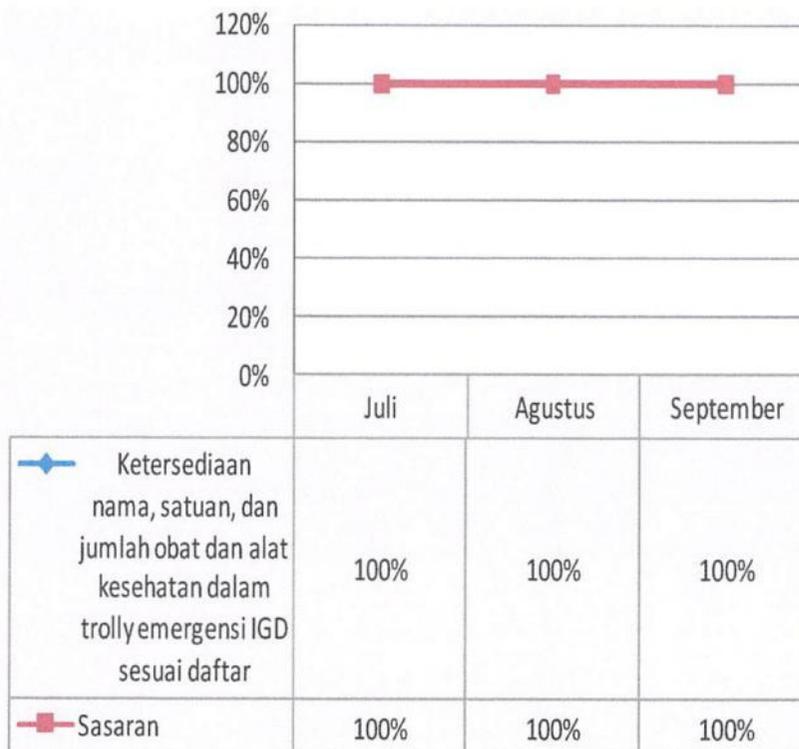


Plan	Mempertahankan kelengkapan pengisian informed consent pada tindakan pembedahan.
Do	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring pelaksanaan sudah dilakukan. 2. Skrining kelengkapan dokumen saat serah terima dari bangsal ke IBS sudah dilakukan.
Study	Pencapaian selama Tribulan III sudah mencapai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

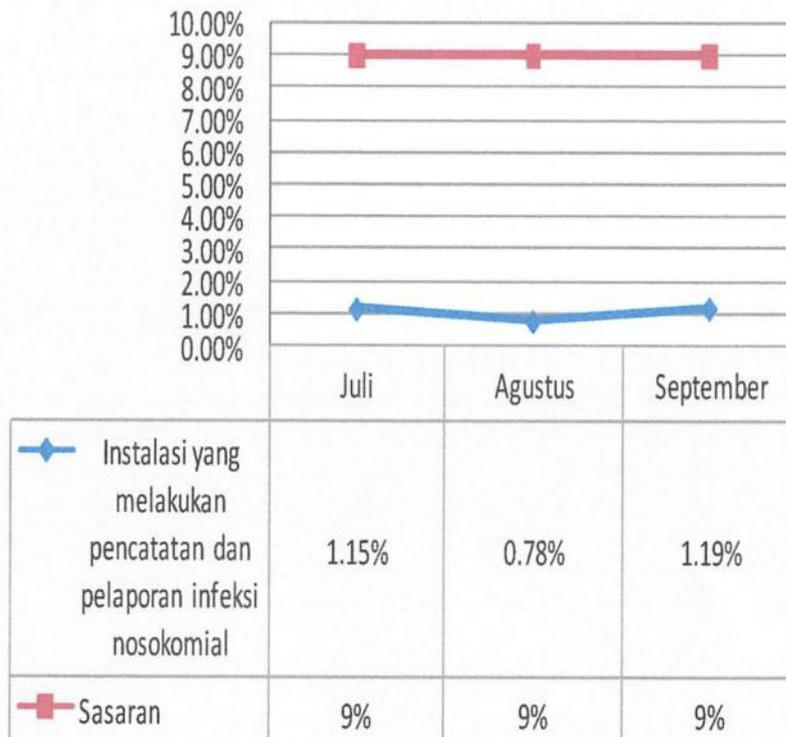
KETERSEDIAAN OBAT DAN ALAT KESEHATAN EMERGENSI DI IGD (%) TRIBULAN III TAHUN 2017



Plan	Menjamin ketersediaan nama, satuan dan jumlah obat dan alat kesehatan dalam trolley emergensi di IGD.
Do	1. Sosialisasi SPO sudah dilakukan. 2. Penyiapan trolley, alat dan obat sudah dilakukan. 3. Monitoring pelaksanaan sudah dilakukan.
Study	Pencapaian selama Tribulan III sudah mencapai sasaran. Tetapi harus tetap dipertahankan.
Action	1. Supervisi dan monitoring pelaksanaan oleh Kepala Instalasi Farmasi. 2. Retensi PIC Mutu Farmasi Rawat Inap.

IAM 2

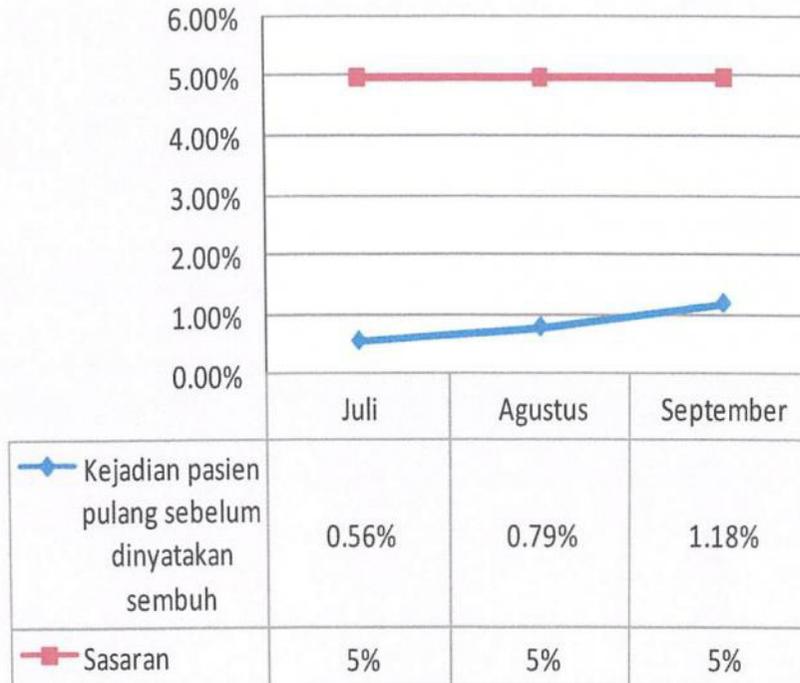
KEJADIAN INFEKSI NOSOKOMIAL DI RAWAT INAP (%) TRIBULAN III TAHUN 2017



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 III 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

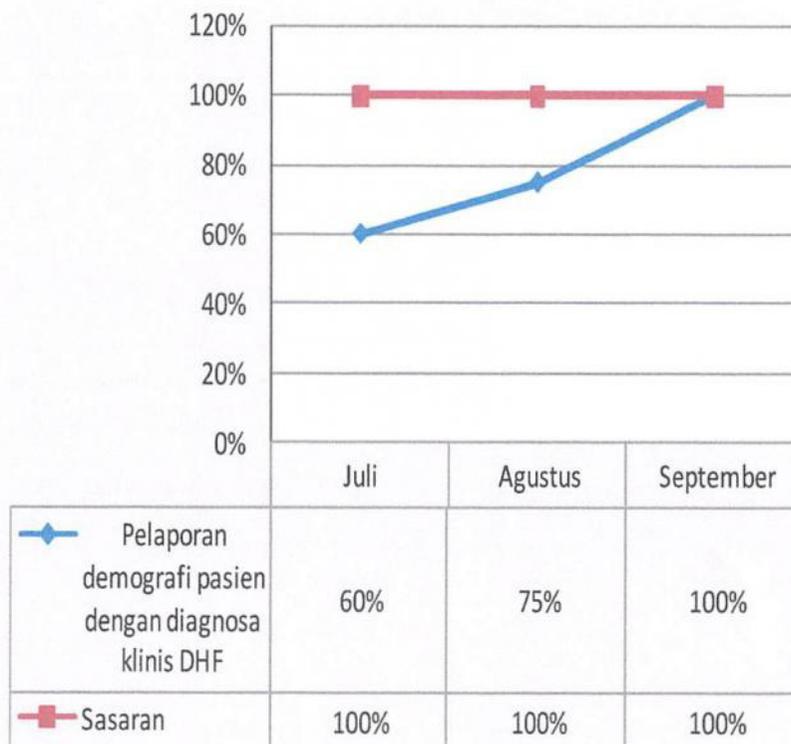
KEJADIAN PULANG SEBELUM DINYATAKAN SEMBUH (%) TRIBULAN III TAHUN 2017



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 III 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. 3. mpp

IAM 7

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

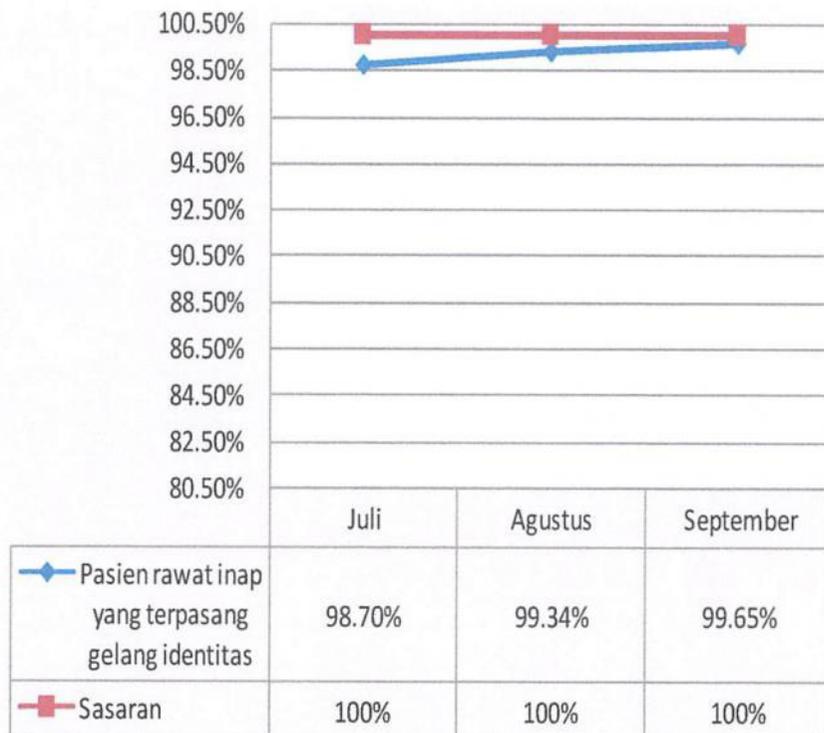


Plan	Meningkatkan dan mempertahankan pelaporan demografi pasien dengan diagnosa klinis DHF.
Do	<ol style="list-style-type: none"> Supervisi/ mengingatkan pelaksanaan oleh Kepala Ruang dan Petugas RM sudah dilakukan. Monitoring pelaksanaan sudah dilakukan.
Study	Pencapaian Tribulan III terus meningkat hingga Bulan September mencapai sasaran, meskipun jumlah pasien dengan DHF menurun.
Action	<ol style="list-style-type: none"> Supervisi/ mengingatkan pelaksanaan oleh Kepala Ruang dan Petugas RM. Monitoring pelaksanaan oleh Kepala Ruang.

C. INDIKATOR SASARAN KESELAMATAN PASIEN

ISKP 1

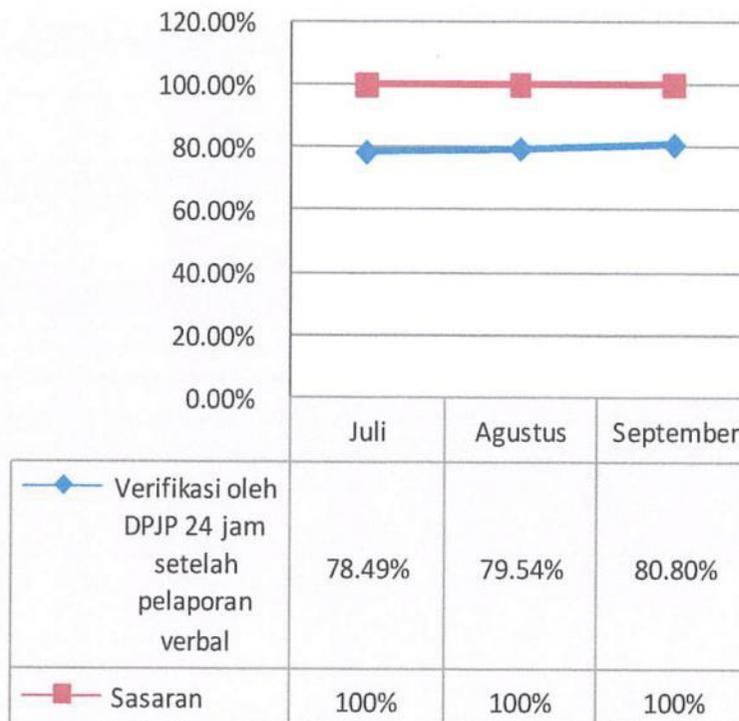
ANGKA KEPATUHAN PEMASANGAN GELANG IDENTITAS PASIEN RAWAT INAP (%) TRIBULAN III TAHUN 2017



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 III naik terus mendekati sasaran.
Action	<ol style="list-style-type: none"> 1. Koordinasi dengan Unit Admisi. 2. Supervisi/mengingatkan pelaksanaan oleh Kepala Unit Admisi. 3. Monitoring untuk pelaksanaan oleh Kepala Ruang.

ISKP 2

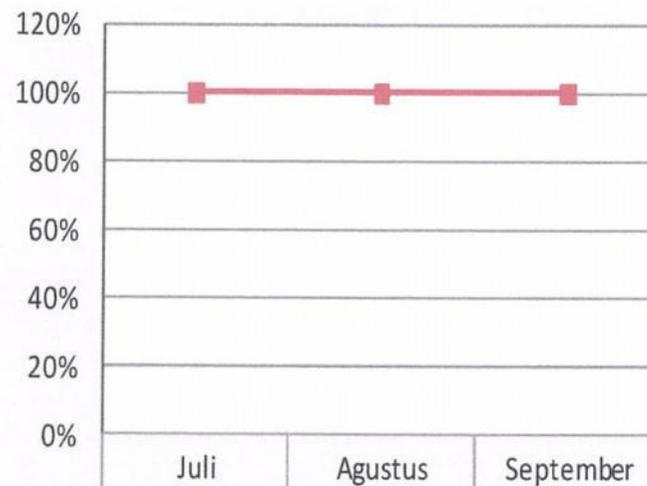
ANGKA VERIFIKASI LAPORAN VERBAL OLEH DPJP DI RUANG RAWAT INAP (%) TRIBULAN III TAHUN 2017



Plan	Meningkatkan verifikasi laporan verbal oleh DPJP di ruang rawat inap.
Do	<ol style="list-style-type: none"> Supervisi/mengingatkan sudah dilakukan tapi belum optimal. Monitoring pelaksanaan sudah dilakukan tapi belum maksimal.
Study	Pencapaian Tribulan III cenderung naik tapi belum mencapai sasaran. Hal ini karena supervisi belum optimal.
Action	<ol style="list-style-type: none"> Supervisi/mengingatkan pelaksanaan verifikasi oleh Kepala Ruang. Monitoring pelaksanaan oleh Kepala Ruang.

ISKP 3

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

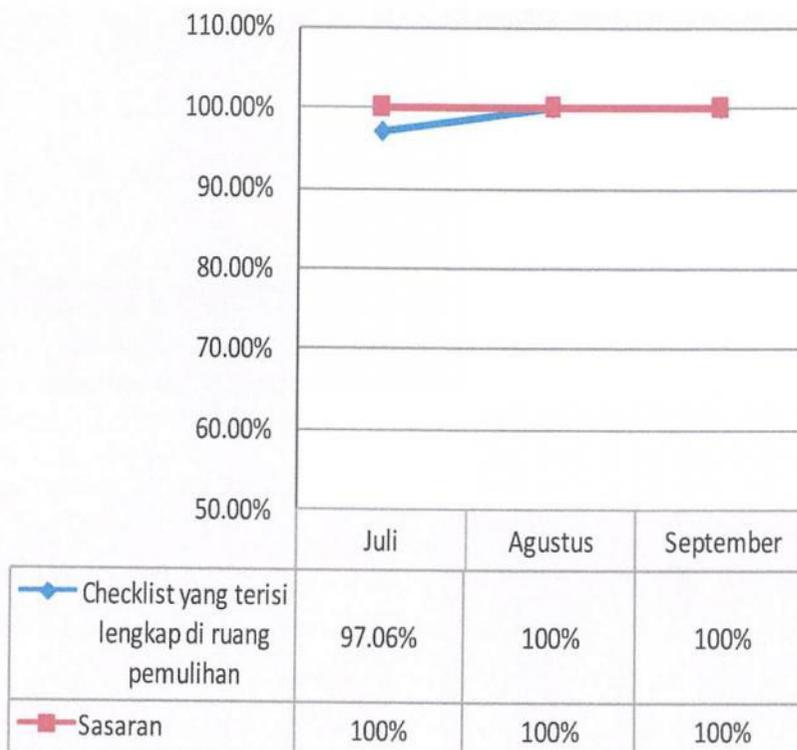


	Juli	Agustus	September
Obat high alert yang dilabeli di ruang rawat inap	100%	100%	100%
Sasaran	100%	100%	100%

Plan	Mempertahankan kepatuhan pelabelan obat high alert di ruang rawat inap.
Do	<ol style="list-style-type: none"> Supervisi pelaksanaan sudah dilakukan. Monitoring pelaksanaan sudah dilakukan.
Study	Pencapaian selama Tribulan III sudah mencapai sasaran. Tetapi harus tetap dipertahankan.
Action	<ol style="list-style-type: none"> Supervisi pelaksanaan oleh Kepala Unit dan petugas farmasi. Monitoring pelaksanaan oleh Kepala Unit dan petugas farmasi.

ISKP 4

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

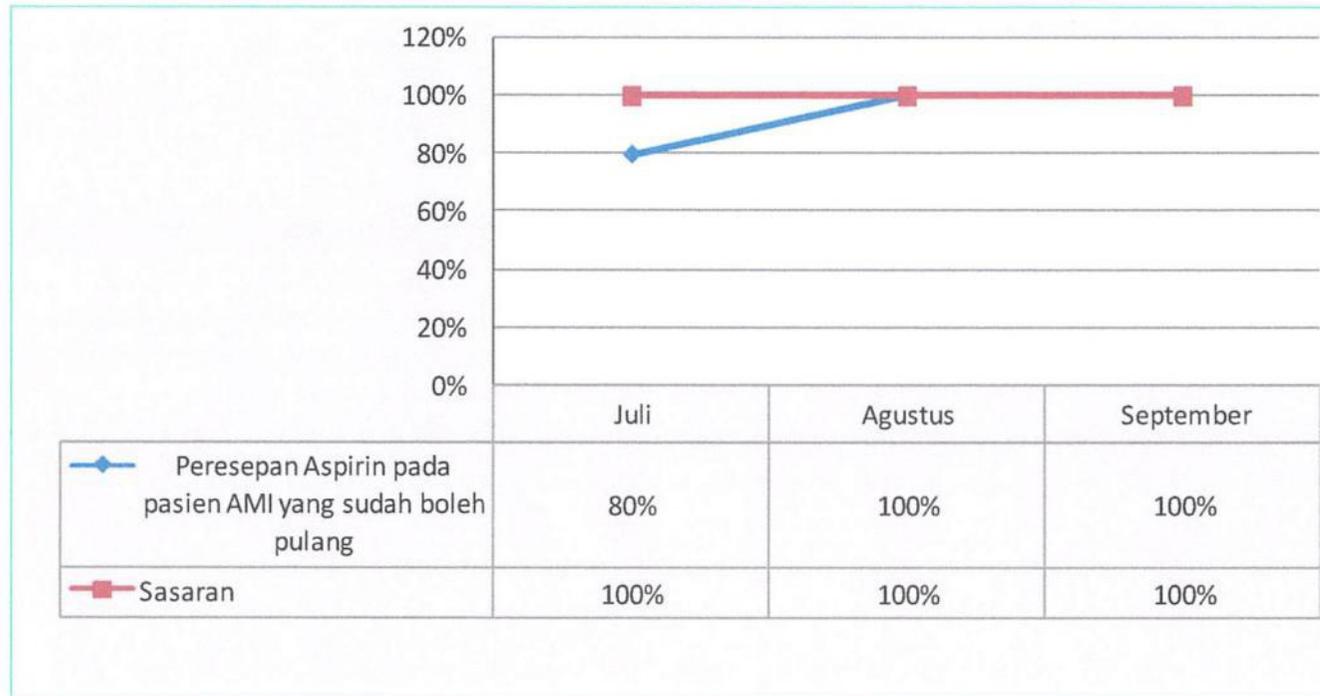


Plan	Meningkatkan dan mempertahankan kepatuhan pengisian checklist keselamatan bedah yang lengkap di IBS.
Do	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sosialisasi SPO sudah dilakukan. 2. Penyiapan blanko SSC sudah dilakukan. 3. Monitoring pelaksanaan sudah dilakukan.
Study	Pencapaian selama Tribulan III 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

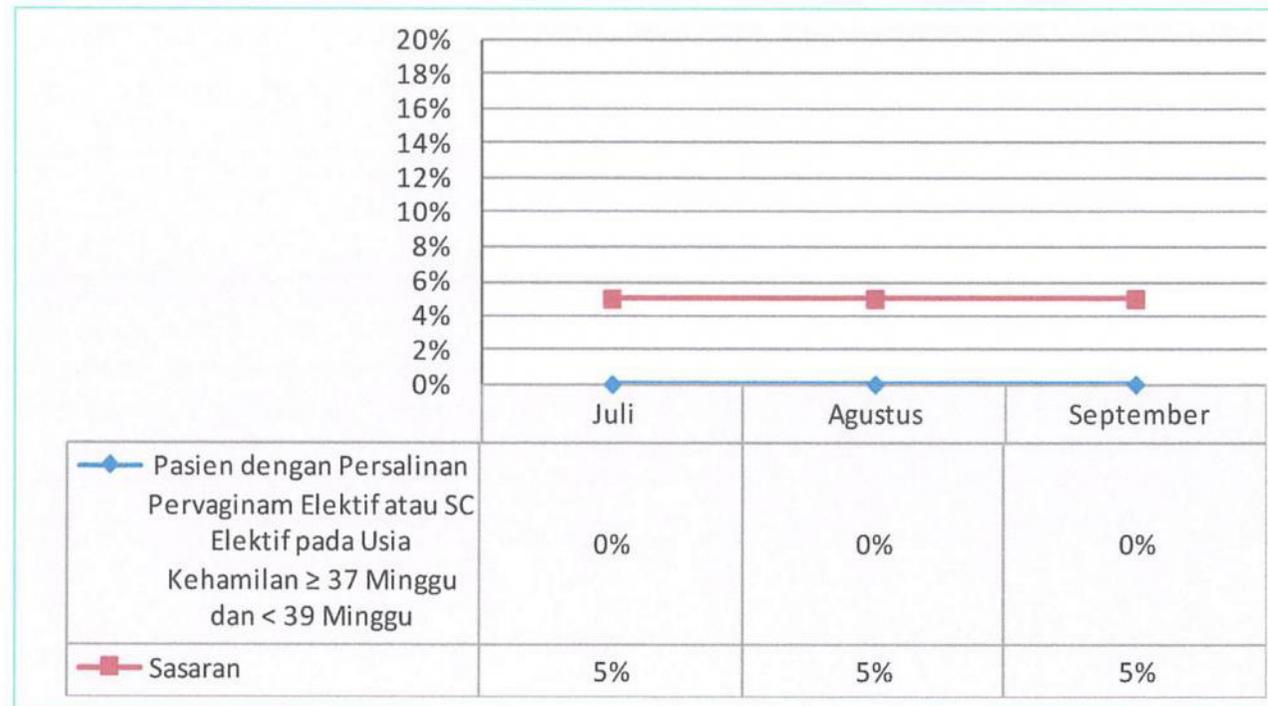
IILM 1

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



IILM 5

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