

LAPORAN
KOMITE PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN
RUMAH SAKIT



TRIWULAN III
BULAN JULI – SEPTEMBER 2021
DILAKUKAN (COPY) DAN DITAMBAH
DOKUMEN INI

RSUD PROF DR. MARGONO SOEKARJO
PURWOKERTO
2021

KATA PENGANTAR

Puji syukur kita panjatkan kehadirat Tuhan yang Maha Esa, karena berkat rahmatnya penyusunan Laporan program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien periode April - September 2021 ini dapat disusun dan dilaporkan kepada Direktur RSUD Prof Dr Margono Soekarjo Purwokerto.

Laporan ini berisikan kumpulan kegiatan Komite Mutu dan Keselamatan Pasien RSUD Prof Dr Margono Soekarjo Purwokerto yang menjangkau ke seluruh unit kerja di RSUD Prof Dr Margono Soekarjo Purwokerto yang meliputi capaian mutu pelayanan prioritas, indikator mutu unit, dan surveilen PPI. Untuk melaksanakan program tersebut memerlukan koordinasi dan komunikasi yang baik antara kepala bidang/bagian, keperawatan, penunjang medis, administrasi dan lainnya termasuk kepala unit / instalasi pelayanan.

Berdasarkan hasil pantauan, sebagian besar indikator mutu sudah mencapai target yang diharapkan. Namun masih ada beberapa hal yang masih perlu ditingkatkan. Hal ini memerlukan kerjasama dari berbagai pihak mulai dari Dirretur sampai unit kerja serta membutuhkan komitmen yang tinggi untuk senantiasa menjaga kualitas pelayanan.

Akhir kata, kami dari Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien RSUD Prof Dr Margono Soekarjo Purwokerto mengucapkan terimakasih kepada semua pihak yang telah membantu terlaksananya seluruh program dari Komite Mutu dan Keselamatan RSUD Prof Dr Margono Soekarjo Purwokerto sehingga kegiatan Peningkatan Mutu dan Keselamatan pasien RSUD Prof Dr Margono Soekarjo Purwokerto periode April- September 2021 dapat terlaksana dengan baik. Semoga dengan adanya laporan ini kita dapat meningkatkan mutu layanan RSUD Prof Dr Margono Soekarjo Purwokerto

Penyusun

Tim Komite Mutu

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR..... i

DAFTAR ISI..... ii

BAB I PENDAHULUAN..... 1

 Latar Belakang..... 1

 Uraian Kegiatan Pokok..... 1

 Pencatatan dan Pelaporan..... 8

BAB II HASIL KEGIATAN

 Pemantauan Indikator Area Klinis (IAK)..... 9

 Pemantauan Indikator Area Manajerial (IAM)..... 12

 Indikator Sasaran Keselamatan Pasien (ISKP)..... 15

 Indikator Mutu Unit Kerja..... 18

 Indikator Mutu Nasional..... 39

 Analisis hasil Surveilence PPI..... 49

 Lapora insiden keselamatan pasien..... 51

 Laporan Komite Pengendalian Anti Mikroba (KPRA)..... 55

BAB III PENUTUP..... 60

 Kesimpulan..... 60

 Rekomendasi..... 61

DILARANG MENYALIN (COPY) DAN MEMPERBANYAK
DOKUMEN INI

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien sesuai dengan SNARS Edisi I.I adalah kegiatan yang terus berjalan untuk memastikan bahwa sistem sistem dalam fungsional Rumah Sakit berjalan sesuai dengan standar. Kegiatan ini dilakukan di setiap unit kerja/instalasi terkait untuk mengukur kinerja pelayanan RS dan sebagai manajemen kontrol untuk mendukung pengambilan keputusan.

Sesuai dengan standar Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) dari SNARS Edisi 1.1, RSUD Prof Dr. Margono Soekarjo Purwokerto membuat program dalam meningkatkan mutu dan keselamatan pasien dengan menetapkan indikator berdasarkan prioritas Rumah Sakit yaitu Indikator Area Klinis, Indikator Area Manajerial, dan Indikator Sasaran Keselamatan Pasien, serta Indikator Mutu Unit. Indikator tersebut telah dilakukan survei oleh KARS pada tanggal 11-15 Februari 2019 serta telah dinyatakan memenuhi syarat kelulusan dengan skor 96,8. Namun begitu masih ada beberapa rekomendasi yang harus dipenuhi antara lain integrasi PPI dan PMKP sehingga PMKP dan PPI menindak lanjuti dengan mengadakan pertemuan dalam rangka koordinasi dan menentukan indikator mutu. Laporan triwulan II-III Tahun 2021 mengacu pada Indikator prioritas yang telah ditetapkan pada bulan Agustus tahun 2020.

RSUD Prof Dr Margono Soekarjo merupakan salah satu rumah sakit rujukan kasus Covid dengan kapasitas 79 tempat tidur meliputi ICU dan ruang rawat isolasi. Oleh karena itu rumah sakit memandang perlu untuk melakukan pemantauan mutu di ruang isolasi Covid 19 sehingga ditetapkan beberapa indikator mutu khusus terkait penanganan kasus Covid 19 di rumah sakit.

DILARANG MENYALIN (COPY) DAN MEMPERBANYAK
DOKUMEN INI

B. Uraian Kegiatan Pokok

Setelah ditetapkannya indikator prioritas dan indikator mutu unit, pemantauan indikator mutu dilakukan pada semua indikator yang telah ditetapkan sebagai berikut:

1. Indikator area klinik

- a. Kepatuhan dokter umum dalam melaksanakan guideline emergency kasus penyakit jantung sesuai 5 CP prioritas
- b. Kepatuhan Dokter Penanggung Jawab pasien (DPJP) jantung terhadap Clinical Pathway (CP) sesuai 5 CP prioritas

- c. Respon time konsul Dokter Penanggung Jawab pasien (DPJP) Jantung sesuai 5 CP prioritas maksimal 30 menit
- d. Kelengkapan asesmen awal medis pada pasien jantung dalam waktu 24 jam setelah pasien masuk rawat inap
- e. Pemberian fibrinolitik pada pasien jantung STEMI akut dengan onset kurang dari 12 jam dilakukan dalam waktu ≤ 30 menit

2. Indikator area manajerial

- a. Waktu tunggu foto Thorax khusus pasien jantung sesuai 5 CP prioritas ≤ 3 jam
- b. Waktu tunggu pemeriksaan laboratorium 140 menit (CK, CKMB, Troponin, SGOT, SGPT, Ureum, Creatinin, GDS, Elektrolit)
- c. Ketersediaan obat Aspilet 80 mg, Clopidogrel 300 mg, Heparin, Bisoprolol, Carvedilol, Verapamil, Diltiazem, Amiodarone.
- d. Waktu Tunggu pelayanan klinik Jantung
- e. Jam mulai pelayanan di klinik jantung tidak lebih dari jam 08.00 WIB

3. Indikator Sasaran Keselamatan Pasien (ISKP)

- a. Identifikasi pasien sebelum memberikan terapi dengan kasus jantung sesuai 5 CP prioritas di IGD, IRI dan Rawat Inap
- b. Ketepatan pelaksanaan verifikasi DPJP Jantung dalam 1 X 24 jam terhadap intruksi lisan/lewat telepon
- c. Kepatuhan pelabelan obat *high alert* di apotik IGD dan Depo farmasi ICCU.
- d. Kepatuhan cuci tangan petugas sebelum kontak dengan pasien dengan kasus jantung sesuai 5 CP prioritas di IRI dan Instalasi Rawat Inap
- e. Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Cedera Akibat Pasien Jatuh pada pasien sesuai 5 CP prioritas di IGD, IRI dan Rawat Inap. Rawat Inap.

DILARANG MENYALIN (COPY) DAN MEMPERBANYAK
DOKUMEN INI

4. Indikator Mutu Nasional

- a. Kepatuhan Identifikasi Pasien
- b. Emergency Respon Time (Waktu Tanggap Pelayanan Gawatdarurat ≤ 5 menit).
- c. Waktu Tunggu Rawat Jalan
- d. Penundaan Operasi Elektif
- e. Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis
- f. Waktu Lapor Hasil Tes Kritis laboratorium
- g. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional
- h. Kepatuhan Cuci Tangan

- i. Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Cedera Akibat Pasien Jatuh pada pasien Rawat Inap
- j. Kepatuhan Terhadap *Clinical Pathway*
- k. Kepuasan Pasien dan Keluarga
- l. Kecepatan *respon time* terhadap keluhan

5. Indikator Mutu Unit Kerja

1. Instalasi Gawat Darurat
 - a. Waktu tunggu konsultasi DPJP di UGD maksimal 2 jam
 - b. Waktu tunggu penatalaksanaan pasien di IGD maksimal 6 jam
2. Instalasi Rawat Jalan

Ketepatan jam buka pelayanan poliklinik jam 08.00
3. Instalasi Rawat Inap
 - a. Ketepatan waktu pengkajian awal pasien oleh DPJP 1 x 24 jam setelah pasien masuk di Rawat Inap
 - b. Ketepatan waktu pengkajian awal keperawatan 1 x 24 jam setelah pasien masuk di Rawat Inap
 - c. Ketepatan Jam visite dokter spesialis di Rawat Inap kurang dari jam 14.00 WIB
4. Instalasi Maternal dan Perinatal
 - a. Ketepatan waktu pengkajian awal pasien oleh DPJP 1 x 24 jam setelah pasien masuk di Instalasi Maternal Perinatal
 - b. Ketepatan waktu pengkajian awal keperawatan 1 x 24 jam setelah pasien masuk di Instalasi Maternal Perinatal
 - c. Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria < 20%
 - d. Keterlambatan operasi sectio caesarea >30 menit
 - e. Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr
5. Instalasi Bedah Sentral
 - a. Angka kelengkapan pengisian surgical ceklis di kamar operasi
 - b. Kesalahan prosedur operasi
 - c. Kesalahan lokasi operasi
 - d. Kesalahan diagnosa pre dan post operasi
 - e. Kepatuhan Penandaan Lokasi Operasi/site marking
6. Instalasi Rawat Intensive
 - a. Ketepatan waktu pengkajian awal pasien oleh DPJP 1 x 24 jam setelah pasien masuk di IRI
 - b. Ketepatan waktu pengkajian awal keperawatan 1 x 24 jam setelah pasien masuk di IRI

- c. Waktu tunggu konsul DPJP maksimal 2 jam
- 7. Instalasi Patologi Klinik
 - a. Waktu tunggu pemeriksaan CITO laboratorium ≤ 90 menit.
 - b. Waktu Lapor Hasil Tes Kritis laboratorium di rawat inap
 - c. Kerusakan sampel darah
- 8. Instalasi Tranfusi Darah
 - Pantauan kejadian reaksi tranfusi
- 9. Instalasi Radiologi
 - a. Waktu tunggu foto thorak kurang dari 3 jam
 - b. Tidak dilakukannya asesmen awal radiologi
- 10. Instalasi Gizi
 - Kesalahan diit pasien
- 11. Instalasi Farmasi
 - a. Kepatuhan Pelaksanaan skrining resep maksimal 24 jam sejak pasien masuk rawat inap
 - b. Waktu tunggu pelayanan obat jadi ≤ 30 menit
- 12. Instalasi Rehabilitasi Medis
 - Waktu tunggu konsul Rehabilitasi Medik maksimal 24 jam
- 13. Pelayanan pengelolaan limbah
 - a. Tidak tercampurnya sampah umum dan medis
 - b. Pantauan kualitas air bersih
- 14. IPSRS
 - a. Keterlambatan waktu menangani kerusakan alat kedokteran
 - b. Keterlambatan respon time genset
- 15. Pelayanan laundry/ICPH
 - a. Proses cuci ulang tidak kurang dari 5 % dalam 1 bulan
 - b. Tidak adanya kejadian linen yang hilang
- 16. Pelayanan laboratorium patologi-anatomi
 - a. Waktu tunggu pemeriksaan histopatologi kurang dari 6 hari
 - b. Waktu tunggu pemeriksaan sitologi (3 hari)
- 17. Pelayanan hemodialisis
 - Akses Vaskuler permanen untuk pasien hemodialisa
- 18. Instalasi radioterapi
 - Kepatuhan pemeriksaan HB setiap 2 minggu untuk pasien tele terapi.
- 19. Instalasi Anestesi dan Terapi Intensif
 - a. Ketidaklengkapan asesmen pre anestesi
 - b. Kepatuhan pelaksanaan hand over pasien post operasi dari ruang pemulihan ke ruang rawat

20. IPJ

Waktu tunggu penjemputan jenazah maksimal 2 jam

6. Indikatormutu khusus Covid 19

1. Kepatuhan asesmen kebutuhan pasien Covid – 19 oleh Manajer Pelayanan Pasien (MPP)
2. Waktu tunggu pemeriksaan oleh dokter jaga IGD ≤ 2 Jam
3. Ketersediaan tempat tidur pasien Covid -19 di IRNA
4. Waktu tunggu hasil pemeriksaan swab pasien covid – 19 dalam waktu 1 x 24 jam
5. Ketersediaan APD petugas yang menangani pasien covid – 19
6. Ketersediaan Obat untuk pasien covid – 19 sesuai PPK
7. Kepatuhan pemakaian APD petugas di ruang ICU Covid – 19 sesuai dengan standar kemenkes
8. Kepatuhan pelaksanaan dekontaminasi lingkungan dan alat kesehatan
9. Tidak ditemukannya petugas terinfeksi covid - 19

7. Pemantauan Kepatuhan terhadap *Clinical Pathway* (CP)

- a. Chronic Heart Failure (Chf) Dengan Hypertensi Heart Dysiasse (HHD)
- b. Infark Miokard Akut Tanpa St Elevasi/ Nstemi (NSTEMI)
- c. Infark Miokard Akut Dengan St Elevasi/ Stemi (STEMI)
- d. Supraventrikular Takikardi (SVT)
- e. Unstable Angina Pectoris (UAP).

8. Indikator Mutu Pengendalian dan Pencegahan Infeksi (PPI)

1. Surveilans HAI's
2. Pantauan kepatuhan penggunaan APD
3. Monitoring ruang isolasi

C. Pencatatan dan Pelaporan

Pencatatan harian dilakukan oleh petugas pengumpul data PIC), kemudian dientry ke dalam SISMADAK.Data kemudian di rekap oleh TIM PMKP melalui sistem dan dilakukan analisis.

Data hasil analisis kemudian dilakukan validasi oleh validator sehingga ditentukan apakah data tersebut valid atau tidak.Hasil analisis kemudian di tindak lanjut dengan teknik PDSA baik untuk indikator yang belum sesuai dengan standar yang ditetapkan maupun yang sudah.Permasalahan yang menghambat belum tercapainya indikator mutu sesuai standar dibahas dalam pertemuan kepala bidang dan unit terkait untuk dievaluasi dan dicarikan solusi untuk

perbaikan. Hasil pengolahan, analisa data dan PDSA dituangkan dalam laporan tertulis kemudian akan dilaporkan kepada Direktur setiap 3 bulan sekali.



DILARANG MENYALIN (COPY) DAN MEMPERBANYAK
DOKUMEN INI

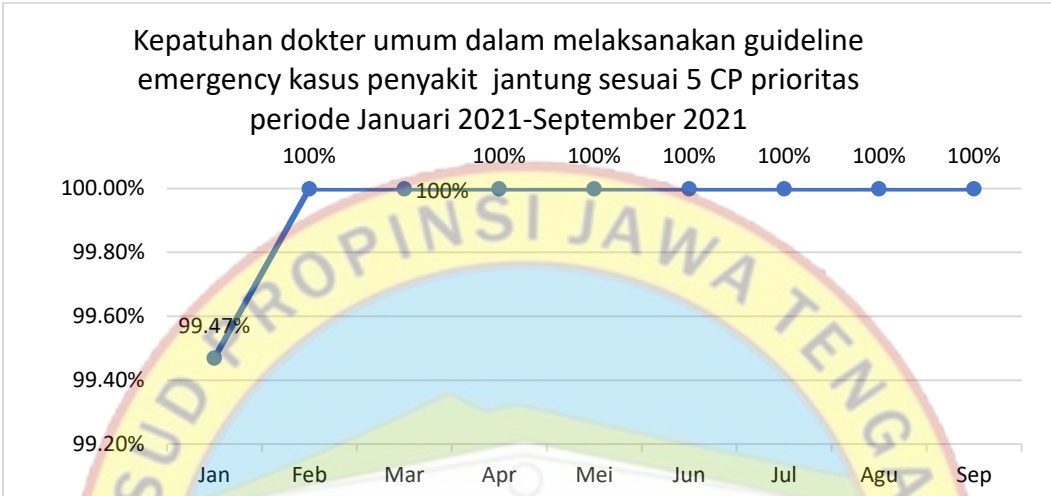
BAB II

HASIL KEGIATAN

I. INDIKATOR MUTU PRIORITAS

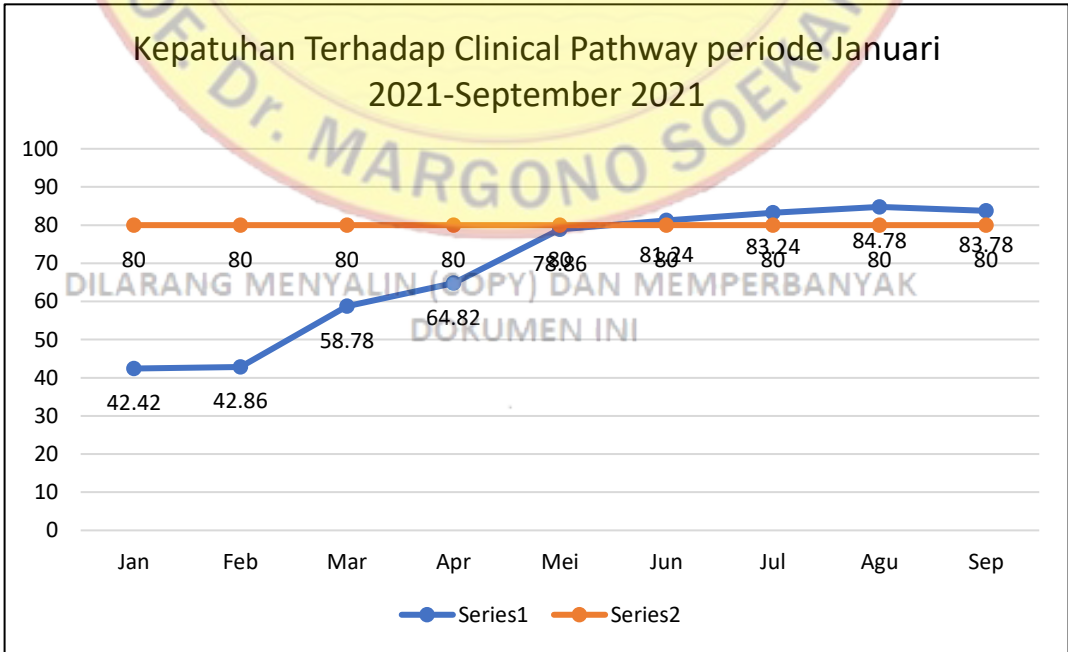
a. Pemantauan Indikator Area Klinis (IAK)

- 1) Kepatuhan dokter umum dalam melaksanakan guideline emergency kasus penyakit jantung sesuai 5 CP prioritas



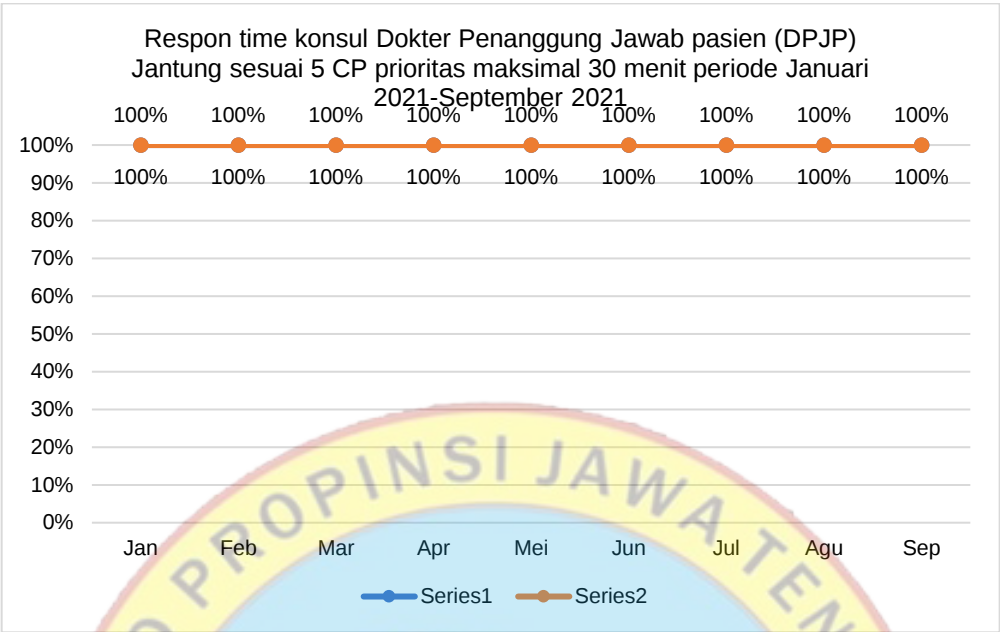
Berdasarkan capaian data kepatuhan dokter umum dalam melaksanakan guideline emergency kasus penyakit jantung sesuai 5 CP prioritas periode Juli 2021-September 2021 tercapai 100%, hasil tersebut sudah sesuai standar

- 2) Kepatuhan Dokter Penanggung Jawab pasien (DPJP) jantung terhadap Clinical Pathway (CP) sesuai 5 CP prioritas



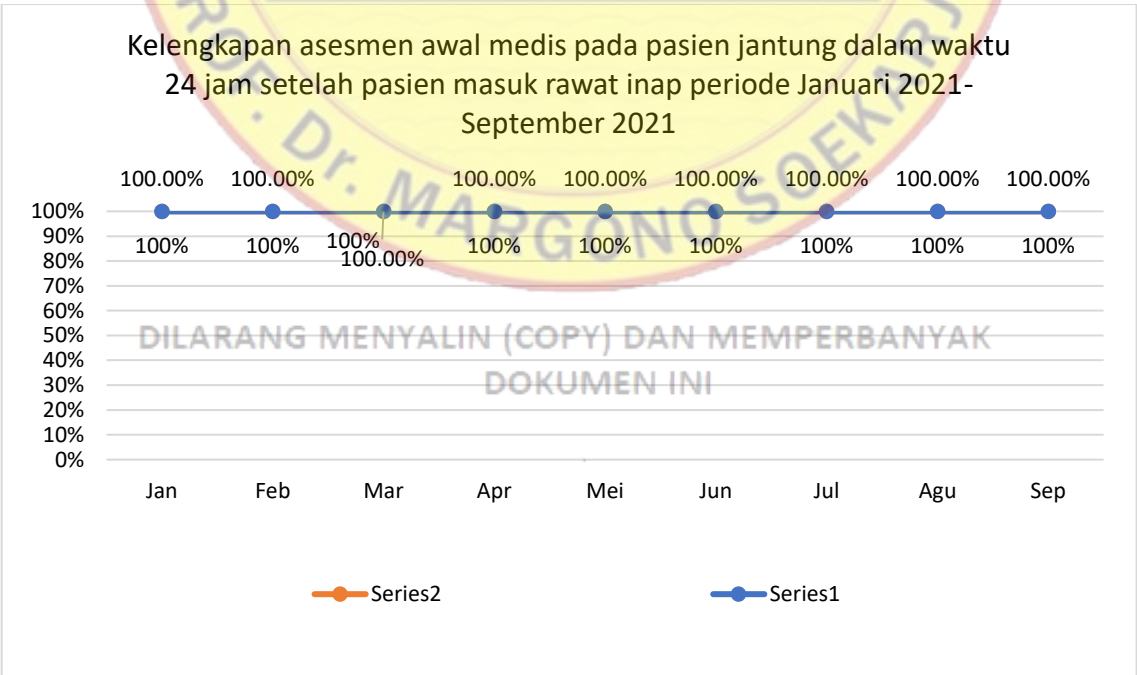
Berdasarkan diagram diatas tingkat kepatuhan DPJP terhadap CP Jantung tercapai lebih dari 80 % sejak bulan Juni 2021 sampai degan Septmber 2021. Adapun rerata tingkat kepatuhan CP selama periode trimester III tahun 2021 sebesar 83,93 %.

3) Respon time konsul Dokter Penanggung Jawab pasien (DPJP) Jantung sesuai 5 CP prioritas ≤ 30 menit



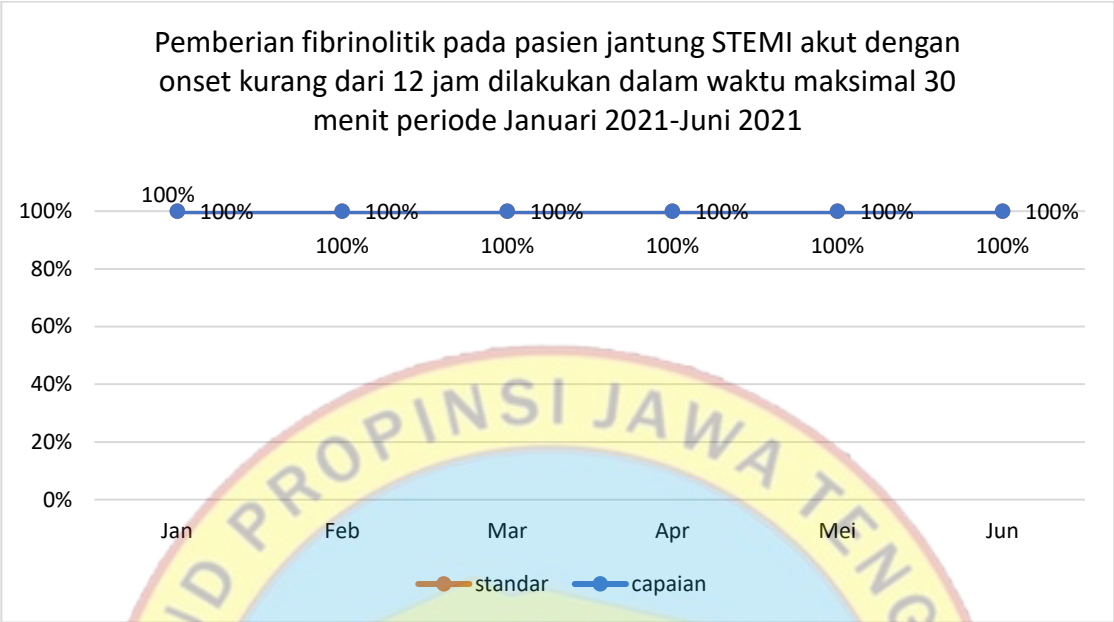
Berdasarkan rerata capaian datarespon time konsul Dokter Penanggung Jawab pasien (DPJP) Jantung sesuai 5 CP prioritas ≤ 30 menit periode Juli 2021-September 2021 tercapai 100%.

4) Kelengkapan asesmen awal medis pada pasien jantung dalam waktu 24 jam setelah pasien masuk rawat inap



Berdasarkan rerata capaian datakelengkapan asesmen awal medis pada pasien jantung dalam waktu 24 jam setelah pasien masuk rawat inap periode Juli 2021-September 2021 mencapai standar (100%).

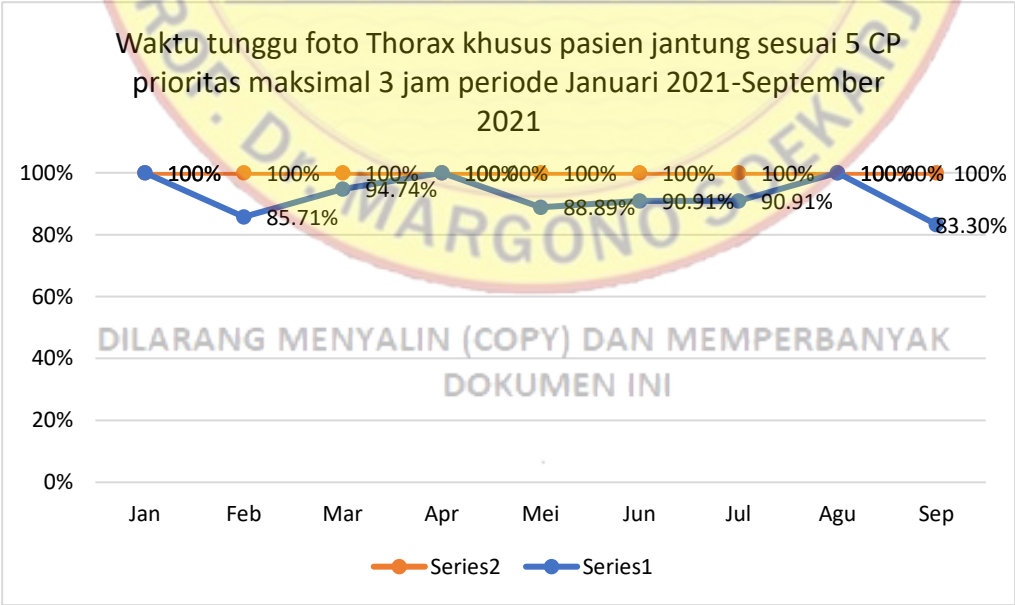
5) Pemberian fibrinolitik pada pasien jantung STEMI akut dengan onset kurang dari 12 jam dilakukan dalam waktu ≤ 30 menit



Berdasarkan capaian data pemberian fibrinolitik pada pasien jantung STEMI akut dengan onset kurang dari 12 jam dilakukan dalam waktu ≤ 30 menit periode Juli 2021-September 2021 tercapai sesuai dengan standar yaitu 100%.

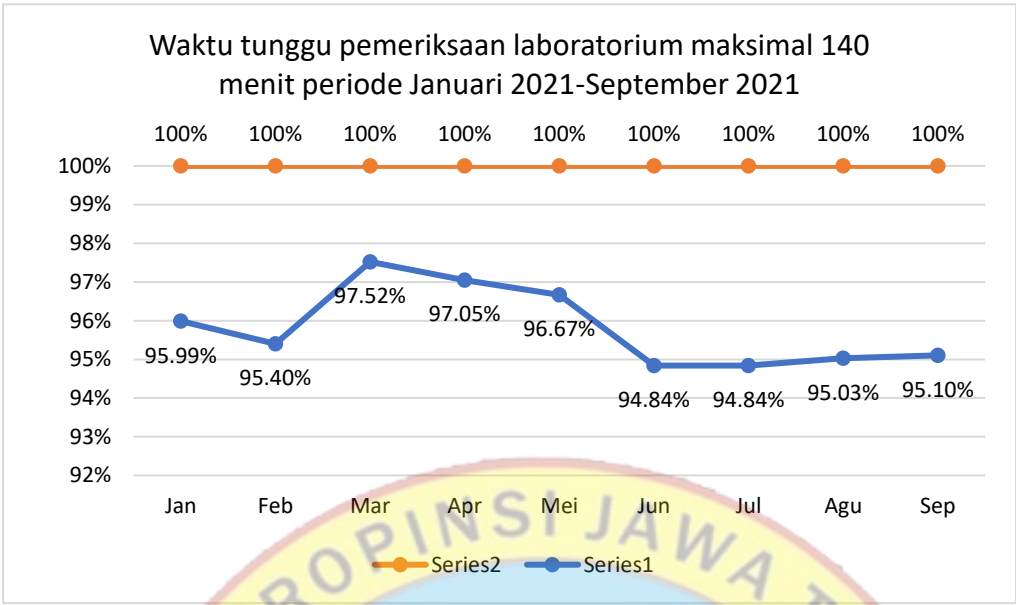
b. Pemantauan Indikator Area Manajerial (IAM)

1) Waktu tunggu foto Thorax khusus pasien jantung sesuai 5 CP prioritas ≤ 3 jam



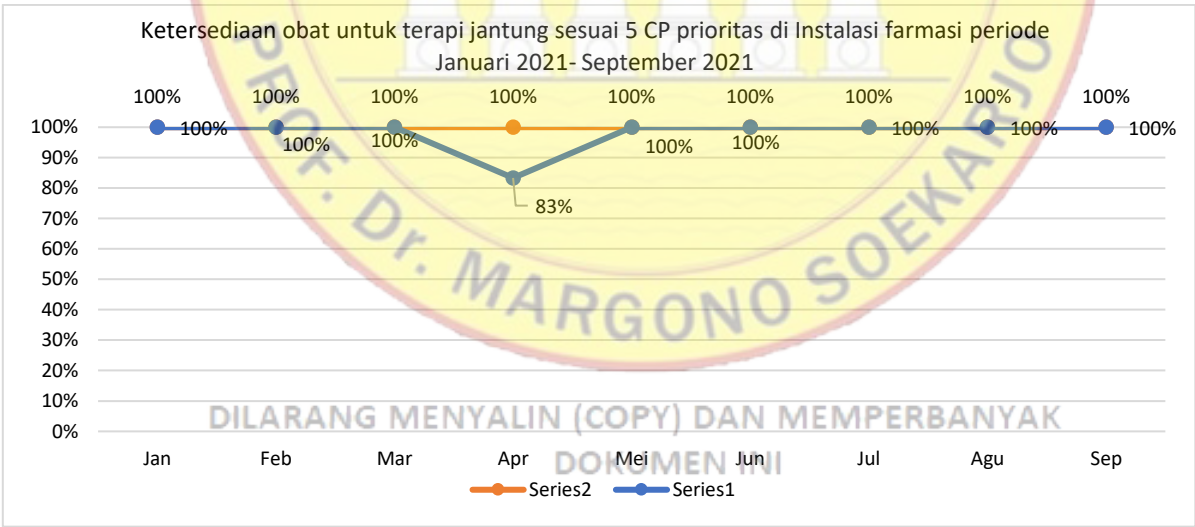
Berdasarkan rerata capaian data waktu tunggu foto Thorax khusus pasien jantung sesuai 5 CP prioritas ≤ 3 jam periode Juli 2021-September 2021 mencapai 91.40%. Data tersebut mengalami penurunan dibanding periode sebelumnya yang mencapai angka 93,27 %, namun hasil tersebut masih dibawah standar (100%).

2) Waktu tunggu pemeriksaan laboratorium ≤140 menit



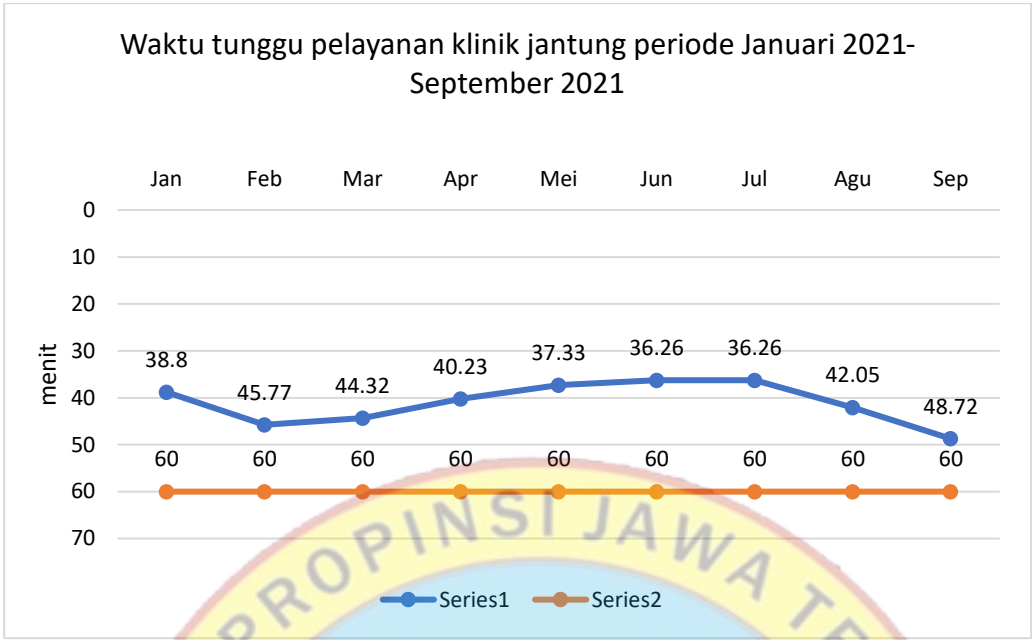
Berdasarkan rerata capaian data waktu tunggu pemeriksaan laboratorium ≤140 menit periode Juli 2021-September 2021 mencapai 94.99 %, terdapat penurunan dibanding periode sebelumnya mencapai 96.19%, hasil tersebut masih dibawah standar (100%).

3) Ketersediaan obat untuk terapi jantung sesuai 5 CP prioritas di Instalasi farmasi



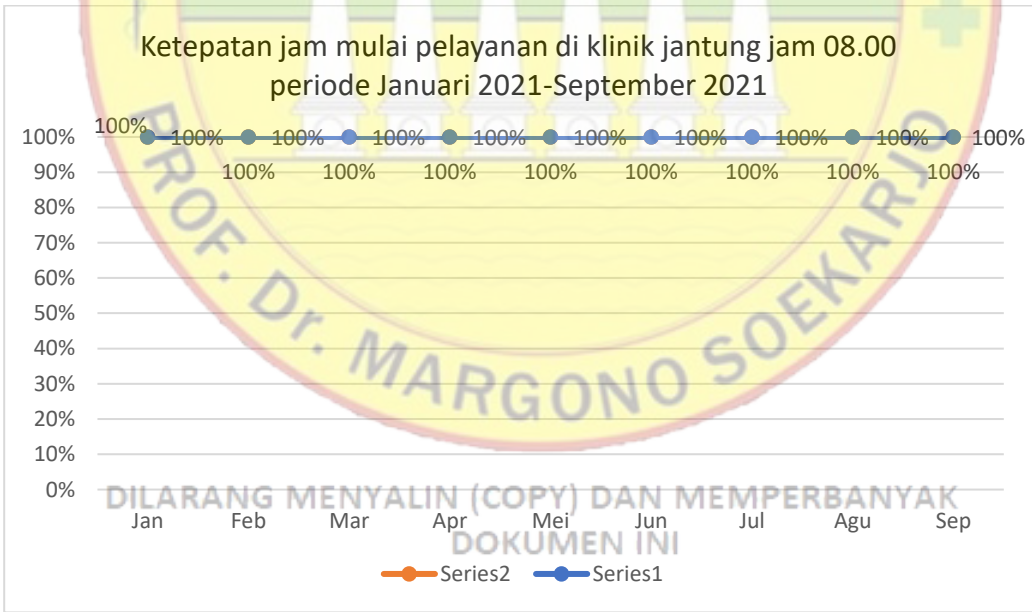
Berdasarkan rerata capaian data ketersediaan obat untuk terapi jantung sesuai 5 CP prioritas di Instalasi farmasi periode Juli 2021-September 2021 sudah mencapai standar 100%

4) Waktu Tunggu pelayanan Klinik Jantung



Berdasarkan capaian data waktu tunggu pelayanan klinik Jantung pada periode Juli 2021-September 2021rata-rata selama 42.34 menit. Ada peningkatan lama waktu tunggu periode sebelumnya yang mencapai 37.94 menit.

5) Ketepatan jam mulai pelayanan di klinik jantung jam 08.00 WIB



Berdasarkan rerata capaian data ketepatan jam mulai pelayanan di klinik jantung periode Juli 2021-September 2021sudah mencapai standar 100%

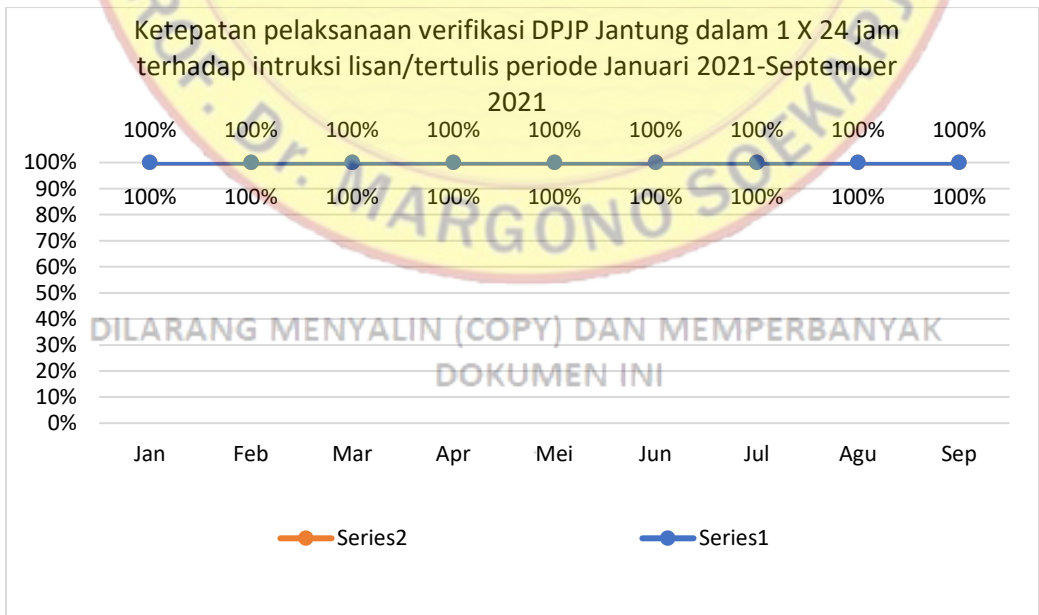
c. Indikator Sasaran Keselamatan Pasien (ISKP):

- 1) Identifikasi pasien sebelum memberikan terapi pada pasien dengan kasus jantung sesuai 5 CP prioritas di IGD, IRI dan Rawat Inap



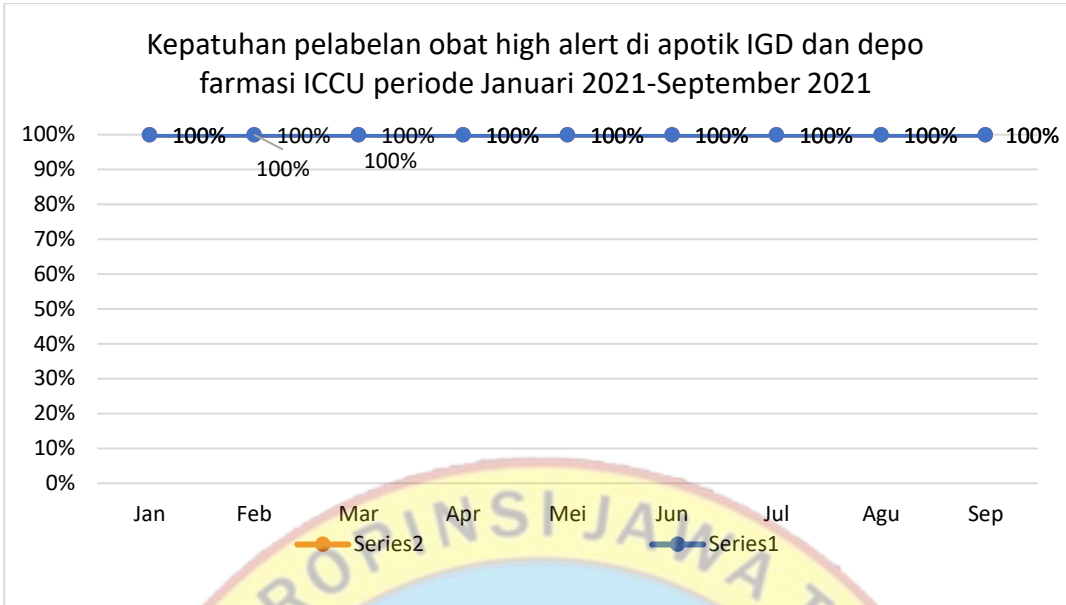
Berdasarkan capaian dataidentifikasi pasien sebelum memberikan terapi pada pasien dengan kasus jantung sesuai 5 CP prioritas di IGD, IRI dan Rawat Inapperiode Juli 2021-September 2021 sudah memenuhi standar100%

- 2) Ketepatan pelaksanaan verifikasi DPJP Jantung dalam 1 kali 24 jam terhadap intruksi lisan/tertulis



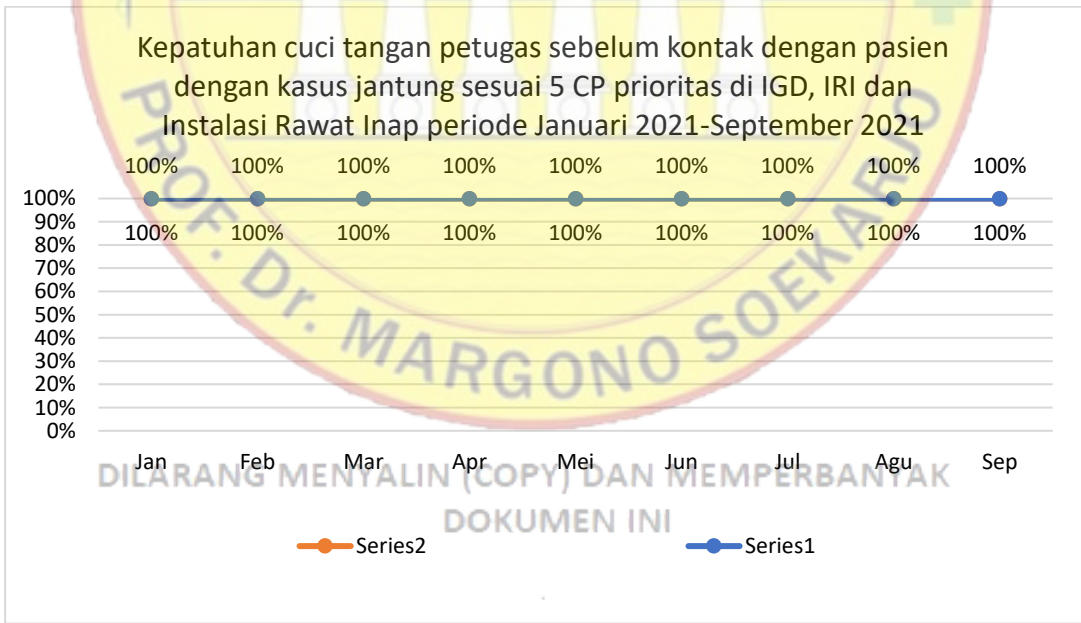
Berdasarkan rerata capaian dataKetepatan pelaksanaan verifikasi DPJP Jantung dalam 1 kali 24 jam terhadap intruksi lisan/tertulis periode Juli 2021-September 2021 sudah mencapai standar 100%

3) Kepatuhan pelabelan obat high alert di apotik IGD dan depo farmasi ICCU



Berdasarkan capaian dataKepatuhan pelabelan obat high alert di apotik IGD dan depo farmasi ICCU periode Juli 2021-September 2021 tercapai 100 %, sesuai dengan standar yang ditetapkan

4) Kepatuhan cuci tangan petugas sebelum kontak dengan pasien dengan kasus jantung sesuai 5 CP prioritas di IGD, IRI dan Instalasi Rawat Inap



Berdasarkan capaian dataKepatuhan cuci tangan petugas sebelum kontak dengan pasien dengan kasus jantung sesuai 5 CP prioritas di IGD, IRI dan Instalasi Rawat Inap periode Juli 2021- September 2021 tercapai 100%, sesuai dengan standar yang ditetapkan

5) Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Cedera Akibat Pasien Jatuh pada pasien sesuai 5 CP prioritas di IGD, IRI dan Rawat Inap

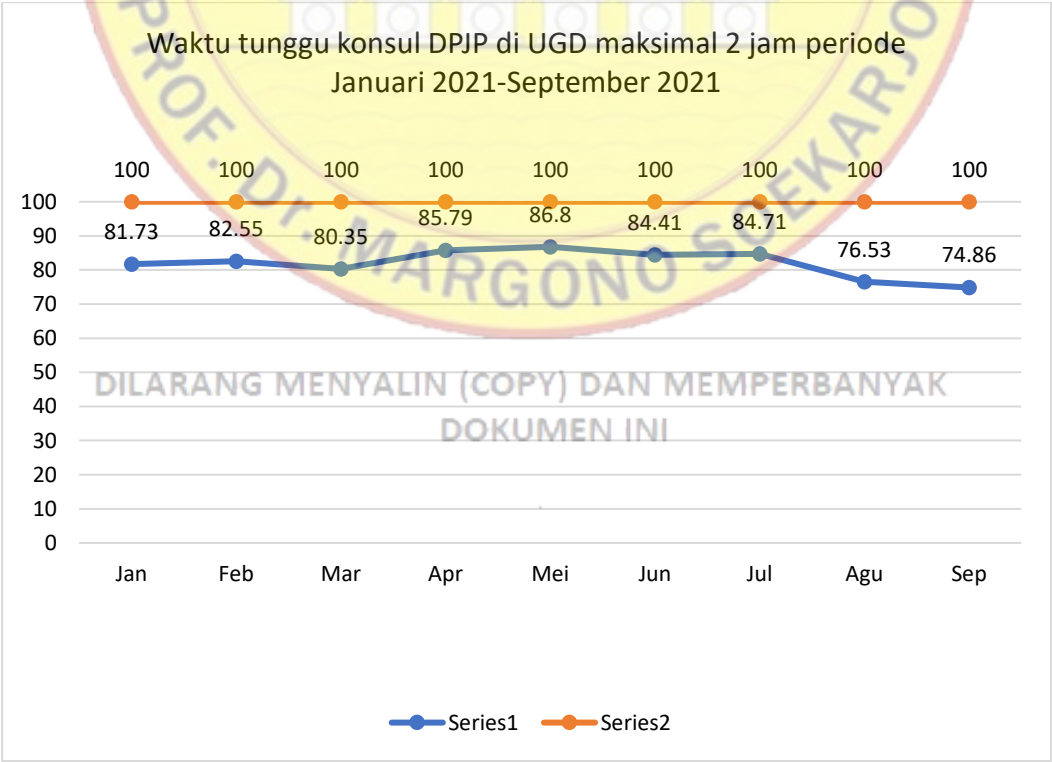


Berdasarkan rerata capaian dataKepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Cedera Akibat Pasien Jatuh pada pasien sesuai 5 CP prioritas di IGD, IRI dan Rawat Inap periode Juli 2021-September 2021sudah mencapai standar 100%

II. Indikator Mutu Unit Kerja yang terkait dengan prioritas dan yang diperbaiki

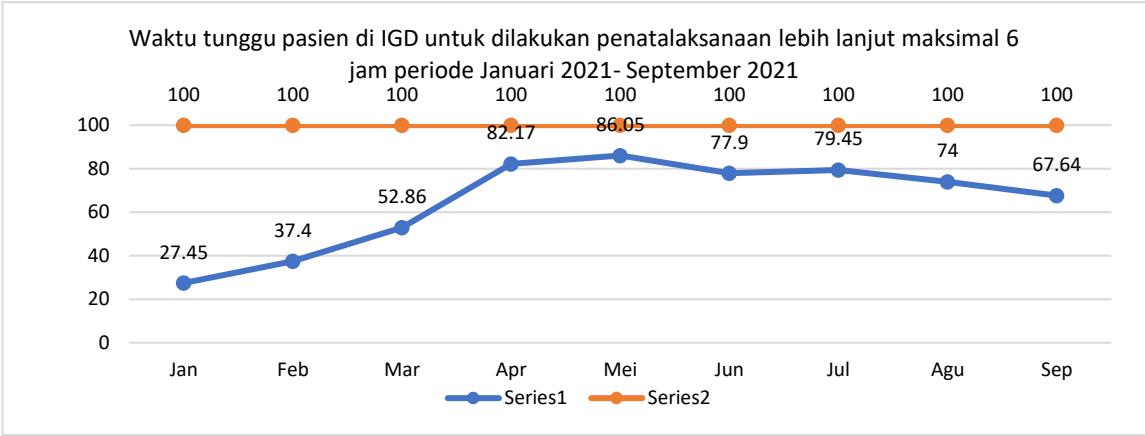
1. Instalasi Gawat Darurat

a. Waktu tunggu konsul DPJP di IGD ≤2 jam



Berdasarkan rerata capaian data waktu tunggu konsul DPJP di IGD ≤2 jamperiode Juli 2021-September 2021mencapai 78.7%, mengalami penurunan dari periode sebelumnya sebesar 85.66%, hasil tersebut masih dibawah standar 100%

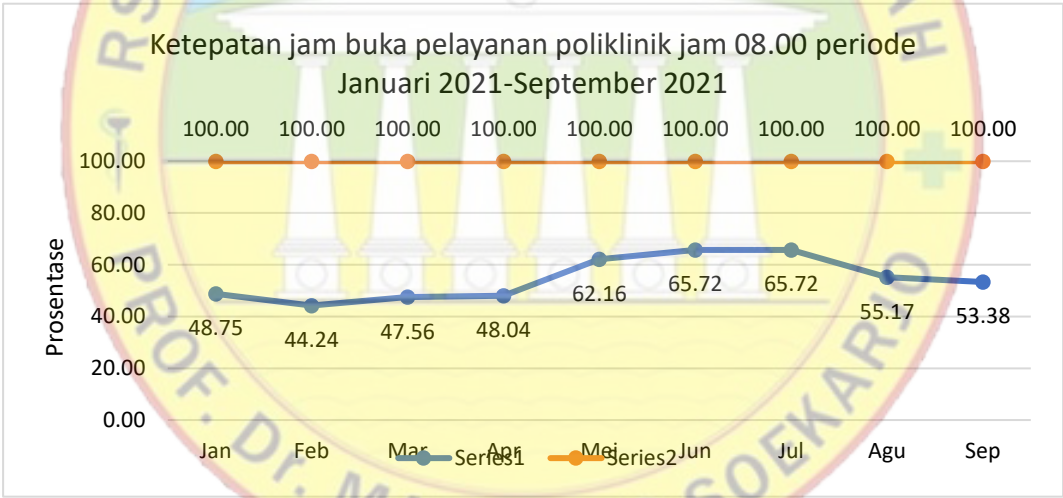
b. Waktu tunggu penatalaksanaan pasien di IGD ≤ 6 jam



Berdasarkan rerata capaian data Waktu tunggu penatalaksanaan pasien di IGD ≤ 6 jam periode Juli 2021-September 2021 mencapai 73.69% menurun dari periode sebelumnya sebesar 82,04%, hasil tersebut masih dibawah standar 100%

2. Instalasi Rawat Jalan

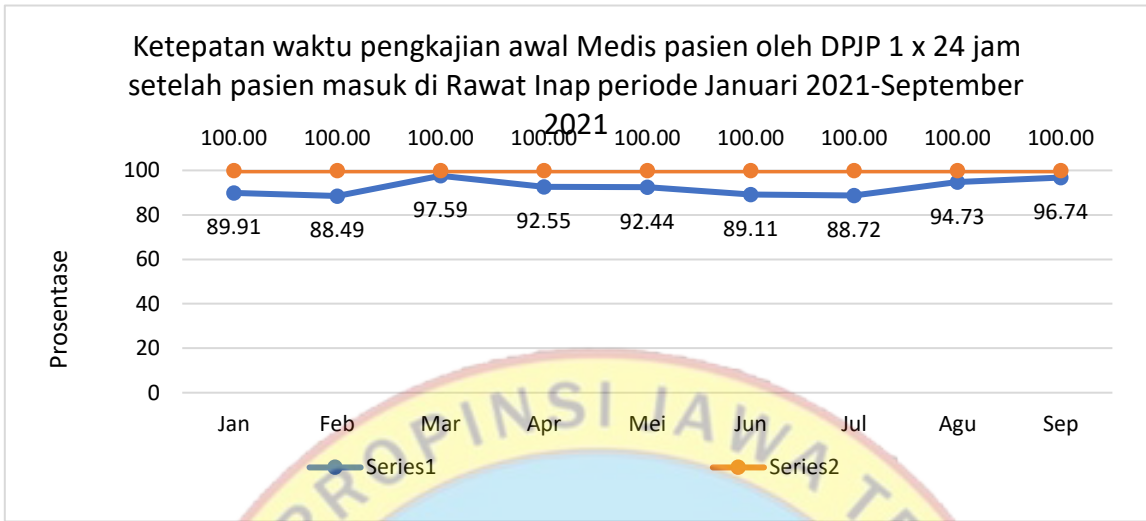
Ketepatan jam buka pelayanan poliklinik jam 08.00 WIB



Berdasarkan rerata capaian data Ketepatan jam buka pelayanan poliklinik jam periode Juli 2021-September 2021 mencapai 58.09%. Terdapat penurunan dari periode sebelumnya sebesar 58.64%, hasil tersebut masih dibawah standar 100%

3. Instalasi Rawat Inap

- a. Ketepatan waktu pengkajian awal pasien oleh DPJP 1 x 24 jam setelah pasien masuk di Rawat Inap



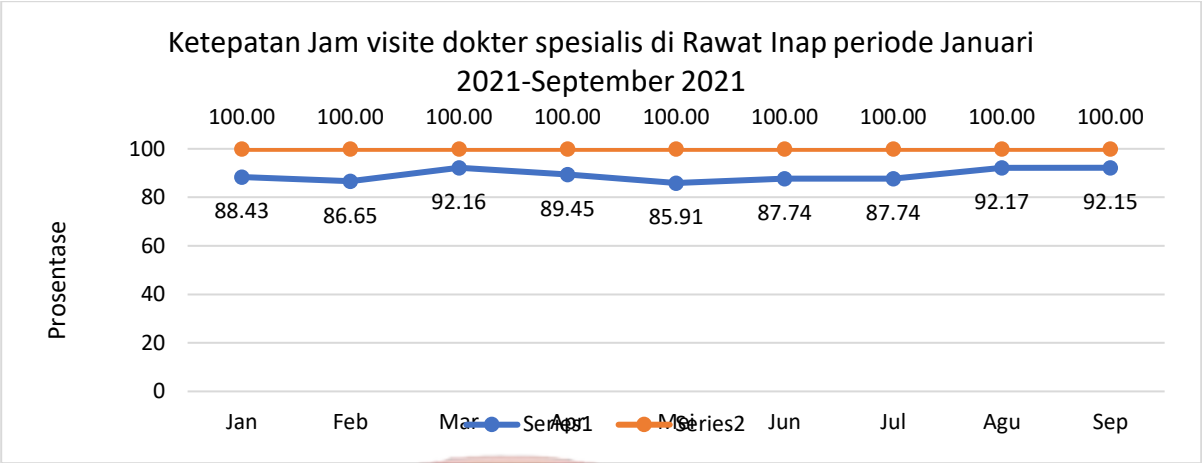
Berdasarkan rerata capaian data Ketepatan waktu pengkajian awal pasien oleh DPJP 1 x 24 jam setelah pasien masuk di Rawat Inap periode Juli 2021-September 2021 sebesar 93.39% meningkat dari periode sebelumnya sebesar 91.36%, hasil tersebut masih dibawah standar (100%)

- b. Ketepatan waktu pengkajian awal keperawatan 1 x 24 jam setelah pasien masuk di Rawat Inap



Berdasarkan rerata capaian data Ketepatan waktu pengkajian awal keperawatan 1 x 24 jam setelah pasien masuk di Rawat Inap periode Juli 2021-September 2021 sebesar 99.72%. Meningkat dari periode sebelumnya yang mencapai 99,52%. Capaian belum sesuai standar yang ditetapkan 100%.

c. Ketepatan Jam visite dokter spesialis di Rawat Inap kurang dari jam 14.00 WIB



Berdasarkan rerata capaian Ketepatan Jam visite dokter spesialis di Rawat Inap periode Juli 2021-September 2021 mencapai rata-rata 90.68% hasil ini mengalami peningkatan dari periode sebelumnya yang mencapai 87,70%

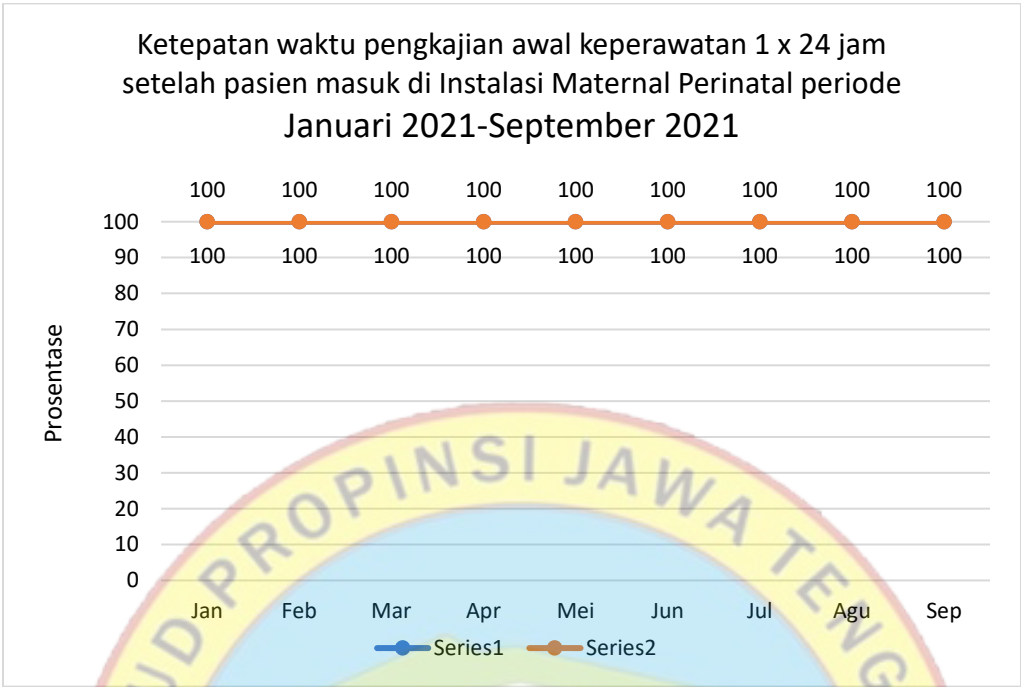
4. Instalasi Maternal dan Perinatal

a. Ketepatan waktu pengkajian awal pasien oleh DPJP 1 x 24 jam setelah pasien masuk di Instalasi Maternal Perinatal



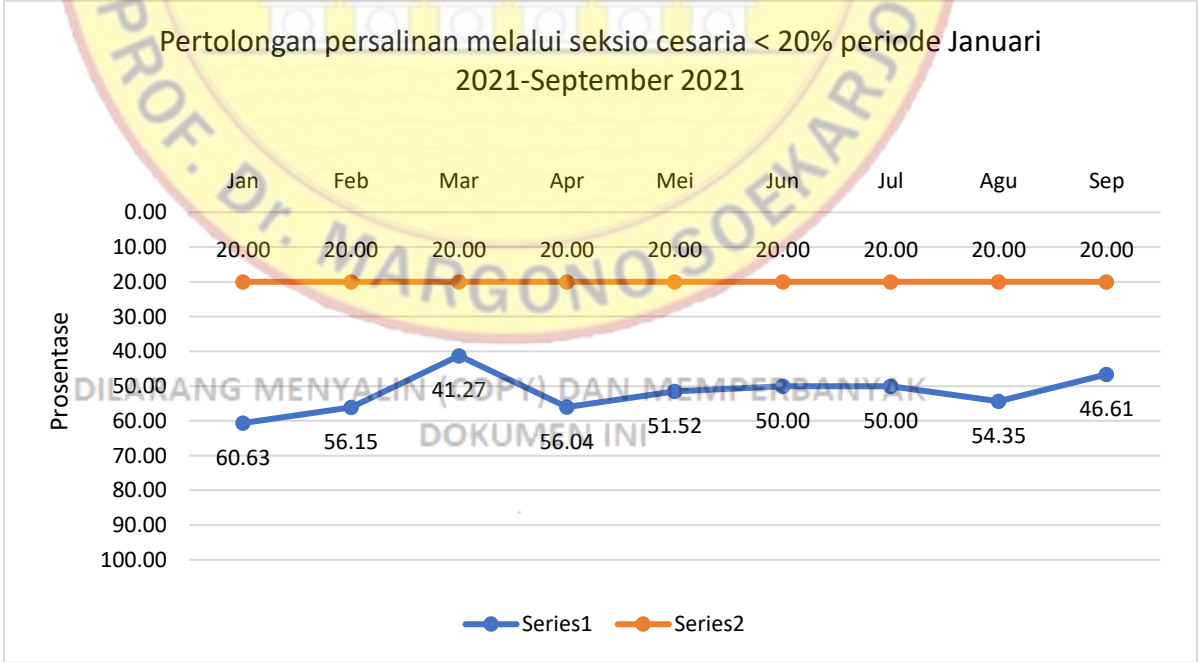
Berdasarkan rerata capaian data Ketepatan waktu pengkajian awal pasien oleh DPJP 1 x 24 jam setelah pasien masuk di Instalasi Maternal Perinatalperiode Juli 2021-September 2021sebesar 95.55% Terdapat peningkatan dari periode sebelumnya yang mencapai 94.97%, hasil tersebut masih dibawah standar 100%

b. Ketepatan waktu pengkajian awal keperawatan 1 x 24 jam setelah pasien masuk di Instalasi Maternal Perinatal



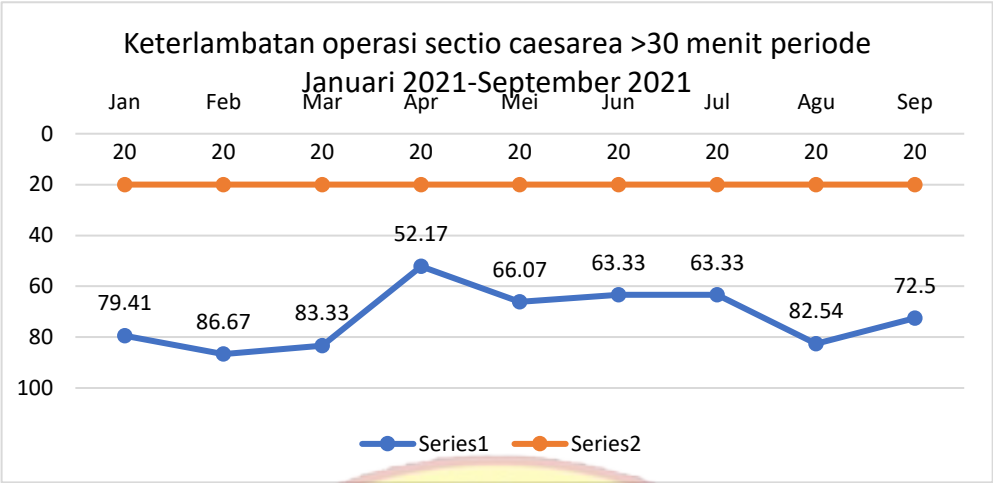
Berdasarkan rerata capaian data Ketepatan waktu pengkajian awal keperawatan 1 x 24 jam setelah pasien masuk di Instalasi Maternal Perinatal periode Juli 2021-September 2021 mencapai target 100%

c. Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria < 20%



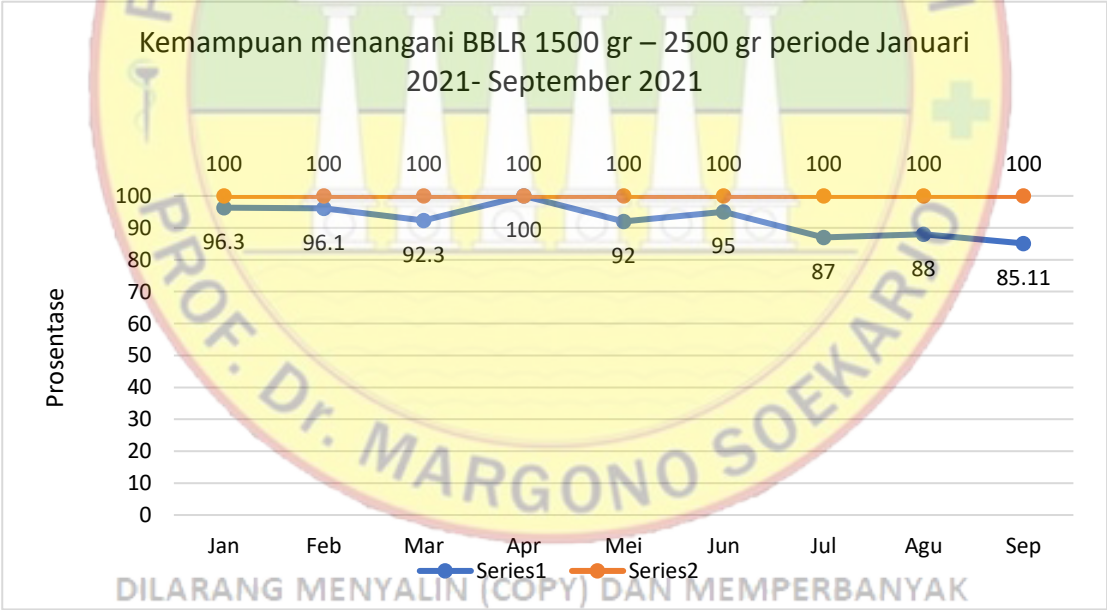
Berdasarkan rerata capaian data Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria 20%periode Juli 2021-September 2021mencapai 50.32% menurun dari periode sebelumnya sebesar 52,52%, hasil tersebut masih diatas batas maksimal sebesar 20%

d. Keterlambatan operasi sectio caesarea >30 menit



Berdasarkan rerata capaian data Keterlambatan operasi sectio caesarea>30 menit periode Juli 2021-September 2021 mencapai 72.79% mengalami peningkatan dari periode sebelumnya sebesar 60.52 %, hasil tersebut masih diangka 20 % sesuai dengan standar minimal angka kejadian persalinan dengan sectio caesar

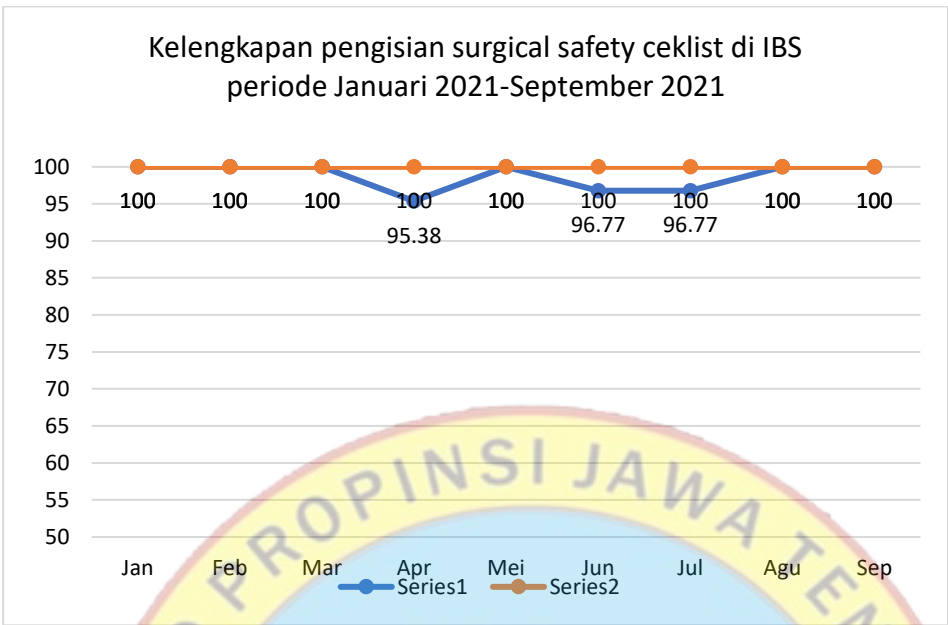
e. Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr



Berdasarkan rerata capaian data Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr periode Juli 2021-September 2021 sebesar 86.70% . Capaian ini menurun dibanding periode sebelumnya sebesar 95.5 %, hasil tersebut masih dibawah standar (100%).

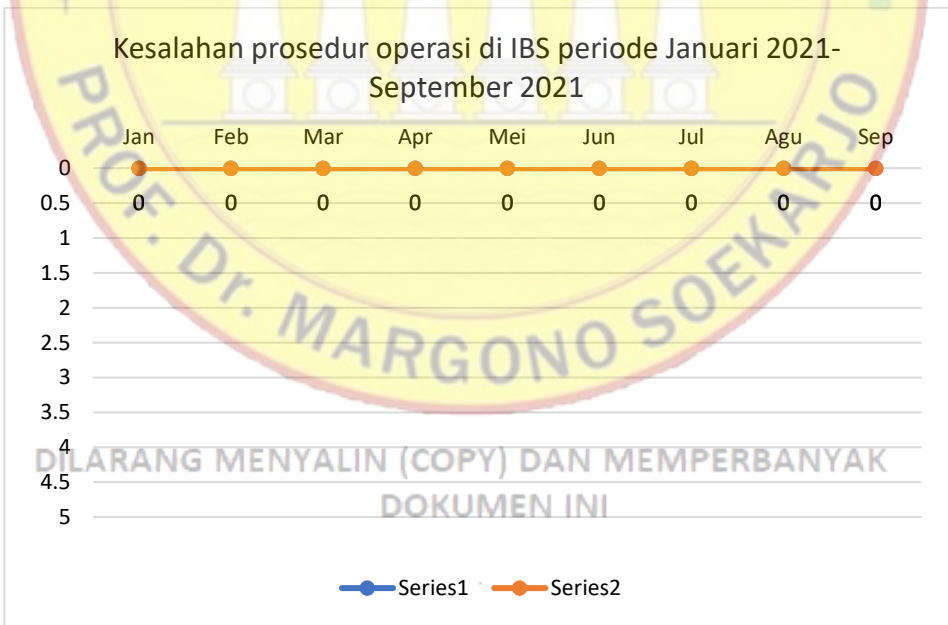
5. Instalasi Bedah Sentral

a. Angka kelengkapan pengisian *Surgical Safety Checklist* di kamar operasi



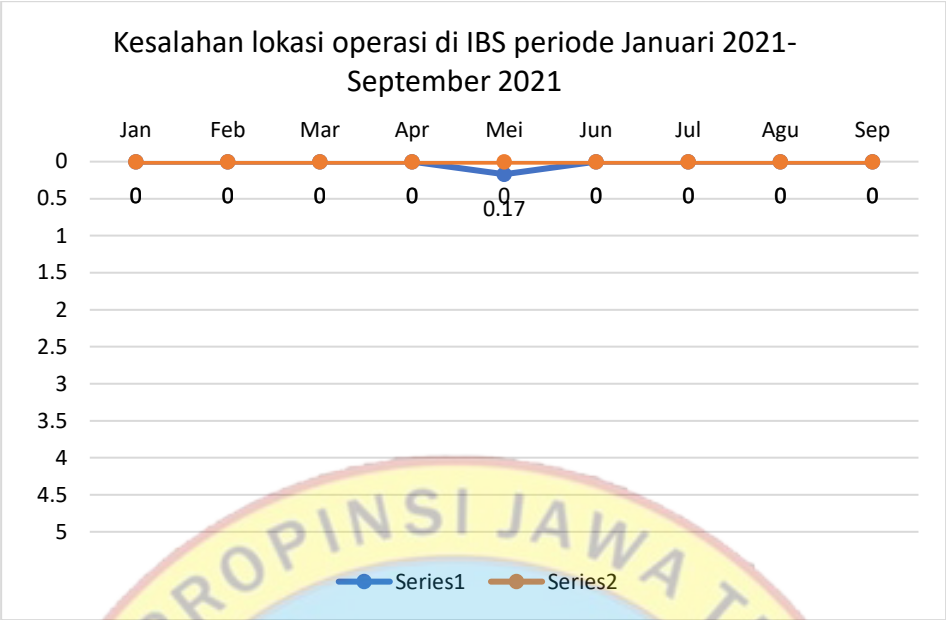
Berdasarkan rerata capaian data Kelengkapan pengisian surgical safety ceklist di IBS periode Juli 2021-September 2021 sebesar 98.92 %. Dan pada bulan Agustus 2021 - September 2021 sudah tercapai 100 %.

b. Kesalahan prosedur operasi



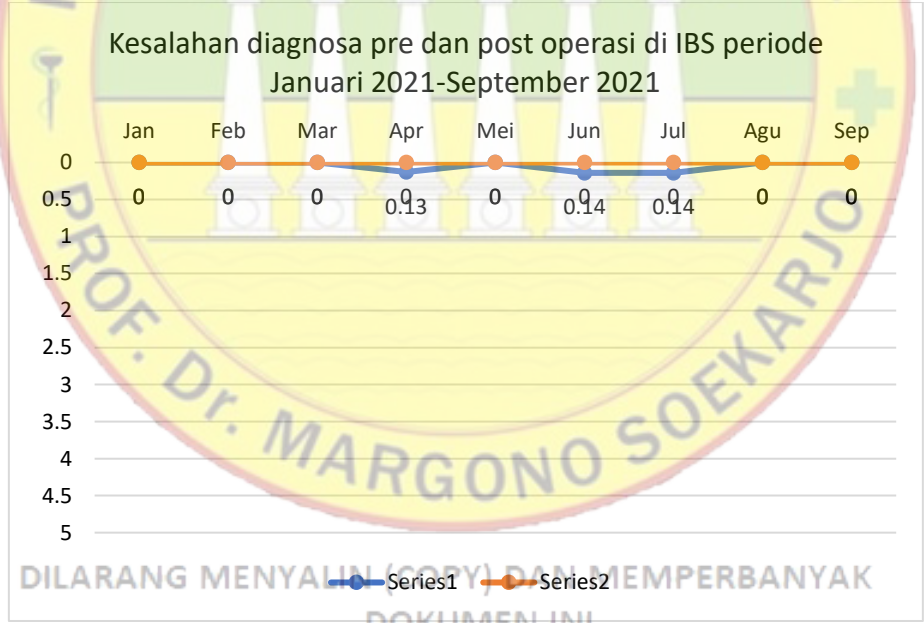
Berdasarkan rerata capaian data Kesalahan prosedur operasi di IBS periode Juli 2021-September 2021, dalam periode tersebut tidak ditemukan adanya kesalahan prosedur operasi. Hal ini sesuai dengan standar (0%)

c. Kesalahan lokasi operasi



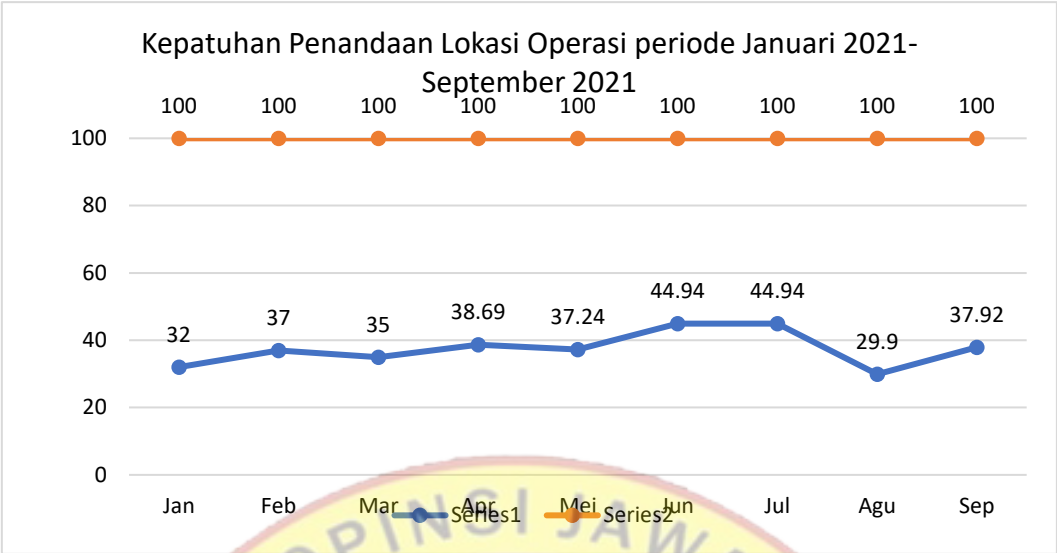
Berdasarkan rerata capaian data Kesalahan lokasi operasi di IBS periode Juli 2021-September 2021 sudah mencapai standar (0%)

d. Kesalahan diagnosa pre dan post operasi



Berdasarkan rerata capaian Kesalahan diagnosa pre dan post operasi di IBS periode Juli 2021-September 2021 mencapai 0.046 %. Terdapat penurunan dari periode sebelumnya yang mencapai 0.09%. Hasil ini masih dibawah standar yang ditetapkan 0%

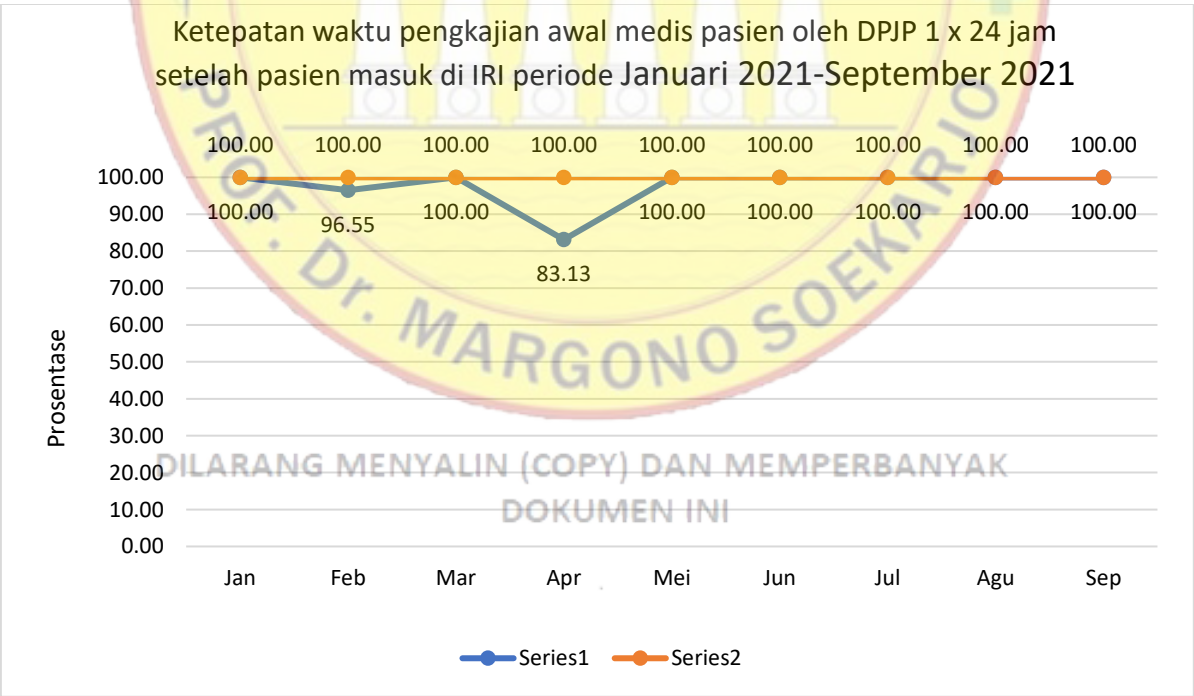
e. Kepatuhan Penandaan Lokasi Operasi/site marking



Berdasarkan rerata capaian data Kepatuhan Penandaan Lokasi Operasi periode Juli 2021-September 2021 sebesar 37.58%. Capaian ini meningkat dari periode sebelumnya 40.29%. Hasil ini belum mencapai standar yang ditetapkan 100%.

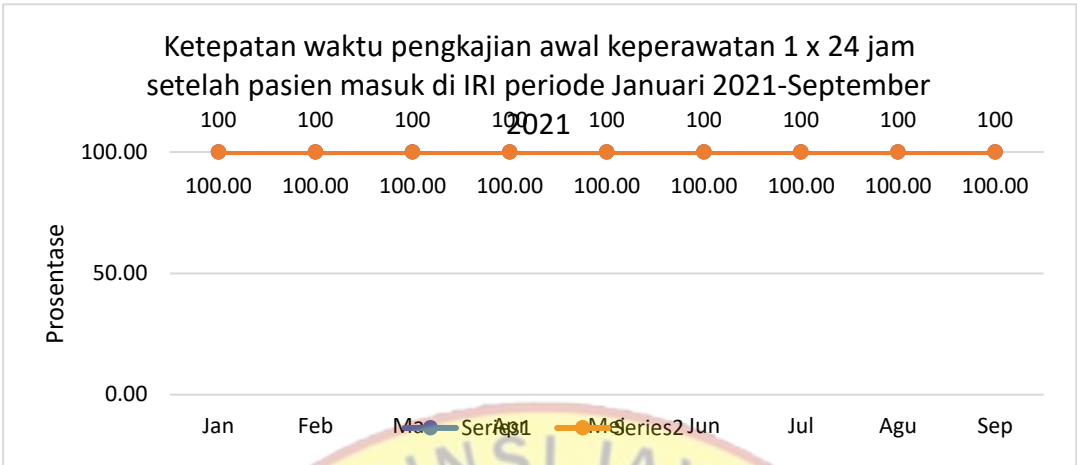
6. Instalasi Rawat Intensif

- a. Ketepatan waktu pengkajian awal pasien oleh DPJP 1 x 24 jam setelah pasien masuk di IRI



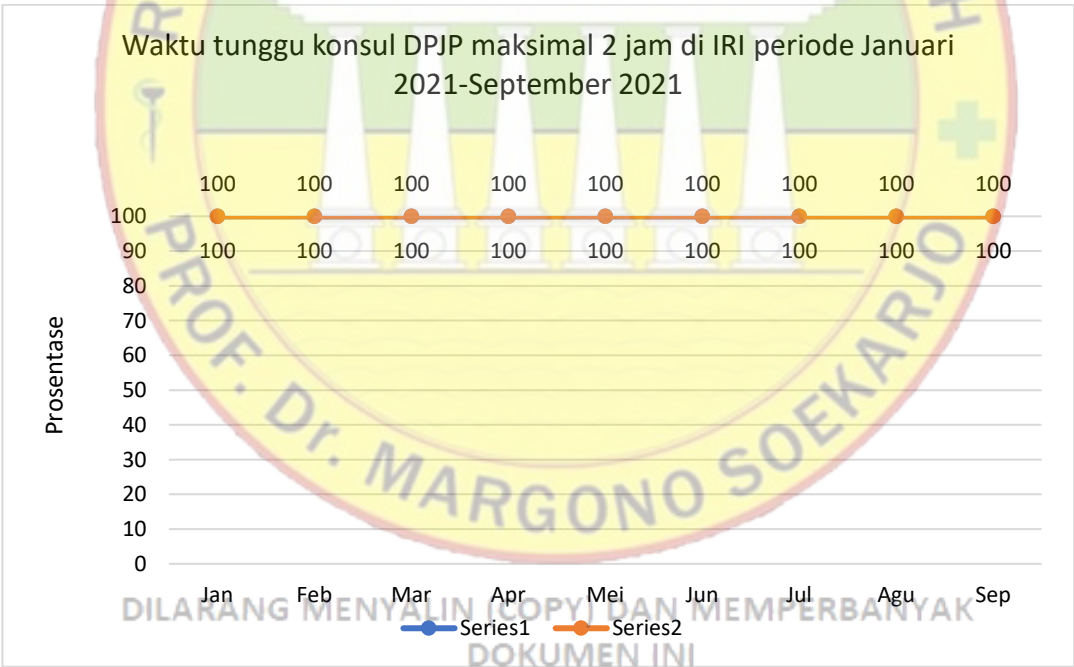
Berdasarkan rerata capaian data Ketepatan waktu pengkajian awal pasien oleh DPJP 1 x 24 jam setelah pasien masuk di IRI periode Juli 2021- September 2021 sudah mencapai standar 100%

b. Ketepatan waktu pengkajian awal keperawatan 1 x 24 jam setelah pasien masuk di IRI



Berdasarkan rerata capaian data Ketepatan waktu pengkajian awal keperawatan 1 x 24 jam setelah pasien masuk di IRI periode Juli 2021-September 2021 mencapai standar yang ditetapkan 100%.

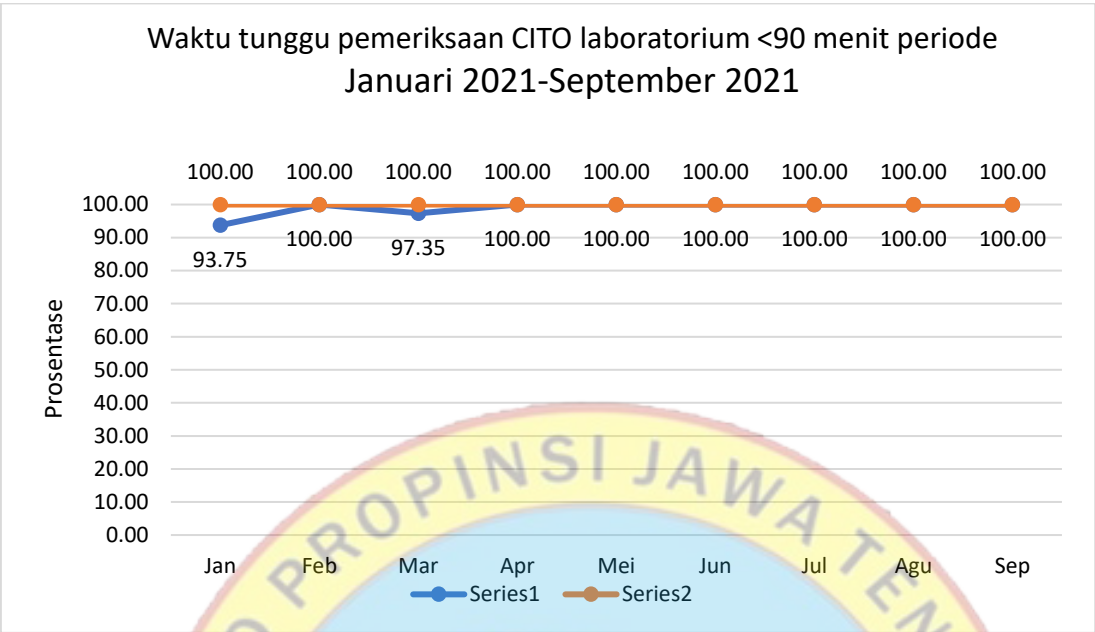
c. Waktu tunggu konsul DPJP maksimal 2 jam di IRI



Berdasarkan rerata capaian data Waktu tunggu konsul Dokter Spesialis maksimal 2 jam periode Juli 2021-September 2021 mencapai standar yang ditetapkan 100%

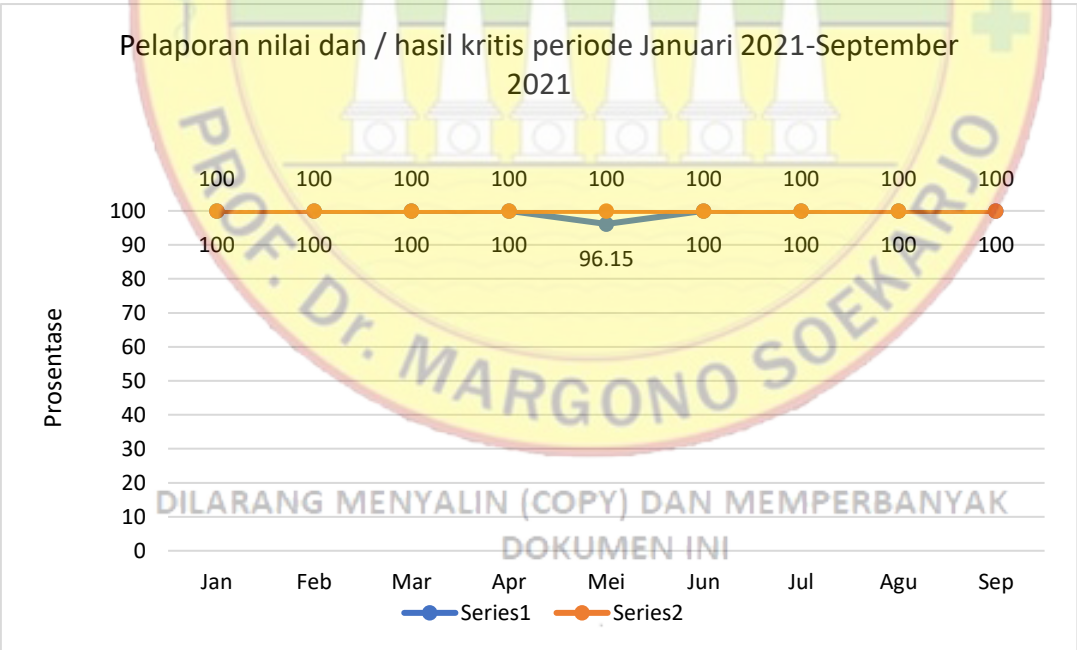
7. Instalasi Patologi Klinik

a. Waktu tunggu pemeriksaan CITO laboratorium ≤ 90 menit.



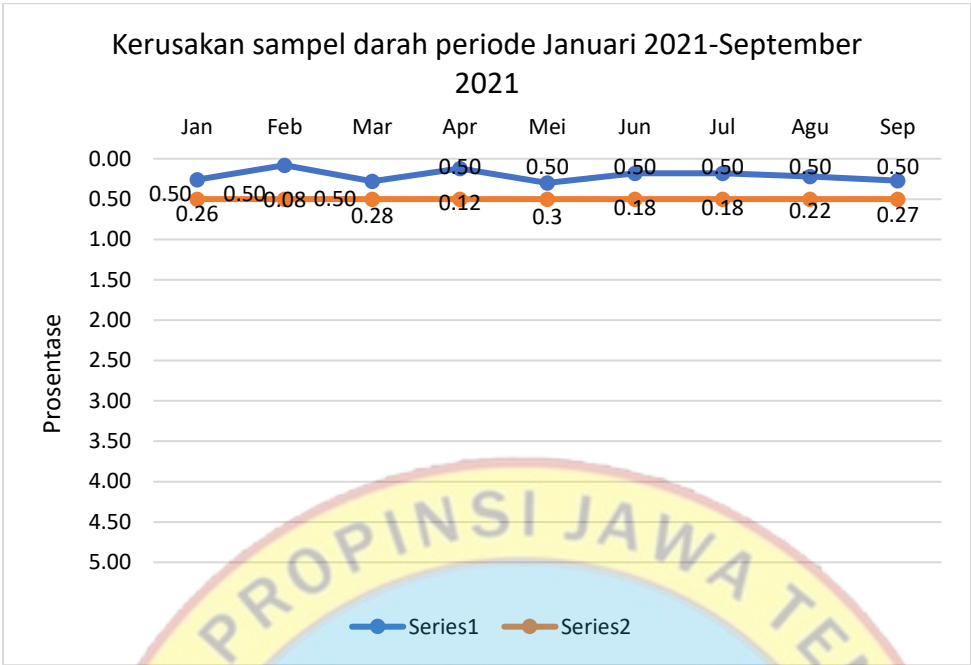
Berdasarkan rerata capaian data Waktu tunggu pemeriksaan CITO laboratorium ≤ 90 menit periode Juli 2021- September 2021 mencapai standar 100%

b. Pelaporan nilai dan / hasil kritis



Berdasarkan rerata capaian data pelaporan nilai dan / hasil kritis periode Juli 2021- September 2021 mencapai standar yang ditetapkan 100%

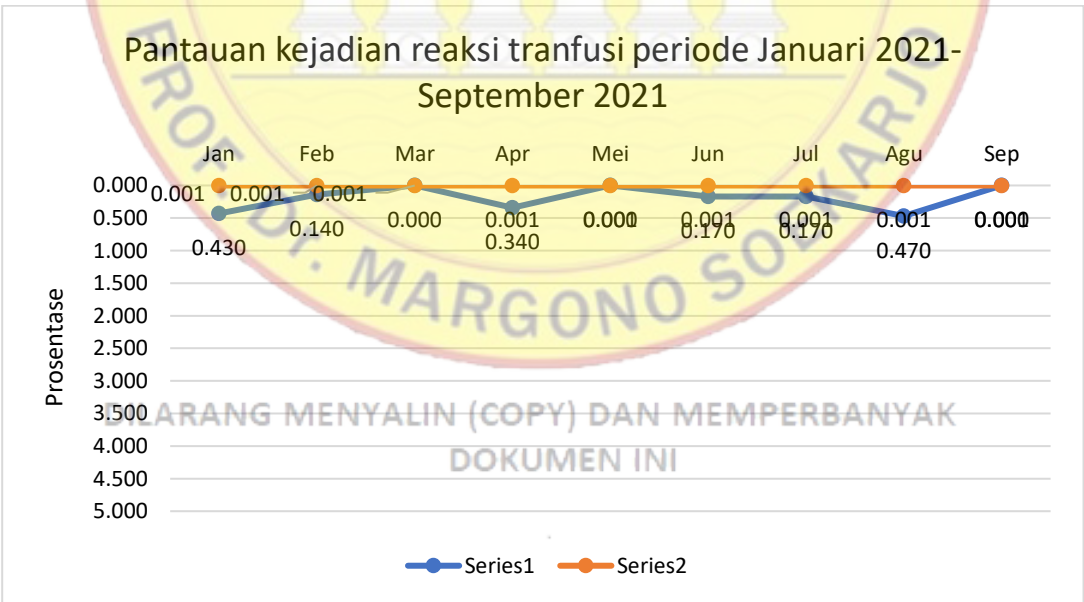
c. Kerusakan sampel darah



Berdasarkan rerata capaian data Kerusakan sampel darah periode Juli 2021-September 2021 sebesar 0.23 % Terdapat peningkatan sedikit dari periode sebelumnya sebesar0.20%, hasil tersebut masih dibawah standar 0.50%

8. Instalasi Tranfusi Darah

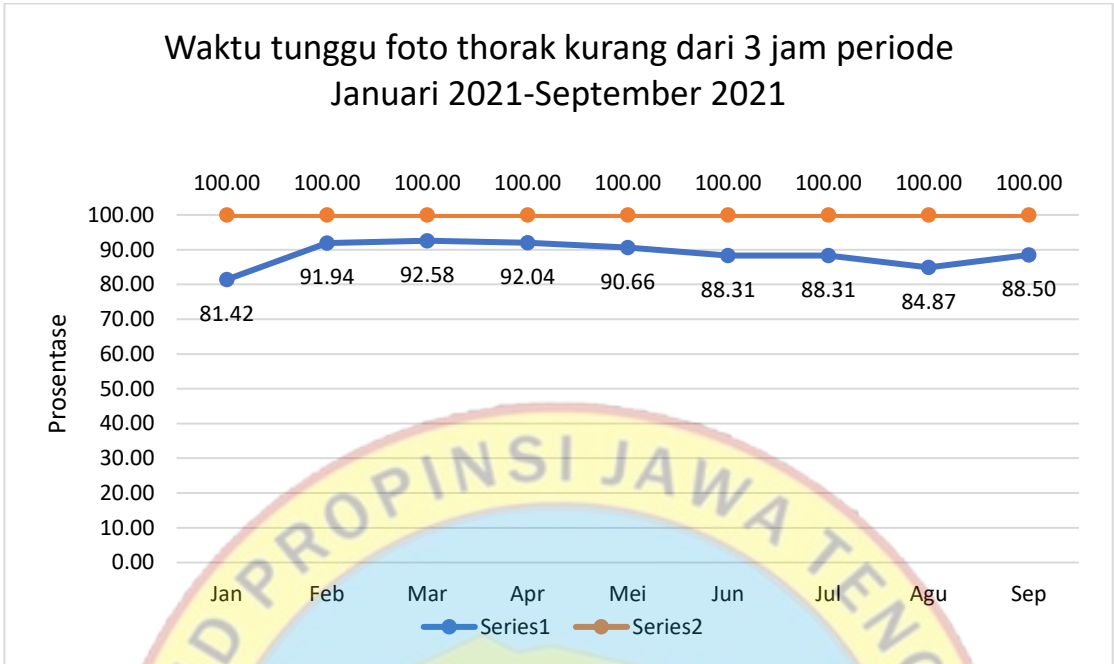
Pantauan kejadian reaksi tranfusi



Berdasarkan rerata capaian dataPantauan kejadian reaksi tranfusiperiode Juli 2021-September 2021 sebesar 0.21%, meningkat dibanding periode sebelumnya sebesar 0.17%, hasil tersebut masih dibawah standar (0.001%)

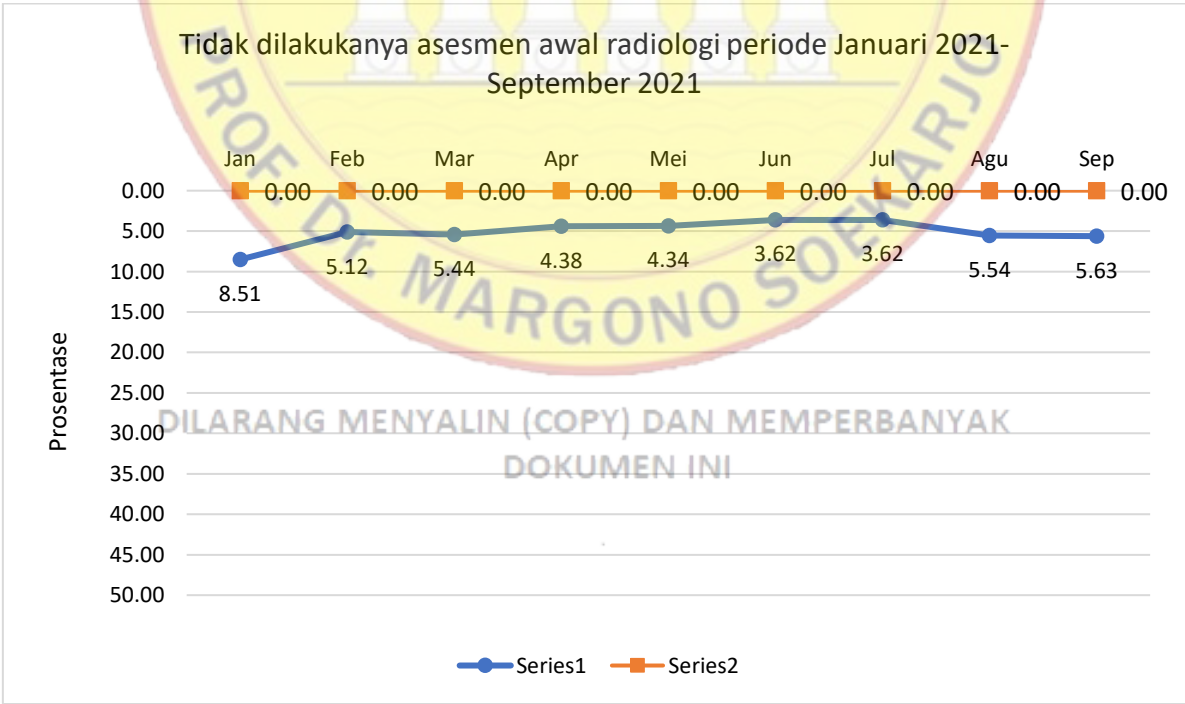
9. Instalasi Radiologi

a. Waktu tunggu hasil foto thorak ≤ 3 jam



Berdasarkan rerata capaian data Waktu tunggu hasil foto thorak ≤3 jam periode Juli 2021-September 2021 mencapai 87.23% capaian ini menurun dibanding periode sebelumnya sebesar 90.34% hasil tersebut masih dibawah standar (100%)

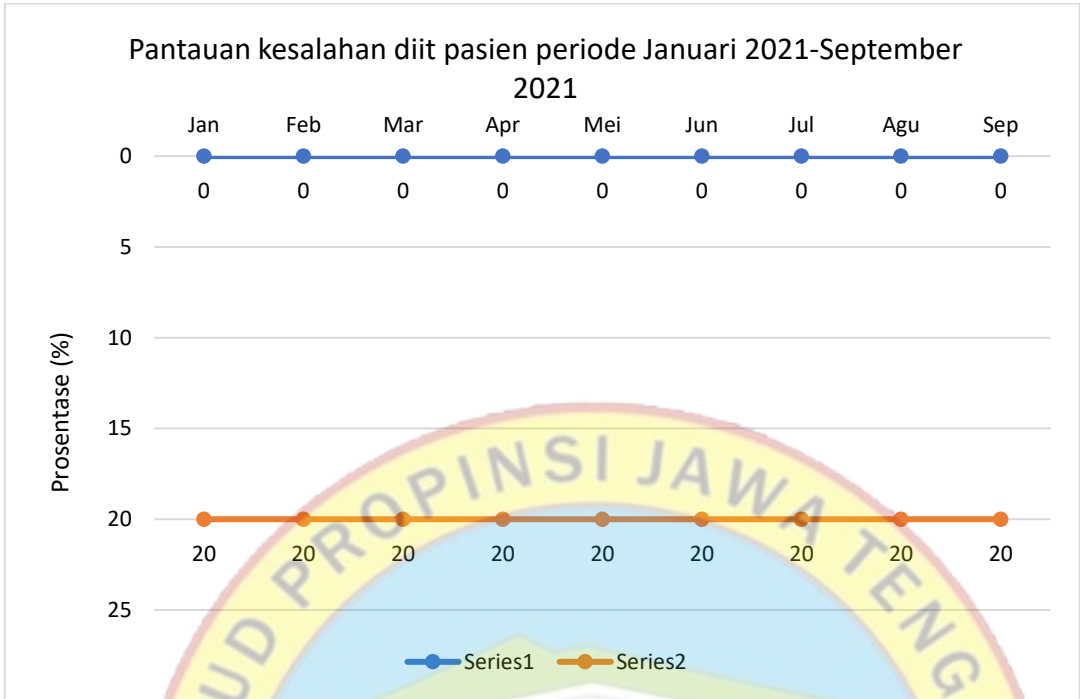
b. Tidak dilakukanya assesment awal radiologi



Berdasarkan rerata capaian data Tidak dilakukanya assesment awal radiologi periode Juli 2021-September 2021 sebesar 4.93% meningkat dari periode sebelumnya sebesar 4.11%, hasil tersebut masih dibawah standar (0 %)

10. Instalasi Gizi

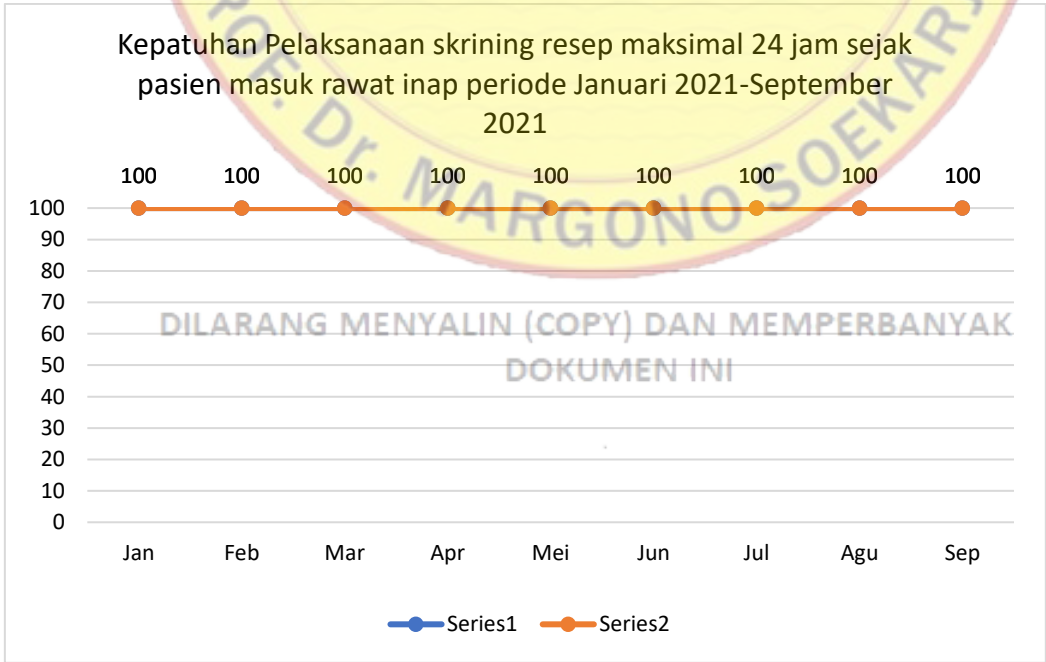
Kesalahan diit pasien



Berdasarkan rerata capaian data Pantauan kesalahan diit pasien periode periode Juli 2021-September 2021 tidak ditemukan adanya kesalahan diit.

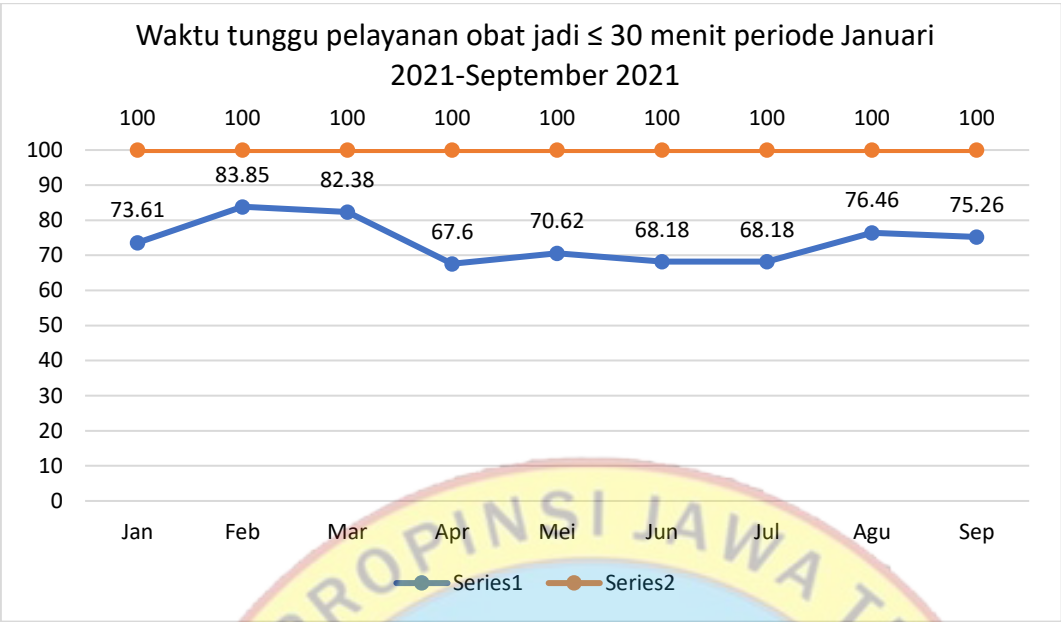
11. Instalasi Farmasi

a. Kepatuhan Pelaksanaan skrining resep maksimal 24 jam sejak pasien masuk rawat inap



Berdasarkan rerata capaian dataPelaksanaan skrining resep maksimal 24 jam sejak pasien masuk rawat inap periode periode Juli 2021-September 2021 mencapai standar 100%

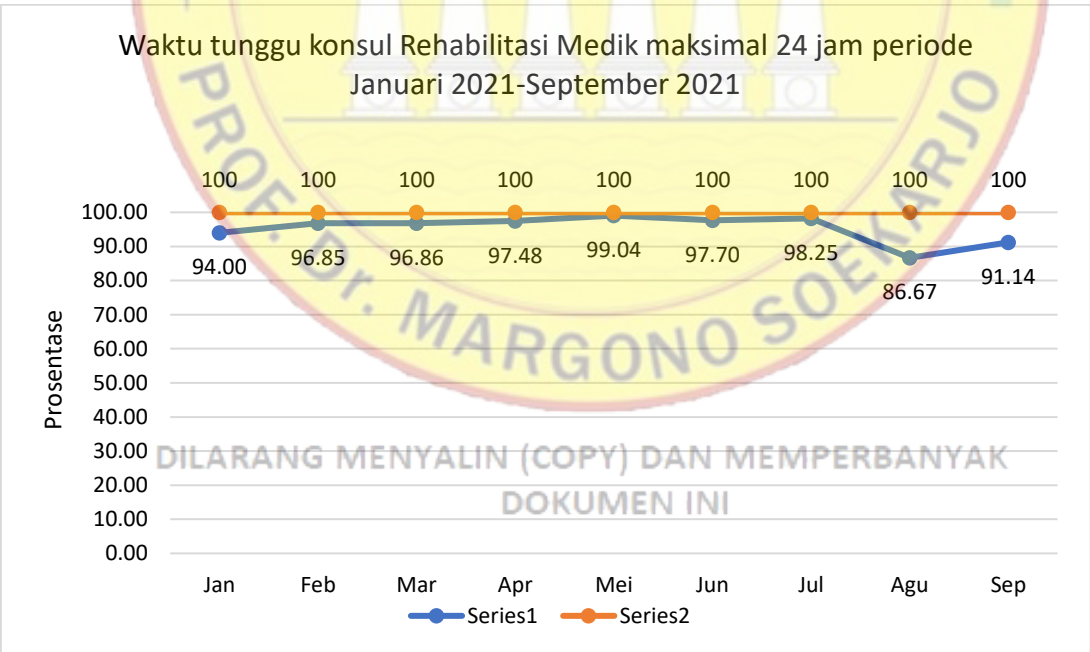
b. Waktu tunggu pelayanan obat jadi ≤ 30 menit



Berdasarkan rerata capaian data Waktu tunggu pelayanan obat jadi ≤ 30 menit periode Juli 2021-September 2021 mencapai 73.3 % meningkat dari periode sebelumnya sebesar 68.80%, hasil tersebut masih dibawah standar 100%

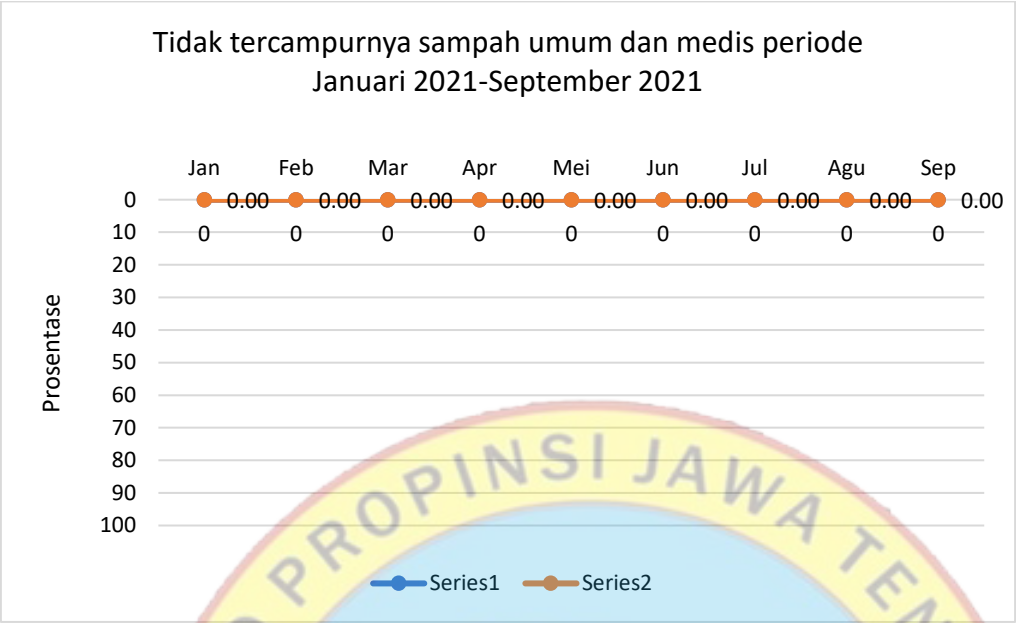
12. Instalasi Rehabilitasi Medis

a. Waktu tunggu konsul Rehabilitasi Medik ≤ 24 jam



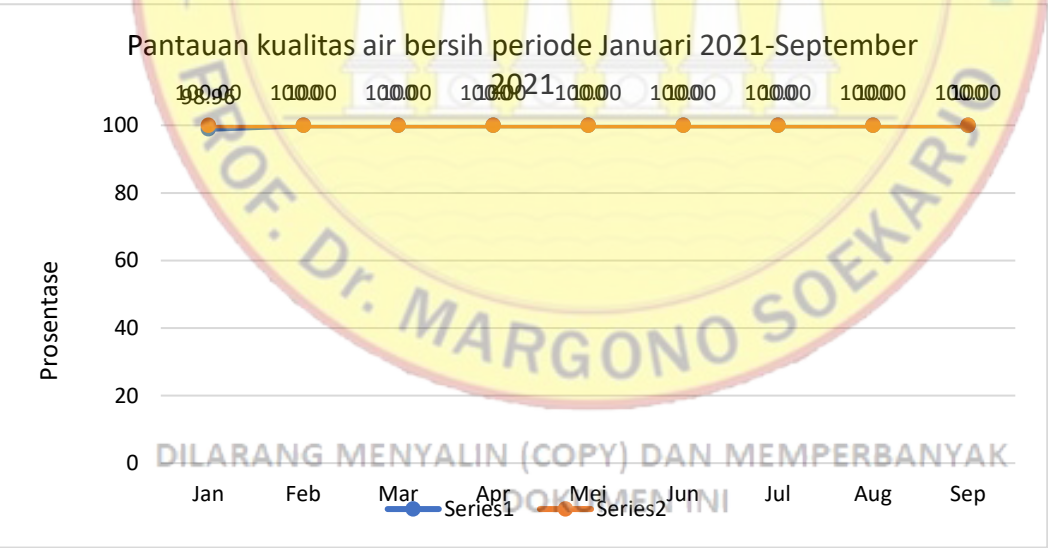
Berdasarkan rerata capaian data Waktu tunggu konsul Rehabilitasi Medik maksimal 24 jam periode Juli 2021-September 2021 mencapai 92.2 % hasil ini menurun dibanding periode sebelumnya sebesar 98.07%, hasil tersebut masih dibawah standar (100%)

13. Pelayanan pengelolaan limbah
- a. Tidak tercampurnya sampah umum dan medis



Berdasarkan rerata capaian data Tidak tercampurnya sampah umum dan medis periode Juli 2021-September 2021, pemilahan sampah tidak dilakukan selama pandemi sehingga data tidak ada. Standar 0%

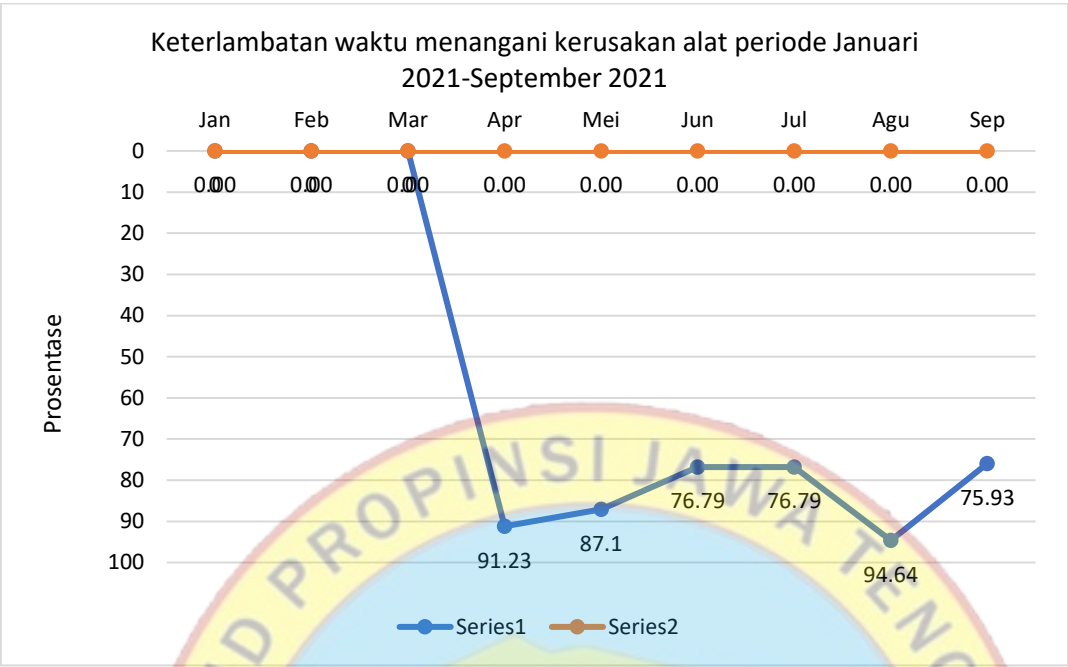
- b. Pantauan kualitas air bersih



Berdasarkan rerata capaian data Pantauan kualitas air bersih periode Juli 2021-September 2021 mencapai standar 100%.

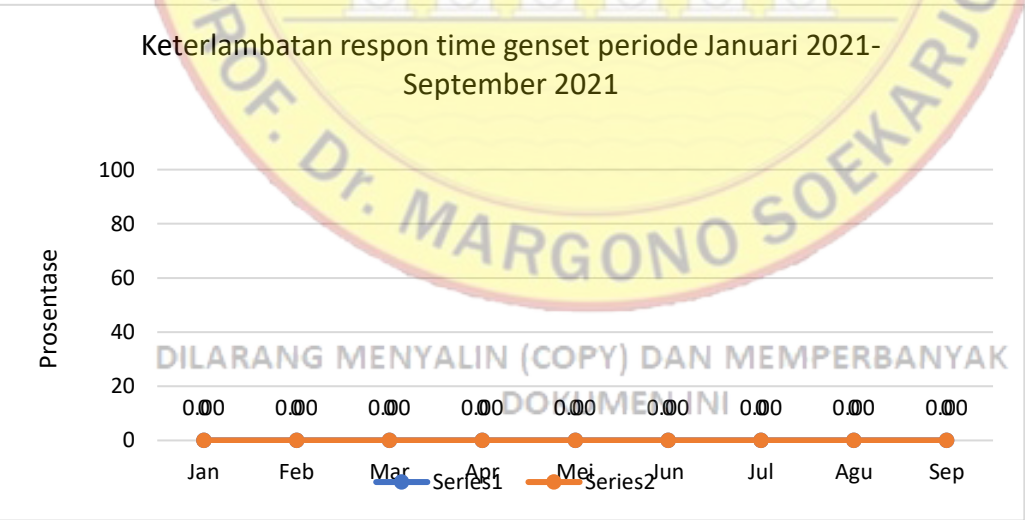
14. IPSRS

a. Keterlambatan waktu menangani kerusakan alat kedokteran



Berdasarkan rerata capaian data Keterlambatan waktu menangani kerusakan alat periode Juli 2021-September 2021 mencapai 82.45%. terdapat penurunan dari periode sebelumnya yang mencapai 85.04%Hasil ini dibawah standar yang telah ditetapkan.

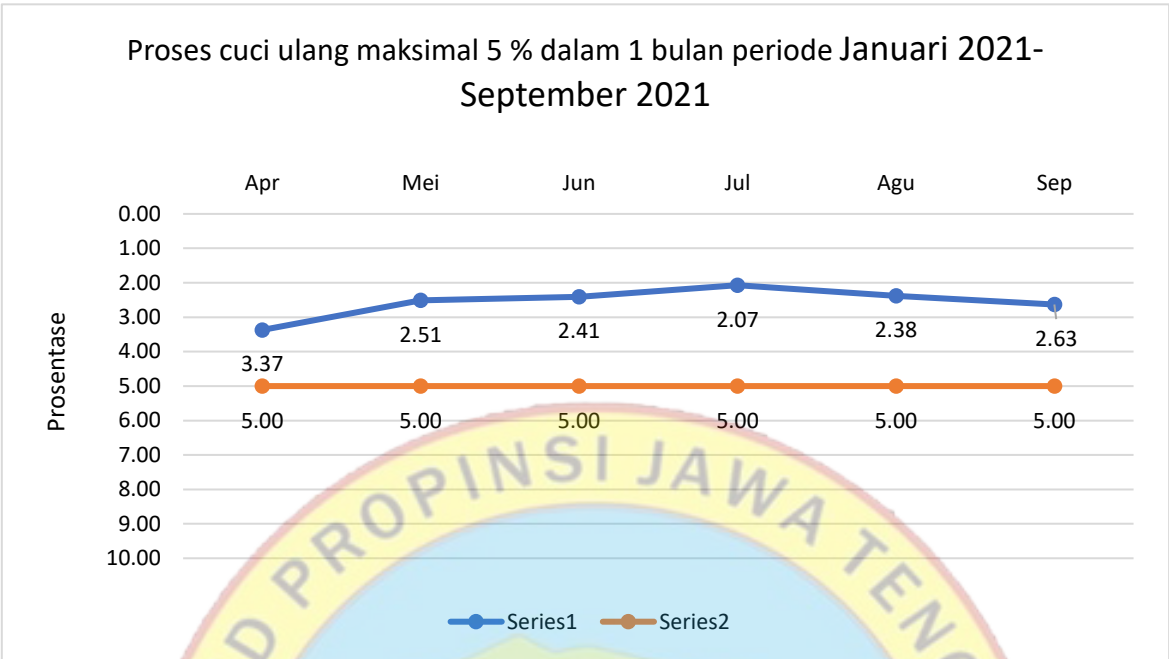
b. Keterlambatan respon time genset



Berdasarkan rerata capaian data keterlambatan respon time genset periode Juli 2021-September 2021,selama periode tersebut tidak ditemukan adanya keterlambatan respon genset. Hal ini sudah sesuai dengan standar 0%

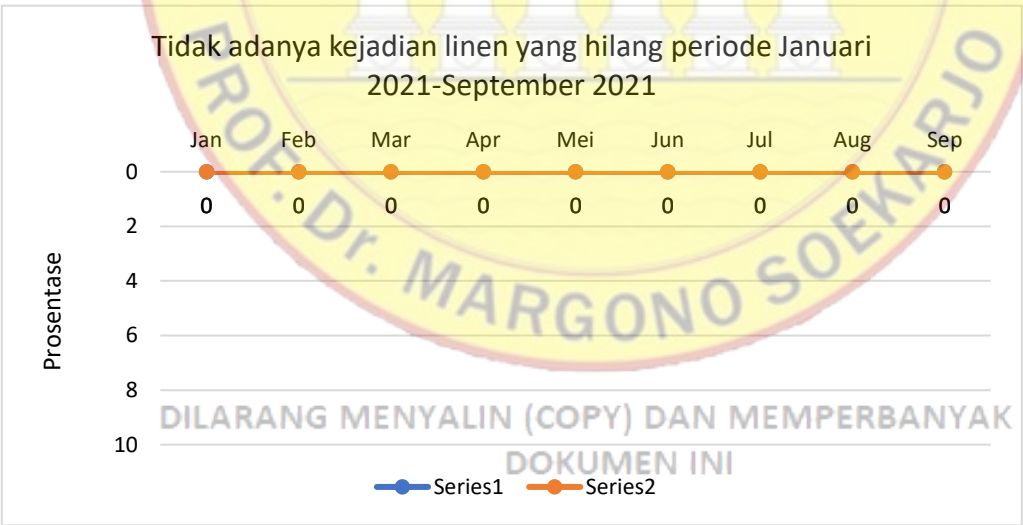
15. Pelayanan laundry/ICPH

a. Proses cuci ulang tidak lebih dari 5 % dalam 1 bulan



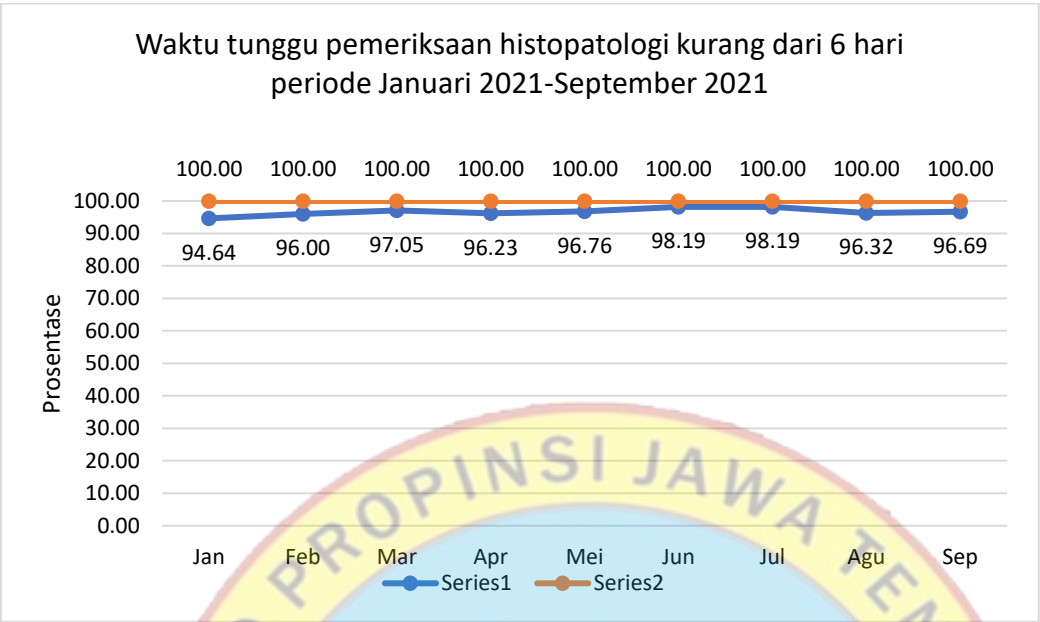
Berdasarkan grafik diatas capaian untuk proses cuci ulang tidak lebih 5 % dalam 1 bulan tercapai 100 %. Capaian proses cuci ulang tidak lebih dari 5 % dalam 1 bulan pada periode triwulan III tahun 2021 adalah sebesar 2,36 %.

b. Tidak adanya kejadian linen yang hilang



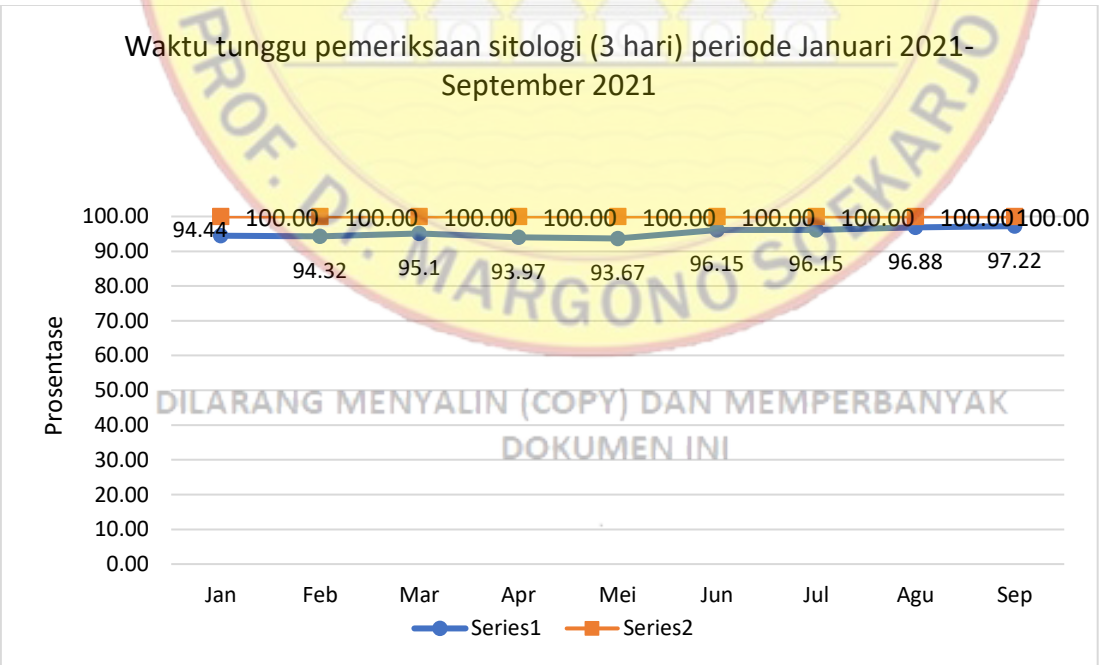
Berdasarkan rerata capaian dataTidak adanya kejadian linen yang hilang periode Juli 2021-September 2021tidak ditemukan adanya linen hilang. Capaian ini masih sesuai standar (0 %)

16. Pelayanan laboratorium patologi-anatomi
- a. Waktu tunggu pemeriksaan histopatologi ≤6 hari



Berdasarkan rerata capaian data Waktu tunggu pemeriksaan histopatologi ≤6 hari periode Juli 2021-September 2021 sebesar 97.07 % capaian menurun sedikit dibanding periode sebelumnya sebesar 97.06%, hasil tersebut masih dibawah standar (100%).

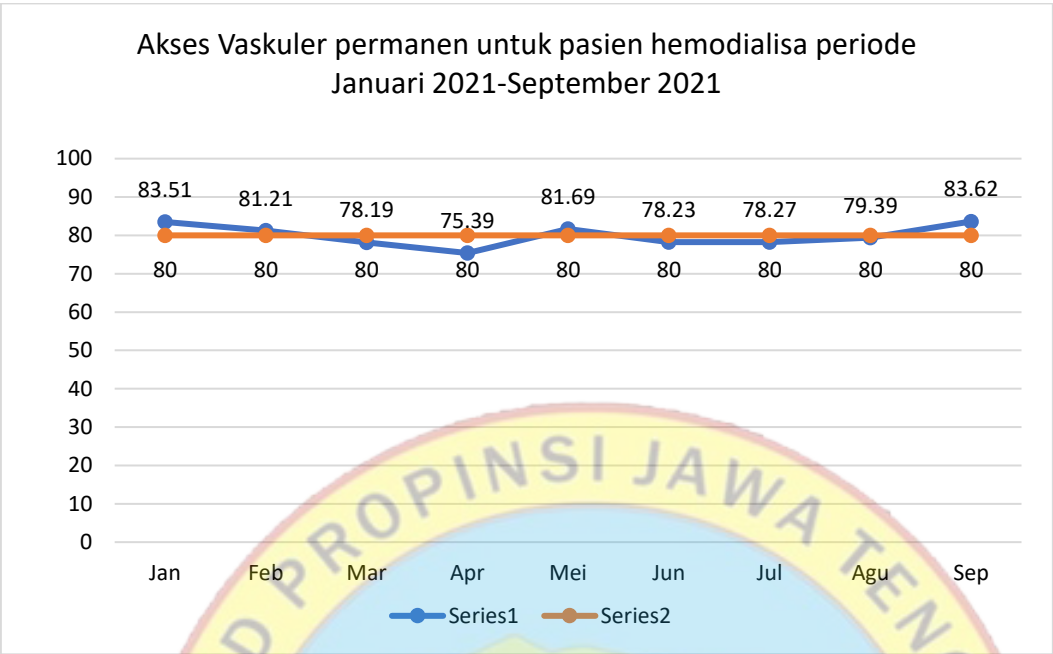
- b. Waktu tunggu pemeriksaan sitologi ≤3 hari



Berdasarkan rerata capaian data Waktu tunggu pemeriksaan sitologi ≤3 hari periode Juli 2021-September 2021 mencapai 96.75% Meningkat dibanding periode sebelumnya sebesar 94.59% hasil tersebut masih dibawah standar (100%)

17. Pelayanan hemodialisis

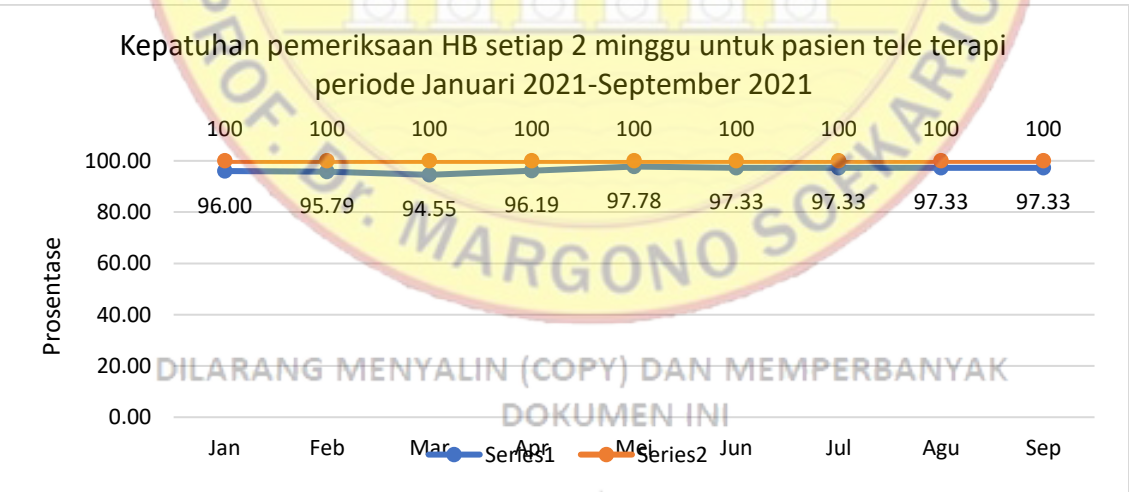
a. Akses Vaskuler permanen untuk pasien hemodialisa



Berdasarkan capaian data Akses Vaskuler permanen untuk pasien hemodialisa periode Juli 2021-September 2021 mencapai 80.42% Meningkat dari periode sebelumnya 78.43%. Capaian ini masih belum sesuai standar yang ditetapkan 80%

18. Instalasi radioterapi

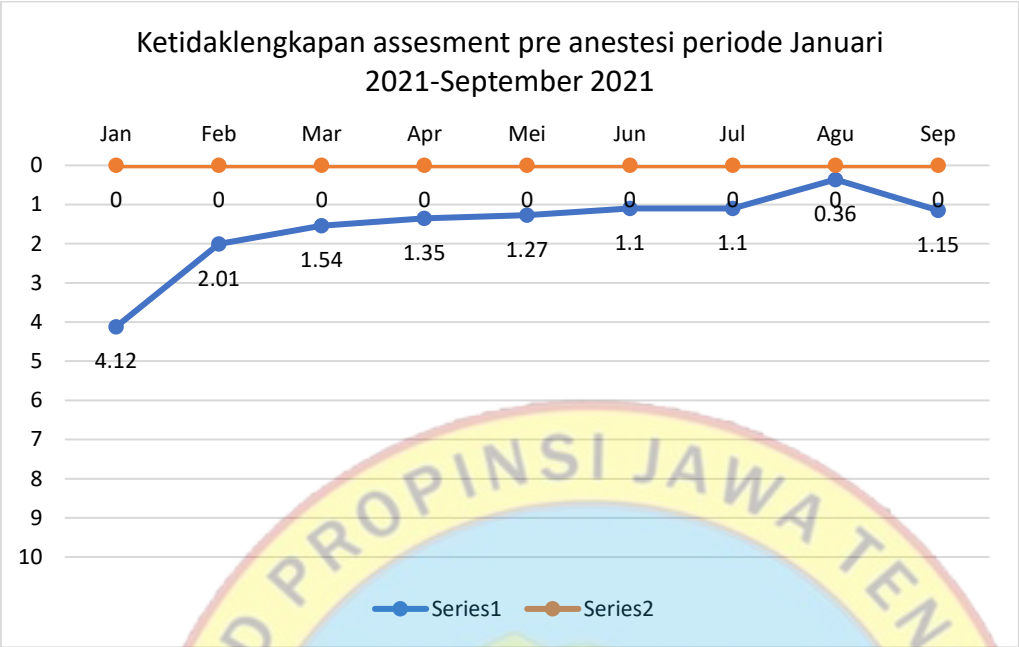
Kepatuhan pemeriksaan HB setiap 2 minggu untuk pasien tele terapi.



Berdasarkan rerata capaian dataKepatuhanpemeriksaan HB setiap 2 minggu untuk pasien teleterapi periode Juli 2021-September 2021 sebesar 97.33% meningkat dibanding periode sebelumnya sebesar 97.10%, hasil tersebut masih dibawah standar (100%)

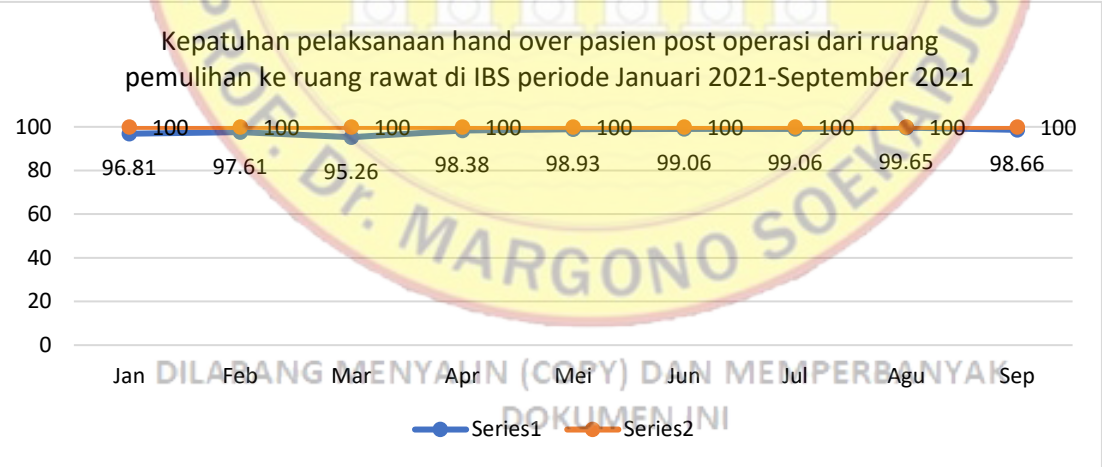
19. Instalasi Anestesi dan Terapi Intensif

a. Ketidaklengkapan assesment pre anestesi



Berdasarkan rerata capaian dataKetidaklengkapan assesment pre anestesi periode Juli 2021-September 2021mencapai 0.87% menurun dari periode sebelumnya 1.24%.

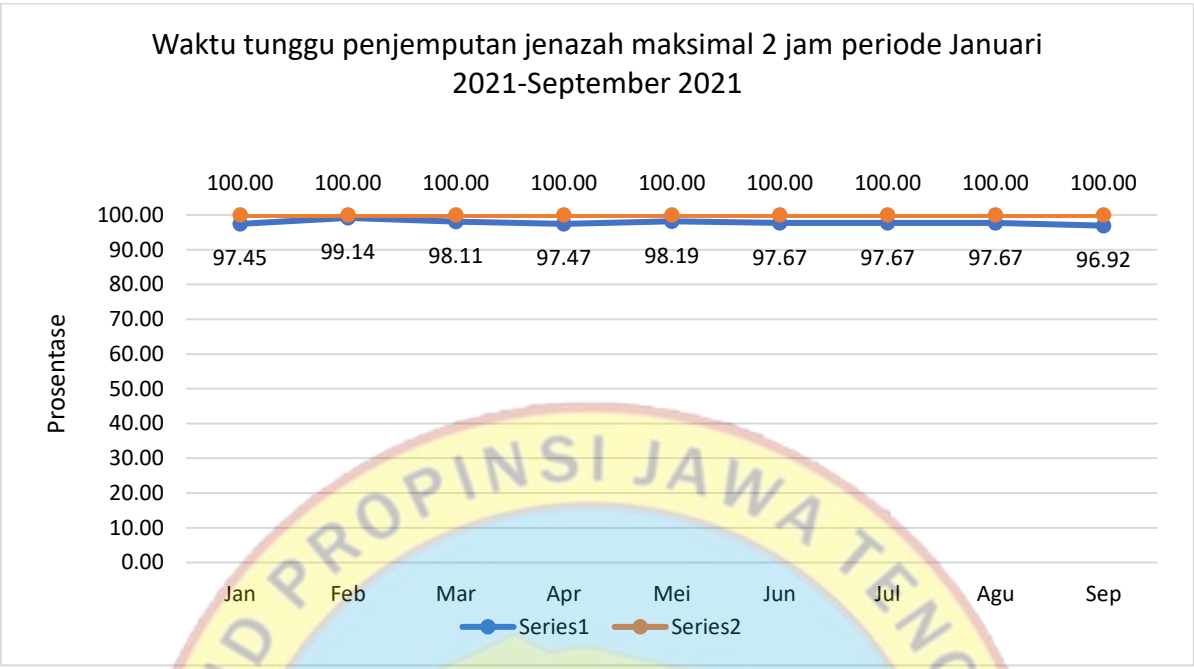
b. Kepatuhan pengisian dokumen hand over pasien post operasi dari ruang pemulihan ke ruang rawat



Berdasarkan rerata capaian data Kepatuhan pengisian dokumen hand over pasien post operasi dari ruang pemulihan ke ruang rawat periode Juli 2021-September 2021sebesar 99.12% meningkat dibanding periode sebelumnya sebesar98.79%, hasil tersebut masih sedikit dibawah standar (100%)

20. IPJ

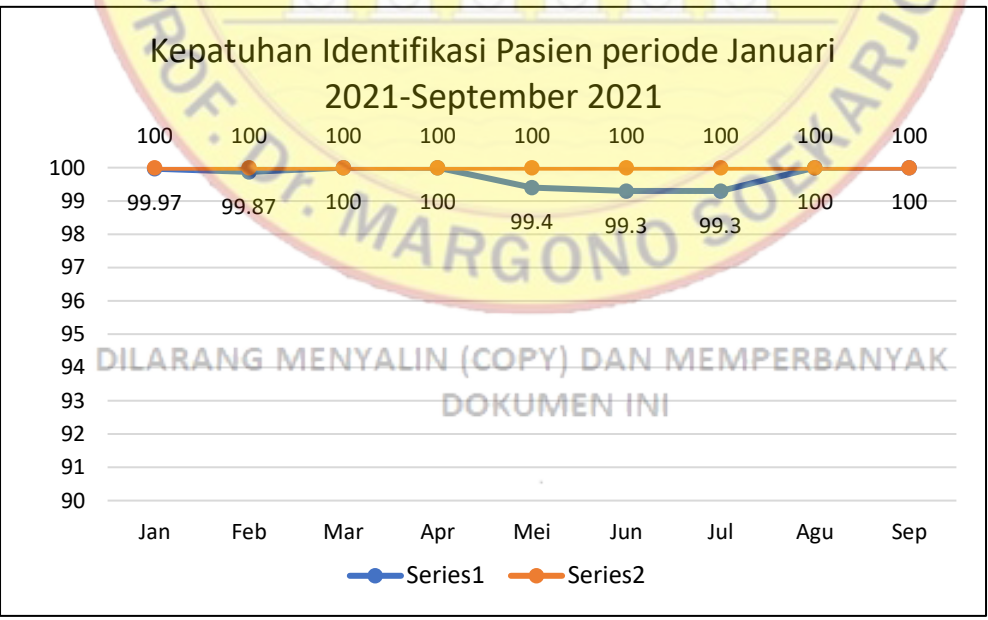
Waktu tunggu penjemputan jenazah ≤ 2 jam



Berdasarkan rerata capaian data Waktu tunggu penjemputan jenazah ≤ 2 jam periode Juli 2021-September 2021 sebesar 97.42% menurun dibanding periode sebelumnya sebesar 97.78%, hasil tersebut masih dibawah standar (100%)

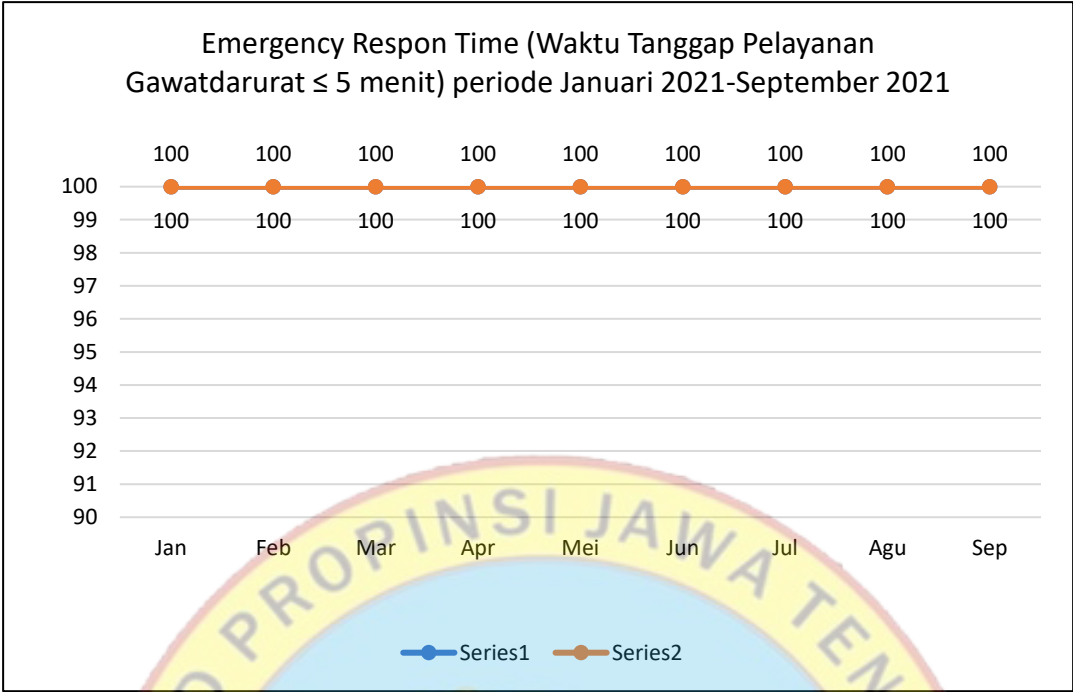
III. Indikator Mutu Nasional

1. Kepatuhan Identifikasi Pasien



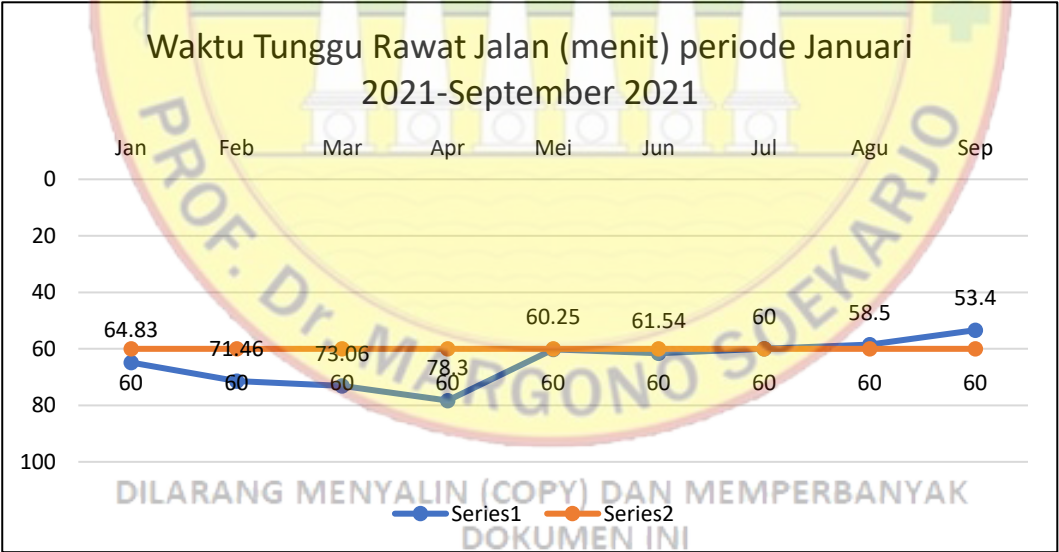
Berdasarkan rerata Kepatuhan Petugas melakukan Identifikasi Pasien periode Juli 2021-September 2021 mencapai 95.09% Capaian ini menurun dari periode sebelumnya sebesar 99.56%. hasil ini belum memenuhi standar yang ditetapkan 100%

2. Emergency Respon Time (Waktu Tanggap Pelayanan Gawatdarurat ≤ 5 menit).



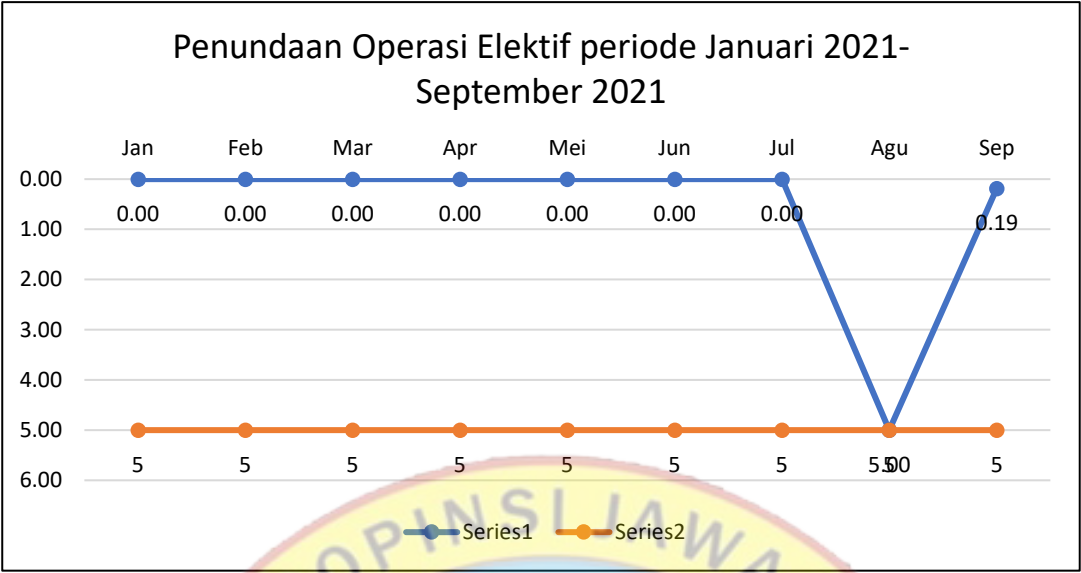
Berdasarkan rerata emergency respon time periode Juli 2021-September 2021 sudah mencapai standar 100 %.

3. Waktu Tunggu Rawat Jalan



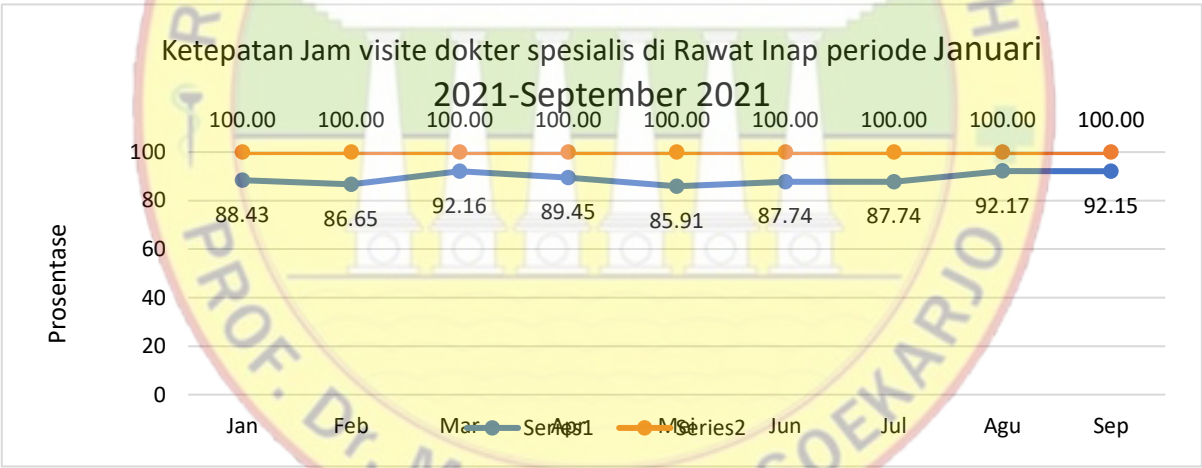
Berdasarkan rerata capaian waktu tunggu rawat jalan pada periode Juli 2021-September 2021 masih fluktuatif dengan rata-rata selama 57.30 menit Waktu tunggu ini menurun dibanding periode sebelumnya yaitu 66.69 menit. Standar waktu tunggu maksimal 60 menit.

4. Penundaan Operasi Elektif



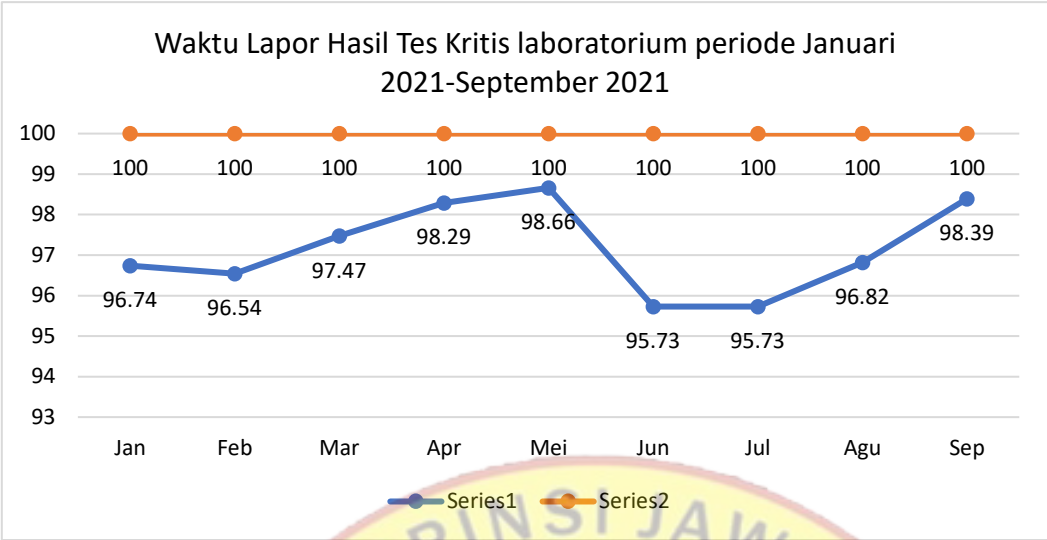
Berdasarkan Rerata capaian penundaan operasi elektif pada periode Juli 2021-September 2021 mencapai 1.73 %. Hasil tersebut sudah sesuai standar 5%.

5. Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis



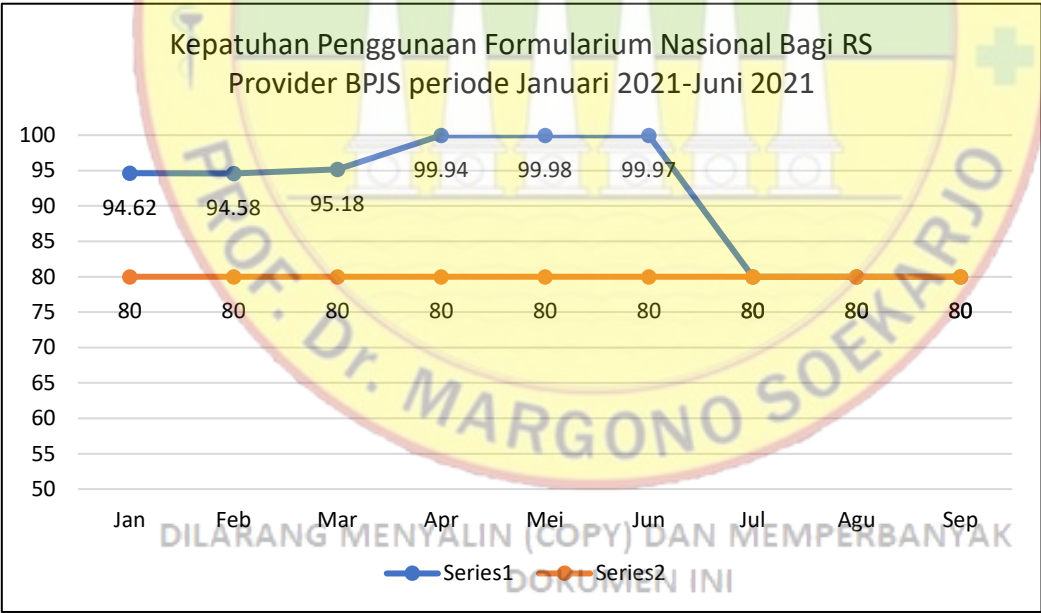
Berdasarkan rerata capaian Ketepatan Jam visite dokter spesialis di Rawat Inap periode Juli 2021-September 2021 mencapai rata-rata 90.68% hasil ini mengalami peningkatan dari periode sebelumnya yang mencapai 87,70%

6. Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Laboratorium



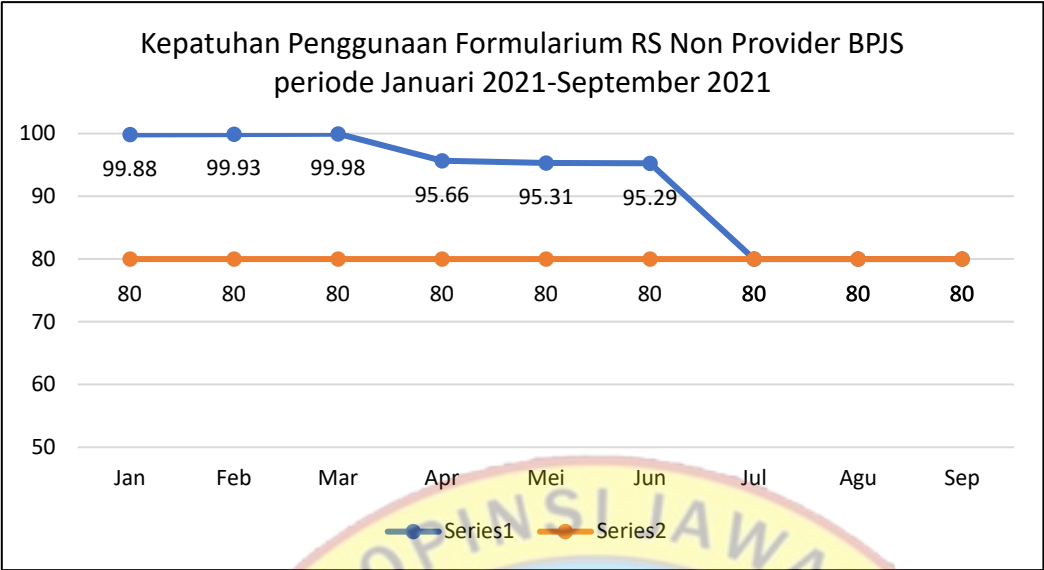
Berdasarkan Rerata capaian waktu lapor hasil tes kritis laboratorium pada periode Juli 2021-September 2021 sebesar 96.98%.Capaian ini menurun dari periode sebelumnya sebesar 97.56%. capaian ini masih belum memenuhi standar yang ditetapkan 100%.

7. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional Bagi RS Provider BPJS



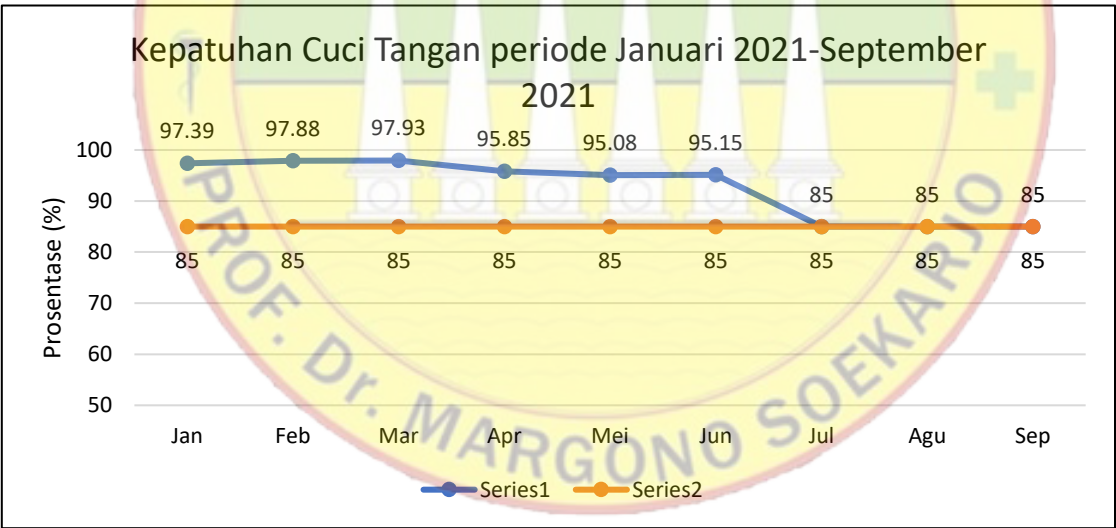
Berdasarkan rerata kepatuhan penggunaan formularium nasional bagi RS provider BPJS pada periode Juli 2021-September 2021 mencapai 80% menurun dari periode sebelumnya 99.96%. Hasil ini memenuhi standar yang ditetapkan yaitu 80%.

8. Kepatuhan Penggunaan Formularium RS Non Provider BPJS



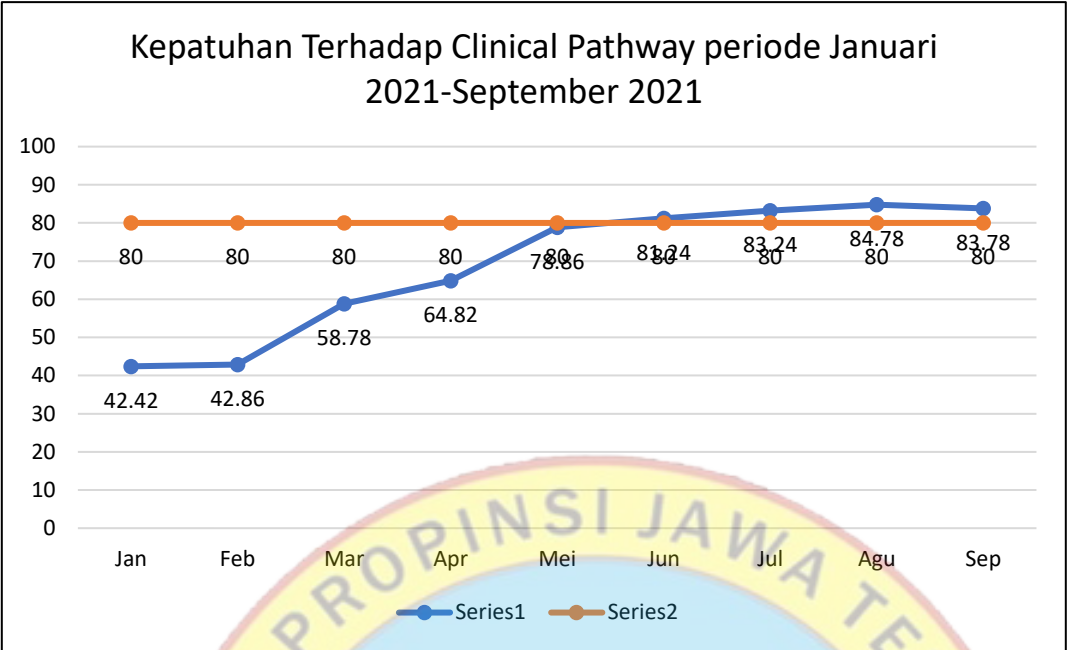
Berdasarkan rerata kepatuhan penggunaan formularium nasional bagi RS Non provider BPJS periode Juli 2021-September 2021 mencapai standar yang ditetapkan yaitu 80%.

9. Kepatuhan Cuci Tangan



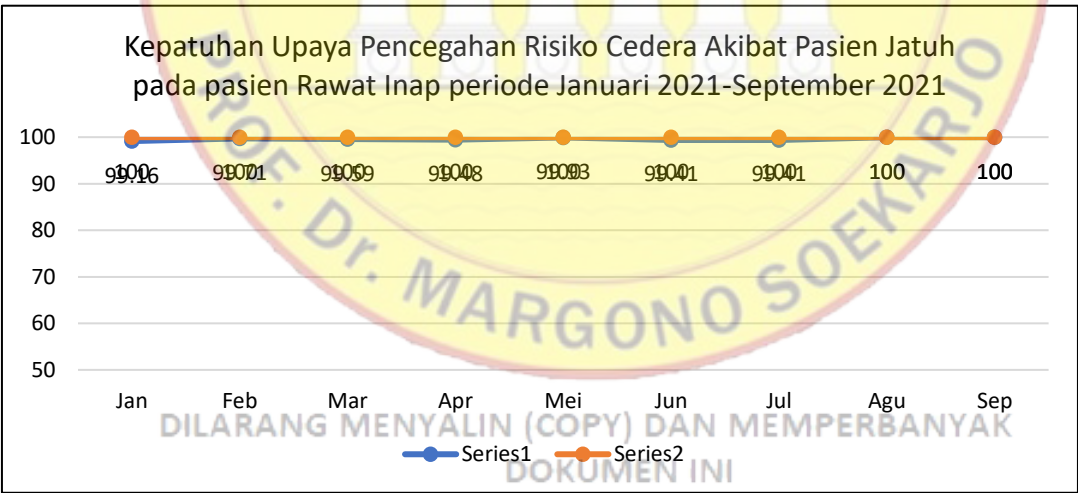
Berdasarkan rerata kepatuhan cuci tangan pada periode Juli 2021-September 2021 memenuhi standar yang ditetapkan 85 %.

10. Kepatuhan terhadap Clinical Pathway



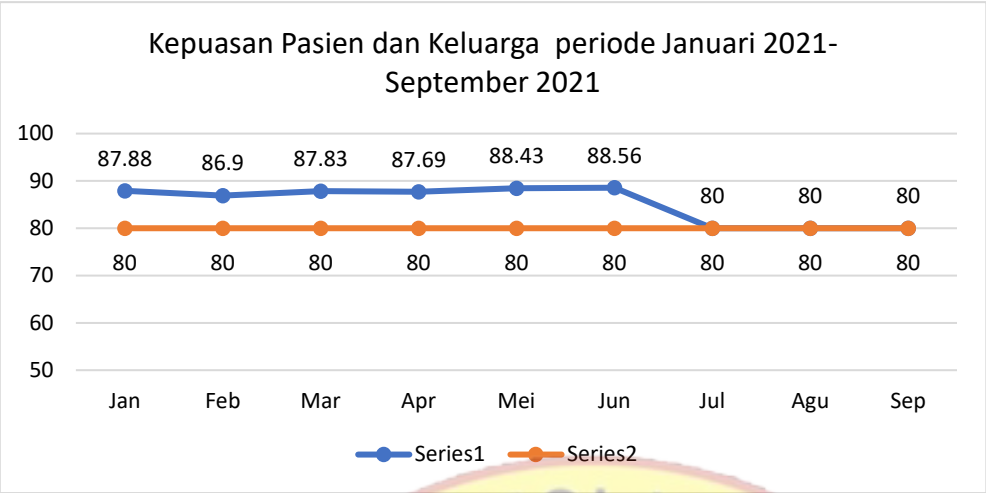
Berdasarkan rerata capaian data Kepatuhan Dokter Penanggung Jawab pasien (DPJP) terhadap Clinical Pathway (CP) sesuai 5 CP periode Juli 2021-September 2021 mencapai 83.93 %.

11. Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Cedera Akibat Pasien Jatuh pada pasien Rawat Inap



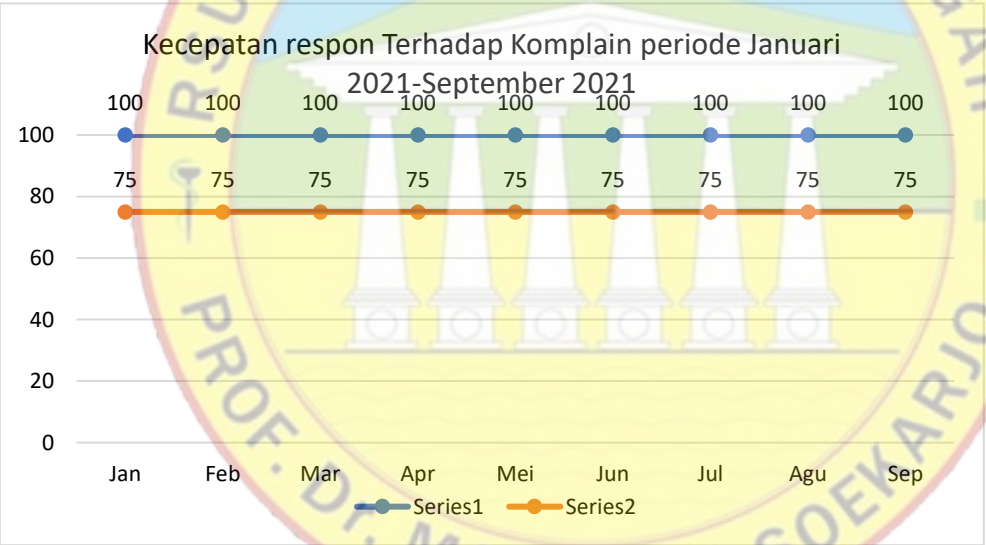
Berdasarkan rerata capaian kepatuhan upaya pencegahan resiko cedera akibat pasien jatuh pada pasien rawat inap pada periode Juli 2021-September 2021 sebesar 99.80% meningkat dibanding periode sebelumnya sebesar 93.60%.

12. Kepuasan Pasien dan Keluarga



Berdasarkan rerata angka kepuasan pasien dan keluarga periode Juli 2021-September 2021 mencapai standar yang ditetapkan yaitu 80 %.

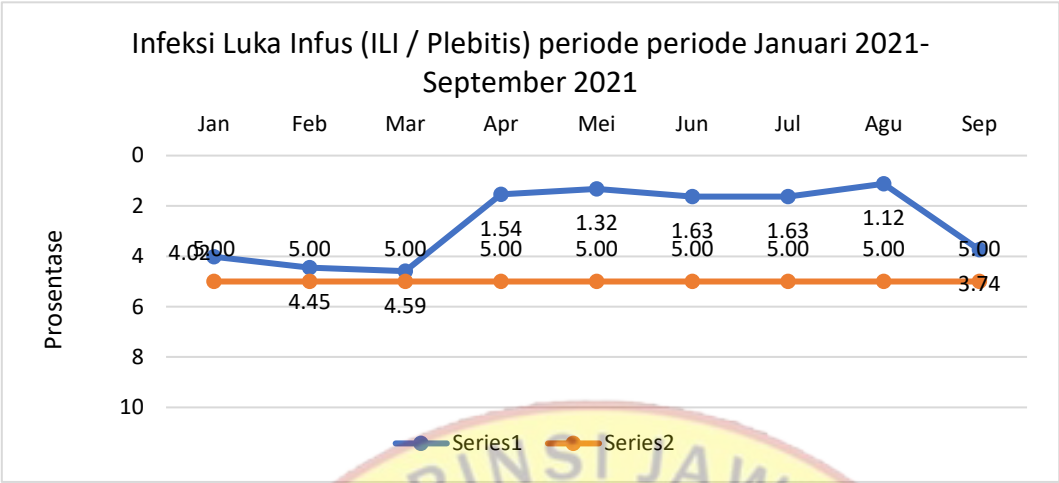
13. Kecepatan respon Terhadap Komplain



Berdasarkan rerata capaian data Kecepatan respon terhadap complain periode Juli 2021-September 2021 mencapai 100%, sudah mencapai standar yang ditetapkan yaitu 75%

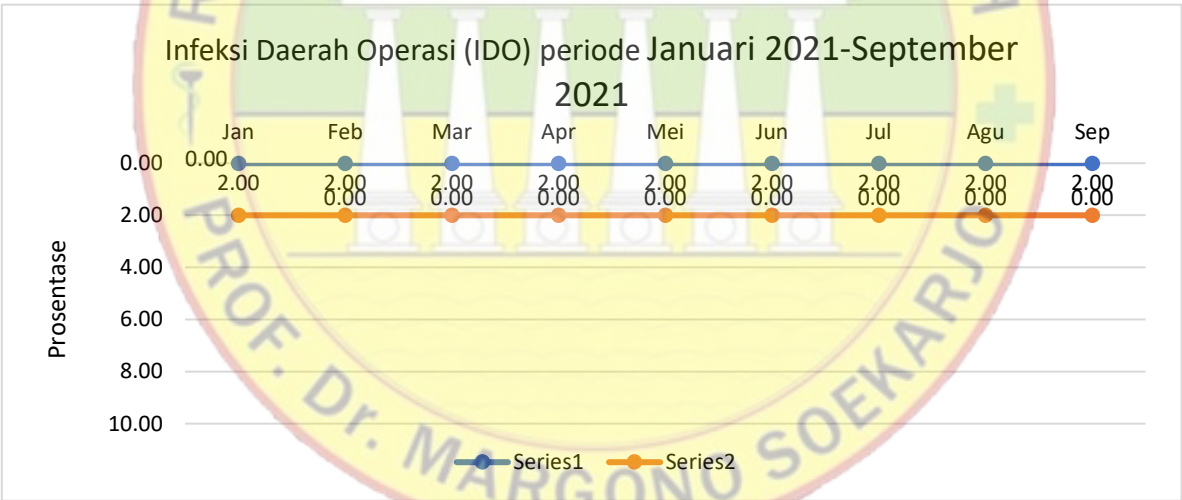
IV. Analisis hasil Surveillance PPI

1. Infeksi Luka Infus (ILI / Plebitis)



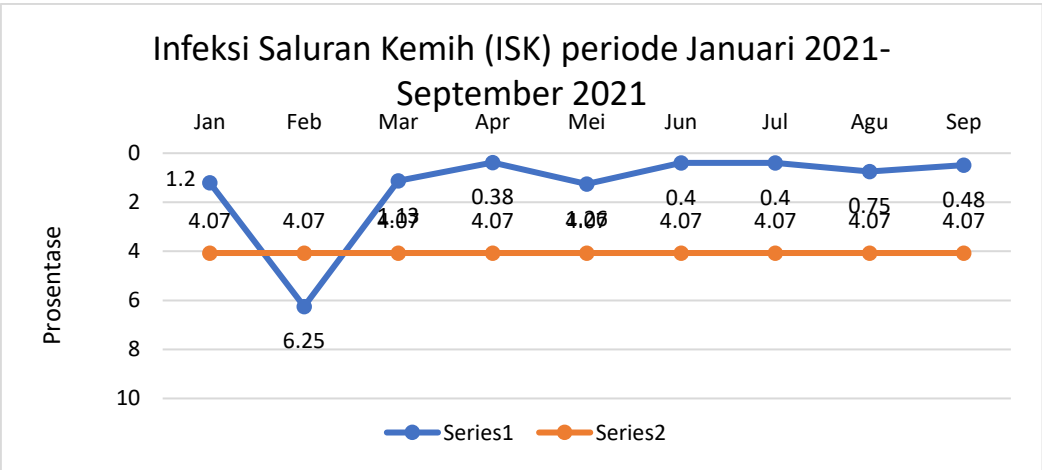
Berdasarkan rerata capaian Infeksi Luka Infus (ILI / Plebitis) periode Juli 2021-September 2021 mencapai 2.16%, Meningkat dibanding periode sebelumnya 1.49%. Hasil ini sudah mencapai standar 5%

2. Infeksi Daerah Operasi (IDO)



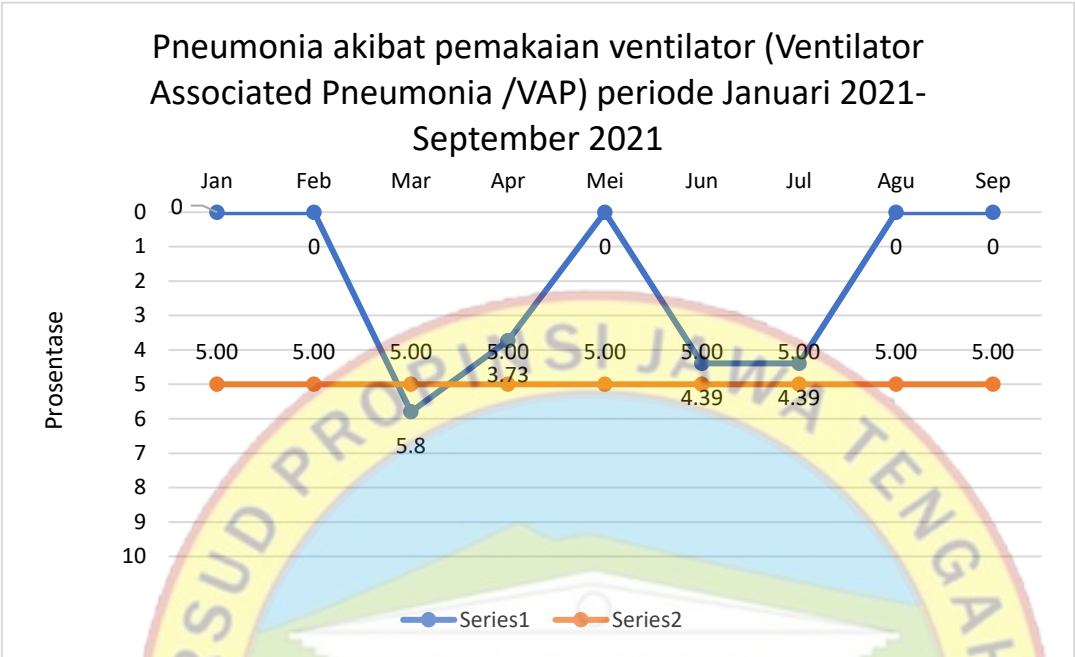
Berdasarkan rerata capaian Infeksi Daerah Operasi (IDO) periode Juli 2021-September 2021 tidak ada kejadian infeksi luka operasi. Angka ini lebih baik dari standar sebesar 2%.

3. Infeksi Saluran Kemih (ISK)



Berdasarkan rerata capaian Infeksi Saluran Kemih (ISK) periode Juli 2021-September 2021 sebesar 0.54%. menurun dari periode sebelumnya 0.68%

4. Pneumonia akibat pemakaian ventilator (Ventilator Associated Pneumonia /VAP)



Berdasarkan rerata capaian Pneumonia akibat pemakaian ventilator (Ventilator Associated Pneumonia /VAP) periode Juli 2021-September 2021 sebesar 2.70%

BAB III

PENUTUP

A. KESIMPULAN

Berdasarkan hasil data periode triwulan III tahun 2021 dapat disimpulkan bahwa secara umum capaian indikator mutu prioritas pada indikator klinis tercapai 100 %. Sedangkan pada indikator mutu manajerial pada pelayanan prioritas beberapa belum memenuhi target masih dan harus ditingkatkan capaiannya pada periode selanjutnya. Untuk itu diperlukan kerjasama dari semua pihak dalam melakukan perbaikan serta supervisi yang terus menerus. Jika upaya yang dilakukan belum berhasil, perlu dilakukan percobaan cara-cara baru sampai indikator tersebut memenuhi batas yang ditargetkan.

Total capaian dari seluruh indikator mutu yang berjumlah 74 indikator mutu capaian indikator mutu yang memenuhi standar adalah berjumlah 57 % dan indikator mutu yang mencapai standar yang ditentukan sebesar 43 %. Beberapa hal yang merupakan faktor pendukung tercapainya standar mutu adalah komitmen dari semua staf dan manajemen, kerjasama tim yang baik dan manajemen data yang didukung oleh sistem IT yang handal. Adapaun faktor penghambat dari indikator mutu yang tidak tercapai adalah audit tools permasalahan yang belum komprehensif, ketrampilan dan pengetahuan staf dalam memahami indikator mutu, kontinuitas supervisi kepala bagian.

DILARANG MENYALIN (COPY) DAN MEMPERBANYAK
DOKUMEN INI

B. REKOMENDASI

Dalam mengumpulkan data guna mendukung pantauan indikator mutu, dibutuhkan kedisiplinan dari semua PIC dan pengawasan dari semua pihak terkait antara lain kepala unit kerja, kepala instalasi dan kepala bidang/bagian dibawah koData indikator mutu akan divalidasi dan dapat dipublikasikan sesuai dengan ketentuan publikasi data rumah sakit. Dalam kegiatan selanjutnya Validasi data diharapkan dapat dilakukan sesuai dengan rencana waktu dan jumlah sampel yang ditentukan.

Selain itu diperlukan konsistensi, ketrampilan dan pemahan dari PIC dalam mengumpulkan data serta menginput ke dalam worksheet dan SISMADAK. Untuk mempertahankan hal itu perlu dilakukan pendampingan yang berkelanjutan dari Tim komite mutu maupun bidang terkait dan akan dilakukan refresh pelatihan terkait input data indikator mutu rumah sakit.

Purwokerto, Oktober 2021

Ketua Komite Mutu



Dr. Ma'mun, Sp.PD

DILARANG MENYALIN (COPY) DAN MEMPERBANYAK
DOKUMEN INI