SAMBUTAN KETUA KOMITE MUTU RUMAH SAKIT

Alhamdulillah, puji syukur kehadirat Allah SWT karena atas rahmatNya Laporan Komite Mutu Rumah Sakit Umum Daerah Panglima Sebaya bulan April - Juni Triwulan Ke II Tahun 2023 telah dapat diselesaikan. Laporan ini berisikan kumpulan dari program kegiatan Komite Mutu Rumah Sakit Umum Daerah Panglima Sebaya yang menjangkau seluruh unit kerja di Rumah Sakit Umum Daerah Panglima Sebaya. Untuk melaksanakan program tersebut tidaklah mudah karena memerlukan koordinasi dan komunikasi yang baik antara Kepala Bidang/Bagian, Keperawatan, Penunjang Medis, Administrasi dan lainnya termasuk Kepala Unit / Instalasi Pelayanan/ Kepala Ruangan/Komite.

Laporan Komite Mutu Rumah Sakit Umum Daerah Panglima Sebaya April - Juni ini diharapkan dapat menjadi acuan program peningkatan indikator mutu termasuk keselamatan pasien dan manajemen risiko pada periode berikutnya.

Akhir kata, kami dari Komite Mutu Rumah Sakit Umum Daerah Panglima Sebaya mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu terlaksananya seluruh program dari Komite Mutu Rumah Sakit Umum Daerah Panglima Sebaya sehingga tersusunnya laporan Komite Mutu Rumah Sakit Umum Daerah Panglima Sebaya Triwulan II 2023. Semoga dengan adanya laporan ini kita dapat meningkatkan mutu dan layanan Rumah Sakit Umum Daerah Panglima Sebaya.

Tana Paser, Juli 2023

Ketua Komite Mutu,

dr. Morita Dwi Tinaningsih, Sp.OG(K)

NIP. 19740225 201412 2 001

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang



Pelayanan kesehatan merupakan rangkaian kegiatan yang mengandung resiko karena menyangkut keselamatan tubuh dan nyawa seseorang. Perkembangan ilmu kedokteran dan penemuan alat kedokteran yang semakin canggih, pada kenyataannya tidak mampu menghilangkan resiko terjadinya kejadian yang tidak diinginkan (KTD) baik timbulnya komplikasi, kecacatan maupun pasien meninggal dunia.

Rumah Sakit (RS) adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Komite Mutu Rumah Sakit yang selanjutnya disebut Komite Mutu adalah unsur organisasi non struktural yang membantu Direktur Rumah Sakit dalam mengelola dan memandu program peningkatan mutu dan keselamatan pasien, serta mempertahankan standar pelayanan Rumah Sakit.

Setiap Rumah Sakit wajib menyelenggarakan tata kelola mutu. Tata kelola mutu dilakukan untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien Rumah Sakit dan mempertahankan standar pelayanan Rumah Sakit. Penyelenggaraan tata telola mutu dilakukan oleh Komite Mutu. Tujuan penyelenggaraan tata kelola mutu adalah peningkatan mutu dan keselamatan pasien di RSUD Panglima Sebaya secara menyeluruh melalui perbaikan mutu berkesinambungan.

Dalam rangka mencapai tujuan, ditetapkan 5 (lima) sasaran sebagai berikut:

1. Terlaksananya pengelolaan kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
2. Terlaksananya pemilihan, pengumpulan, analisis dan validasi data indikator mutu;
3. Terlaksananya pelaporan dan analisis Insiden Keselamatan Pasien (IKP);
4. Terlaksananya pencapaian dan mempertahankan perbaikan;
5. Terlaksananya manajemen risiko Rumah Sakit.

Penyelenggaraan tata kelola mutu selanjutnya akan dievaluasi dan dilaporkan secara berkala oleh Komite Mutu kepada Direktur dan dilaporkan kepada Dewan Pengawas Rumah Sakit.

Laporan berkala yang disusun terdiri atas Laporan Semester dan Laporan Tahunan dimana keduanya merupakan laporan pelaksanaan tugas dan fungsi yang memuat perkembangan dan hasil pencapaian kinerja Komite Mutu Rumah Sakit dalam kurun waktu satu semester maupun satu tahun.

Laporan berkala ini merupakan bentuk pertanggungjawaban kinerja Komite Mutu Rumah Sakit yang dapat menjadi media informasi, umpan balik *(feedback*), dan menjadi bahan evaluasi terhadap penyelenggaraan tata kelola mutu Rumah Sakit.

Laporan ini dimaksudkan untuk mengetahui dan menilai sejauh mana pencapaian kinerja dan progres program yang terlaksana di setiap periodenya dengan mengacu pada Program Mutu Rumah Sakit tahun 2023.

1.2 Maksud dan Tujuan

Rumah Sakit berkewajiban untuk meningkatkan mutu dan mempertahankan standar pelayanan Rumah Sakit melalui penyelenggaraan tata kelola mutu Rumah Sakit yang baik. Komite Mutu Rumah Sakit sesuai Permenkes nomor 80 tahun 2020 adalah unsur organisasi non struktural yang membantu Direktur Rumah Sakit dalam mengelola dan memandu program peningkatan mutu dan keselamatan pasien, Komite Mutu RSUD Panglima Sebaya sebagai bentuk pertanggungjawaban kepada Direktur RSUD Panglima Sebaya membuat laporan berkala (Laporan Semester dan Laporan Tahunan).

Maksud penyusunan Laporan Komite Mutu Triwulan II Tahun 2023 adalah sebagai laporan pertanggungjawaban tentang penyelenggaraan tata kelola mutu Rumah Sakit dengan tujuan untuk meningkatkan mutu Rumah Sakit dan mempertahankan standar pelayanan di RSUD Panglima Sebaya. Komite Mutu RSUD Panglima Sebaya merupakan rangkuman dari suatu proses penyelenggaraan tata kelola mutu di masing-masing unit kerja Rumah Sakit. Laporan yang disajikan memberi gambaran tentang kondisi yang dicapai saat ini, kendala dan permasalahan yang terjadi dalam upaya pencapaian kinerja, upayaupaya yang sudah dilakukan, dan rencana tindak lanjut sebagai dasar *contiuous quality improvement.*

Tujuan dari penyusunan laporan ini adalah sebagai berikut :

a. Tujuan Umum

Tergambarnya mutu pelayanan dan penerapan keselamatan pasien termasuk manajemen risiko di Rumah Sakit Umum Daerah Panglima Sebaya.

b. Tujuan Khusus

Dilakukan evaluasi mutu Rumah Sakit Umum Daerah Panglima Sebaya melalui pemantauan indikator mutu yang telah ditetapkan yang dilakukan oleh setiap unit.

Dilakukan evaluasi program keselamatan pasien dengan pemantauan insiden keselamatan pasien dan manajemen risiko.

Didapatkan rekomendasi dari Dewan Pengawas Rumah Sakit Umum Daerah Panglima Sebaya mengenai program mutu pelayanan dan penerapan keselamatan pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Panglima Sebaya.

1.3 Ruang Lingkup

Ruang lingkup laporan ini adalah laporan tentang penyelenggaraan tata kelola mutu di RSUD Panglima Sebaya terkait upaya peningkatan mutu, keselamatan pasien dan manajemen risiko Rumah Sakit dalam kurun waktu April - Juni Triwulan II Tahun 2023.

BAB II PENGORGANISASIAN KOMITE MUTU

Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit yang selanjutnya disebut Komite Mutu (PMK No 80 tahun 2020) adalah unsur organisasi non struktural yang membantu kepala atau direktur rumah sakit dalam mengelola dan memandu program peningkatan mutu dan keselamatan pasien, serta mempertahankan standar pelayanan rumah sakit. Rumah sakit berkewajiban untuk meningkatkan mutu dan mempertahankan standar pelayanan rumah sakit melalui penyelenggaraan tata kelola mutu rumah sakit yang baik. Setiap Rumah Sakit wajib menyelenggarakan tata kelola mutu. Tata kelola mutu sebagaimana dilakukan untuk meningkatkan mutu Rumah Sakit dan mempertahankan standar pelayanan Rumah Sakit.

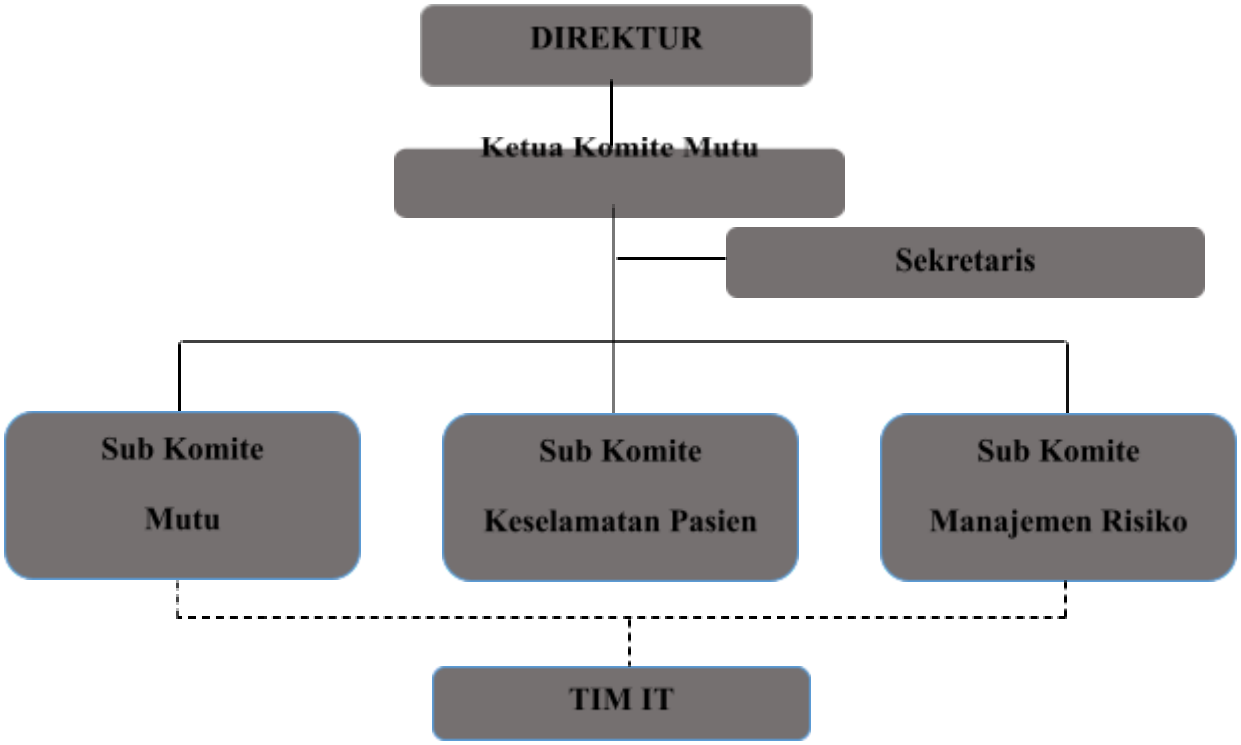
Kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien tidak bisa dipisahkan secara tegas, karena ada kegiatan yang sering tumpang tindih, oleh karena itu kegiatan peningkatan mutu dan kegiatan keselamatan pasien sebaiknya dilaksanakan secara terintegrasi yang dikelola komite/tim dengan sub komite sesuai kebutuhan dan sesuai dengan peraturan perundang-undangan. RSUD Panglima Sebaya Kabupaten Paser menetapkan Komite Mutu dengan tiga sub komite. Selain itu RSUD Panglima Sebaya Kabupaten Paser juga menetapkan penanggungjawab data mutu (PIC Data Mutu) di setiap unit kerja yang bertugas membantu komite dan tim dalam pengumpulan dan analisis data.

2.1 Struktur Organisasi

RSUD Panglima Sebaya sesuai Permenkes nomor 80 tahun 2020 membentuk dan menetapkan Komite Mutu dengan susunan organisasi sebagai berikut :

Gambar 2.1

Struktur Organisasi Komite Mutu Rumah Sakit



2.2 Sarana dan Prasarana

Komite Mutu berada di gedung Manajemen lantai 2 dan belum memiliki ruangan tersendiri dan untuk menunjang penyelenggaraan tata kelola mutu di RSUD Panglima Sebaya dibutuhkan kelengkapan sarana dan prasarana sebagai berikut :

Tabel 2.1

Kelengkapan Sarana dan Prasarana Komite Mutu

No.	Nama Sapras	Jumlah	Kebutuhan	Keterangan
1	Komputer/ PC	2	2	-
2	Printer	1	1	-
3	Lemari arsip	-	1	-
4	Meja Kerja	1	1	-
5	Kursi kerja	2	2	-

2.3 Kelembagaan

Komite Mutu RSUD Panglima Sebaya tahun 2023 dibentuk dan ditetapkan dengan Surat Keputusan Direktur Nomor : 188.4/104/Bag.Umum. Komite Mutu Rumah Sakit berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur RSUD Panglima Sebaya.

BAB III KEGIATAN PEMANTAUAN DAN PELAKSANAAN INDIKATOR MUTU RUMAH SAKIT

3.1 KEGIATAN POKOK

Kegiatan pokok yang dilakukan dalam Program Komite Rumah Sakit tahun 2023, yang terdiri dari pengukuran indikator mutu, pelaporan insiden keselamatan pasien dan manajemen risiko dengan rincian sebagai berikut:

a. Menetapkan program Komite Mutu Rumah Sakit Umum Daerah Panglima Sebaya sesuai dengan keputusan Direktur.
b. Membuat konsep regulasi yaitu Pedoman, Panduan serta program kerja seluruh kegiatan Pelayanan Mutu Rumah Sakit Umum Daerah Panglima Sebaya yang ditetapkan oleh direktur.
c. Melakukan sosialisasi tentang Pedoman, Panduan dan Program Kerja Pelayanan Mutu kepada seluruh staf di seluruh unit pelayanan dan unit kerja yang ada di Rumah Sakit Umum Daerah Panglima Sebaya.
d. Membuat usulan anggota Komite Mutu Rumah Sakit Umum Daerah Panglima Sebaya untuk mengikuti pelatihan eksternal Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien yang diselenggarakan oleh KARS.
e. Bersama dengan bidang terkait menyelenggarakan pelatihan atau workshop Analisa dan Validasi Data dan pelatihan Mutu internal untuk seluruh PIC data dan seluruh staf rumah sakit yang terlibat dalam kegiatan Mutu Rumah Sakit Umum Daerah Panglima Sebaya secara bertahap.
f. Melakukan sosialisasi tentang pelaporan insiden keselamatan pasien di semua unit kerja di Rumah Sakit Umum Daerah Panglima Sebaya.
g. Melakukan pemantauan indikator mutu secara berkesinambungan.
h. Melakukan validasi data yang dikumpulkan oleh penanggungjawab data data unit dan melakukan pengolahan analisa data bersama sama dengan instalasi/unit kerja terkait di Rumah Sakit Umum Daerah Panglima Sebaya.
i. Melaporkan hasil pemantauan indikator mutu oleh masing-masing instalasi / unit kerja kepada Komite Mutu.
j. Mengevaluasi capaian Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien setiap triwulan melalui persentase capaian indikator mutu yang telah mencapai target.

k. Melakukan *benchmark* data indikator mutu dengan standar nasional dan *evidance based.*

Kegiatan pemantauan indikator mutu Rumah Sakit Umum Daerah Panglima Sebaya dimulai bulan Januari tahun 2023. Kegiatan pemantauan ini akan terus berkesinambungan.

Adapun indikator mutu yang dipantau adalah sebagai berikut :

1. Indikator Nasional Mutu (INM)
2. Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit (IMP RS)
3. Indikator Mutu Prioritas Unit (IMP Unit).

3.1.1 Indikator Nasional Mutu

1. Kepatuhan kebersihan tangan
2. Kepatuhan penggunaan APD
3. Kepatuhan identifikasi pasien
4. Waktu tanggap operasi *sectio cesaria emergency*
5. Waktu tunggu rawat jalan
6. Penundaan operasi elektif
7. Kepatuhan waktu visite dokter spesialis
8. Pelaporan nilai kritis laboratorium
9. Kepatuhan penggunaan formularium nasional
10. Kepatuhan terhadap *Clinical Pathway*
11. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh
12. Kecepatan waktu tanggap komplain
13. Kepuasan pasien

3.1.2 Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit

3.1.2.1 Indikator Sasaran Keselamatan Pasien :

No.	AREA	Indikator Penilaian
A	**Indikator Sasaran Keselamatan Pasien**	
1	Sasaran 1 : Mengidentifikasi pasien dengan benar;	Kepatuhan Identifikasi Pasien
2	Sasaran 2 : Meningkatkan komunikasi yang efektif;	Kejadian ketidaklengkapan verifikasi *the read back process* (SBAR TBaK)
3	Sasaran 3 Meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai;	Kejadian Tidak adanya label High Alert pada Obat High Alert di Unit Kerja

4	Sasaran 4 Memastikan sisi yang benar, prosedur yang benar, pasien yang benar pada pembedahan/tindakan invasif;	Kejadian tidak dilakukannya penandaan lokasi operasi
5	Sasaran 5 Mengurangi risiko infeksi akibat perawatan kesehatan; dan	Kepatuhan Cuci Tangan
6	Sasaran 6 Mengurangi risiko cedera pasien akibat jatuh.	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh
B	**Indikator Pelayanan Klinis Prioritas**	
7	Pelayanan Obstetri	Waktu tanggap operasi *sectio caesarea emergency*
C	**Indikator sesuai Tujuan Strategis Rumah Sakit**	
8	Unit *Casemix*	Kelengkapan berkas klaim BPJS Kesehatan sebelum tanggal 10 bulan selanjutnya
D	**Indikator Perbaikan Sistem**	
9	Dampak perbaikan sistem RS	Waktu Tunggu Rawat Jalan
E	**Indikator Manajemen Risiko**	
10	Prioritas Penanganan Risiko	Penundaan Operasi Elektif

3.1.2.2 Indikator Pelayanan Klinis Prioritas

1. Presentase Waktu tanggap operasi *sectio caesarea emergency*
2. Indikator sesuai tujuan strategis rumah sakit : Kelengkapan berkas klaim BPJS Kesehatan sebelum tanggal 10 bulan selanjutnya
3. Indikator perbaikan sistem : Waktu tunggu rawat jalan
4. Indikator manajemen risiko : Penundaan operasi elektif

3.1.3 Indikator Mutu Prioritas Unit

Instalasi Gawat Darurat	Angka keterlambatan transfer pasien ke ruangan rawat inap
	Angka ketidaklengkapan assesmen awal IGD
Vk- Ponek	Angka ketidaklengkapan assesmen awal medis 1x24 jam

Instalasi Rawat Jalan	Kepatuhan kedatangan DPJP
Instalasi Rawat Inap	Angka ketidaklengkapan asssesmen awal medis 1x24 jam
	Angka ketidaklengkapan asssesmen awal keperawatan 1x24 jam
	Angka ketidaklengkapan pengisian formulir *hand over* antar shift
	Ketepatan Penanganan Awal pada Bayi BBLR
Instalasi Hemodialisis	Angka Prosentase pasien HD 2x seminggu dengan URR ≥ 80%
	Angka Prosentase pasien HD 2x seminggu dengan Kt/V> 2.0
	Kejadian *clotting durante* Hemodialisa
Instalasi Bedah Central	*Respon time emergency*
	Ketidaklengkapan Surat Persetujuan Pre Operasi
Insentive Care Unit	Angka pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam
Instalasi Farmasi	Waktu tunggu Pelayanan Resep Obat jadi (WTOJ)
CSSD dan Laundry	Peningkatan pengisian check list penyerahan linen kotor dari setiap ruangan
	Angka kelengkapan alat instrument IBS
Instalasi Rehabilitasi Medik	Kejadian *Drop Out* pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang direncanakan
	Kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik
Instalasi Radiologi	Angka Hasil Foto Thorax Rawat Jalan <3 jam Angka kegagalan pelayanan Rontgen ≤ 2%

Pemulasaraan Jenazah	Angka ketepatan waktu menjemput Jenazah ≤ 20 menit
Instalasi Rekam Medis	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan
	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap
Instalasi Gizi	Ketepatan waktu distribusi makanan kepada pasien
	Ketepatan dalam Pemberian Diet
Komite PPRA	Angka kepatuhan penggunaan antibiotika profilaksis
Humas & Pengaduan	Kecepatan respon terhadap *complain* (KRK)
Instalasi SIMRS	Angka Ketepatan Respon Time Keluhan Perbaikan
Instalasi Limbah Cair	Baku mutu limbah cair
Komite PPI	Angka Infeksi Daerah Operasi (IDO)
	Angka Infeksi Luka Infus (ILI/*Plebitis)*
	Kejadian Tertusuk Jarum
Instalasi Laboratorium	Kejadian tidak digunakannya darah transfusi yang diminta (sub unit BDRS)
	Angka ketepatan waktu tunggu pemeriksaan rutin (sub unit PK)

Dalam pemantauan indikator mutu dilakukan upaya perbaikan untuk meningkatkan efisiensi dan efektifitas, dan diterapkan di seluruh area rumah sakit, serta dapat dilakukan penilaian terhadap dampak dari perbaikan.

BAB IV HASIL KERJA

Strategi pencapaian tujuan dan sasaran merupakan penjabaran operasional kebijakan dan program sebagai upaya pencapaian target (sasaran kerja) Komite Mutu RSUD Panglima Sebaya. Pengukuran kinerja dilakukan untuk membandingkan kinerja yang dicapai dengan standar, rencana atau target menggunakan indikator yang telah ditetapkan. Pengukuran kinerja diperlukan untuk mengetahui sejauh mana keberhasilan dan kegagalan dari sasaran dengan alat ukur berupa indikator-indikator. Berdasarkan pengukuran kinerja tersebut diperoleh informasi mengenai kondisi, kendala dan permasalahan, upaya yang sudah dilakukan dan rencana tindak lanjut untuk upaya pencapaian program di masa yang akan datang. Adapun hasil pengukuran kinerja periode April - Juni 2023 adalah sebagai berikut:

4.1 Realisasi Program Mutu Rumah Sakit

Realisasi Program Komite Mutu Rumah Sakit tahun 2023 adalah sebagai berikut :

Tabel 4.1

Realisasi Program Komite Mutu Rumah Sakit tahun 2023

No.	Program	Realisasi
1	Penyusunan Program Komite Mutu Rumah Sakit	Telah tersusunnya program kerja komite yang sesuai
2	Penetapan area prioritas Rumah Sakit	Terlaksananya penetapan area prioritas Rumah Sakit
3	Pemilihan dan menetapkan prioritas indikator mutu Rumah Sakit berdasarkan permasalahan yang ada di Rumah Sakit, meliputi : IAK, IAM dan ISKP	Terlaksananya penetapan indikator mutu Rumah Sakit
4	Analisis indikator mutu wajib dan indikator mutu prioritas Rumah Sakit	Analisis dan pelaporan indikator mutu nasional sudah mulai di input ke dalam SIMARS
5	Pengukuran budaya keselamatan pasien	Pengukuran budaya keselamatan pasien dilakukan melalui google

		form, dilakukan 2 kali dalam setahun.
6	Penyusunan sistem pencatatan dan pelaporan Insiden Keselamatan Pasien	Pencatatan pelaporan Insiden Keselamatan masih mengunakan manual
7	Pendidikan dan pelatihan Komite Mutu dan staf rumah sakit.	Belum ada kegiatan/pelatihan untuk review kembali oleh anggota Komite Mutu
8	Monitoring program Komite Mutu Rumah Sakit yang ada di unit Rumah Sakit.	Monitoring program komite mutu di unit-unit terkait belum optimal dan mencapai standar yang seharusnya dilakukan setiap 3 bulan
9	Menyusun program manajemen risiko	Regulasi manajemen risiko dibuat menyatu dengan program Komite Mutu

4.2 Pencapaian Indikator Mutu

Tabel 4.2 Indikator Nasional Mutu (INM)

NO	JUDUL INDIKATOR	APRIL	MEI	JUNI	TARGET	CAPAIAN
1	Kepatuhan Kebersihan Tangan	87,71%	90,08%	87,1%	85 %	88,29%
2	Kepatuhan Pemakaian APD	100%	100%	100%	100 %	100%
3	Kepatuhan Identifikasi pasien	99,97%	100%	100%	100 %	99,99%
4	Waktu tanggap Operasi Seksio sesarea Emergensi	60%	100%	100%	80 %	86,66%

5	Waktu tunggu rawat jalan	46%	59%	52%	80 %	52,33%
6	Penundaan Operasi elektif	4,82%	4,21%	4,52%	< 5 %	4,51%
7	Kepatuhan waktu visite dokter Spesialis	87,79%	93%	93%	80 %	91,26%
8	Pelaporan hasil kritis Laboratorium	100%	100%	100%	100 %	100.00%
9	Kepatuhan penggunaan Formularium nasional	80%	80%	83%	80 %	81%
10	Kepatuhan terhadap Alur Klinis (clinical Pathway)	100%	100%	100%	80 %	100%
11	Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko pasien jatuh	100%	100%	100%	100 %	100%
12	Kecepatan waktu tanggap komplain	100%	100%	100%	80 %	100.00%
13	Kepuasan pasien	83%	83,97%	79,74%	> 76,61%	82,23%

Tabel 4.3 Indikator Mutu Prioritas Rumah sakit (IMP-RS)

NO	JUDUL INDIKATOR	APRIL	MEI	JUNI	TARGET	CAPAIAN

1	Kepatuhan Identifikasi Pasien	99,97%	100%	100%	100 %	99,99%
2	Kejadian ketidaklengkapan verifikasi the read back process (SBAR TBaK)	0%	0%	0%	0%	0%
3	Kejadian Tidak adanya label High Alert pada Obat High Alert di Unit Kerja	0%	0%	0%	0%	0%
4	Kejadian tidak dilakukannya penandaan lokasi operasi	10,42%	6,67%	3,55%	0%	6,81%
5	Kepatuhan Cuci Tangan	87,71%	90,08 %	87,1%	85 %	88,29%
6	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
7	Waktu Tanggap SC Emergensi	60%	100%	100%	80 %	86,66%
8	Waktu tunggu rawat jalan	46%	59%	52%	80 %	52,33%
9	Penundaan Operasi elektif	4,82%	4,21%	4,52%	< 5 %	4,51%
10	Kelengkapan Berkas Klaim BPJS Kesehatan Sebelum Tanggal 10 Bulan Selanjutnya	82%	95%	96%	95%	91%

Tabel. 4.4 Indikator Mutu Prioritas Unit (IMP – Unit)

NO	JUDUL INDIKATOR	STANDAR	APRIL	MEI	JUNI	CAPAIAN

Instalasi Gawat Darurat						
1	Angka keterlambatan transfer pasien ke ruangan rawat inap	0%	19%	17%	16%	17,33%
2	Angka ketidaklengkapan assesmen awal IGD	0%	0,8%	0,7%	1,7%	1%
VK-Ponek						
1	Angka ketidaklengkapan assesmen awal medis 1x24 jam	0%	0%	0%	0%	0%
PELAYANAN RAWAT JALAN						
1	Angka kepatuhan kedatangan dokter spesialis di poliklinik	80%	79%	80%	74%	77,66%
INSTALASI RAWAT INAP						
1	Angka ketidaklengkapan assesmen awal medis 1x24 jam	0%	7,24%	6,42%	4,91%	6,19%
2	Angka ketidaklengkapan asssesmen awal keperawatan 1x24 jam	0%	0,61%	0,54%	0,50%	0,55%
3	Angka ketidaklengkapan pengisian formulir hand over antar shift	0%	0,13%	0%	0,13%	0,08%
4	Ketepatan Penanganan Pertama pada Bayi BBLR	100%	100%	100%	100%	100%
5	Angka keberhasilan perawatan bayi dengan Asfiksia Sedang-Berat	80%	33%	66%	66%	55%
6	Kemampuan Menangani BBLSR <1500 g	60%	0%	0%	0%	0
INSTALASI KAMAR OPERASI						
1	Respon Time Emergency	100%	91,1%	93%	89%	91,3%
2	Ketidaklengkapan Surat Persetujuan Pre Operasi	0%	0%	0%	0%	0%
INSTALASI INTENSIE CARE UNIT						
1	Angka pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	3%	2,56%	3,51%	1,89%	2,65%
Instalasi Hemodialisis						

1	Angka Prosentase pasien HD 2x seminggu dengan URR ≥ 80%	80%	-	-	34%	34%
2	Angka Prosentase pasien HD 2x seminggu dengan Kt/V ≥1,8	80%	-	-	26%	26%
3	Kejadian clotting durante Hemodialisa	5%	2,9%	1,6%	1,2%	1,9%
4	Persentase Ketidakpatuhan Pasien Hemodialisis Reguler Terhadap Jadwal Hemodialisis	0%	6%	3%	4%	4,33%
INSTALASI RADIOLOGI						
1	Angka kegagalan pelayanan Rontgen<2%	<2%	0%	0,57%	0%	0,19%
2	Angka Hasil Foto thorax Rawat Jalan<3 Jam	100%	100%	100%	100%	100%
INSTALASI LABORATORIUM						
1	Kejadian Tidak Digunakannya Darah Transfusi yang Diminta	0%	0%	0%	0,4%	0,13%
2	Angka Ketepatan Waktu Tunggu Pemeriksaan Rutin	100%	100%	100%	100%	100%
INSTALASI REHABILITASI MEDIK						
1	Kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	0%	0%	0%	0%	0%
2	Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang direncanakan	<50%	8,43%	4,30%	9,80%	7,51%
INSTALASI FARMASI						
1	Waktu tunggu Pelayanan Resep Obat jadi (WTOJ) / Non Racikan <30 Menit	<30 menit	IGD :18’ Rajal:47’	IGD :20’ Rajal:40’	IGD :15’ Rajal:39’	IGD :18’ Rajal:42’
INSTALASI GIZI						
1	Kejadian Ketepatan Pemberian Diet pada Pasien	100%	99,69%	99,58%	99,50%	99,59%
2	Angka ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	≥ 90%	86%	84,94%	81,72%	84,22%
INSTALASI REKAM MEDIS						
1	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan ≤10 menit	100%	94%	96%	100%	96,66%

2	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap ≤15 menit	100%	100%	100%	100%	100%
INSTALASI PEMULASARAAN JENAZAH						
1	Angka ketepatan waktu menjemput Jenazah ≤ 20 menit	80%	87%	89%	90%	89%
INSTALASI CSSD dan Laundry						
1	Angka Pengelolaan dan Distribusi Linen yang Tidak Hilang	100%	100%	100%	100%	100%
2	Angka Pengelolaan Distribusi CSSD ke OK IGD	100%	100%	100%	100%	100%
3	Angka Pengelolaan Distribusi CSSD ke OK Central/IBS	100%	100%	100%	100%	100%
INSTALASI IPSRS						
1	Kecepatan Waktu menanggapi Kerusakan Alat	100%	100%	100%	100%	100%
2	Angka Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat	100%	100%	100%	100%	100%
INSTALASI LIMBAH PADAT DAN LIMBAH CAIR						
1	Baku mutu limbah cair	100%	100%	100%	100%	100%
Program Pengendalian Resistensi Mikroba (PPRA)						
1	Angka kepatuhan penggunaan antibiotika profilaksis pasien operasi	100%	23%	24%	25%	24%
INSTALASI SIMRS						
IMP-Unit						
1	Angka Ketepatan Respon Time Keluhan Perbaikan	100%	100%	88%	100%	96%

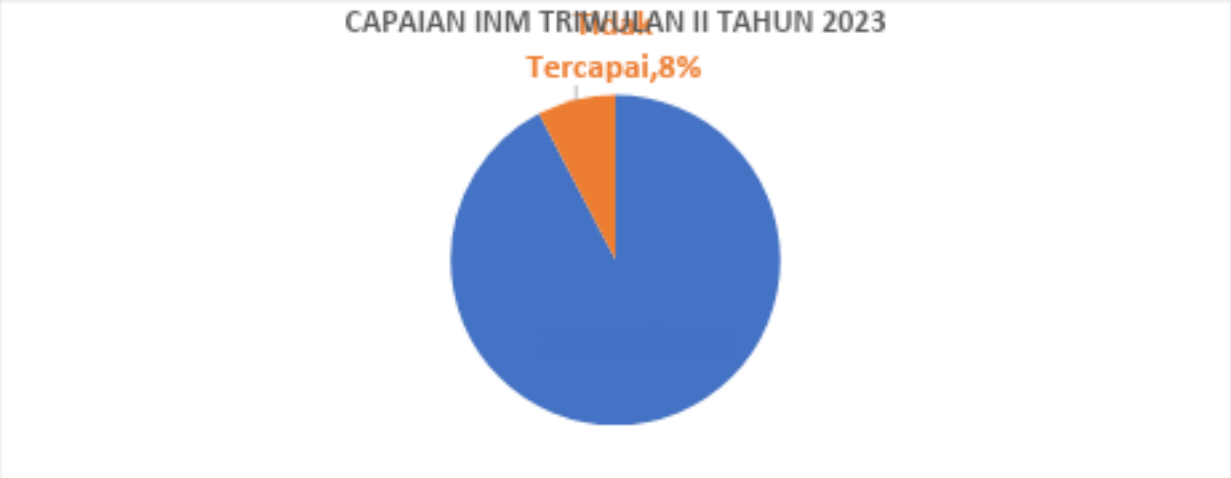
4.3 Analisa dan Pembahasan Capaian Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien April-Juni Tahun 2023

Capaian hasil Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien Periode April-Juni Tahun 2023 menunjukkan hasil bahwa 34% indikator masih dalam kategori belum mencapai target, 66% sudah mencapai target.

A. INDIKATOR NASIONAL MUTU (INM)

Grafik 4.1

INM: Capaian INM Triwulan II

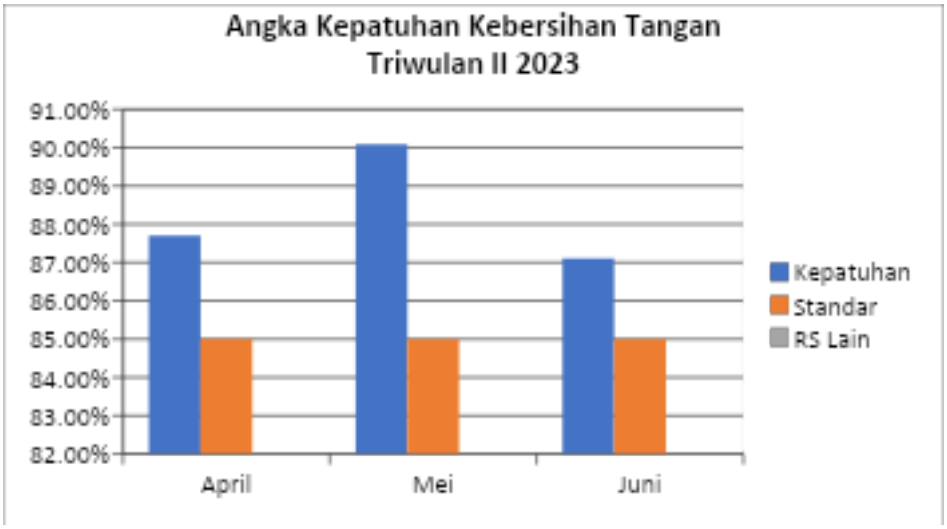


1. Kepatuhan Kebersihan Tangan

Kebersihan tangan adalah ukuran utama dalam pencegahan Infeksi yang didapatkan di fasilitas pelayanan kesehatan yang terbukti secara efektif dalam mencegah penularan infeksi dan penyebaran resistensi antimikroba. Kebersihan tangan merupakan bagian dari sasaran keselamatan pasien yang wajib harus dilaksanakan di rumah sakit.

Grafik 4.2

INM: Kepatuhan Kebersihan Tangan Triwulan II



Analisa :

- Sudah dapat mencapai target 100 %
- Capaian Rata Rata periode April - Juni Tahun 2023 100 %
- Kepatuhan cuci Tangan pada Triwulan II 2023 menunjukkan trend stabil, dan sudah berada diatas standar Nasional.

Rekomendasi :

Mempertahankan dan meningkatkan kepatuhan cuci tangan dengan melakukan

1. Melakukan observasi secara rutin di setiap unit / ruangan
2. Melakukan sosialisasi ulang di ruangan/unit dengan kepatuhan yang rendah.
3. Melakukan Koordinasi dengan kepala ruangan dan IPCLN unit terkait.

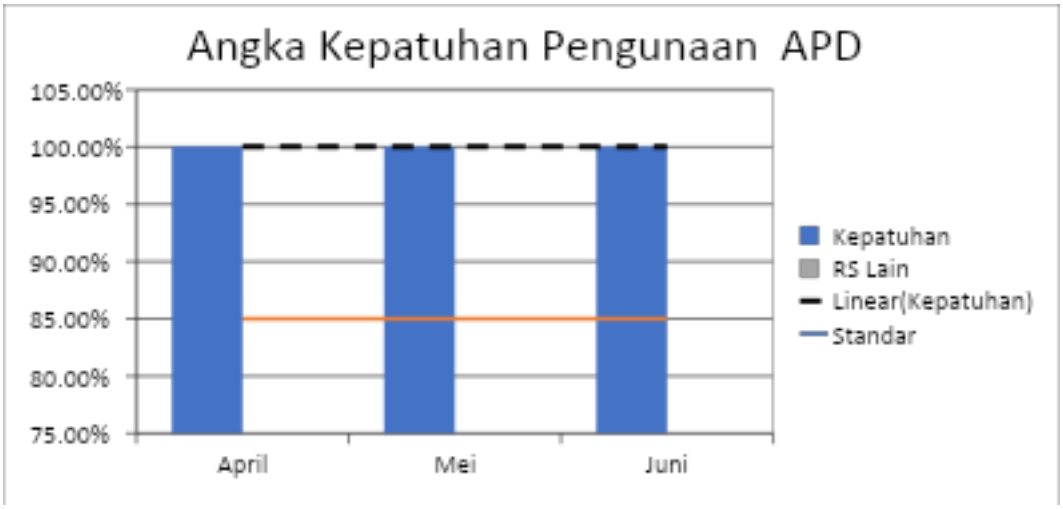
2. Kepatuhan Pemakaian APD

Rumah sakit tidak hanya menjadi tempat pengobatan, tetapi bisa juga menjadi sarana pelayanan kesehatan yang dapat menjadi sumber infeksi bagi orang lain. Kepatuhan penggunaan alat pelindung diri (APD) sangat penting untuk melindungi mukosa - mulut, hidung dan

mata dari tetesan dan cairan yang terkontaminasi. Alat perlindungan diri (APD) merupakan alat yang digunakan oleh petugas kesehatan untuk melindungi pasien dari berbagai mikroorganisme pada petugas kesehatan. Selain itu peralatan APD yang digunakan petugas kesehatan juga bertujuan untuk melindungi diri nya selama melaksanakan tugas.

Grafik 1.3

INM: Kepatuhan Pemakaian APD Triwulan II



Analisa :

- Sudah dapat mencapai target 100 %
- Capaian Rata Rata periode April - Juni Tahun 2023 100%

Rekomendasi :

- Pertahankan tingkat Kepatuhan
- Melakukan observasi secara rutin melibatkan kepala ruangan/unit terkait
- Ketersediaan APD yang dibutuhkan bekerjasama dengan bagian penyediaan.

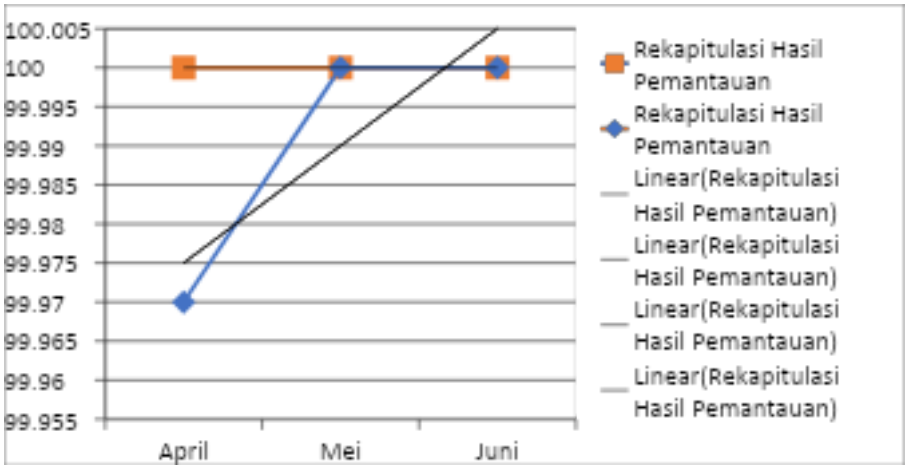
3. Kepatuhan Identifikasi pasien

Identifikasi pasien merupakan upaya rumah sakit menjamin keselamatan pasien. Identifikasi pasien adalah suatu sistem identifikasi kepada pasien untuk membedakan antara pasien satu dengan pasien yang lainnya sehingga memperlancar atau mempermudah dalam pemberian pelayanan kepada pasien.

Ketepatan identifikasi pasien menjadi hal yang penting, bahkan berhubungan langsung dengan keselamatan pasien; mengidentifikasi pasien dengan benar merupakan Sasaran yang pertama dari 6 (enam) Sasaran Keselamatan Pasien. Kepatuhan identifikasi pasien merupakan proses pengecekan identitas pasien menggunakan minimal 2 identitas dari 3 identitas yang tercantum pada gelang atau bentuk identitas lainnya sebelum memberikan pelayanan sesuai dengan regulasi yang berlaku.

Grafik 4.4

INM: Kepatuhan Identifikasi Pasien Triwulan II



Analisa :

- Sudah dapat mencapai target 100 %. Hanya pada bulan April sedikit dibawah standar, sedangkan untuk bulan Mei dan Juni sudah mencapai target.
- Capaian Rata Rata periode April - Juni Tahun 2023 99,99 %

Rekomendasi :

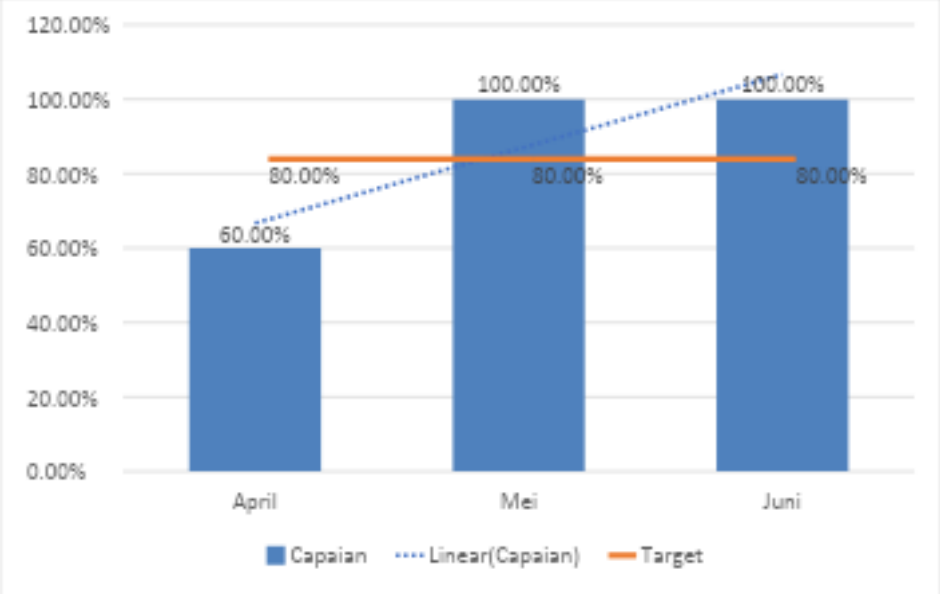
- Selalu meningkatkan kepatuhan dalam melaksanakan proses identifikasi

4. Waktu Tanggap Operasi *Seksio Sesarea Emergensi*

Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi adalah waktu yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan Tindakan seksio sesarea emergensi sejak diputuskan operasi sampai dimulainya insisi operasi di kamar operasi yaitu <30 menit. Adapun kategori emergensi yang diukur adalah adalah kaegori 1 (Misalnya : fetal distress menetap, prolaps tali pusat atau tali pusat menumbung, gagal vakum/forsep, ruptur uteri imminent, ruptur uteri, perdarahan ante partum dengan perdarahan aktif).

Grafik 4.5

INM: Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi



Analisa :

- Waktu Tanggap Operasi Seksio Caesarea Emergency sudah melebihi standar dimana pasien sudah mendapat tindakan sebelum 30 menit. Hanya pada bulan April yang tidak memenuhi standar, sedangkan untuk bulan Mei dan Juni 2023 sudah memenuhi standar.

- Capaian Rata Rata periode April – Juni Tahun 2023 86,66%

Rekomendasi :

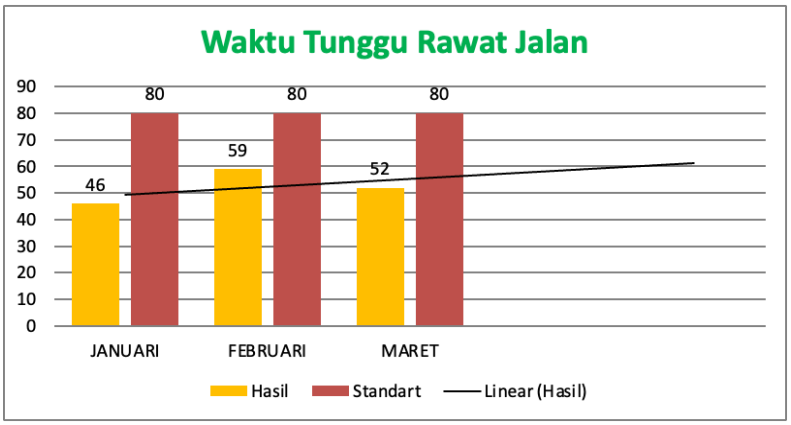
- Selalu aktif mengingatkan dan menghubungi dokter terkait
- SOP yang jelas pada pasien yang tergolong cito.

5. Waktu Tunggu Rawat jalan

Waktu tunggu adalah waktu yang digunakan pasien untuk mendapatkan pelayanan kesehatan mulai tempat pendaftaran sampai masuk ke ruang pemeriksaan dokter. Waktu tunggu yang lama beresiko menurunkan kepuasan pasien dan dapat menurungkan kepuasan pasien dan dapat menurunkan mutu pelayanan. Indikator mutu Waktu Tunggu Rawat Jalan bertujuan untuk mengetahui waktu tunggu pelayanan pasien di rawat jalan sehingga terselenggaranya pelayanan poliklinik pada hari kerja yang mudah dan cepat diakses oleh pasien. Waktu Tunggu Rawat Jalan ini penting karena berakitan dengan kepuasan pasien terhadap pelayanan rumah sakit. Berdasarkan grafik diatas didapatkan bahwa waktu tunggu rawat jalan sudah belum mencapai standar.

Grafik 4.6

INM: Waktu Tunggu Rawat Jalan



Analisa :

- Belum mencapai target 80 %
- Capaian Rata Rata periode Bulan April - Juni Tahun 2023

  52,33 %
- Terjadi tren peningkatan tiap bulan, artinya pasien yang dilayani dengan waktu kurang dari 1 jam terus bertambah jumlahnya

Rekomendasi :

- Terus mensosialisasikan pendaftaran online dan perbaikan system pendaftaran.

PLAN	DO	STUDI	ACTION
Mengupayakan agar Kepatuhan identifikasi pasien sesuai Target	❖ Mengingatkan Mengusulkan jam pelayanan poliklinik lebih pagi ❖ Mensosialisasi hasil pencatatan waktu tunggu rawat jalan kepada DpJp ❖ Mengusulkan perbaikan sistem pendaftaran melalui online	Capaian Masih dibawah Standar	❖ Memperbaiki sistem pendaftaran online. ❖ Melakukan sosialisasi kepada semua pasien untuk beralih ke pendaftaran online ❖ Melakukan sosialisasi pendaftaran

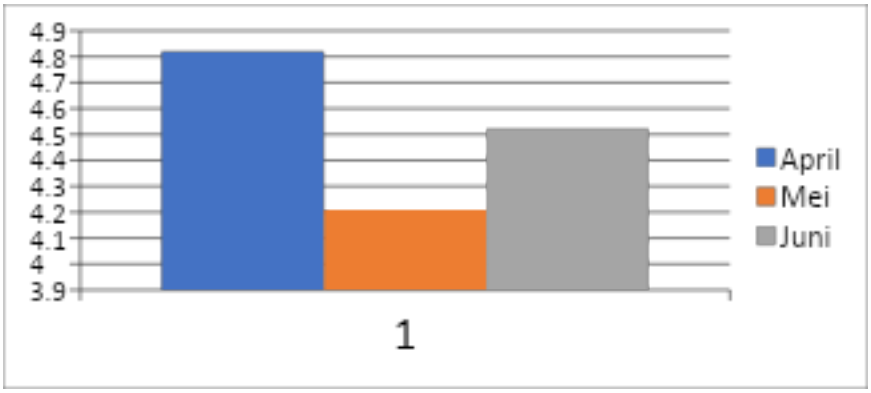
	yang dapat diakses secara langsung nomer antrian dari situs. ❖ Mengusulkan penambahan jumlah dokter yang memeriksa di poli IPD		online melalui media sosial dan media lainya untuk beralih ke pendaftaran online

6. Penundaan Operasi Elektif

Penundaan operasi elektif adalah perubahan jadwal operasi yang telah direncanakan/ dijadwalkan. Penundaan operasi elektif merupakan masalah yang terjadi di banyak Rumah Sakit yang dapat menyebabkan ketidak puasan pasien, meningkatkan biaya dan memperpanjang masa rawat pasien di Rumah Sakit, selain itu penundaan operasi elktif juga menggambarkan kurang efesiennya manajemen ruang operasi di suatu Rumah Sakit

Grafik 4.7

INM: Penundaan Operasi Elektif



Analisa :

- Sudah mencapai target <5%
- Capaian Rata Rata periode Bulan April - Juni Tahun 2023
  4,51%
- Penundaan terjadi karena memanjang nya durasi Operasi, pasien datang secara bersamaan

Rekomendasi :

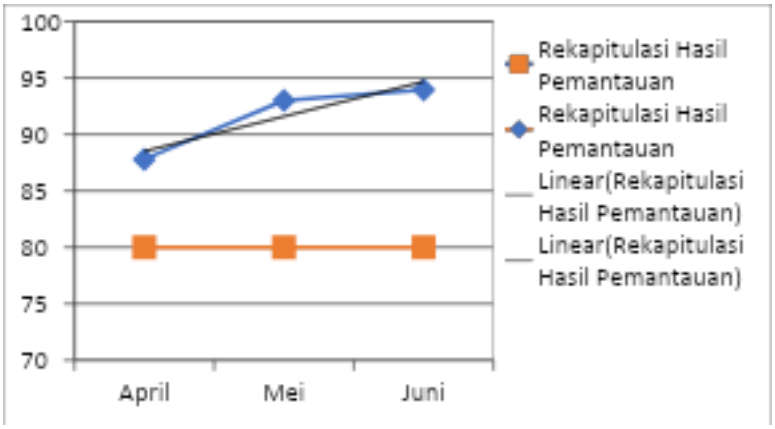
- Menghitung perkiraan jam operasi, pasien di antar setelah ada konfirmasi dari operator, memastikan kembali kondisi pasien sebelum diantar.

7. Ketepatan waktu visite dokter spesialis

Banyak faktor yang mempengaruhi loyalitas pelanggan terhadap layanan jasa,termasuk layanan yang diberikan fasilitas kesehatan seperti Rumah Sakit. Semua bermuara kepada kepuasan yang diperoleh pelanggan dari setiap layanan yang diberikan, termasuk salah satu didalamnya ketepatan waktu dokter dalam memberi pelayanan. Indikator mutu Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis bertujuan untuk mendapatkan gambaran kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu memberikan pelayanan medis kepada pasien yang menjadi tanggung jawabnya.

Grafik 4.8

INM: Ketepatan waktu visite dokter spesialis



Analisa :

- Angka kepatuhan jam visite dokter sudah baik dan sesuai jam yang ditetapkan.
- Capaian Rata Rata periode April – Juni Tahun 2023 :91,26%

Rekomendasi :

- Selalu mengingatkan dokter untuk visite sesuai jam yang ditetapkan

8. Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium

Nilai kritis pemeriksaan laboratorium adalah untuk memperingatkan tenaga medis yang merawat pasien terutama dokter yang kemudian diharapkan mampu bertindak setelah menerima laporan tersebut. Pelaporan ini merupakan bagian penting dalam proses untuk meningkatkan kualitas layanan laboratorium. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI No 1691/Menkes/Per/VIII 2011 tentang keselamatan pasien Rumah Sakit, hasil nilai kritis harus segera dilaporkan karena berhubungan dengan keselamatan pasien di Rumah Sakit. Pelaporan nilai kritis laboratorium merupakan bagian yang krusial dari proses pasca analitik.

Pelaporan nilai kritis penting disampaikan kepada dokter yang merawat sesegera mungkin untuk menyelamatkan jiwa pasien. Sehingga perlu dikembangkan sistem manajemen laboratorium agar pelaporan nilai kritis ini dapat mengurangi angka kematian.

Grafik 4.9

INM: Pelaporan hasil Kritis Laboratorium



Analisa :

- Sudah mencapai target target 100 %
- Capaian Rata Rata periode April – Juni Tahun 2023 100 %
- Pelaporan hasil tes kritis Laboratorium terlaksana tepat waktu

Rekomendasi :

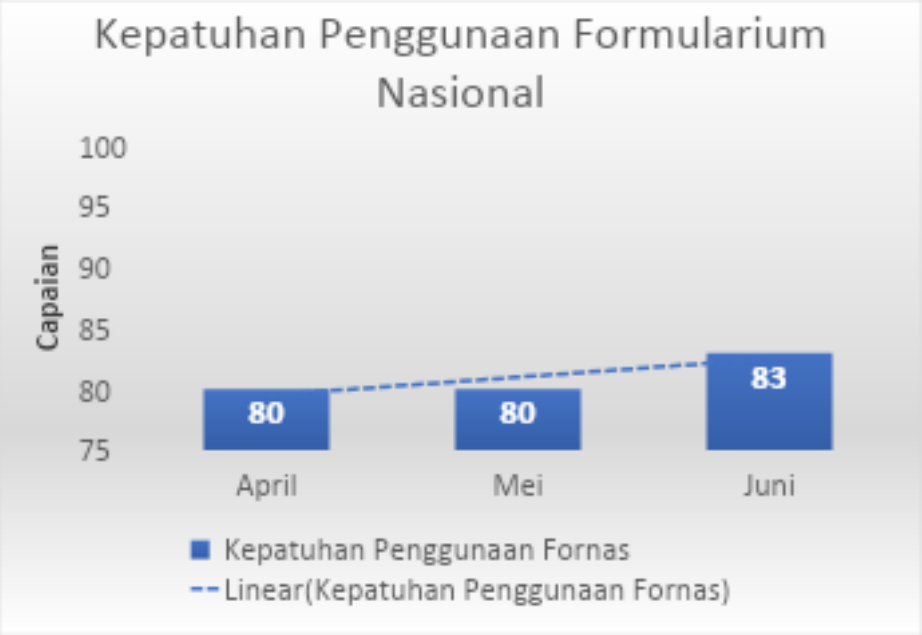
- Pencapaian yang telah memenuhi target harus di pertahankan. Untuk mengurangi adanya keterlambatan pelaporan hasil kritis sebaiknya selalu bekerja sesuai prosedur dan meningkatkan kinerja petugas dan komunikasi yang efektif agar tidak melewati batas maksimum pelaporan nilai kritis.

9. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional

Formularium Nasional merupakan daftar obat terpilih yang dibutuhkan dan harus tersedia di fasilitas pelayanan kesehatan dalam rangka pelaksanaan Jaminan Sosial Kesehatan Nasional (JKN). Selain itu fornas adalah bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional oleh karena itu disediakannya daftar obat sebagai acuan Nasional penggunaan obat dalam pelayanan kesehatan untuk menjamin aksesbilitas keterangkauan dan penggunaan obat secara nasional dalam Formularium Nasional. Penulisan resep sesuai formularium bertujuan untuk menggambarkan efisiensi pelayanan obat kepada pasien. Penulisan resep obat yang sesuai formularium adalah jumlah item nama atau jenis obat rumah sakit yang ditulis pada resep yang sesuai dengan formularium.

Grafik. 4.10

INM: Kepatuhan penggunaan formularium Nasional



Analisa :

- Sudah mencapai target > 80 %
- Capaian Rata Rata periode April - Juni Tahun 2023 81 %
- Masih ada beberapa resep yang belum mematuhi penulisan resep obat sesuai formularium

Rekomendasi :

- Meningkatkan Penerapan Penggunaan Formularium Nasional di Fasilitas Pelayanan Kesehatan RSUD Panglima Sebaya
- Pengajuan pengusulan obat yang belum tercantum di dalam Formularium Nasional untuk dicantumkan masuk ke dalam Formularium Nasional

- Tim Farmasi dan Terapi melakukan sosialisasi dan evaluasi secara berkesinambungan kepada Dokter untuk dapat meningkatkan penulisan resep sesuai dengan FORNAS agar dapat mencapai rasionalisasi pengobatan, rasionalisasi peresepan dan outcome terapi yang lebih baik.

10. Kepatuhan Terhadap Alur Klinis (clinical Pathway)

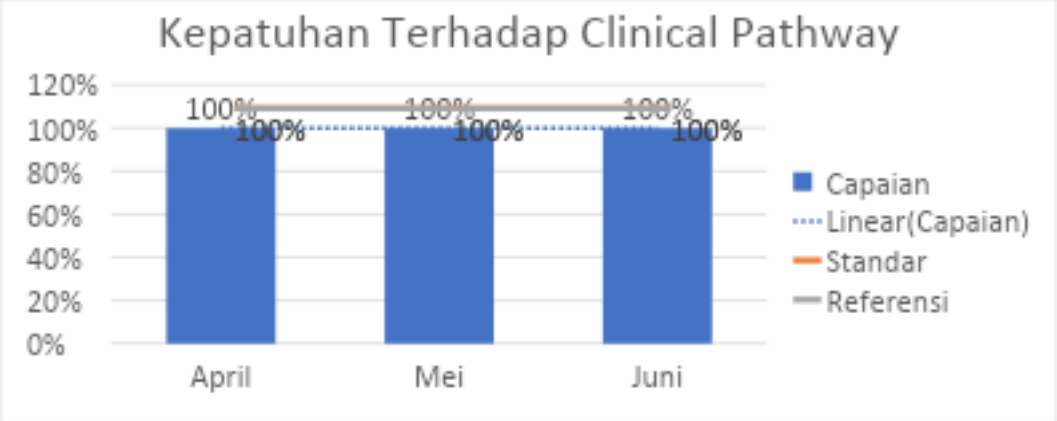
Alur klinis (*clinical pathway*) merupakan rencana perawatan multidisiplin berdasarkan praktik klinis terbaik untuk sekelompok pasien dengan diagnosis tertentu, yang dirancang untuk meminimalkan keterlambatan perawatan, memaksimalkan kualitas perawatan, dan hasil klinis. Setiap profesional pemberi asuhan menggunakan alur klinis tersebut sebagai acuan bagi mereka dalam memberikan pelayanan. Alur klinis disusun berdasarkan panduan praktik klinis yang memuat detail penyakit dan tatalaksana penyakit tersebut. Panduan praktik klinis merupakan istilah teknis pengganti standar prosedur operasional dalam Undang-Undang Praktik Kedokteran Tahun 2004. Alur klinis merupakan panduan bagi dokter dalam menetapkan setiap pemeriksaan diagnostik dan terapi yang perlu diberikan dalam pelayanan pasien. Oleh karena itu, setiap profesional pemberi asuhan khususnya dokter perlu menerapkan alur klinis dalam pelayanan yang mereka berikan.

Kepatuhan terhadap clincal pathway menggambarkan terselenggaranya standarisasi proses asuhan klinis, mengurangi resiko proses asuhan klinis, mengurangi adanya variasi asuhan klinis dan memberikan asuhan klinis yang tepat waktu serta penggunaan sumber daya yang efisien dan konsisten sehingga menghasilkan mutu

pelayanan yang tinggi dengan menggunakan praktek klinik yang berbasis bukti.

Grafik 4.11

INM: Kepatuhan Terhadap Alur Klinis (Clinical Pathway)



Analisa :

- Indikator Clinical Pathway sudah memenuhi target

Rekomendasi :

- Hasil capaian sudah baik dan harus dipertahankan
- Tetap melakukan sosialisasi terhadap Clinical Pathway

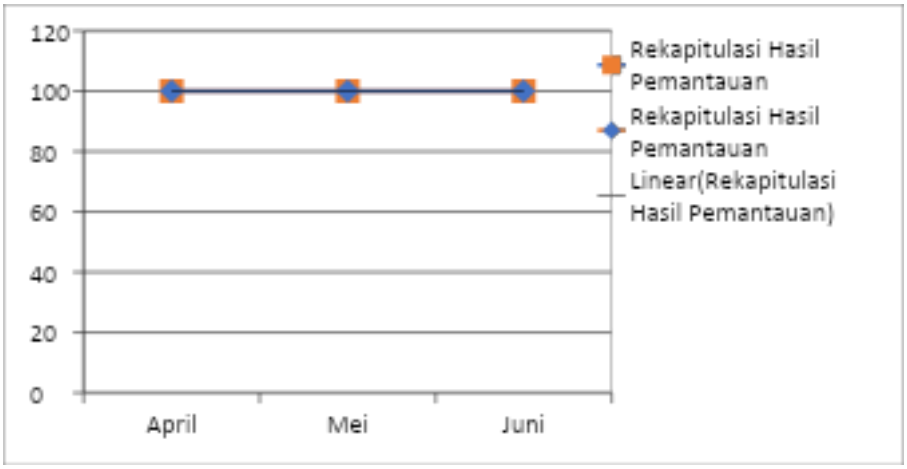
11. Kepatuhan Upaya pencegahan Resiko pasien jatuh

Dalam pelaksanaan program *patient safety* di rumah sakit, kejadian pasien jatuh merupakan salah satu indikator,berjalan tidaknya pelaksanaan program ini. Angka kejadian pasien jatuh di ruang rawat inap dilaksanakan dengan tujuan tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman bagi pasien di ruang rawat inap yang bebas dari insiden pasien jatuh. Pasien jatuh adalah pasien yang mengalami

insiden secara cepat dan tiba – tiba berpindah posisi dari tempat tidur ke lantai sampai setengah atau lebih bagian tubuh berada di lantai, sehingga memungkinkan pasien mengalami cedera ringan sampai berat atau tidak menimbulkan cedera.

Grafik 4.12

INM: Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko Jatuh



Analisa :

- Angka kepatuhan upaya pencegahan resiko pasien jatuh sudah baik dan benar sesuai standar
- Capaian Rata Rata periode April – Juni Tahun 2023 100%

Rekomendasi :

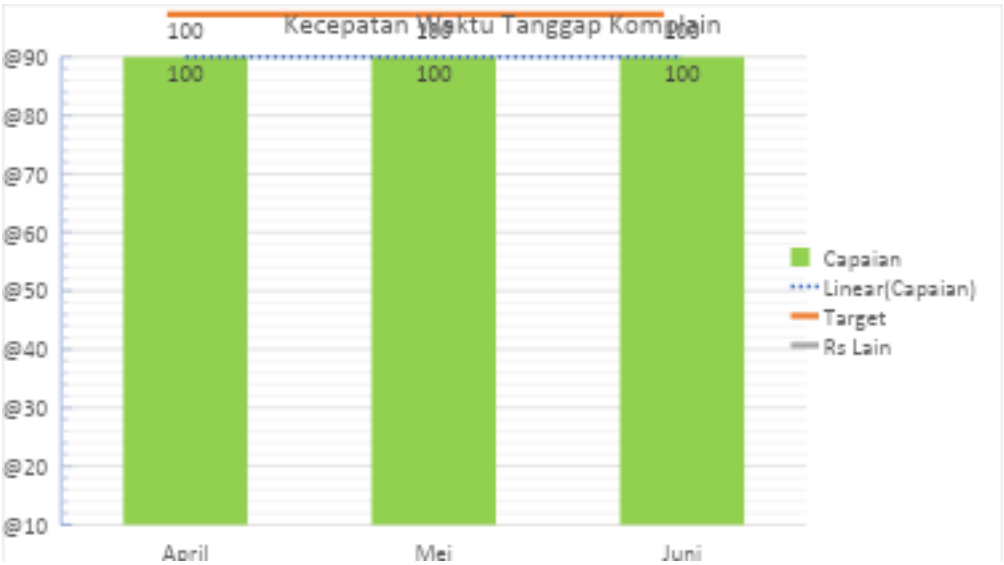
- Selalu menjaga dan mempertahankan angka kepatuhan upaya pencegahan resiko pasien jatuh agar terselenggara pelayanan keperawatan yang aman dan mencapai pemenuhan sasaran keselematan pasien

12. Kecepatan Waktu Tanggap Komplain

Rumah sakit sebagai pemberi pelayanan kesehatan yang bersifat *patient center care,* tentunya memiliki risiko mendapatkan respon dari pasien sebagai *feedback* dari pelayanan yang telah diberikan kepada pasien. Pelayanan yang tidak memuaskan seringkali menimbulkan komplain dari pasien maupun keluarga. Kecepatan rumah sakit dalam menangani komplain dalam menanggapi komplain baik tertulis, lisan atau melalui mass media yang sudah diidentifikasi tingkat risiko dan dampak risiko dengan penetapan grading/dampak risiko berupa Ekstrim (merah), Tinggi (kuning), Rendah (hijau), dan dibuktikan dengan data, dan tindak lanjut atas *respons time* komplain tersebut sesuai dengan kategorisasi/grading/dampak risiko.

Grafik 4.13

INM: Kecepatan waktu tanggap komplain



Analisa :

- Sudah mencapai target 100 %

- Kecepatan waktu tanggap complain untuk bulan April, Mei, dan Juni tahun 2023 mencapai 100%.
- Komplain dengan grading hijau via WA ke CS langsung mendapat respon,
- Komplain yang terlaporkan sementara hanya complain yang masuk ke Humas melalui CS, hal ini bisa dikarenakan akses pengaduan yang masih belum tersosialisasi dengan maksimal.

Rekomendasi :

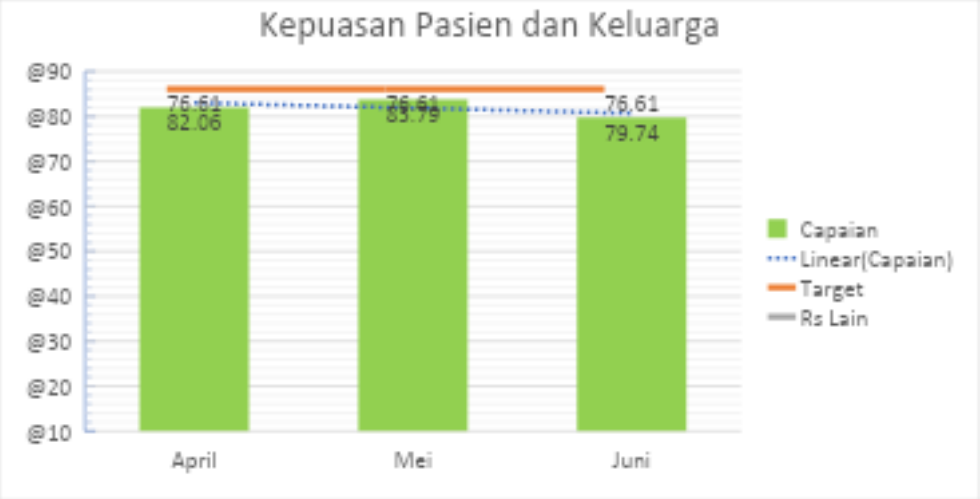
- Menyampaikan hasil saat pertemuan dengan pihak manajemen RS
- Mensosialisasikan ke unit-unit di Rumah Sakit untuk alur penyampaian komplain sehingga komplain bisa terdata di Unit Pengaduan (Humas) dan bisa terlaporkan secara keseluruhan.

13. Kepuasan Pasien

Pemantauan dan pengukuran Kepuasan Pasien dan Keluarga adalah kegiatan untuk mengukur tingkatan kesenjangan pelayanan Rumah Sakit yang diberikan dengan harapan pasien dan keluarga di Rawat Jalan, Rawat Inap dan Gawat Darurat. Kepuasan Pasien dan Keluarga diukur dengan mendapatkan gambaran persepsi pasien dan keluarga pada saat mendapatkan pengalaman selama dilayani di Rumah Sakit.

Grafik 4.14

INM: Kepuasan Pasien



Analisa :

- Sudah mencapai target > 76,61%
- Capaian Rata Rata periode April – Juni Tahun 2023 82,23%

Rekomendasi :

- Diharapkan pihak RSUD Panglima Sebaya meningkatkan lagi kompetensi seluruh petugas yang berkaitan erat dengan pelayanan terhadap pasien dan keluarga agar pelayanan terhadap pasien dan keluarga lebih optimal

B. INDIKATOR MUTU PRIOORITAS RS (IMP- RS)

Grafik 4.15

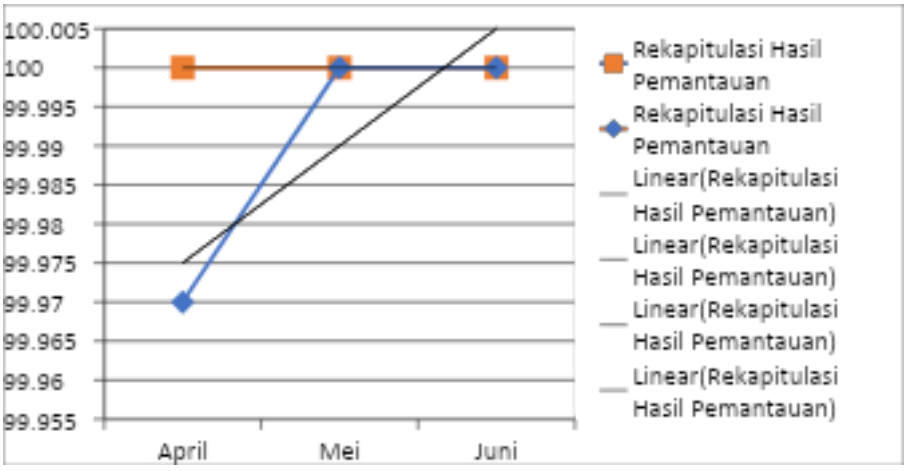
IMP-RS: Capaian IMP Rumah Sakit Triwulan II TA 2023



a. Kepatuhan Identifikasi Pasien

Grafik 4.16

IMP-RS: Kepatuhan Identifikasi Pasien



Analisa :

- Sudah dapat mencapai target 100%. Hanya pada bulan April sedikit

dibawah standar, sedangkan untuk bulan Mei dan Juni sudah mencapai target.

- Capaian Rata Rata periode April - Juni Tahun 2023 adalah 99,99%.

Rekomendasi :

- Selalu meningkatkan kepatuhan dalam melaksanakan proses identifikasi

b. Kejadian ketidaklengkapan verifikasi the read back process (SBAR TBaK)

Grafik 4.17

IMP-RS: Kejadian ketidaklengkapan verifikasi the read back process (SBAR TBaK)



Analisa :

- Tidak ada Kejadian Ketidaklengkapan Verifikasi The Read back Proces (SBaR-TBaK) dibulan April-Juni 2023

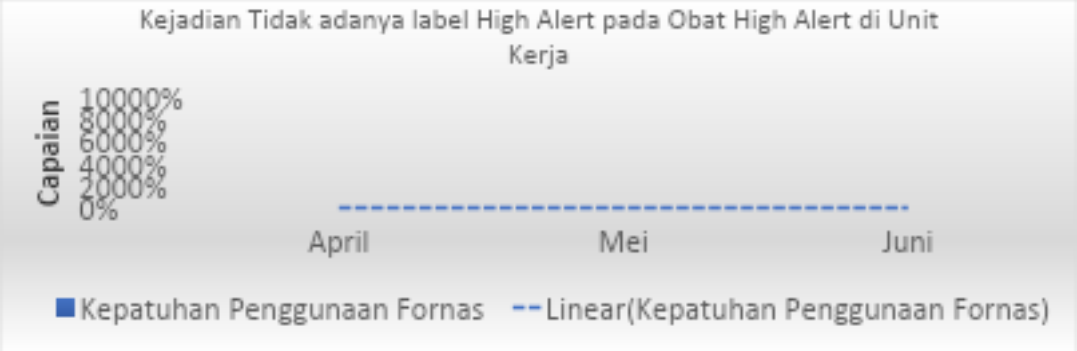
Rekomendasi :

- Selalu Menjaga dan Mempertahankan Kelengkapan Verifikasi (SBaR/TBaK) yang baik untuk meningkatkan efektifitas komunikasi diantara sesama medis,baik dokter umum dengan dokter spesialis ataupun antara dokter dan perawat.

c. **Kejadian Tidak adanya label *High Alert* pada Obat *High Alert* di Unit Kerja**

Grafik 4.18

IMP-RS: Kejadian Tidak adanya label High Alert pada Obat High Alert



Analisa :

- Kejadian tidak adanya label high alert di unit kerja sudah memenuhi standart dimana penilaiannya 0%

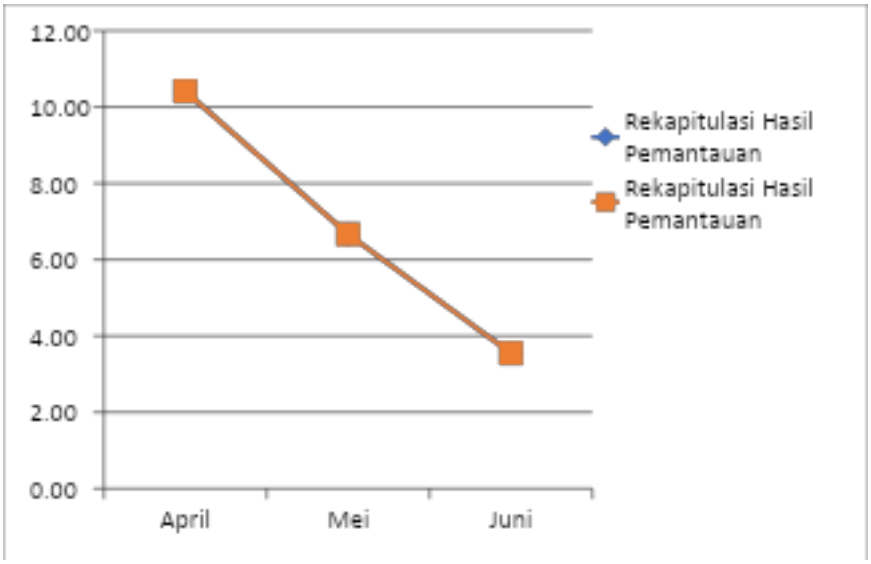
Rekomendasi :

- Melakukan pemesanan label high alert sebelum terjadi kekosongan
- Distribusi label high alert tidak merata sehingga perlu pemerataan distribusi
- Meningkatkan kedisiplinan petugas ruangan agar label ditempel

d. **Kejadian tidak dilakukannya penandaan lokasi operasi**

Grafik 4.19

IMP-RS: Kejadian tidak dilakukannya penandaan lokasi operasi



Analisa :

- Hasil periode April-Juni 2023 masih belum mencapai standar
- Kejadian tidak di lakukan nya penandaan lokasi operasi terjadi karena visite digantikan dokter jaga

Rekomendasi :

- Hasil periode April-Juni 2023 masih belum mencapai standar
- Kejadian tidak di lakukan nya penandaan lokasi operasi terjadi karena visite digantikan dokter jaga

PLAN	DO	STUDI	ACTION
Mengupayakan agar Kejadian tidak dilakukannya penandaan lokasi operasi sesuai Target	❖ Mensosialisasikan kembali kepada DPJP untuk selalu melakukan penandaan lokasi operasi setiap sebelum Tindakan ❖ Berkoordinasi dengan pihak terkait agar	Capaian Masih dibawah Standar	❖ Selalu mengingatkan kepada DPJP untuk selalu melakukan penandaan lokasi operasi saat pasien diruang perawatan, terutama untuk

	selalu memastikan setiap pasien dilakukan penandaan lokasi operasi sebelum tindakan		pasien operasi elektif

e. Kepatuhan Cuci Tangan

Grafik 4.20

IMP-RS: Kepatuhan Cuci Tangan



Analisa :

- Sudah dapat mencapai target 100 %
- Capaian Rata Rata periode April - Juni Tahun 2023 100 %
- Kepatuhan cuci Tangan pada Triwulan II 2023 menunjukkan trend stabil, dan sudah berada diatas standar Nasional.

Rekomendasi :

Mempertahankan dan meningkatkan kepatuhan cuci tangan dengan melakukan

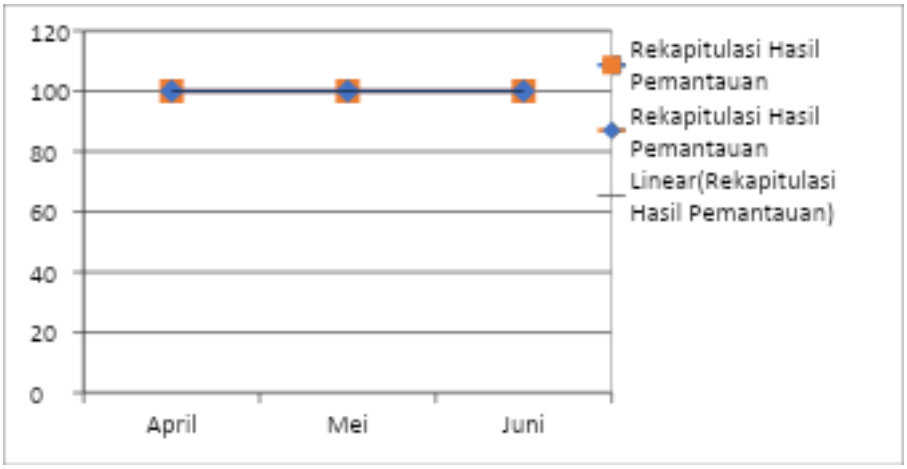
1. Melakukan observasi secara rutin di setiap unit / ruangan

2. Melakukan sosialisasi ulang di ruangan/unit dengan kepatuhan yang rendah.
3. Melakukan Koordinasi dengan kepala ruangan dan IPCLN unit terkait.

f. **Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh**

Grafik 4.21

IMP-RS: Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh



Analisa :

- Angka kepatuhan upaya pencegahan resiko pasien jatuh sudah baik dan benar sesuai standar
- Capaian Rata Rata periode April – Juni Tahun 2023 100%

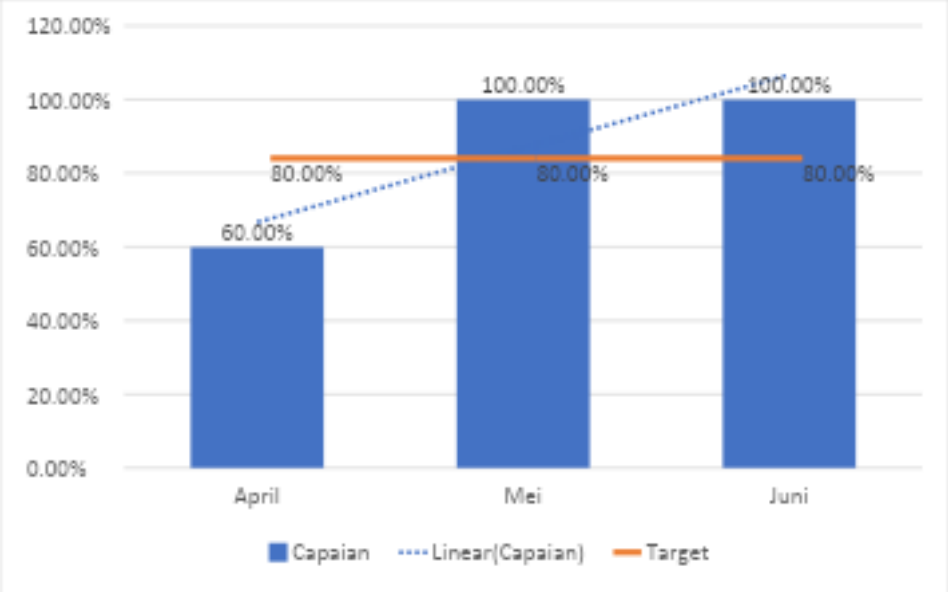
Rekomendasi :

- Selalu menjaga dan mempertahankan angka kepatuhan upaya pencegahan resiko pasien jatuh agar terselenggara pelayanan keperawatan yang aman dan mencapai pemenuhan sasaran keselematan pasien

g. Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi

Grafik 4.22

IMP-RS: Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi



Analisa :

- Waktu Tanggap Operasi Seksio Caesarea Emergency sudah melebihi standar dimana pasien sudah mendapat tindakan sebelum 30 menit. Hanya pada bulan April yang tidak memenuhi standar, sedangkan untuk bulan Mei dan Juni 2023 sudah memenuhi standar.
- Capaian Rata Rata periode April – Juni Tahun 2023 86,66%

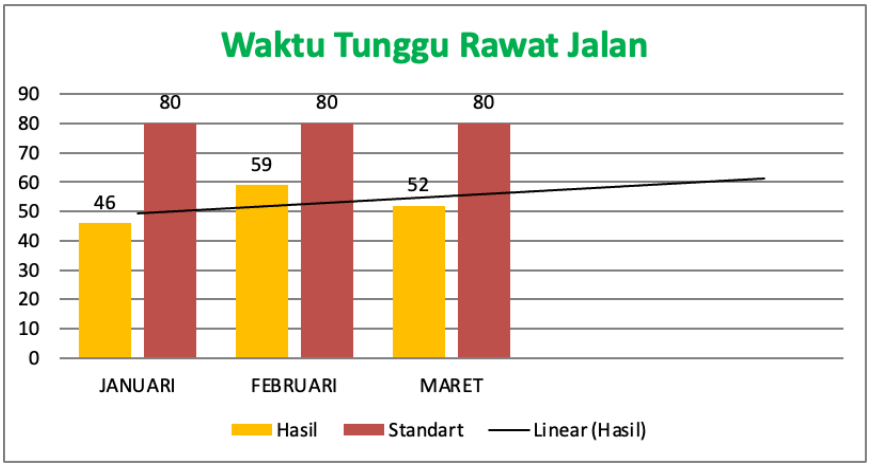
Rekomendasi :

- Selalu aktif mengingatkan dan menghubungi dokter terkait
- SOP yang jelas pada pasien yang tergolong cito.

h. Waktu Tunggu Rawat Jalan

Grafik 4.23

IMP-RS: Waktu Tunggu Rawat Jalan



Analisa :

- Belum mencapai target 80 %
- Capaian Rata Rata periode Bulan April - Juni Tahun 2023

  52,33 %
- Terjadi tren peningkatan tiap bulan, artinya pasien yang dilayani dengan waktu kurang dari 1 jam terus bertambah jumlahnya

Rekomendasi :

- Terus mensosialisasikan pendaftaran online dan perbaikan system pendaftaran.

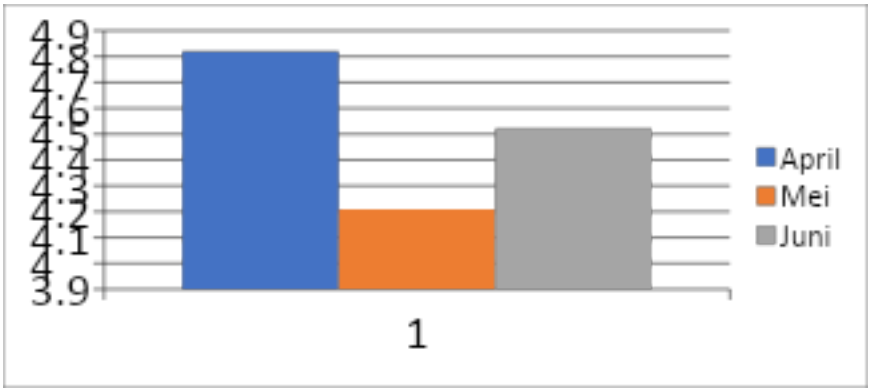
PLAN	DO	STUDI	ACTION
Mengupayakan agar Kepatuhan identifikasi pasien sesuai Target	❖ Mengingatkan Mengusulkan jam pelayanan poliklinik lebih pagi ❖ Mensosialisasi hasil pencatatan waktu tunggu rawat jalan kepada DpJp	Capaian Masih dibawah Standar	❖ Memperbaiki sistem pendaftaran online. ❖ Melakukan sosialisasi kepada semua pasien untuk beralih ke

	❖ Mengusulkan perbaikan sistem pendaftaran melalui online yang dapat diakses secara langsung nomer antrian dari situs. ❖ Mengusulkan penambahan jumlah dokter yang memeriksa di poli IPD		pendaftaran online ❖ Melakukan sosialisasi pendaftaran online melalui media sosial dan media lainya untuk beralih ke pendaftaran online

i. Penundaan Operasi elektif

Grafik 4.25

IMP-RS: Penundaan Operasi Elektif



Analisa :

- Sudah mencapai target <5%
- Capaian Rata Rata periode Bulan April - Juni Tahun 2023 4,51%
- Penundaan terjadi karena memanjang nya durasi Operasi, pasien datang secara bersamaan

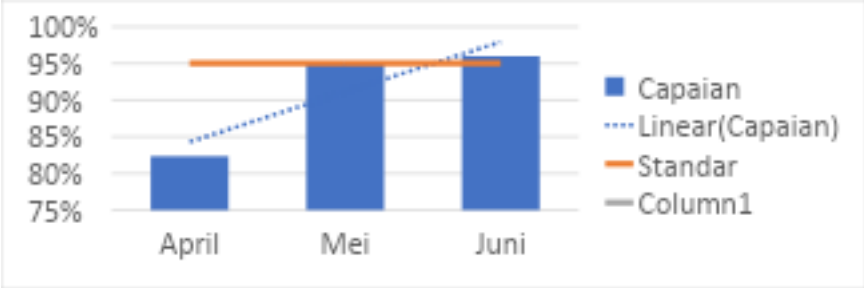
Rekomendasi :

- Menghitung perkiraan jam operasi, pasien di antar setelah ada konfirmasi dari operator, memastikan kembali kondisi pasien sebelum diantar.

j. Kelengkapan Berkas Klaim BPJS Kesehatan Sebelum Tanggal 10 Bulan Selanjutnya

Grafik 4.26

IMP-RS: Kelengkapan Berkas Klaim BPJS Kesehatan Sebelum Tanggal 10 Bulan Selanjutnya



Analisa :

- Dari Grafik diatas Kelengkapan Berkas Klaim BPJS Kesehatan Sebelum Tanggal 10 Bulan Selanjutnya bulan Mei dan Juni sudah memenuhi standar. Hanya pada bulan April masih dibawha standar.

Rekomendasi :

- Mensosialisasikan kepada setiap DPJP untuk segera melengkapi rekam medis pasien yang sudah KRS
- Meningkatkan dan mempercepat koreksi terhadap berkas yang masih belum lengkap

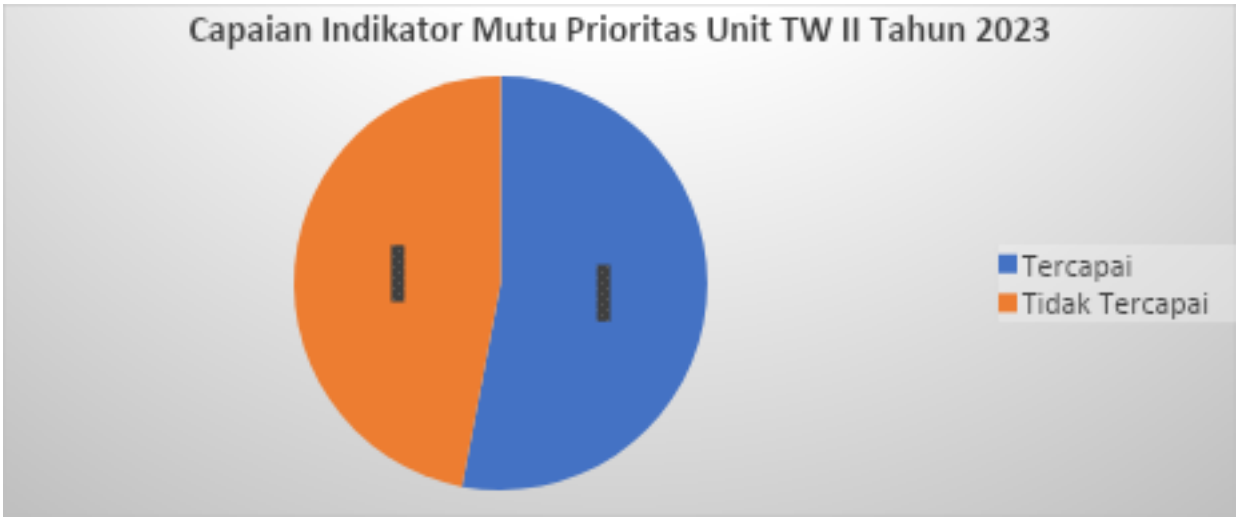
PLAN	**DO**	**STUDI**	**ACTION**
Mengupayakan agar Angka Kelengkapan Berkas Klaim BPJS Kesehatan Sebelum Tanggal 10 Bulan Selanjutnya sesuai Target	✔ Mensosialisasikan kepada setiap DPJP untuk segera melengkapi rekam medis pasien yang sudah KRS ✔ Meningkatkan dan mempercepat koreksi terhadap berkas yang masih belum lengkap	Capaian saat ini masih dibawah standar	✔ Mengingatkan setiap DPJP dan Paramedis untuk melengkapi rekam medis sebelum kepulangan pasien ✔ Melakukan *cross check* terhadap berkas yang belum lengkap

3. INDIKATOR MUTU PRIOORITAS UNIT (IMP- Unit)

Grafik 4.26

IMP-Unit : Capaian IMP Unit Triwulan II TA 2023

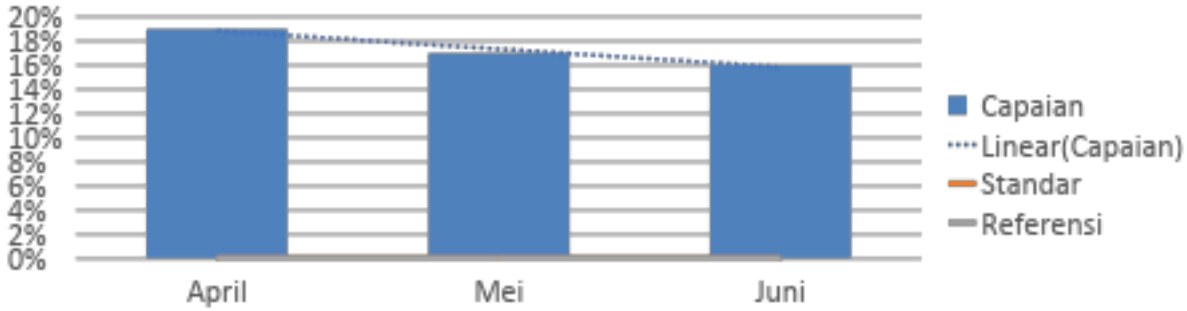
RSUD Panglima Sebaya



1. Angka Keterlambatan Transfer Pasien ke Ruangan Rawat Inap

Grafik 4.27

IMP-Unit : Angka keterlambatan transfer pasien ke ruangan rawat inap



Analisa :

- Angka Keterlambatan Transfer Pasien ke Ruang rawat sudah mengalami penurunan, tetapi belum memenuhi standar

Rekomendasi :

- Memperbaiki standar waktu observasi pasien sebelum di Transfer
- Lebih dispesifikkan lagi jenis kondisi pasien yang memerlukan jawaban konsulan baru boleh ditransfer.

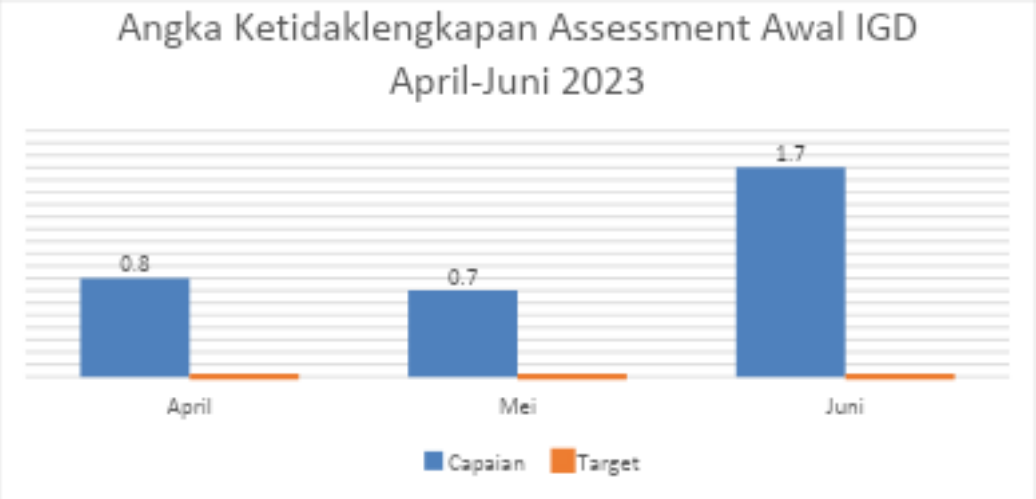
PLAN	DO	STUDI	ACTION
Mengupayakan Pasien setelah ditangani kegawatdaruratan nya sesuai klinis, Pasien langsung diantar keruang perawatan kurang dari 2 jam . Agar tidak terjadi penumpukan pasien di IGD	❖ Setelah dilakukan tindakan dan kegawatan pasien tertangani,pasien segera ditransfer ke ruang perawatan.	Pasien masih banyak tertahan di IGD lebih dari 2 – 3 jam, karena menunggu hasil konsulan dari DPJP.	❖ Setelah 15 menit pasien dikonsulkan dan tidak ada jawaban,pasien langsung di transfer keruangan. ❖ Bila hasil pemeriksaan penunjang belum selesai dalam waktu 1 jam,pasien bisa ditransfer tanpa menunggu hasil.

2. Angka ketidaklengkapan assesmen awal IGD

Grafik 4.28

IMP-Unit : Angka ketidaklengkapan assesmen awal IGD

Triwulan II TA 2023 RSUD Panglima Sebaya



Analisa :

- Angka Ketidaklengkapan Assesment Awal IGD,mengalami sedikit peningkatan dibulan Juni, dan masih belum mencapai target

Rekomendasi :

- Mengingatkan kepada teman – teman disetiap rapat bulanan dan juga keseharian agar lebih teliti lagi dalam melengkapi Assesment Awal pasien.
- Pemeriksaan Berkala Rekam medis pasien,dan memberikan teguran secara langsung oleh Karu atau Bagian Keperawatan / komite keperawatan kepada personil yang pengisian assessment nya tidak lengkap.

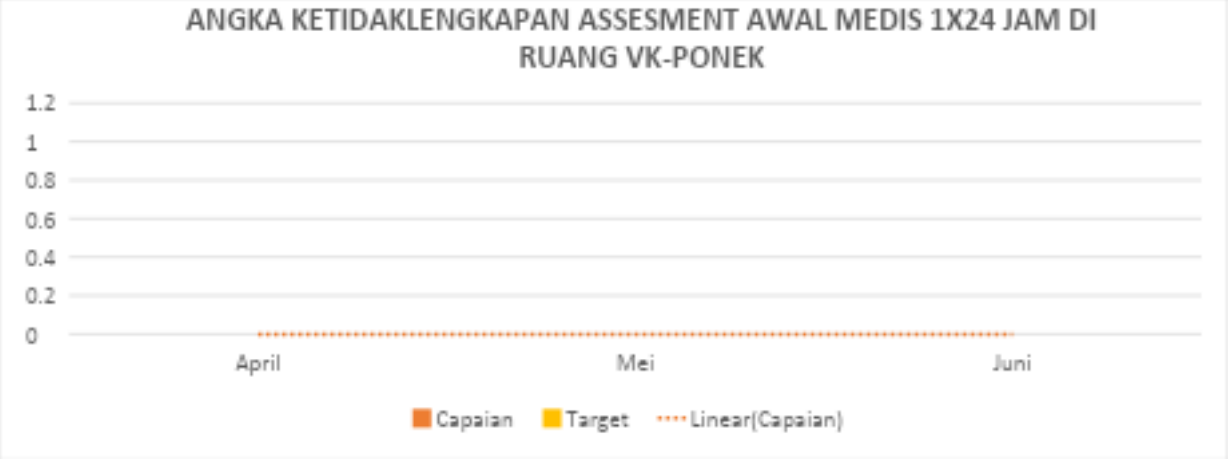
PLAN	DO	STUDI	ACTION
Mengupayakan agar Angka ketidaklengkapan assesmen awal IGD sesuai Target	❖ Petugas Mengisi Assesmen Awal IGD. ❖ Petugas mencatat ketidaklengkapan lembar Assesment Awal IGD pada form yang sudah ada. ❖ Di data setiap hari, direkap dan	Capaian Masih dibawah Standar	❖ Selalu mengingatkan dokter dan perawat IGD untuk selalu melengkapi assesmen awal IGD dan melakukan *double checking* ❖ Melakukan pemeriksaan

	dilaporkan ke komite PMKP setiap bulan. ❖ Analisa dilakukan setiap bulan.		berkala assesmen awal IGD dan memberikan teguran bagi yang belum melengkapinya.

3. Angka ketidaklengkapan assesmen awal medis 1x24 jam

Grafik 4.29

IMP-Unit : Angka ketidaklengkapan assesmen awal medis 1x24 jam



Analisa :

- Tidak ada didapatkan kejadian ketidaklengkapan assesment awal medis 1x24 jam di Ruang PONEK-VK dalam periode waktu April hingga juni. Assesment awal yang dimaksud yaitu assesment yang diisi oleh staf medis (Dokter umum) dan keperawatan (Bidan).

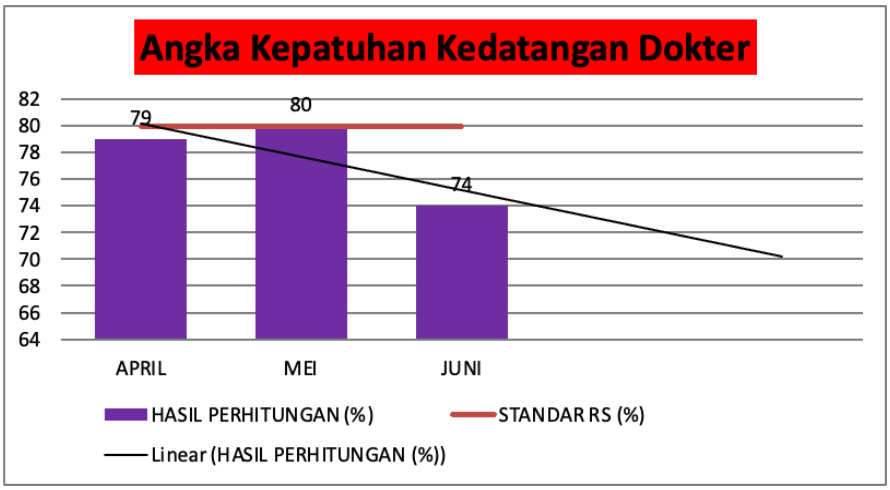
Rekomendasi :

- Tetap mempertahankan kepatuhan dalam pengisian assessment awal medis 1x24 jam di Ruang PONEK-VK.

4. Angka kepatuhan kedatangan dokter spesialis di poliklinik

Grafik 4.30

IMP-RS: Angka kepatuhan kedatangan dokter spesialis di poliklinik



Analisa :

- Angka kepatuhan kedatangan dokter di poliklinik belum memenuhi standar
- Tren penurunan sudah terjadi dari bulan April sampai Juni

Rekomendasi :

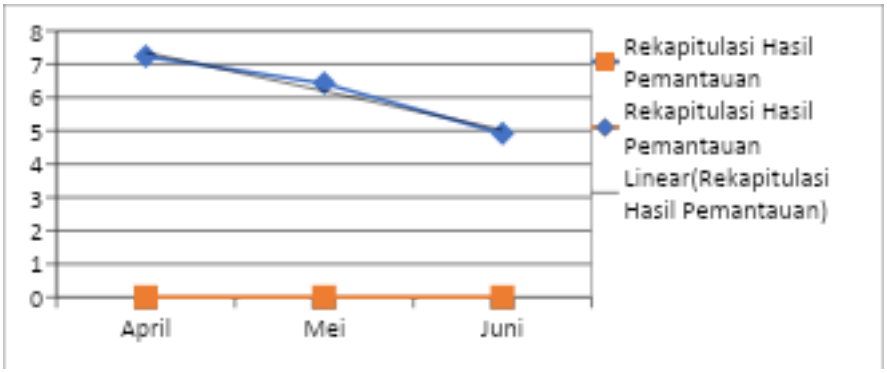
- Mensosialisasikan indikator mutu jam kedatangan dokter kepada semua DPJP

PLAN	DO	STUDI	ACTION
Mengupayakan agar Angka Kepatuhan kedatangan Dokter sesuai Target	❖ Mensosialisasikan Hasil Penilaian angka kepatuhan kedatangan dokter spesialis	Capaian Belum Sesuai Standar	Mensosialisasikan SOP jam kedatangan Dokter spesialis

5. Angka ketidaklengkapan assesmen awal medis 1x24 jam

Grafik 4.31

IMP-Unit : Angka ketidaklengkapan assesmen awal medis 1x24 jam



Analisa :

- Masih belum memenuhi standar
- Terdapat assesment awal medis yg tidak lengkap dikarenakan DPJP lupa mengisi

Rekomendasi :

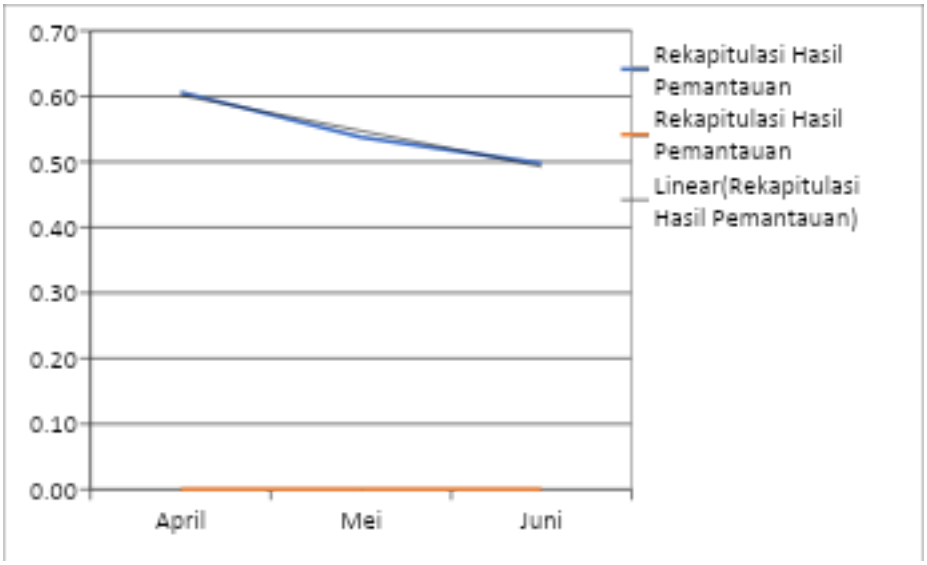
- Selalu mengingatkan DPJP untuk mengisi assement awal medis secara lengkap dalam waktu 24 jam sejak pasien dirawat

PLAN	DO	STUDI	ACTION
Kelengkapan Asesmen Medis Pasien Ranap Dalam 24 Jam Pada Pasien Rawat Inap	❖ Kepala ruangan menghimbau dokter DPJP melengkapi Assesmen Medis Pasien selama1 x 24 Jam Pada Pasien Rawat Inap.	Capaian Kelengkapan Asesmen Medis Pasien Ranap Dalam 1 x 24 Jam Pada Pasien Rawat Inap masih cenderung bervariasi, namun ada peningkatan walau belum mencapai target 100%.	1.Supervisi ruang rawat inap 2.Adanya laporan keterlambatan pengumpulan rekam medik paling lambat 24 jam setelah pasien pulang.

6. Angka ketidaklengkapan asssesmen awal keperawatan 1x24 jam

Grafik 4.32

IMP-Unit : Angka ketidaklengkapan asssesmen awal keperawatan 1x24 jam



Analisa :

- Kejadian ketidaklengkapan assement awal keperawatan 1x24 jam sudah baik namun belum mencapai standar

Rekomendasi :

- Kepala ruang selalu mengingatkan perawat untuk mengisi assesment awal keperawatan secara lengkap dalam waktu 24 jam sejak pasien di rawat

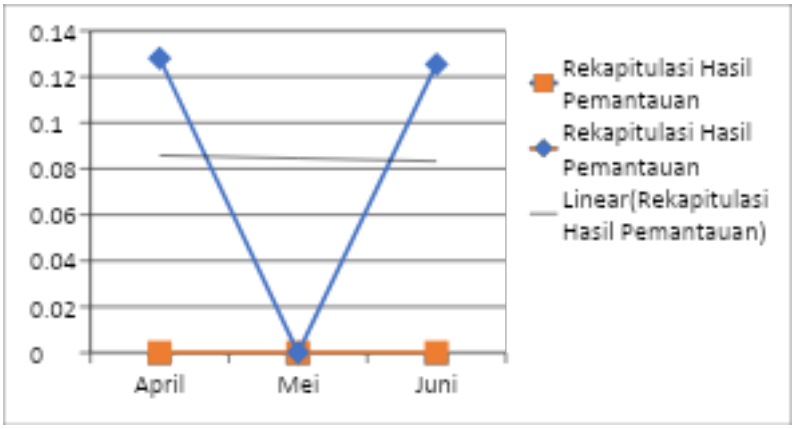
PLAN	DO	STUDI	ACTION

Kelengkapan Asesmen awal Keperawatan Pasien Ranap Dalam 24 Jam Pada Pasien Rawat Inap	1.Memantau kelengkapan assessment awal keperawatan 2.Memantau jadwal pengembalian rekam medis lengkap dalam waktu 24 jam	1. Walaupun belum mencapai target yang diinginkan, capaian kelengkapan assessment keperawatan dan pengembalian rekam medik 24 jam setelah pasien pulang menunjukkan adanya peningkatakan kepatuhan. 2. Setiap pasien yang dinyatakan sudah bisa pulang oleh DPJP, status pasien harus kembali ke rekam medis dengan lengkap paling lambat dalam waktu 24 jam 3. Status rekam medis yang diantar sering tidak lengkap karena Perawat dan DPJP sering belum lengkap mengisi	1. Meningkatkan supervisi oleh Ka Instalasi dan Ka Ruangan untuk mengingatkan DPJP, PPA dan PPA lainnya untuk melengkapi rekam medis dari awal pasien dirawat dan sebelum pasien pulang.

7. Angka ketidaklengkapan pengisian formulir hand over antar shift

Grafik 4.33

IMP-Unit : Angka ketidaklengkapan pengisian formulir *hand over* antar shift



Analisa :

- Angka ketidaklengkapan Pengisian formulir *handov*er antarshift sudah baik, tetapi tidak mencapai target pada bulan April dan Juni

Rekomendasi :

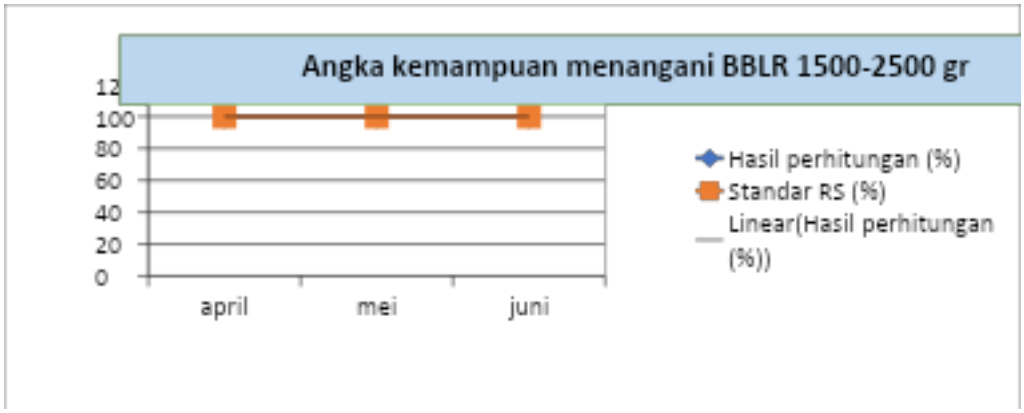
- Selalu mempertahankan kelengkapan pengisian formulir hand over antar shift

PLAN	DO	STUDI	ACTION
Mengupayakan agar angka ketidaklengkapan Pengisian formulir handover antarshift sesuai Target	❖ 1. Selalu mengingatkan teman-teman perawat agar selalu melengkapi dan menulis Handover antarshift	Capaian Belum Sesuai Standar	• Selalu mempertahankan kelengkapan dan kepatuhan dalam pengisian formulir hand over antar shift.

8. Ketepatan Penanganan Pertama pada Bayi BBLR

Grafik 4.34

IMP-Unit: Ketepatan Penanganan Pertama pada Bayi BBLR



Analisa :

- Angka kemampuan menangani BBLR 1500-2500 g sudah sesuai standar

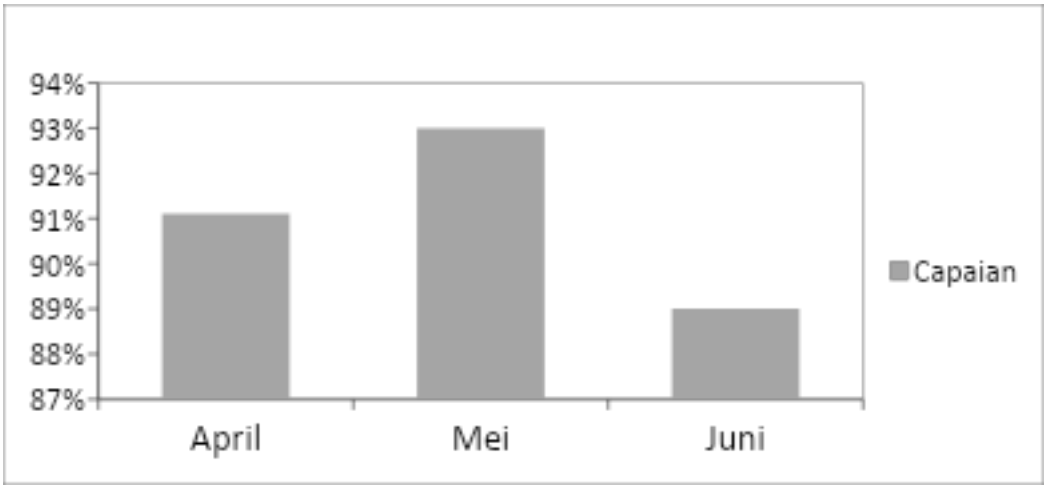
Rekomendasi :

- Selalu berusaha meningkatkan kemampuan dan keterampilan SDM dalam penanganan BBLR dengan asfiksia, RDN dan sepsis neonatorum

9. Respon Time Emergency

Grafik 4.35

IMP-Unit: Respon Time Emergency



Analisa :

- Semua tindakan operasi cito yang telah dilaksanakan belum mencapai target yang diharapkan.

Rekomendasi :

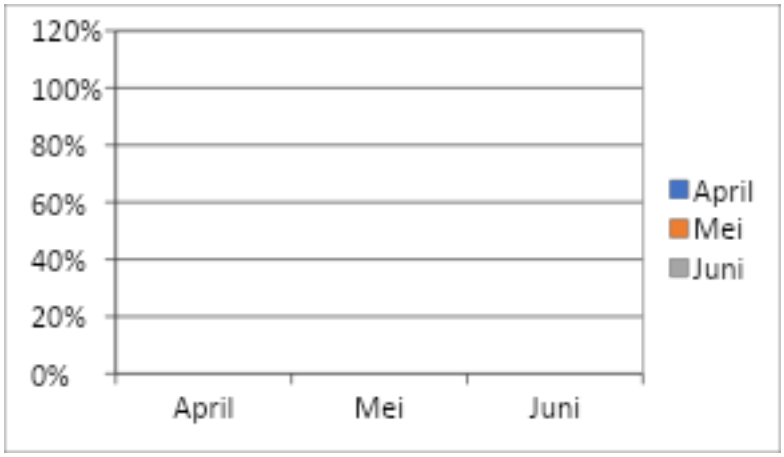
- Terus meningkaatkan pelayanan cito sesuai standar agar dapat mencapai target yang di harapkan.

PLAN	DO	STUDI	ACTION
Mengupayakan agar Angka Respon Time Emergency OK Cito sesuai Target	❖ Sosialisasi kepatuhan SOP waktu respon time emergency di kamar operasi. ❖ Supervisi berkelanjutan dari kepala ruangan.	Capaian Belum Sesuai Standar	• Meningkatkan waktu respon time emergency di kamar operasi agar dapat mencapai target 100%. • Sosialisasi kepatuhan terhadap SOP respon time emergency. • Supervisi berkelanjutan dari kepala ruangan.

10. Ketidaklengkapan Surat Persetujuan *Pre* Operasi

Grafik 4.36

IMP-Unit: Ketidaklengkapan Surat Persetujuan Pre Operasi



Analisa :

- Sebelum tindakan operasi dilakukan telah mendapatkan persetujuan keluarga pasien sesuai dengan SOP

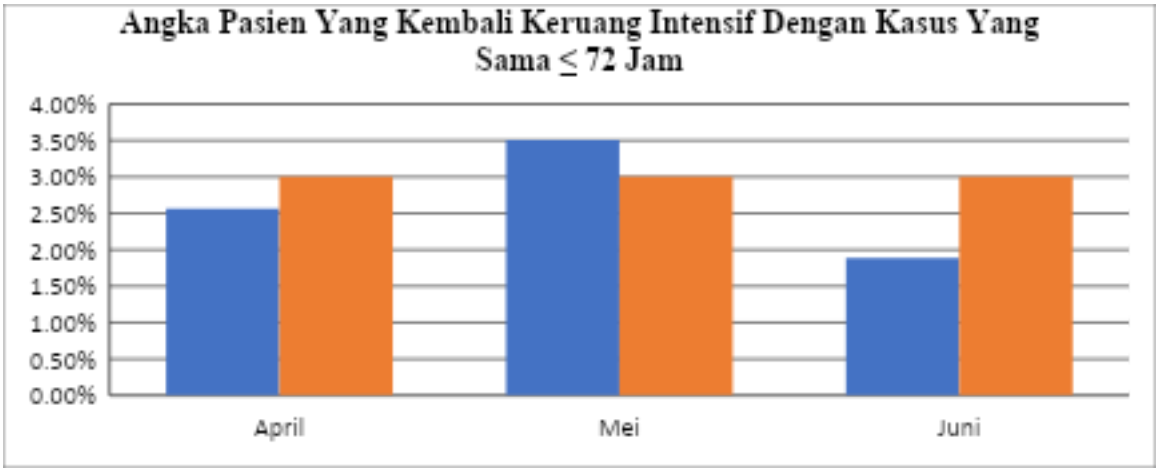
Rekomendasi :

- Tetap mempertahankan prosedur yang telah dilakukan

11. Angka pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam

Grafik 4.37

IMP-Unit: Angka pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam



Analisa :

- Sebagian belum mencapai target yaitu kurang dari 3%
- Capaian rata-rata periode April-Juni Tahun 2023 2.6%
- Terdapat 2 kejadian di bulan April, 2 kejadian di bulan Mei dan 1 kejadian di bulan Juni pasien yang kembali ke ICU dengan kasus yang sama kurang dari 72 jam.

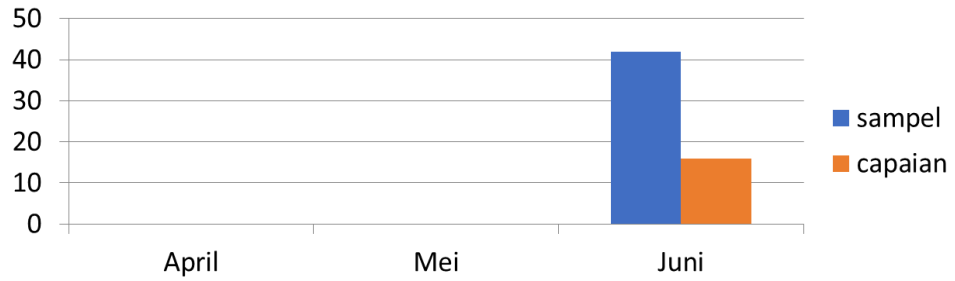
Rekomendasi :

- Perlunya koordinasi dari semua pihak, terutama dari ruang ICU dan unit tujuan transfer pasien, agar unit tujuan mengobservasi keadaan pasien yang baru dipindahkan dari ruang intensif, dan ruang intensif juga perlu lebih selektif dalam menilai kondisi pasien sebelum dipindahkan

12. Angka Prosentase pasien HD 2x seminggu dengan URR ≥ 80%

Grafik 4.38

IMP-Unit: Angka Prosentase pasien HD 2x seminggu dengan URR ≥ 80%



Analisa :

- Angka prosentase pasien HD 2x seminggu dengan URR ≥ 80% belum mencapai standar dikarenakan kenaikan berat badan yang banyak, ketidakpatuhan terhadap terapi dialisis yang telah ditetapkan, ketidakpatuhan terhadap diit dan cairan, akses CDL yang bermasalah

Rekomendasi :

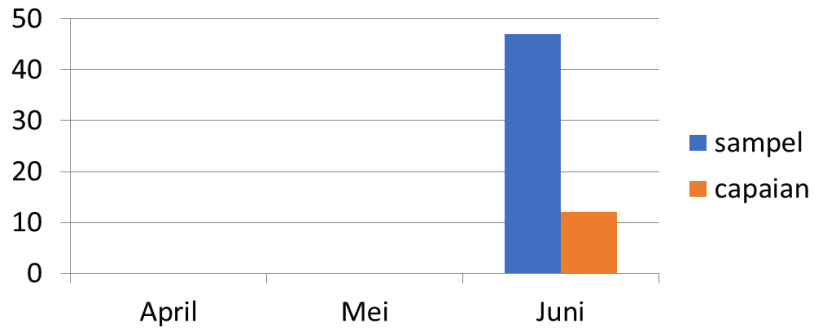
- Edukasi terhadap pasien dan keluarga tentang pentingnya menjaga asupan makan dan minum yang tepat, menghindari kenaikan BB ≥5% dari BBK.
- Edukasi terhadap pentingnya menjalani hemodialisis sesuai waktu yang telah ditentukan.

PLAN	DO	STUDI	ACTION
Mengupayakan agar Angka Prosentase pasien HD 2x seminggu dengan URR ≥ 80% sesuai Target	❖ Mencari problem yang menyebabkan capaian belum sesuai target ❖ Mensosialisasikan mengenai pengaruh peningkatan berat badan, serta kepatuhan terhadap diit dan jadwal Hemodialisa	Capaian Belum Sesuai Standar	• Edukasi terhadap pasien dan keluarga tentang pentingnya menjaga asupan makan dan minum yang tepat, menghindari kenaikan BB ≥5% dari BBK. • Edukasi terhadap pentingnya menjalani hemodialisis sesuai waktu yang telah ditentukan

13. Angka Prosentase pasien HD 2x seminggu dengan Kt/V ≥1,8

Grafik 4.39

IMP-Unit: Angka Prosentase pasien HD 2x seminggu dengan Kt/V ≥1,8



Analisa :

- Angka prosentase pasien HD 2x seminggu dengan KT/V ≥1,8 belum mencapai standar dikarenakan kenaikan berat badan yang banyak, ketidakpatuhan terhadap terapi dialisis yang telah ditetapkan, ketidakpatuhan terhadap diit dan cairan, Akses CDL yang bermasalah.

Rekomendasi :

- Edukasi terhadap pasien dan keluarga tentang pentingnya menjaga asupan makan dan minum yang tepat, menghindari kenaikan BB ≥5% dari BBK.
- Edukasi terhadap pentingnya menjalani hemodialisis sesuai waktu yang telah ditentukan

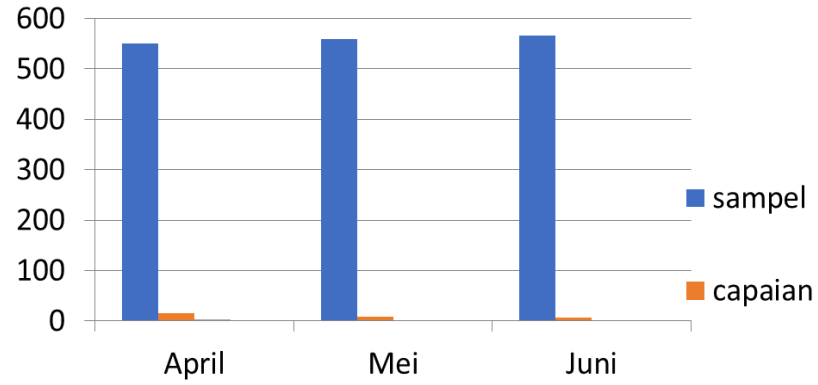
PLAN	DO	STUDI	ACTION
Mengupayakan agar Angka Prosentase pasien HD 2x seminggu dengan Kt/V ≥1,8 sesuai Target	❖ Mencari problem yang menyebabkan capaian belum sesuai target ❖ Mensosialisasikan mengenai pengaruh peningkatan berat badan, serta kepatuhan	Capaian Belum Sesuai Standar	• Edukasi terhadap pasien dan keluarga tentang pentingnya menjaga asupan makan dan minum yang tepat, menghindari

	terhadap diit dan jadwal Hemodialisa		kenaikan BB ≥5% dari BBK. • Edukasi terhadap pentingnya menjalani hemodialisis sesuai waktu yang telah ditentukan

14. Kejadian *clotting durante* Hemodialisa

Grafik 4.40

IMP-Unit: Kejadian *clotting durante* Hemodialisa



Analisa :

- Angka kejadian clotting durante hd terjadi pada pasien dengan CDL dengan kondisi macet/tidak lancar, riwayat nilai trombosit diatas 300.000, penggunaan free heparin, dan teknik HD SLED 6jam.

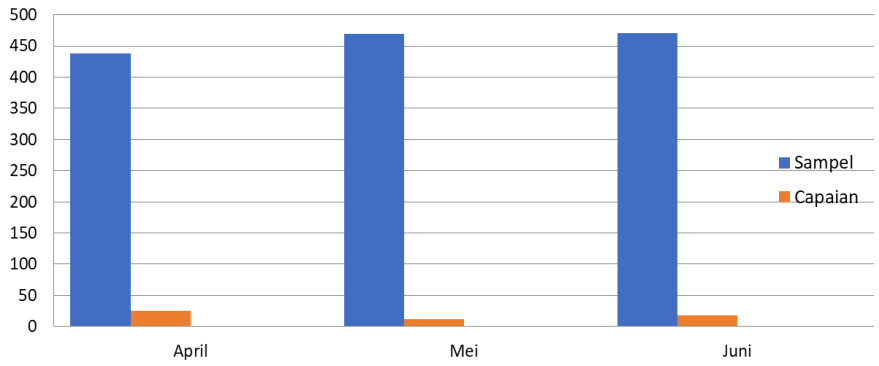
Rekomendasi :

- Perlu dipertahankan agar tetap dibawah target, berkonsultasi dengan DPJP maupun Dokter Anestesi dalam mengevaluasi penggunaan heparin kontinu intra HD, perbaikan akses CDL ulang, teknik bilasan dan menaikkan suhu mesin 37,5°C.

15. Persentase Ketidakpatuhan Pasien Hemodialisis Reguler Terhadap Jadwal Hemodialisis

Grafik 4.41

IMP-Unit: Persentase Ketidakpatuhan Pasien Hemodialisis Reguler Terhadap Jadwal Hemodialisis



Analisa :

- Pasien yang tidak HD sesuai dengan jadwal memiliki banyak kendala diantaranya kondisi ekonomi pasien, tidak ada yang menganar, jarak tempuh yang jauh dari tempa tinggal ke rumah sakit

Rekomendasi :

- Perlu adanya motivasi yang tinggi terhadap pasien dan keluarga sehingga perawat perlu meningkatkan edukasi ke pasien dan keluarganya

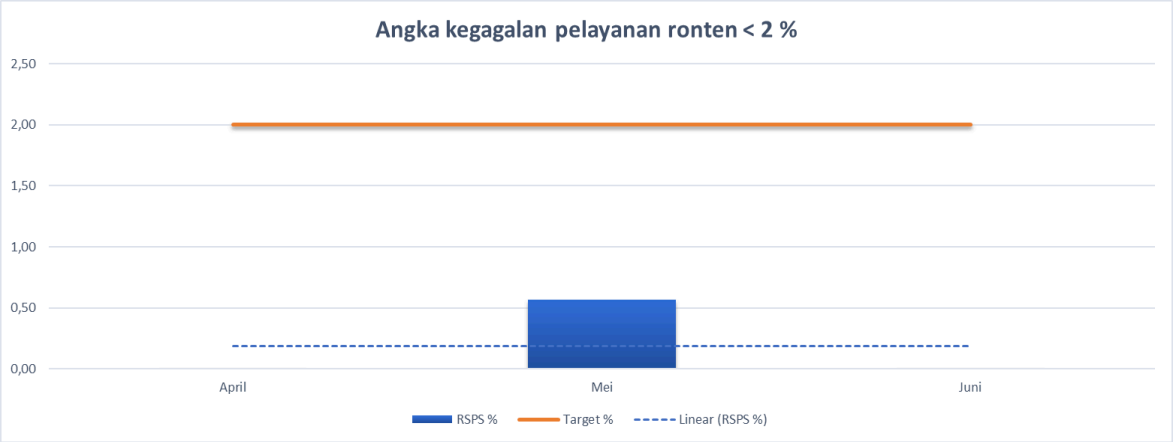
PLAN	DO	STUDI	ACTION
Mengupayakan agar Persentase Ketidakpatuhan Pasien Hemodialisis Reguler Terhadap	❖ Mencari problem solving bagi pasien-pasien dengan keterbatasan untuk dapat	Capaian Belum Sesuai Standar	• Meningkatkan komunikasi petugas dengan pasien dan keluarga

Jadwal Hemodialisis sesuai Target	melakukan hemodialisa ❖ Kembali mensosialisasikan kepada pasien dan keluarga betapa pentingnya untuk melakukan hemodialisa secara reguler		• Mengedukasi dan memotivasi pasien dan keluarga • Memonitor dan evaluasi setiap bulan secara berkala

16. Angka kegagalan pelayanan Rontgen <2%

Grafik 4.42

IMP-Unit: Angka kegagalan pelayanan Rontgen <2%



Analisa :

- Angka kegagalan pelayanan rontgen < 2 % menunjukan tren yang baik di sebabkan tidak melebihi dari standar yang di tetapkan

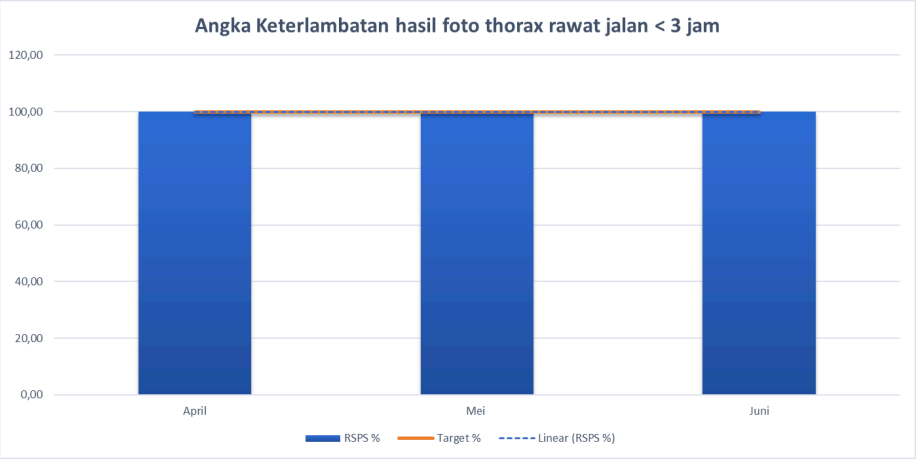
Rekomendasi :

- Untuk mempertahankan tren yang baik, diwajibkan untuk semua petugas radiologi dalam melakukan pemeriksaan radiologi sesuai SOP yang ditetapkan agar tidak terjadi kegagalan pelayanan rontgen

17. Angka Hasil Foto thorax Rawat Jalan<3 Jam

Grafik 4.43

IMP-Unit: Angka Hasil Foto thorax Rawat Jalan <3 Jam



Analisa :

- Angka Keterlambatan hasil foto thorax rawat jalan < 3 jam dari bulan April sampai dengan Juni 2023 sudah mencapai target yang di tetapkan

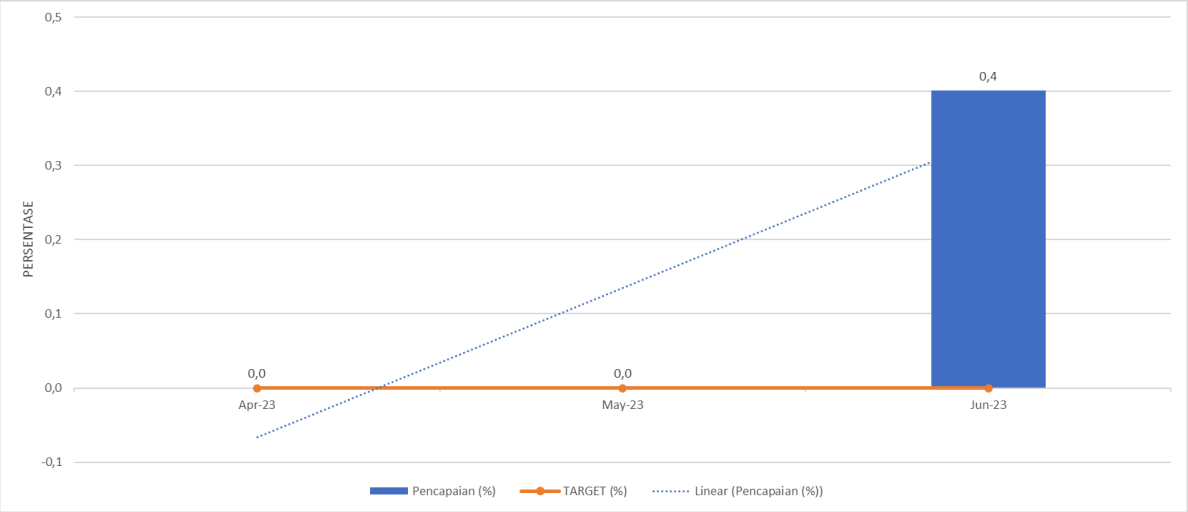
Rekomendasi :

- Untuk mencapai target standar angka keterlambatan hasil foto thorax rawat jalan < 3 jam sebaiknya menjadi prioritas agar tercapainya standar, tetapi tetap mepertimbangkan hasil foto pemeriksaan radiologi yang lain

18. Kejadian Tidak Digunakannya Darah Transfusi yang Diminta

Grafik 4.44

IMP-Unit: Kejadian Tidak Digunakannya Darah Transfusi yang Diminta



Analisa :

- Pencapaian Kejadian Tidak Digunakannya Darah Transfusi yang Diminta sudah cukup baik. Pada bulan April dan Mei sudah mencapai target, sedangkan bulan Juni terdapat 0,4% kasus.

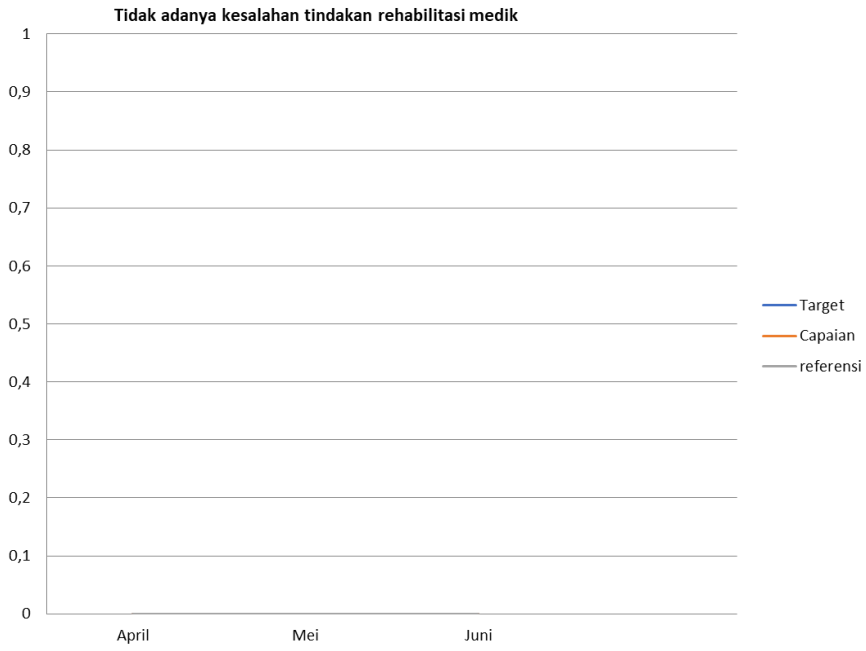
Rekomendasi :

- Pencapaian yang telah diperoleh harus dipertahankan. Selalu berkoordinasi dengan perawat ruangan jika darah yang sudah diambil tidak jadi digunakan segera dikembalikan ke bank darah tidak lebih dari 30 menit (diluar suhu kulkas) dan jika ada darah yang tersedia di bank darah namun tidak jadi digunakan segera konfirmasi ke petugas bank darah agar tidak terlalu lama disimpan (expired).

19. Kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik

Grafik 4.41

IMP-Unit: Kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik



Analisa :

- Tidak ada kesalahan tindakan terapi di ruang rehabilitasi medik dari April sampai Juni 2023. Artinya di ruang instalasi rehabilitasi medic telah dilakukan tindakan/ proses terapi secara baik dan benar sesuai SOP.

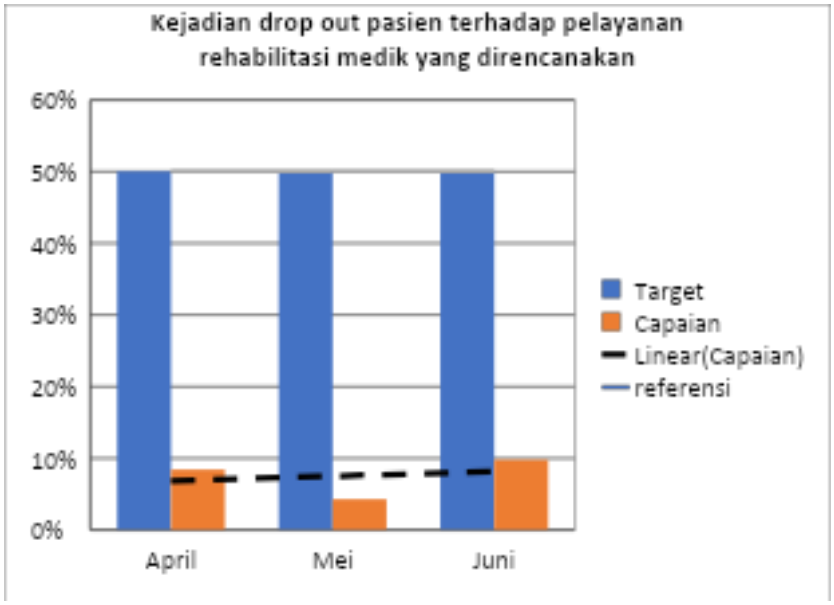
Rekomendasi :

- Tetap mempertahankan untuk tidak melakukan kesalahan dalam melakukan tindakan/ proses terapi kepada pasien.

20. Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang direncanakan

Grafik 4.42

IMP-Unit: Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang direncanakan



Analisa :

- Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang direncanakan dari April sampai Juni telah mencapai target yaitu kurang dari 50 %. Beberapa faktor yang mempengaruhi angka drop out pasien antara lain:

- Faktor jarak rumah pasien ke RSUD panglima sebaya yang jauh dan kesulitan dalam hal trasportasi
- Pada pasien lansia terkadang terkendala pada keluarga yang tidak bisa mengantarkan untuk terapi rutin 2 kali seminggu.

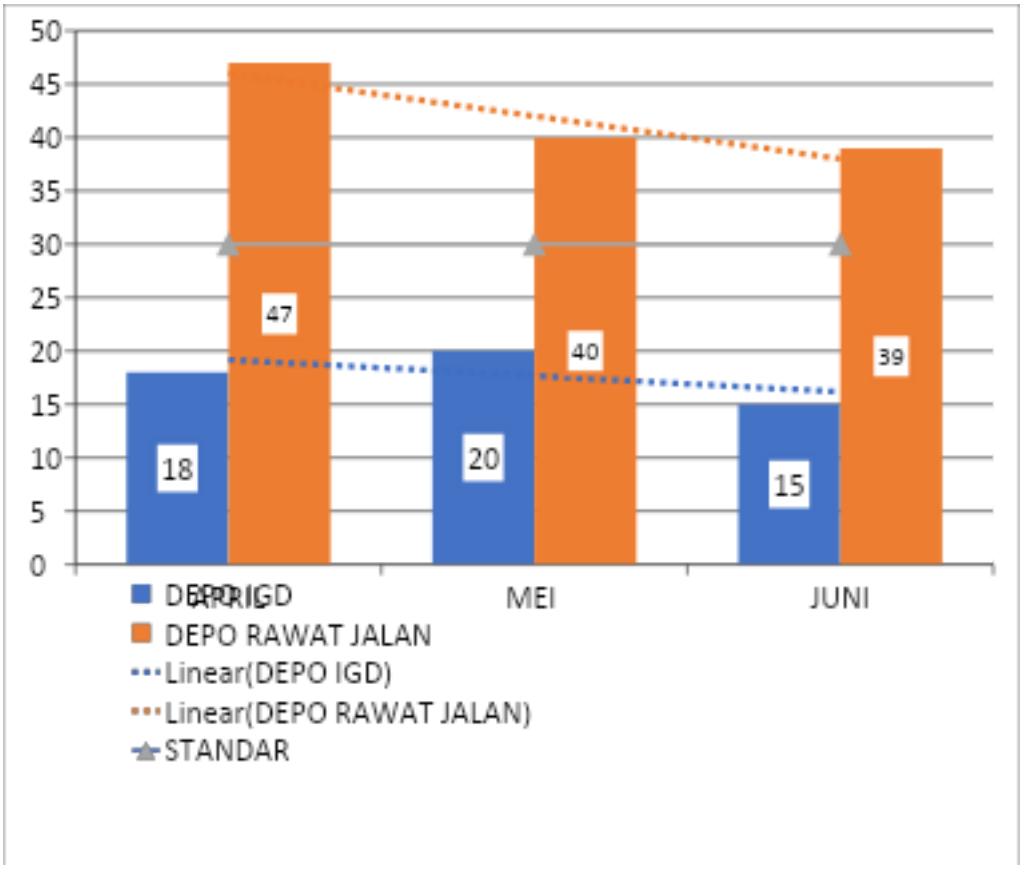
Rekomendasi :

- Memberikan edukasi kepada pasien dan keluarganya untuk lebih rutin dalam terapi karena angka kejadian drop out pasien ini kebanyakan disebabkan oleh faktor eksternal

21. Waktu tunggu Pelayanan Resep Obat jadi (WTOJ) / Non Racikan <30 Menit

Grafik 4.43

IMP-Unit: Waktu tunggu Pelayanan Resep Obat jadi (WTOJ) / Non Racikan <30 Menit



Analisa :

Waktu tunggu pelayanan resep obat racikan di Depo IGD Instalasi Farmasi sudah memenuhi standar, ini berarti seluruh pengerjaan resep obat jadi dapat dilaksanakan dalam waktu < 60 menit

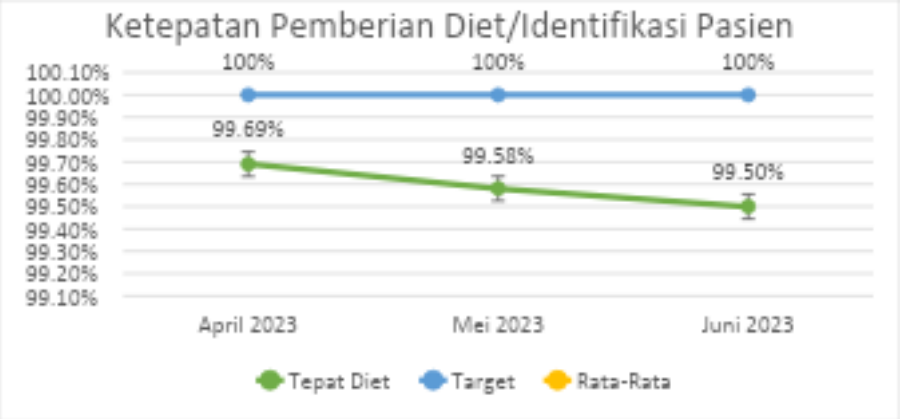
Rekomendasi :

1. Tetap mempertahankan kecepatan dan ketepatan dalam pengerjaan resep obat racikan di Depo IGD
2. Monitoring dan pengawasan terhadap petugas, evaluasi kinerja petugas, Sosialisasi SOP

22. Kejadian Ketepatan Pemberian Diet pada Pasien

Grafik 4.44

IMP-Unit: Kejadian Ketepatan Pemberian Diet pada Pasien



Analisa :

- Belum Mencapai Target 100%
- Capaian Rata-Rata periode April-Juni Tahun 2023 yaitu 99,5%

Rekomendasi :

- Belum mencapai target 100 %
- Perlu adanya perbaikan kinerja, terutama komunikasi antara perawat dan ahli gizi/petugas distribusi tentang pasien baru dan diet yang diberikan serta penambahan jumlah ahli gizi ruangan

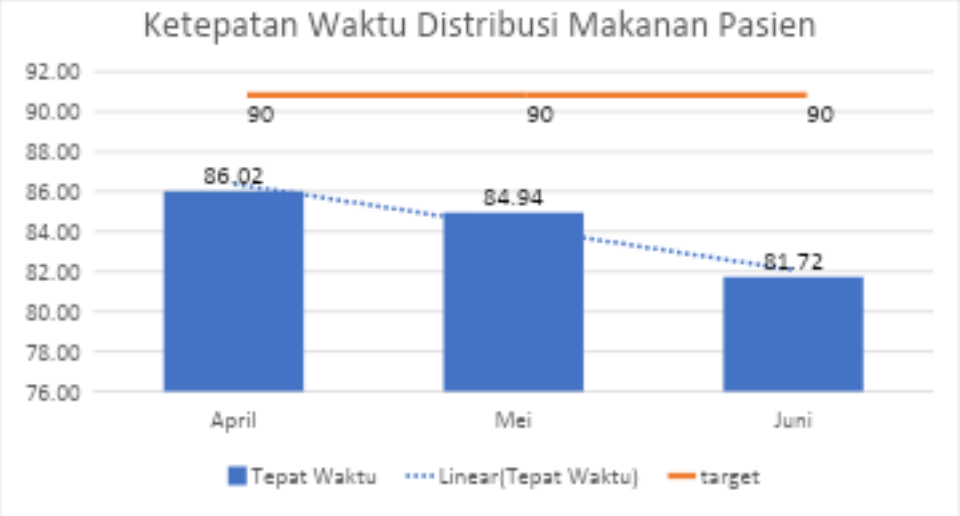
PLAN	DO	STUDI	ACTION
Mengupayakan agar capaian Indikator Ketepatan	❖ Melakukan Pencatatan Data Pasien Meliputi	Capaian hampir sesuai dengan standar yang	Menekan dan menghindari

Pemberian Diet kepada Pasien sesuai standar pada triwulan berikutnya	Nama Pasien, Kamar/Bed Pasien, Diagnosa dan Diet yang diberikan oleh Dokter ke dalam DPMP (Daftar Pemesanan Makanan Pasien)	ditentukan yaitu rata-rata capaian 99,5%	terjadinya Kesalahan dalam penyajian/pemberian makanan dan diet pasien

23. Angka ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien

Grafik 4.45

IMP-Unit: Angka ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien



Analisa :

- Belum Mencapai Target 90%
- Capaian Rata-Rata periode April-Juni Tahun 2023 yaitu 84,23%

Rekomendasi :

- Perlu perbaikan kinerja dari petugas distribusi, Sarana dan

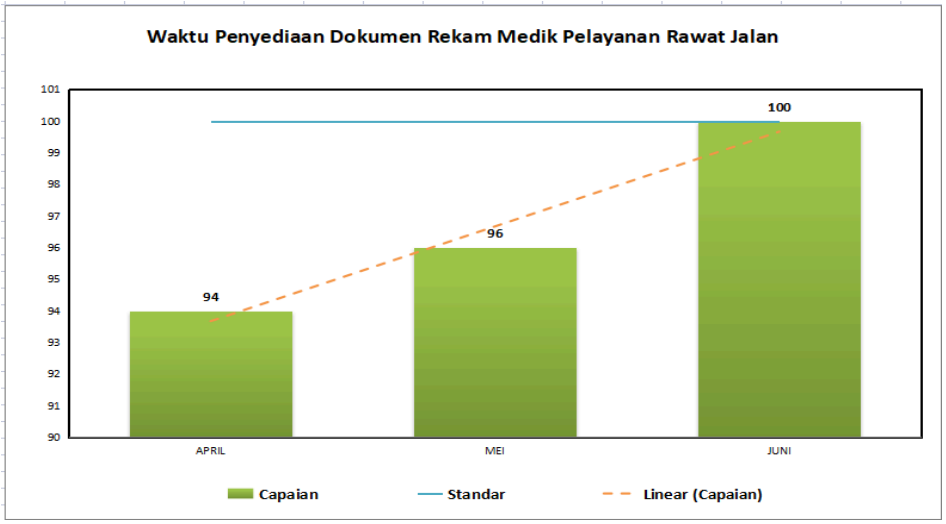
prasarana penunjang serta penambahan karyawan tenaga distribusi

PLAN	DO	STUDI	ACTION
Mengupayakan Ketepatan Waktu Dalam Pemberian Makan Pasien	❖ Melakukan Pengaturan Waktu Persiapan Hingga Pemorsian Agar Tidak Terjadi Keterlambatan Pada Saat Pendistribusian Makanan Pasien	Capaian Hampir Sesuai Dengan Standar Yang Ditentukan Yaitu Rata-Rata Capaian 90%	Menyediakan Makanan Untuk Pasien Dengan Waktu Yang Cepat Dan Tepat Sesuai Dengan Diet Yang Telah Ditentukan, Serta Meningkatkan Kepuasan Dan Menghindari Complain.

24. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan ≤10 menit

Grafik 4.46

IMP-Unit: Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan ≤10 menit



Analisa :

- Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan sudah mengalami kenaikan tren dan sudah mencapai nilai standar yang ada. Ini di sebabkan sudah di terapkan Rekam Medis Elektronik.

Rekomendasi :

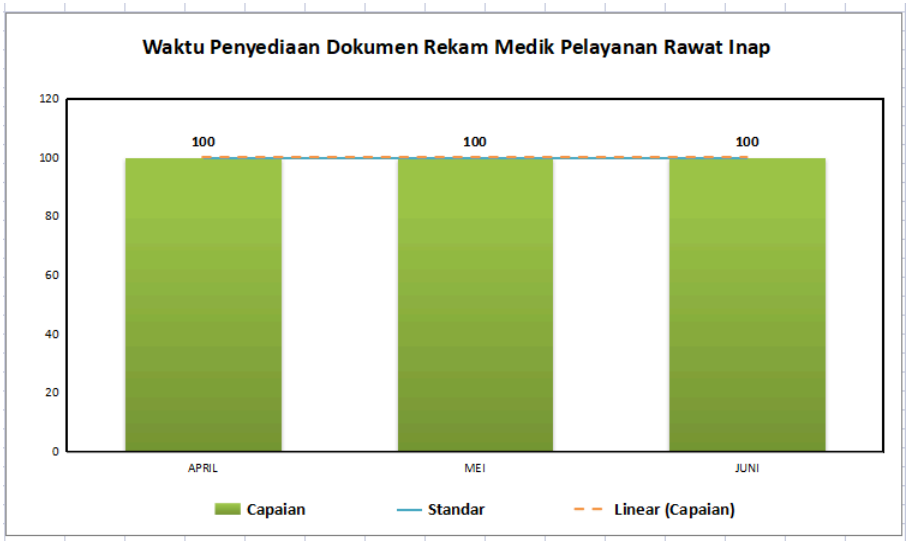
- Tetap mempertahankan dan di buatkan alur pasien dan SOP berdasarkan Rekam Medis Elektronik

PLAN	DO	STUDI	ACTION
Mengupayakan Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan ≤10 menit mencapai target	❖ Menerapkan pendaftaran pasien secara APM (Anjungan Pendaftaran Mandiri	Capaian rata-rata periode April-Juni masih dibawah standar	- Evaluasi pelaksanaan alur pendaftaran online - Sosialisasikan hasil dengan unit-unit terkait

25. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap ≤15 menit

Grafik 4.47

IMP-Unit: Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap ≤15 menit



Analisa :

- Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap sudah tren positif dan sudah memenuhi standar yang ada.

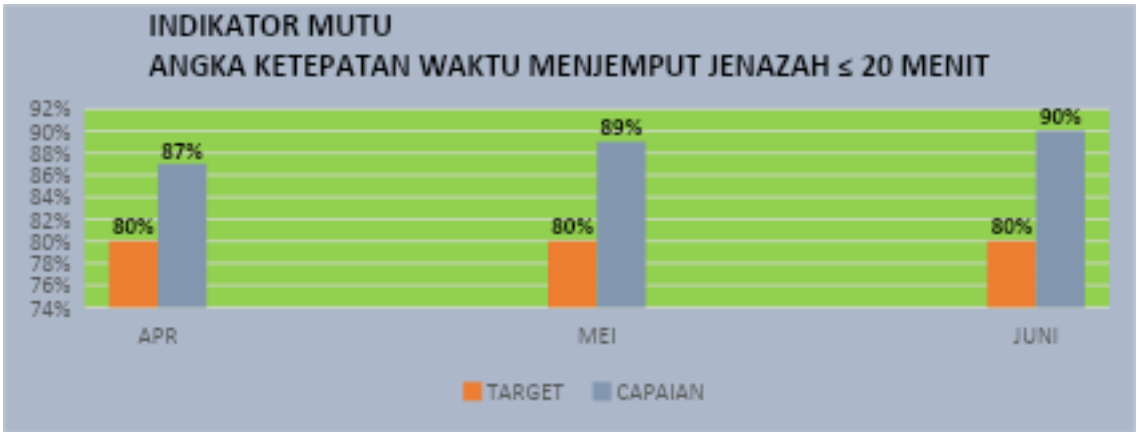
Rekomendasi :

- Tetap mempertahankan waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap agar tetap menjaga waktu tunggu pasien rawat inap di loket pendaftaran.

26. Angka ketepatan waktu menjemput Jenazah ≤ 20 menit

Grafik 4.48

IMP-Unit: Angka ketepatan waktu menjemput Jenazah ≤ 20 menit



Analisa :

- Angka ketepatan waktu penjemputan Jenazah dari bulan April s/d Juni, 2023 sudah melampaui target. Ini berarti bahwa seluruh jenazah di ruang Pemulasaran jenazah telah ditangani sesuai standart. Namun demikian masih ada beberapa yang masih belum sesuai dengan angka ketepatan waktu dikarenakan alasan administrasi dan menunggu keluarga.

Rekomendasi :

- Tetap mempertahankan ketepatan waktu dalam penjemputan jenazah

27. Angka Pengelolaan dan Distribusi Linen yang Tidak Hilang

Grafik 4.49

IMP-Unit: Angka Pengelolaan dan Distribusi Linen yang Tidak Hilang



Analisa :

- Sudah mencapai target 100%

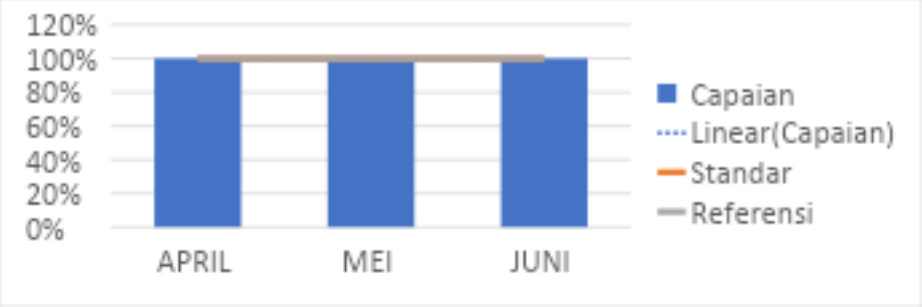
Rekomendasi :

- Tetap mempertahankan capaian

28. Angka Pengelolaan Distribusi CSSD ke OK IGD

Grafik 4.50

IMP-Unit: Angka Pengelolaan Distribusi CSSD ke OK IGD



Analisa :

- Sudah mencapai target 100%

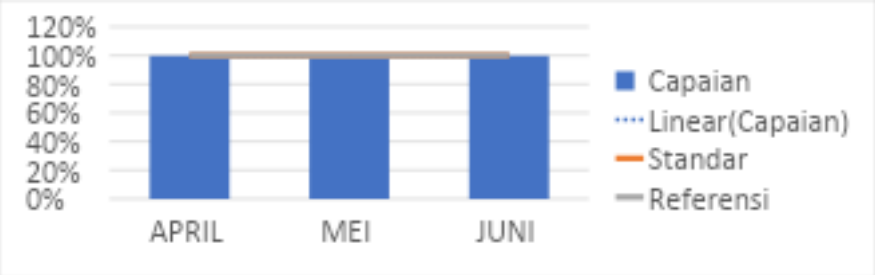
Rekomendasi :

- Tetap mempertahankan capaian

29. Angka Pengelolaan Distribusi CSSD ke OK Central/IBS

Grafik 4.51

IMP-Unit: Angka Pengelolaan Distribusi CSSD ke OK Central/IBS



Analisa :

- Sudah mencapai target 100%

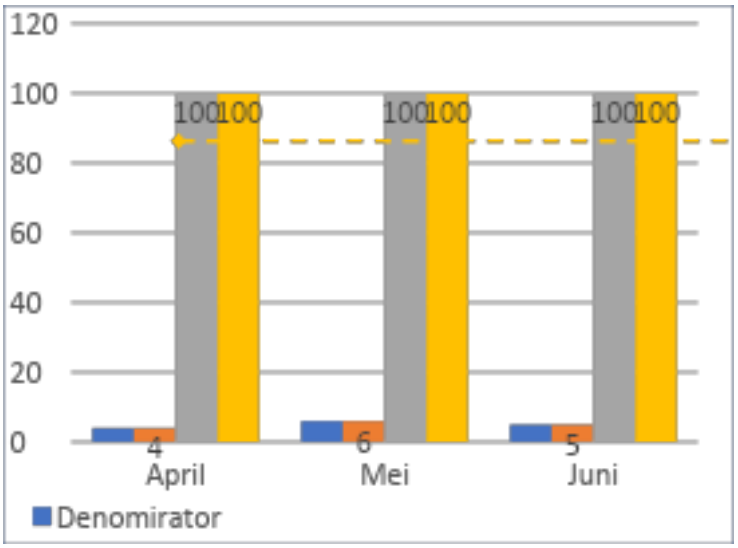
Rekomendasi :

- Tetap mempertahankan capaian

30. Kecepatan Waktu menanggapi Kerusakan Alat

Grafik 4.52

IMP-Unit: Kecepatan Waktu menanggapi Kerusakan Alat



Analisa :

- Angka kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat periode April, Mei, dan Juni mencapai target yaitu 100%.

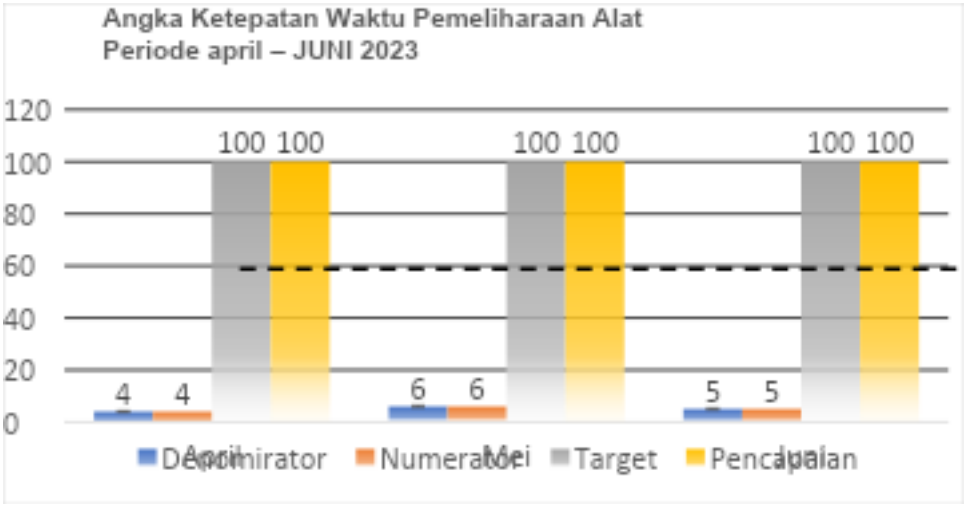
Rekomendasi :

- Perlu dipertahankan kecepatan waktu menanggapinya.

31. Angka Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat

Grafik 4.53

IMP-Unit: Angka Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat



Analisa :

- Angka ketepatan pemeliharaan alat periode April, Mei, dan Juni 2023 telah mencapai target yaitu 100 %. Pencapaian ini dapat diperoleh karena petugas selalu melaksanakan visite alat, serta tersedianya sparepart alat yang dibutuhkan

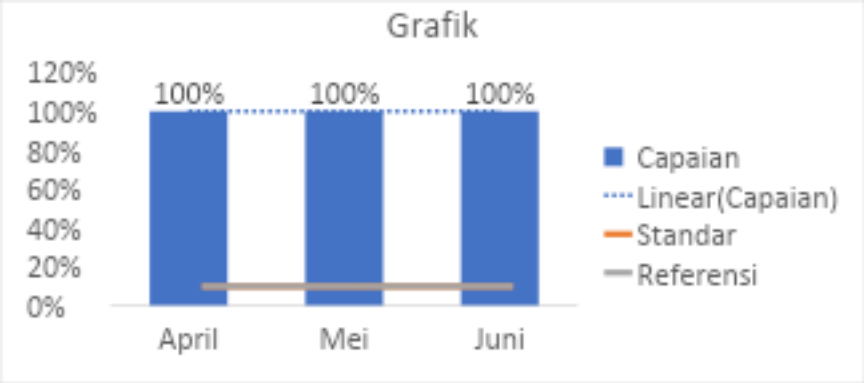
Rekomendasi :

- Pencapaian yang telah diperoleh ini akan bisa dipertahankan dengan adanya ketersedian *sparepart* alat yang membutuhkan pemeliharaan

32. Baku mutu limbah cair

Grafik 4.54

IMP-Unit: Baku mutu limbah cair



Analisa :

- Dari hasil pemeriksaan laboratorium menunjukkan bahwa COD dan BOD berada di bawah standar baku atau tidak melewati batas baku yang telah ditetapkan oleh pemerintah

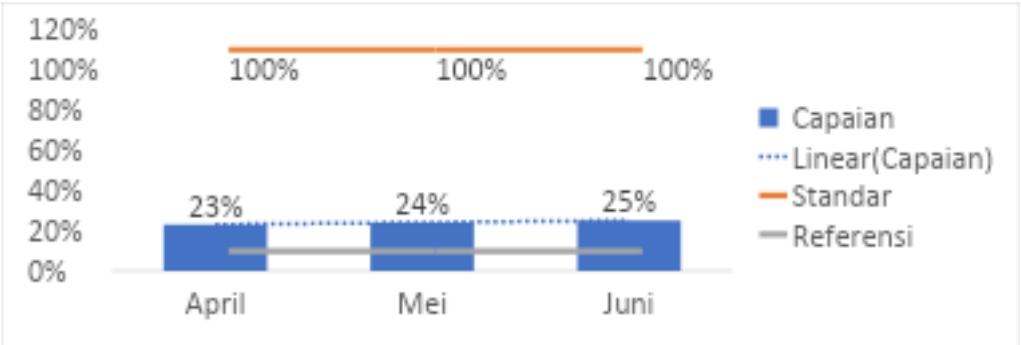
Rekomendasi :

- Secara keseluruhan perlu adanya perawatan/ maintenance rutin agar alat bekerja maksimal.

33. Angka kepatuhan penggunaan antibiotika profilaksis pasien operasi

Grafik 4.55

IMP-Unit: Angka kepatuhan penggunaan antibiotika profilaksis pasien operasi



Analisa :

- Dari hasil diatas angka kepatuhan pemakaian antibiotic profilaksis masih jauh dari standart

Rekomendasi :

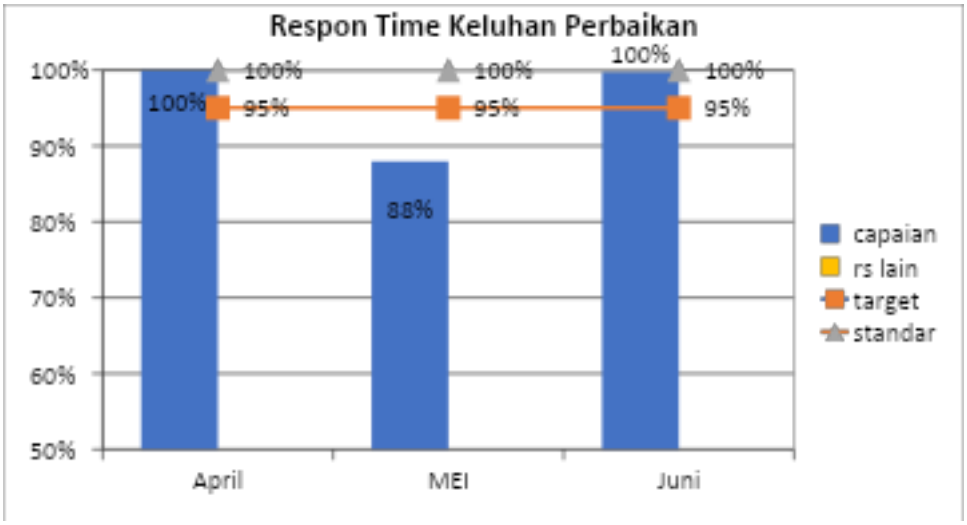
- Perlunya sosialisasi kembali ke setiap DPJP menganai pentingnya pemberian antibiotic profilaksis

PLAN	DO	STUDI	ACTION
Mengupayakan Angka kepatuhan penggunaan antibiotika profilaksis pasien operasi mencapai target	❖ Mensosialisasikan Kembali kepada DPJP mengenai pentingnya pemberian antibiotik profilaksis	Capaian rata-rata periode April-Juni masih jauh dibawah standar	- Mengingatkan Kembali kepada DPJP untuk menggunakan antibiotic profilaksis pasien pre operasi

34. Angka Ketepatan Respon Time Keluhan Perbaikan

Grafik 4.54

IMP-Unit: Angka Ketepatan Respon Time Keluhan Perbaikan



Analisa :

- Angka respon time keluhan perbaikan Hardware maupun Software <30 menit dari bulan April hingga bulan Juni mengalami penaikan dan sudah mencapai target ini berarti setiap keluhan telah di

respon sesuai standar

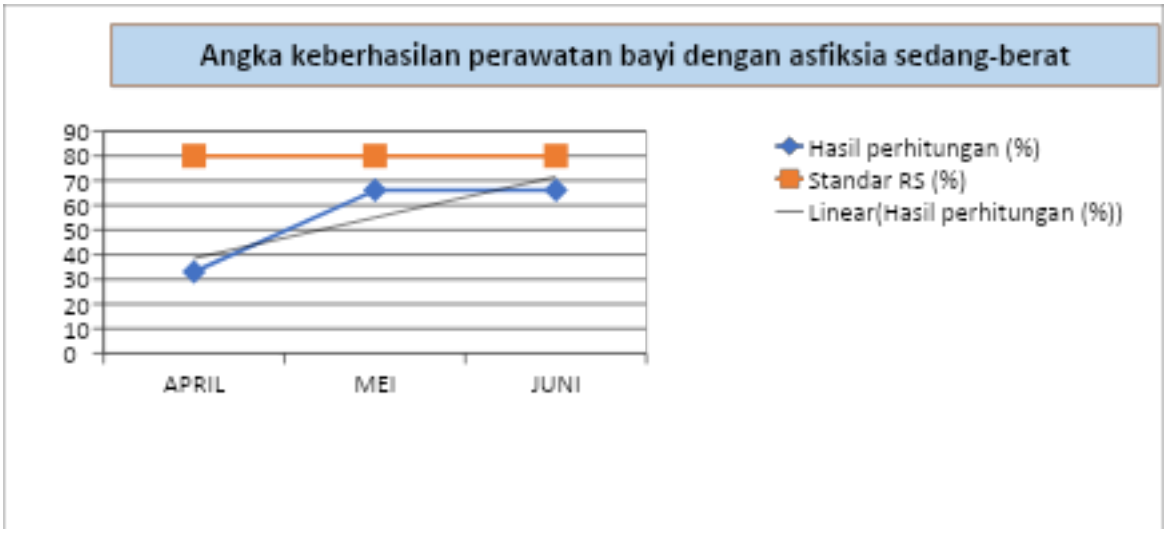
Rekomendasi :

- Tetap mempertahankan ketepatan dan kecepatan waktu dalam merespon keluhan perbaikan Software dan Hardware dan Jaringan.

35. Angka Keberhasilan Perawatan Bayi dengan Asfiksia Sedang-Berat

Grafik 4.55

IMP-Unit: Angka keberhasilan perawatan bayi dengan Asfiksia Sedang-Berat



Analisa :

- Angka keberhasilan perawatan bayi dengan asfiksia sedang-berat masih dibawah standar pada periode bulan April-Juni 2023. kematian BBL dengan asfiksia terdapat pada kasus BBLSR

Rekomendasi :

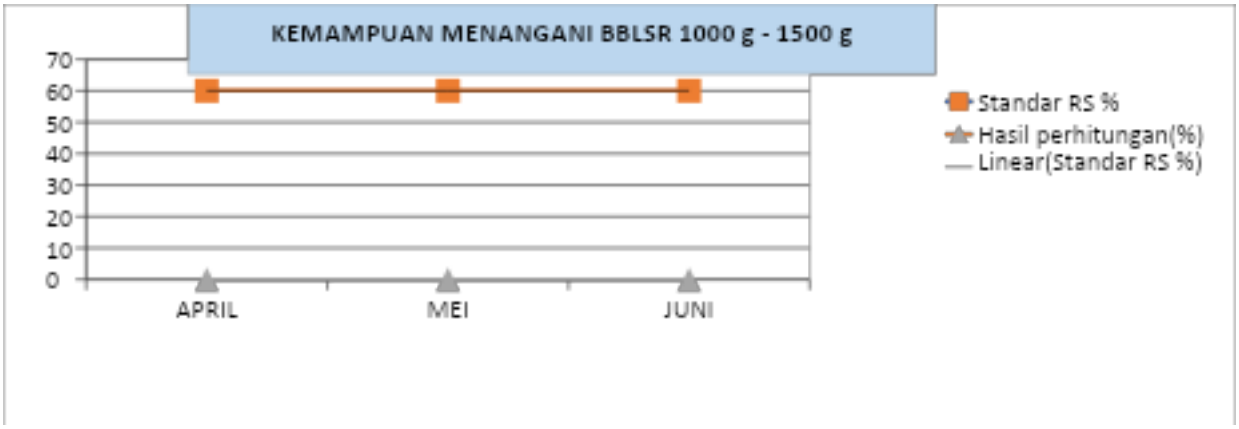
- Melakukan rapat koordinasi unit untuk mengetahui kesulitan dan hambatan dalam menangani bayi baru lahir dengan asfiksia

Meningkatkan kemampuan menangani bayi dengan asfiksia	❖ Melakukan rapat koordinasi unit untuk mengetahui kesulitan dan hambatan dalam menangani bayi baru lahir dengan asfiksia	Kami mengamati keadaan bayi sewaktu lahir sudah memburuk(sudah dibuktikan dengan leokosit yang tinggi) dan apgar score saat lahir yang rendah dengan berbagai kompikasi selain itu alat cpap tidak maksimal karna sungkup terlalu kaku	Melakukan rapat koordinasi dengan komite PMKP

36. Kemampuan Menangani BBLSR 1000-1500 g

Grafik 4.56

IMP-Unit: Kemampuan Menangani BBLSR 1000-1500 g



Analisa :

- Kemampuan menangani BBLSR 1000-1500 g masih dibawah standar pada periode bulan April-Juni 2023

Rekomendasi :

- Reedukasi penatalaksanaan bayi dengan BBLSR
- Peningkata/pengembangan kompetensi staf perinatologi/nicu dengan mengikuti pelatihan tatalaksana BBLSR
- Sosialisasikan hasil dengan unit unit terkait

PLAN	DO	STUDI	ACTION
Meningkatkan kemampuan menangani BBLSR dan menurunkan angka kematian BBLSR	✔ Melakukan rapat koordinasi unit untuk mengetahui kesulitan dan hambatan dalam menangani BBLSR ✔ Pelatihan penatalaksanaa BBLSR	Kami mengamati bayi yang meninggal dengan BBLSR seluruh organ tubuhnya belum matur sehingga kemungkinan untuk bertahan hidup sangat rendah	✔ Reedukasi penatalaksanaan bayi dengan BBLSR ✔ Peningkata/pengembangan kompetensi staf perinatologi/nicu dengan mengikuti pelatihan tatalaksana BBLSR ✔ Sosialisasikan hasil dengan unit unit terkait

4. **INDIKATOR MUTU PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI**

Pemakaian peralatan dalam perawatan pasien dan tindakan operasi terkait pelayanan kesehatan merupakan hal yang tidak dapat dihindarkan. Pemakaian dan tindakan ini akan membuka jalan masuk kuman yang dapat menimbulkan risiko infeksi tinggi. Untuk itu diperlukan peran komite PPI terkait dengan pelayanan kesehatan tersebut melalui penerapan langkah- langkah yang harus dilakukan untuk mencegah terjadinya HAIs.

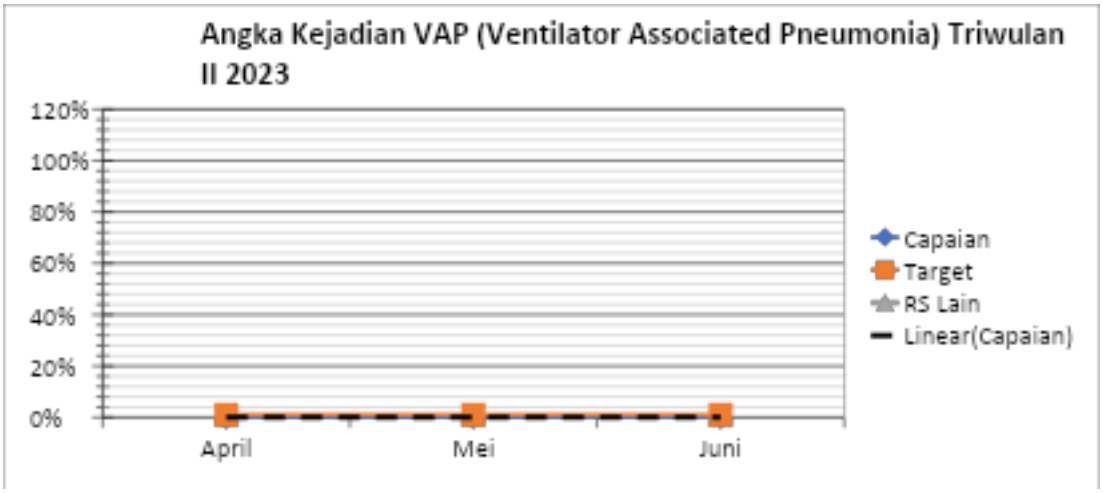
Berikut dibahas laporan capaian surveilans terhadap 4 (empat) risiko infeksi yang dapat menyebabkan peningkatan morbiditas, mortalitas dan beban pembiayaan.

a. Angka Kejadian VAP

Ventilator Associated Pneumonia (VAP) merupakan infeksi pneumonia yang terjadi setelah 48 jam pemakaian ventilasi mekanik baik pipa endotracheal maupun tracheostomi. Beberapa tanda infeksi berdasarkan penilaian klinis pada pasien VAP yaitu demam, takikardi, batuk, perubahan warna sputum. Pada pemeriksaan laboratorium didapatkan peningkatan jumlah leukosit dalam darah dan pada *rontgent* didapatkan gambaran infiltrat baru atau persisten. Adapun diagnosis VAP ditentukan berdasarkan tiga komponen tanda infeksi sistemik yaitu demam, takikardi dan leukositosis yang disertai dengan gambaran infiltrat baru ataupun perburukan di foto toraks dan penemuan bakteri penyebab infeksi paru.

Grafik 4.57

IMUT PPI: Angka Kejadian VAP



Analisa :

- Dari grafik diatas tidak terlihat insiden rate VAP, dari bulan April sampai bulan Juni 2023.
- Adapun analisa kemungkinan tidak di dapatinya angka kejadian infeksi pada kasus pemasangan Ventilator (VAP) dapat dikarenakan antara lain:
    - Belum adanya fasilitas kultur sebagai indikator penentuan infeksi VAP
    - Kurang memahami kriteria infeksi VAP
    - Kurang terbuka karena khawatir disalahkan
    - Kurang menyadari pentingnya pengumpulan data HAIs

untuk peningkatan mutu rumah sakit.

Rekomendasi :

- Mengadakan fasilitas kultur yang diperlukan
- Sosialisasi ulang Bundles VAP
- Melakukan sosialisasi ke ruangan perawatan untuk mencatat kasus VAP dan mengingatkan pentingnya data HAI's terkait

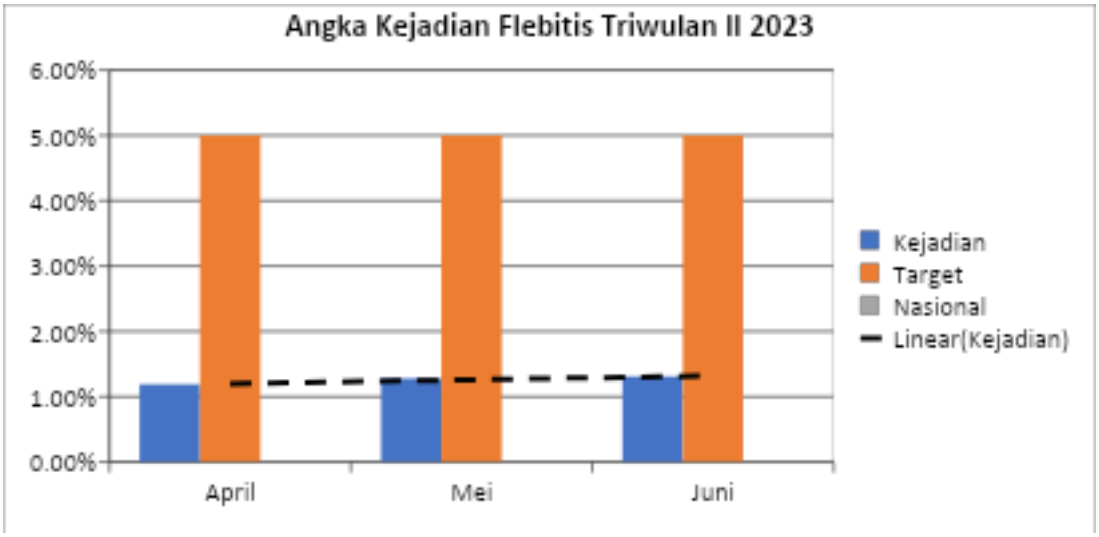
b. Angka Flebitis

Angka kejadian infeksi nosokomial diantaranya phlebitis merupakan salah satu indicator mutu pelayanan yang harus menjadi perhatian khusus pihak pemberi pelayanan kesehatan karena memiliki keterkaitan dengan usaha dalam pelaksanaan patient safety serta salah satu indicator dalam pelaksanaan akreditasi yaitu termuat dalam usaha peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

Phlebitis merupakan komplikasi yang paling sering terjadi akibat pemasangan kateter vena perifer. Pencegahan phlebitis dapat menurunkan lama hari rawat dan biaya perawatan di rumah sakit.

Grafik 4.58

IMUT PPI: Angka Flebitis



Analisa :

- Angka Flebitis pada Triwulan II 2023 menunjukkan trend stabil setiap bulannya, ini menunjukkan kasus Flebitis berada diatas standar Nasional 0,5 %. Belum ada data dari rumah sakit lain untuk dijadikan perbandingan.

Rekomendasi :

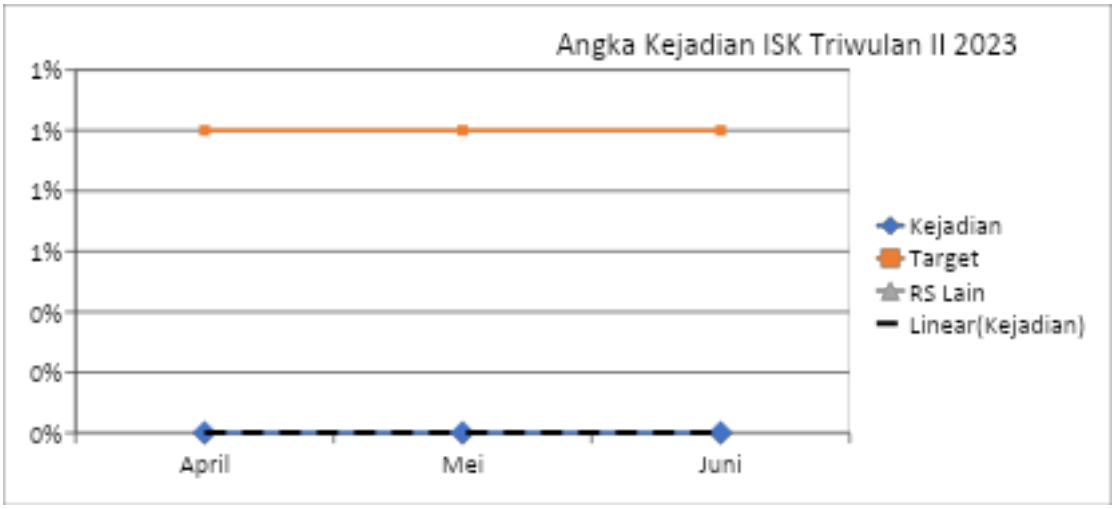
- Melakukan kerjasama pertukaran data dengan RS lain sebagai data pembanding
- Melakukan pengawasan /observasi secara rutin
- Meningkatkan kepatuhan SPO /Bundles Flebitis
- Mempertimbangkan pemberian obat/cairan dengan kepekatan tinggi yang berisiko menyebabkan flebitis

c. Angka ISK

Infeksi saluran kemih yang terjadi di rumah sakit, disebabkan karena pemasangan kateter urin. Pencegahan infeksi saluran kemih dengan mengunakan intervensi berbasis bukti yang disebut dengan bundle ISK.

Grafik 4.59

IMUT PPI: Angka ISK



Analisa :

- Dari grafik diatas tidak terlihat insiden rate ISK, dari bulan

April sampai bulan Juni 2023.

- Adapun analisa kemungkinan tidak didapatinya angka kejadian infeksi pada kasus pemasangan DC (ISK) dapat dikarenakan antara lain:
- Belum adanya fasilitas kultur sebagai indicator penentuan infeksi ISK
- Kurang memahami kriteria ISK
- Kurang terbuka karena khawatir disalahkan
- Kurang menyadari pentingnya pengumpulan data HAIs untuk peningkatan mutu rumah sakit.

Rekomendasi :

- Mengadakan fasilitas kultur yang diperlukan
- Melakukan sosialisasi ke ruangan untuk proaktif mendeteksi gejala ISK dan mengingatkan pentingnya data HAI's terkait

d. Angka Infeksi Daerah Operasi

Pengendalian Infeksi Daerah Operasi (IDO) atau *Surgical Site Infections* (SSI) adalah suatu cara yang dilakukan untuk mencegah dan mengendalikan kejadian infeksi setelah tindakan operasi. Kejadian paling banyak infeksi daerah operasi bersumber dari patogen flora endogenous kulit pasien, membrane mukosa. Bila membrane mukosa atau kulit di insisi, jaringan terekspos risiko dengan flora *endogenous.* Selain itu terdapat sumber *exogenous* dari infeksi daerah operasi diantaranya, Tim bedah, lingkungan ruang operasi, Peralatan, instrumen dan alat kesehatan, Kolonisasi mikroorganisme, Daya tahan tubuh lemah, lama rawat inap pra bedah.

Grafik 4.60

IMUT PPI: Angka Infeksi Daerah Operasi



Analisa :

- Dari grafik diatas terlihat insiden rate IDO, dari bulan April hingga bulan Juni 2023, menunjukkan kejadian IDO tidak ditemukan dan masih sesuai standar Nasional 2%
- RSUD Panglima Sebaya sementara masih belum memiliki data pembading dengan RS lain
- Adapun analisa tidak ditemukan kejadian IDO (infeksi daerah operasi) dapat dikarenakan antara lain:
    - Belum adanya fasilitas kultur sebagai indicator penentuan infeksi IDO
    - Kurang memahami kriteria infeksi HAIs
    - Kurang terbuka karena khawatir disalahkan
    - Kurang menyadari pentingnya pengumpulan data HAIs untuk peningkatan mutu Rumah Sakit

Rekomendasi :

- Mempertahankan Kejadian infeksi tetap berada dalam rentang standar

- Melakukan kerjasama pertukaran data HAI's dengan RS lain untuk memperoleh data pembanding.

BAB VI
PEMBAHASAN

A. Pencapaian Indikator Mutu

Jumlah total indikator mutu yang dipantau selama bulan April–Juni Tahun 2023 adalah 13 Indikator Nasional Mutu, 11 Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit dan 34 Indikator mutu prioritas Unit, namun demikian tidak semua indikator mutu yang dipantau mencapai target atau sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Adapun perinciannya sebagai berikut :

NO.	JENIS INDIKATOR	JUMLAH INDIKATOR	TERCAPAI	TIDAK TERCAPAI
1	Indikator Nasional Mutu	13	12	1
2	Indikator Mutu Prioritas RS	11	6	5
3	Indikator Mutu prioritas Unit	34	19	15

B. Benchmark Data Hasil Pemantauan Indikator Mutu

Benchmark dilakukan dengan tujuan membantu rumah sakit dalam memahami perubahan yang tidak diinginkan serta membantu memfokuskan upaya perbaikan.

Upaya membandingkan data dilakukan dengan membandingkan data dengan Rumah Sakit sejenis, dengan standar standar serta dengan praktik praktik yang lebih duluan melakukan akreditasi STARKES.

RSUD Panglima Sebaya melakukan *benchmark* dengan cara :

1. Membandingkan dengan Rumah Sakit Taman Husada Bontang.
2. Membandingkan dengan standar yang ditetapkan oleh WHO dan standar pelayanan Minimal Departemen Kesehatan Republuk Indonesia

3. Membandingkan dengan Capaian Rata-Rata Rumah Sakit Se-Provinsi

***Benchmark* data dengan Rumah Sakit lain dan standar yang ditetapkan oleh WHO dan standar pelayanan Minimal Kementrian Kesehatan RI.**

NO.	JUDUL INDIKATOR	STANDAR	RATA-RATA CAPAIAN RSUD PANGLIMA SEBAYA	RATA RATA CAPAIAN RSUD TAMAN HUSADA BONTANG
1	Kepatuhan Kebersihan Tangan	85 %	88,29%	86,33%
2	Kepatuhan Pemakaian APD	100 %	100%	92,33%
3	Kepatuhan Identifikasi pasien	100 %	99,99%	93,67%
4	Waktu tanggap Operasi Seksio sesarea Emergensi	80 %	86,66%	50%
5	Waktu tunggu rawat jalan	80 %	52,33%	45,33%
6	Penundaan Operasi elektif	< 5 %	4,51%	10,33%
7	Kepatuhan waktu visite dokter Spesialis	80 %	91,26%	95%
8	Pelaporan hasil kritis Laboratorium	100 %	100.00%	90,67%
9	Kepatuhan penggunaan Formularium nasional	80 %	81%	95,33%
10	Kepatuhan terhadap Alur Klinis (*Clinical Pathway*)	80 %	100 %	70,33%

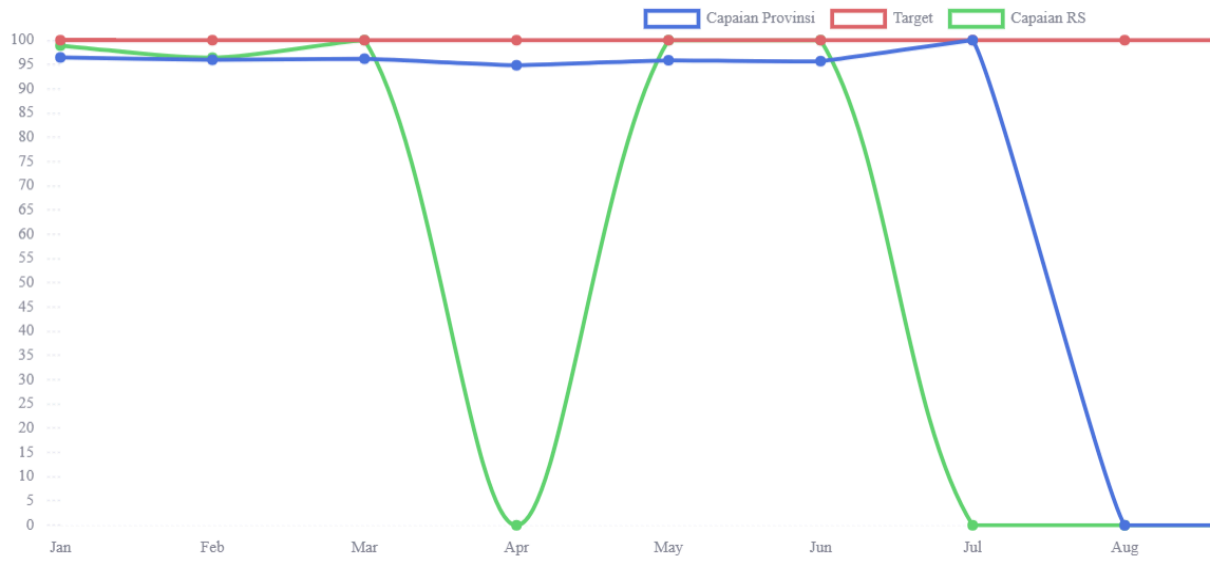
11	Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko pasien jatuh	100 %	100%	100%
12	Kecepatan waktu tanggap komplain	80 %	100%	98,67%
13	Kepuasan pasien	>76.61%	82,23%	90,33%

Benchmark data dengan Capaian Rata-Rata Rumah Sakit di Provinsi Kalimantan Timur

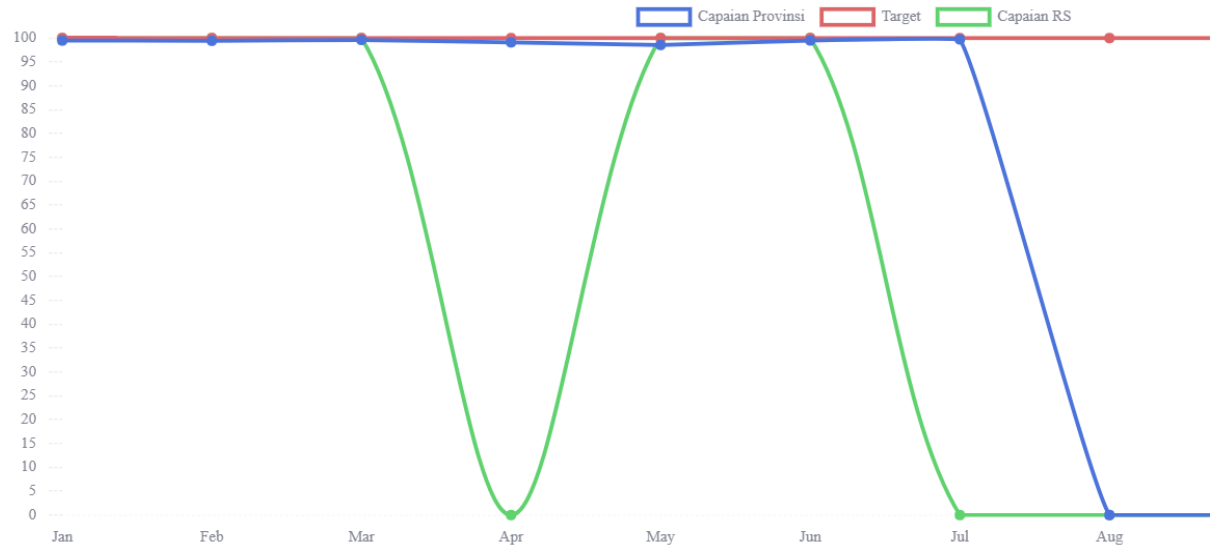
Kepatuhan Kebersihan Tangan



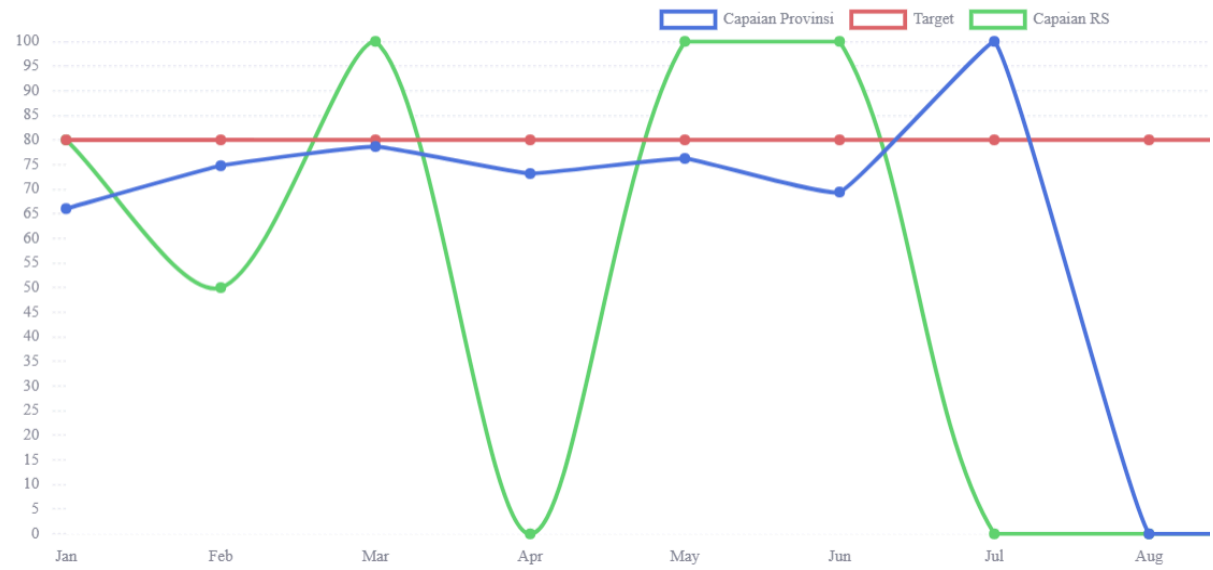
Kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)



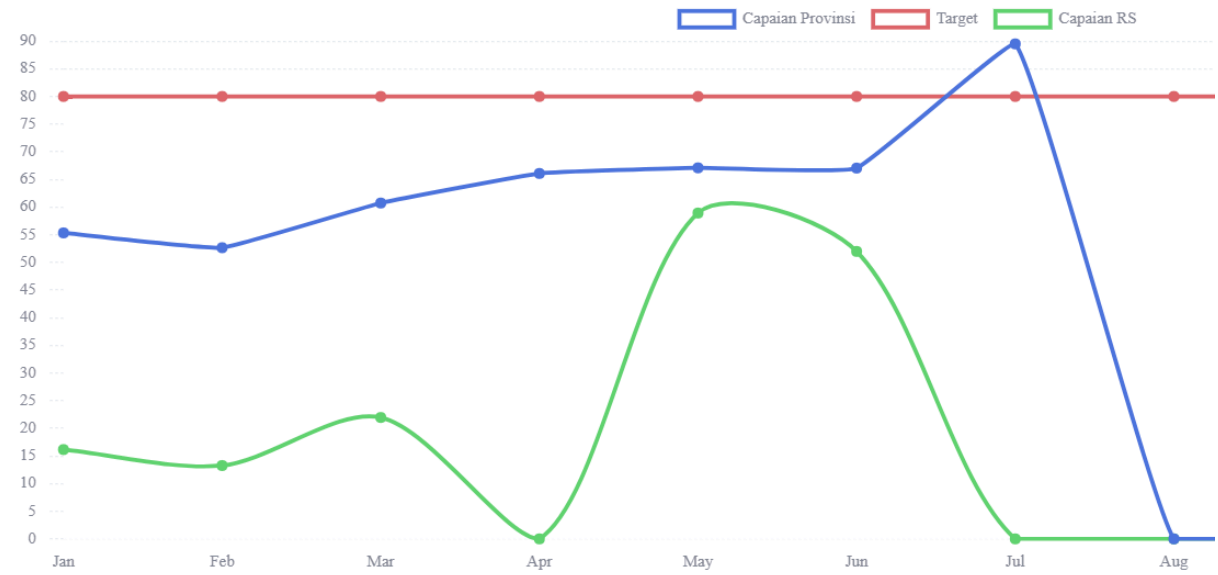
Kepatuhan identifikasi pasien



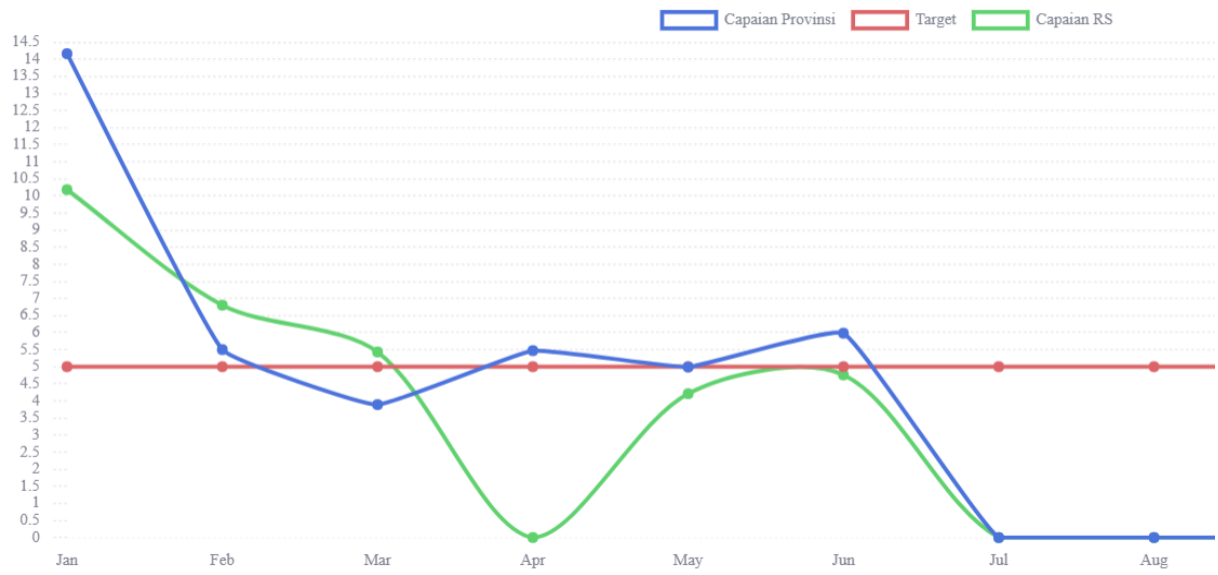
Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi



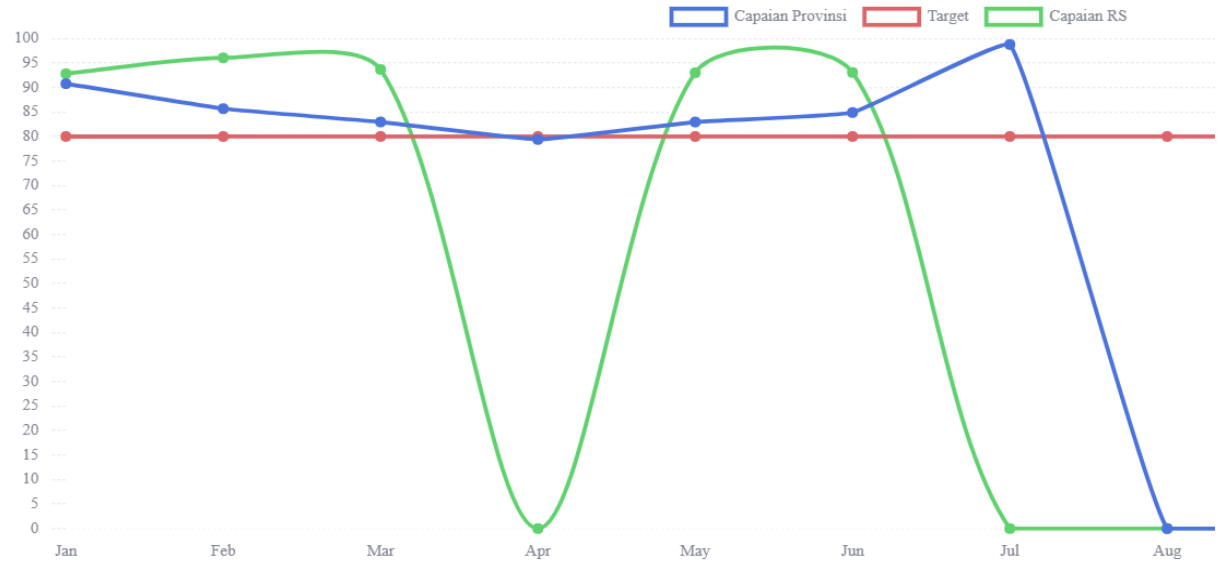
Waktu tunggu rawat jalan



Penundaan operasi elektif



Kepatuhan Waktu Visite Dokter



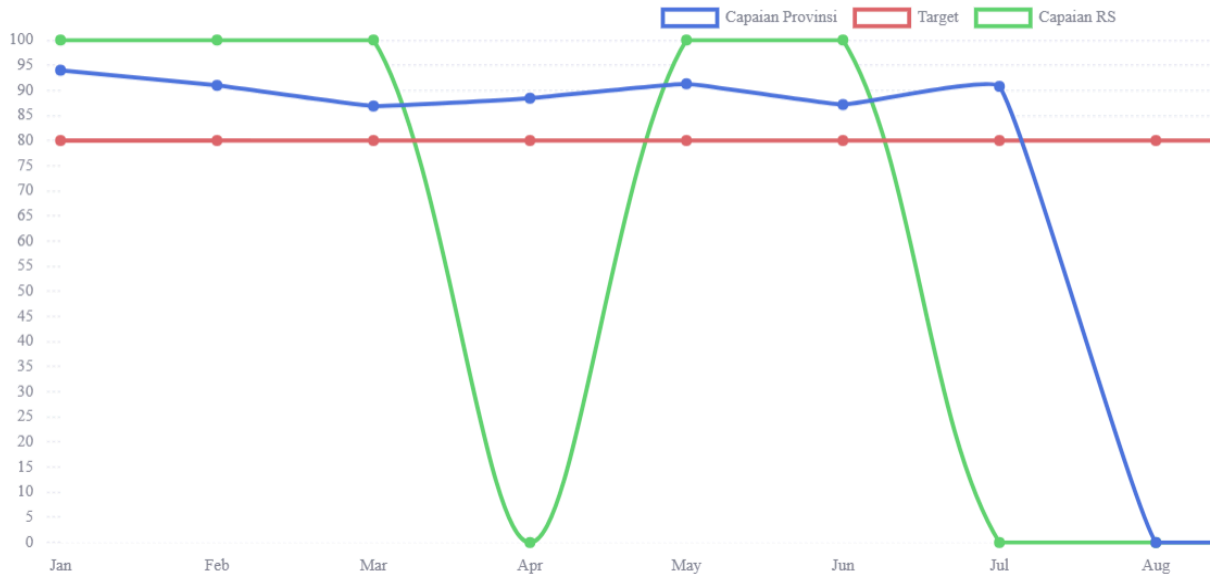
Pelaporan hasil Kritis Laboratorium



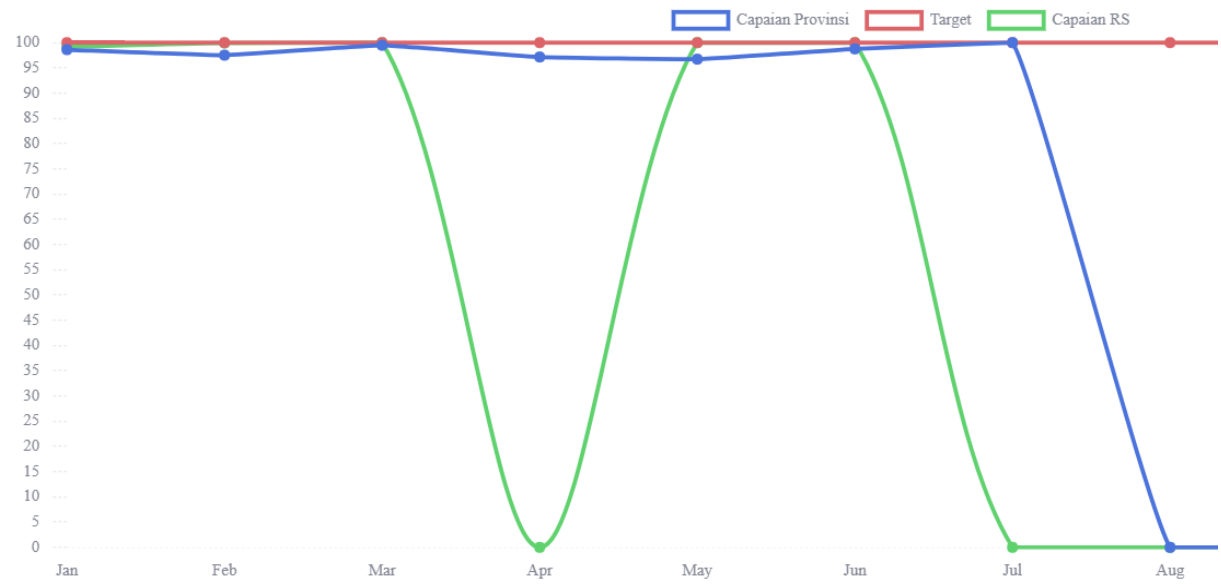
Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional



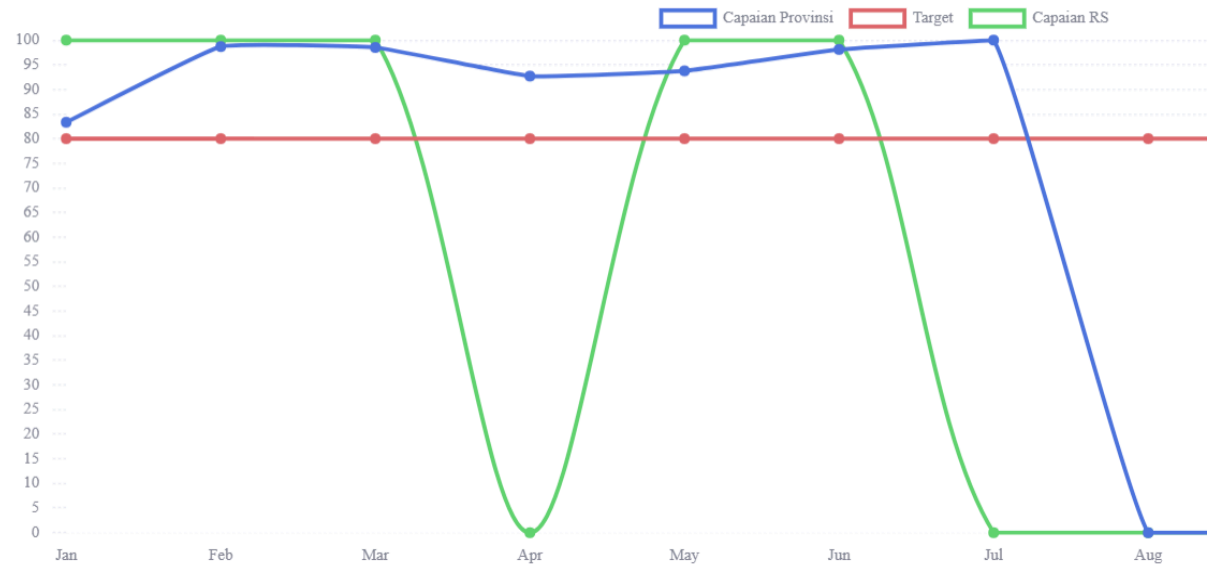
Kepatuhan Terhadap Alur klinis (Clinical Pathway)



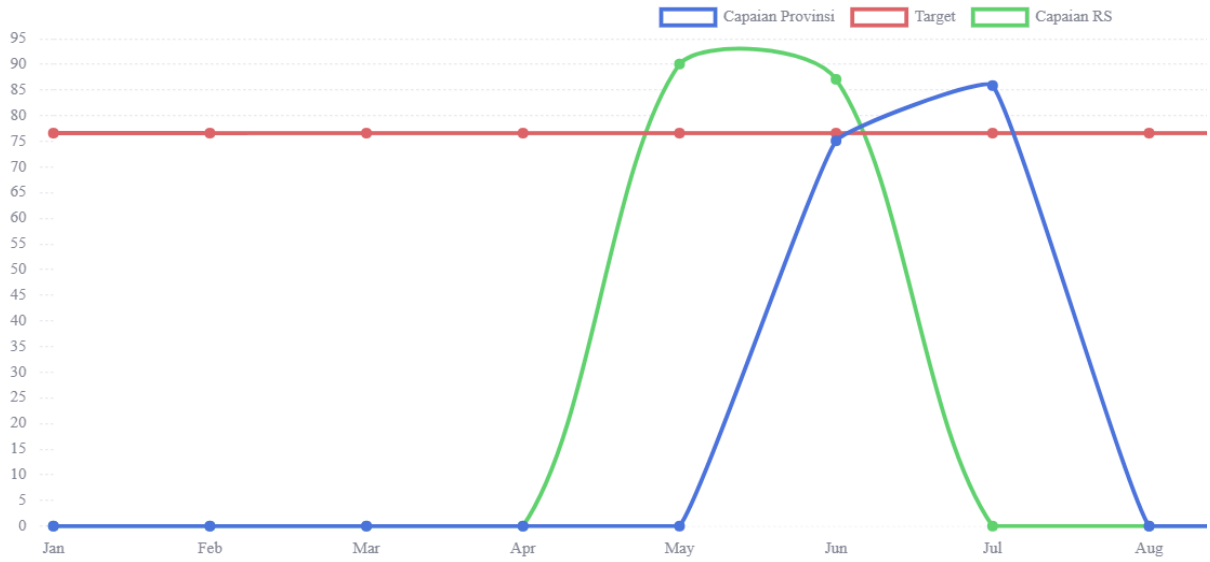
Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh



Kecepatan Waktu Tanggap Komplain



Kepuasan pasien



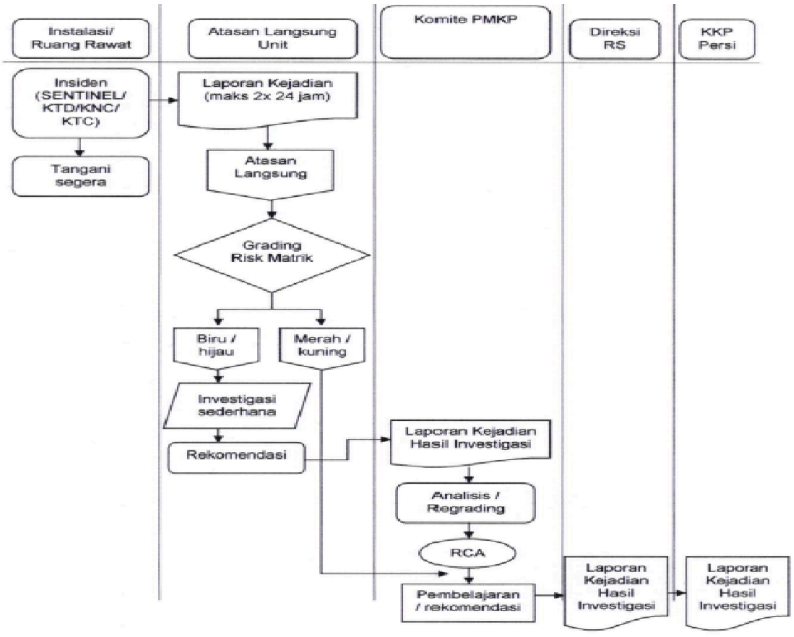
D. Rekomendasi dan tindak lanjut

Berdasarkan hasil rapat pencapaian mutu Rumah sakit periode April - Juni Tahun 2023 maka dapat disimpulkan beberapa rekomendasi dan rencana tindak

lanjut sesuai uraian pada laporan data diatas. Dalam rangka peningkatan mutu dan keselamatan pasien selanjutnya, seluruh indikator mutu baik yang sudah tercapai maupun yang belum tercapai direkomendasikan untuk terus dipertahankan dan dilanjutkan pengukuran dan evaluasinya dalam tiga bulan kedepan.

4.2 Pencapaian Keselamatan Pasien Rumah Sakit

Pelaporan secara tertulis maupun elektronik (melalui SIMRS) setiap kejadian nyaris cedera (KNC), Kejadian Tidak Cedera (KTC) atau kejadian tidak diharapkan (KTD) yang menimpa pasien atau kejadian lain yang menimpa keluarga pengunjung yang terjadi di rumah sakit oleh orang yang terlibat langsung atau Kepala unit yang bersangkutan, dan telah dilakukan analisa penyebab, rekomendasi dan solusinya.



Gambar 4.1

Alur Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien

4.2.1 Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien Rumah Sakit

Insiden Keselamatan pasien masih menjadi masalah utama dirumah sakit begitupun di dimana berbagai macam pelayanan memiliki resiko yang mengancam keselamatan pasien di rumah sakit. Insiden keselamatan pasien adalah semua kejadian atau situasi yang berpotensi atau mengakibatkan *harm* (penyakit, cidera, cacat, kematian, kerugian dan lain-lain), hal tersebut dapat dicegah bahkan seharusnya tidak terjadi karena sudah dikategorikan sebagai suatu disiplin. Dalam Permenkes RI No. 1691/ MENKES/ PER/ VIII/ 2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit, insiden keselamatan pasien adalah segala sesuatu yang terjadi secara sengaja atau tidak sengaja dan kondisi mengakibatkan atau berpotensi untuk menimbulkan cidera pada pasien, yang terdiri dari Kejadian tidak Diharapkan (KTD), Kejadian Nyaris Cedera (KNC), Kejadian Tidak Cedera (KTC) dan Kejadian Potensial Cedera (KPC). Insiden keselamatan pasien sewaktu-waktu dapat terjadi tanpa direncanakan yang dapat membahayakan pasien dan tidak terpenuhi outcome dalam penyembuhan pasien. Untuk mencapai dan menjaga kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit, maka dibutuhkan tindakan yang komprehensif dan responsif terhadap kejadian tidak diinginkan (KTD), agar kejadian serupa tidak terulang kembali; resiko KTD dapat diminimalkan bahkan dicegah dengan memperhatikan keselamatan pasien.

Tabel 4.4

Insiden Keselamatan Pasien Tahun 2023

	April	Mei	Juni
KPC	0	0	0
KNC	0	0	0
KTC	0	0	0
KTD	0	0	0
SENTINEL	0	0	0
TOTAL	**0**	**0**	**0**

A. Daftar Kasus Yang dilaporkan Selama periode April – Juni 2023 :
   Pada triwulan kedua di tahun 2023 ini tidak adanya laporan insiden yang terjadi

B. PERMASALAHAN Sub Komite Insiden Keselamatan Pasien
   1. Kesadaran melaporkan kejadian secara resmi (mengisi form) masih kecil, hal ini terlihat tidak ada pelaporan selama periode triwulan 2 tahun 2023 ini
   2. *Feedback* subkomite kepada pelapor tidak selalu dilakukan.
   3. Sebagian besar anggota komite merangkap dengan tugas di pelayanan, sehingga terkadang agak sulit melakukan koordinasi

C. Usaha yang sudah dilakukan
   - Membuat jadwal Jaga per 3 bulan untuk anggota subkomite yang bertanggung jawab menanggapi laporan IKP dari ruangan, Tujuannya agar setiap anggota dapat berperan aktif dan berusaha lebih dalam memahami job desk masing – masing serta memperjelas alur pelaporan IKP.

D. Usaha ke depan
   - Melakukan rapat koordinasi dan evaluasi secara berkala
   - Membuat program kerja tahunan
   - Menggalakan kembali sosialisasi pelaporan ikp

4.3 Pencapaian Manajemen Risiko Rumah Sakit

Instalasi Rawat Jalan

No	Potensi Resiko	Pemilik Resiko	Penyebab Resiko	Probabilitas	Dampak	Resiko Inherent	Tindakan Pencegahan	Resiko Residual
1	Keterlambatan pelayanan farmasi bagi pasien	Pasien	Terlambat diterimanya data resep pasien di farmasi, input data terlambat, sistem SIMRS error	4	4	16	Evaluasi sistem penginputan dan penerimaan resep pada sistem IT, motivasi agar input resep dilakukan secara aktual	1x2= 2
2	Risiko ketidaktepatan jenis pelayanan sesuai kondisi pasien	Pasien & Petugas	Ketidaktepatan diagnosis dengan tindakan	3	4	12	Sosialisasi kepada unit - unit pelayanan, selalu melakukan verifikasi	1x2=2
3	Waktu tunggu pasien lama,pelayanan terhambat,pasien komplain	Petugas	Pendaftaran terlambat Jaringan SIMRS error	6	6	36	Segera koordinasi dengan bagian SIMRS	1x2=2

RISK GRADING MATRIX

PROBABILITAS

LEVEL	FREKUENSI	KEJADIAN AKTUAL
1	SANGAT JARANG	Dapat terjadi dalam > 5 tahun
2	JARANG	Dapat terjadi 2 - 5 tahun
3	MUNGKIN	Dapat terjadi 1 – 2 tahun
4	SERING	Dapat terjadi beberapa kali dalam setahun
5	SANGAT SERING	Terjadi dalam 1 minggu/ bulan

Probabilitas	Dampak				
	1	2	3	4	5
1	Moderat	Moderat	Tinggi	Ekstrim	Ekstrim
2	Moderat	Moderat	Tinggi	Ekstrim	Ekstrim
3	Rendah	Moderat	Tinggi	Ekstrim	Ekstrim
4	Rendah	Rendah	Moderat	Tinggi	Ekstrim
5	Rendah	Rendah	Moderat	Tinggi	Ekstrim

LEVEL	DESKRIPSI	CONTOH DESKRIPSI
1	Insignificant	Cedera ringan
2	Minor	1.Cedera ringan 2.Dapat diatasi dengan pertolongan pertama
3	Moderate	1.Cedera Sedang 2.Berkurangnya fungsi motoric/sensorik/psikososial atau intelektual secara reversible dan tidak berhubungan dengan penyakit yang mendasari 3.Setiap Kasus yang memperpanjang perawatan
4	Major	1.Cedera luas/berat 2.Kehilangan fungsi utama permanen(motorik, sensorik,psikososial, intelektual irreversible dan tidak berhubungan dengan penyakit yang mendasarinya
5	*Cathastropic*	Kematian yang tidak berhubungan dengan perjalanan penyakit yang mendasarinya

RISK ASSESSMENT TOOLS

Failure Mode and Effect Analysis (FMEA)

No.	Failure Mode	Effect	S	O	D	RPN	POA	S	O	D	RPN
1	Pendaftaran terlambat (Jaringan SIMRS error)	Waktu tunggu pasien lama, pelayanan terhambat, pasien *komplain*	4	8	6	192	Segera koordinasi dengan bagian SIMRS	2	2	2	8

**keterangan*

Level	Keparahan (*Severity)*	Frekuensi *(Occurance)*	Deteksi *(Detecable)*
10	Tinggi yang membahayakan	Sangat tinggi (1 Kejadian/hari)	Mengakibatkan cedera bagi pegawai atau pasien
9	Ekstrim tinggi	Sangat tinggi (3-4 kejadian dalam beberapa hari)	Menyebabkan ketidakpatuhan regulasi
8	Sangat tinggi	Tinggi (Kejadian 1:100/bulan)	Menyebabkan suatu unit tidak dapat bekerja sesuai
7	Tinggi	Tinggi (Kejadian 1:10.0000/6 bln – 1 tahun)	Menyebabkan pelanggan sangat tidak puas
6	Sedang	Sedang (1 kejadian/ tahun)	Menyebabkan tidak berfungsinya suatu produk pada subsistem
5	Rendah	Sedang (1 Kejadian/6 bln – 1 tahun)	Kegagalan dapat diatasi denga modifikasi proses dengan terdapat sedikit pengurangan kinerja
4	Sangat rendah	Sedang (1 kejadian dalam 1:10.000 / tahun probabilitas	Mengakibatkan keluhan pada pasien

3	Sedikit	Rendah (1 Kejadian dalam 1-3 tahun)	Kegagalan dapat sedikit menyulitkan pasien
2	Sangat sedikit	Rendah (1 Kejadian dalam 3-5 tahun)	Kegagalan tidak secara nyata berpengaruh pada pasien
1	Tidak ada	Rendah (1 kejadian dalam > 5 tahun)	Kegagalan tidak dirasakan oleh pasien

BAB V PENUTUP

Komite Mutu RSUD Panglima Sebaya tahun 2023 selalu berupaya melaksanakan tugas dan fungsi dalam upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien Rumah Sakit. Dukungan seluruh staf dan manajemen dalam proses pelaksanaan menjadi penyemangat Komite Mutu dalam meningkatkan kinerja. Keberhasilan atas pencapaian kinerja pada tahun 2023 hendaknya dapat dipertahankan dan ditingkatkan serta dapat menjadi parameter untuk pencapaian kinerja selanjutnya. Hal-hal yang menjadi kendala dan permasalahan untuk mercapai target dan rencana kinerja diharapkan diselesaikan melalui proses *continouos quality improvement* dengan cara memperbaiki, mencari solusi, dan alternatif penyelesaiannya.

5.1 Kesimpulan

Upaya peningkatan mutu yang dilakukan oleh Rumah Umum Daerah Panglima Sebaya saat ini sudah mendapatkan dukungan yang maksimal dari Direktur dan seluruh staf Rumah sakit. Akan tetapi masih butuh koordinasi dan tata kelola yang baik dalam sistematika kerjanya. Kedisiplanan dalam pelaporan mutu juga harus ditingkatkan. Kompetensi dan pengetahuan seluruh anggota Komite Mutu, PIC Data, Kepala Ruangan dan Kepala Instalasi tentang upaya peningkatan mutu yang harus selalu di *up-date* dan dilaksanakan.

5.2 Saran

a) Memaksimalkan pertemuan rutin Komite Mutu sebagai upaya sosialisasi seluruh program mutu kepada kepala unit maupun penanggung jawab mutu di unit.
b) Peningkatan pemahaman unit kerja tentang Mutu melalui pelatihan internal Komite Mutu secara bertahap untuk seluruh karyawan rumah sakit.
c) Penataan dan pendistribusian ulang seluruh dokumen Komite Mutu yang berupa program, Pedoman dan Panduan sehingga setiap pegawai lebih memahami upaya peningkatan mutu di Rumah Sakit Umum Daerah Panglima Sebaya.
d) Mengoptimalkan upaya validasi data mutu sehingga data mutu dapat ditampilkan dan pertanggungjawabkan di publik.
e) Melakukan peninjauan kembali terhadap profil indikator mutu yang telah dibuat untuk mendapat hasil penilaian mutu yang berkualitas.
f) Pengembangan SIDOKAR sebagai dukungan IT pada sistem manajemen data terintegrasi.