

LAPORAN
KOMITE PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN
RUMAH SAKIT



TRIWULAN IV
BULAN OKTOBER – DESEMBER 2021

DILARANG MENYALIN (COPY) DAN MEMPERBANYAK
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 Oktober - Desember tahun 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 Direktur 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 Oktober-Desember 2021 dapat terlaksana dengan baik. Semoga dengan adanya laporan ini kita dapat meningkatkan mutu layanan RSUD Prof Dr Margono Soekarjo Purwokerto

Penyusun

DILARANG MENYALIN (COPY) DAN MEMPERBANYAK
DOKUMEN INI

Tim PMKP

DAFTAR ISI

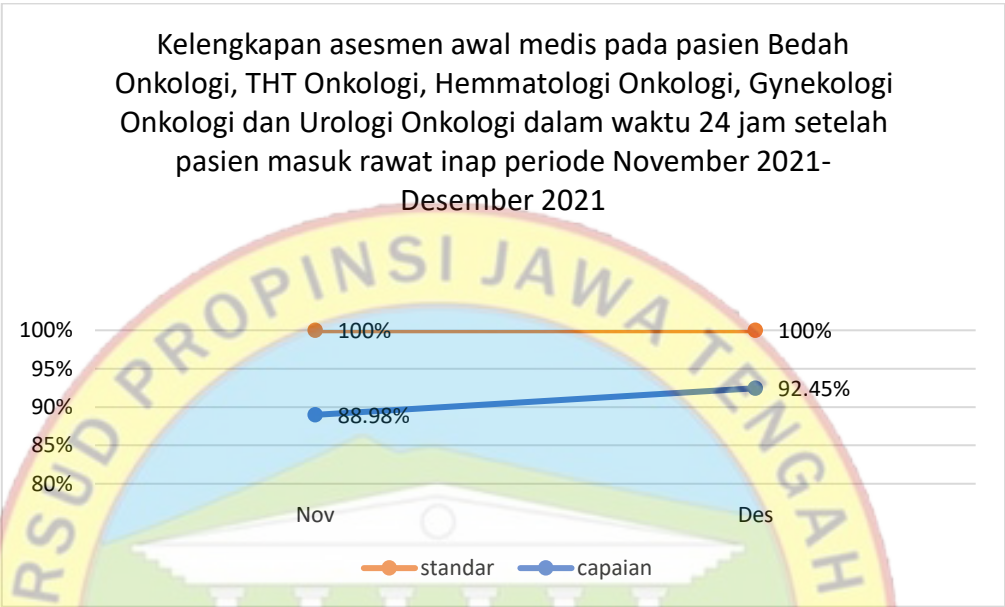
KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	ii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
Latar Belakang.....	1
Uraian Kegiatan Pokok.....	1
Pencatatan dan Pelaporan.....	8
BAB II HASIL KEGIATAN	
Pemantauan Indikator Area Klinis (IAK).....	9
Pemantauan Indikator Area Manajerial (IAM).....	12
Indikator Sasaran Keselamatan Pasien (ISKP).....	15
Indikator Mutu Unit Kerja.....	18
Indikator Mutu Nasional.....	39
Analisis hasil Surveillance 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

I. INDIKATOR MUTU PRIORITAS

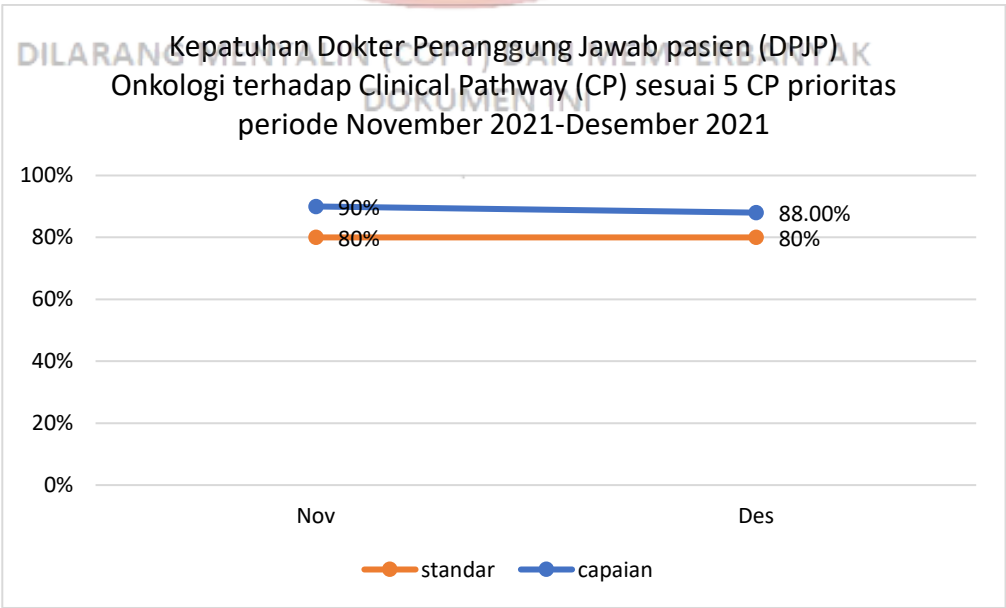
a. Pemantauan Indikator Area Klinis (IAK)

- 1) Kelengkapan asesmen awal medis pada pasien Bedah Onkologi, THT Onkologi, Hemmatologi Onkologi, Gynekologi Onkologi dan Urologi Onkologi dalam waktu 24 jam setelah pasien masuk rawat inap



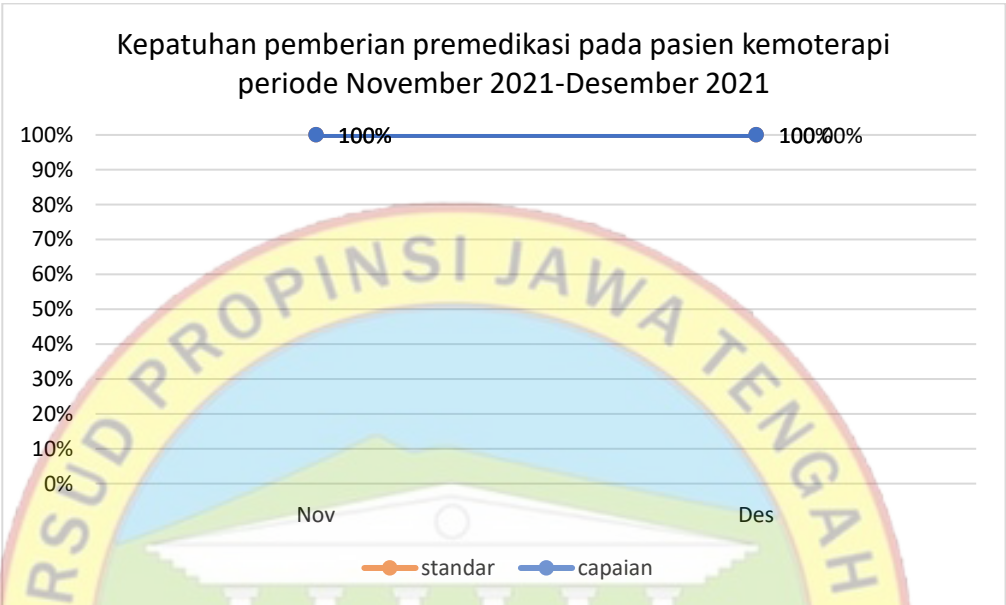
Rerata hasil capaian Kelengkapan asesmen awal medis pada pasien Bedah Onkologi, THT Onkologi, Hemmatologi Onkologi, Gynekologi Onkologi dan Urologi Onkologi dalam waktu 24 jam setelah pasien masuk rawat inap periode November 2021-Desember 2021 mencapai 90.72%. Capaian ini belum sesuai standar yang ditetapkan yakni sebesar 100%.

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



Rerata hasil capaian Kepatuhan Dokter Penanggung Jawab pasien (DPJP) Onkologi terhadap *Clinical Pathway* (CP) sesuai 5 CP prioritas periode November 2021-Desember 2021 mencapai 89%. Capaian ini sudah memenuhi standar yang ditetapkan yakni 80%.

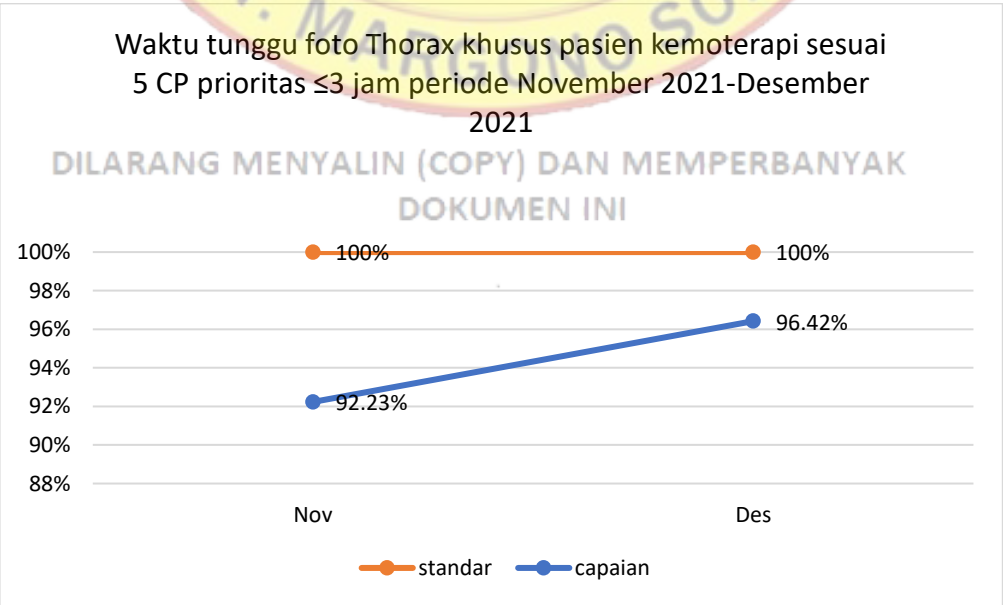
3) Kepatuhan pemberian premedikasi pada pasien kemoterapi



Rerata hasil capaian Kepatuhan pemberian premedikasi pada pasien kemoterapi periode November 2021-Desember 2021 sudah memenuhi standar yang ditetapkan.

b. Pemantauan Indikator Area Manajerial (IAM)

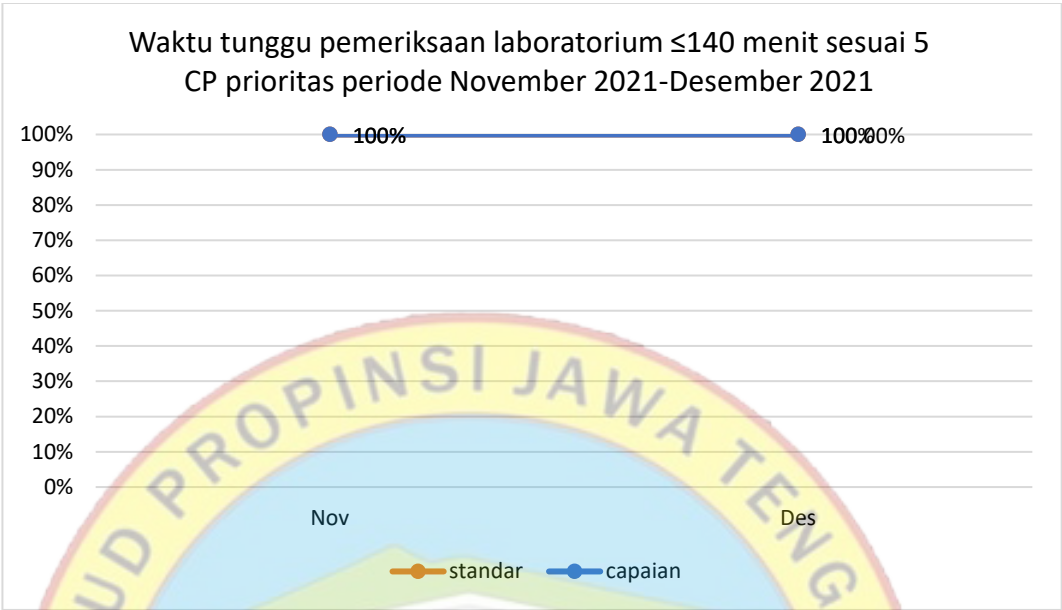
1)Waktu tunggu foto Thorax khusus pasien kemoterapi sesuai 5 CP prioritas ≤ 3 jam



Rerata hasil capaian Waktu tunggu foto Thorax khusus pasien kemoterapi sesuai 5 CP prioritas ≤ 3 jam periode November 2021-Desember 2021

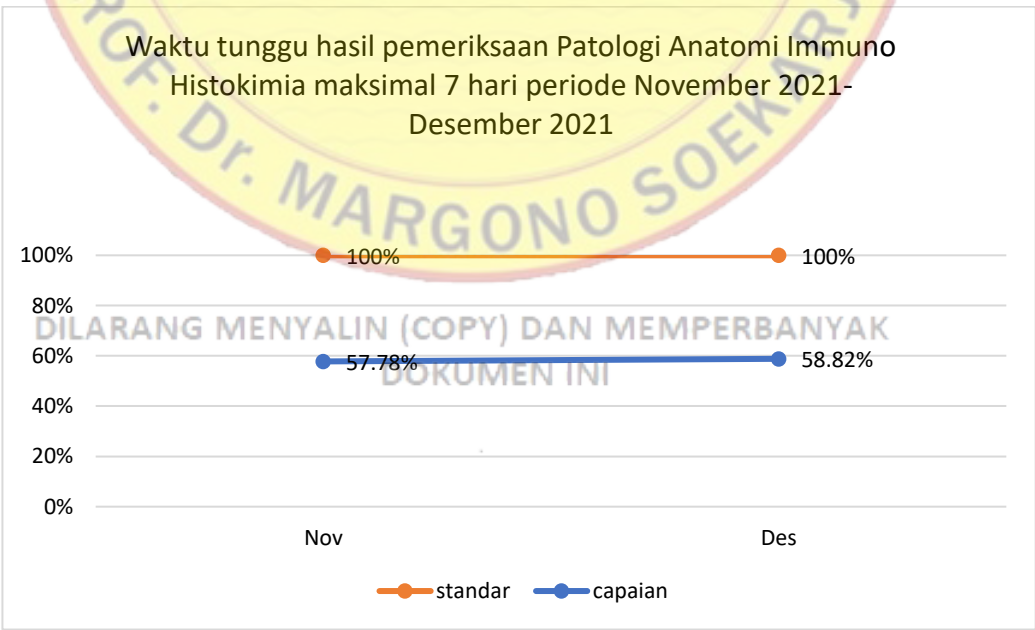
mencapai 94.33%. Capaian ini belum memenuhi standar yang ditetapkan yakni 100 %.

2) Waktu tunggu pemeriksaan laboratorium ≤140 menit sesuai 5 CP prioritas



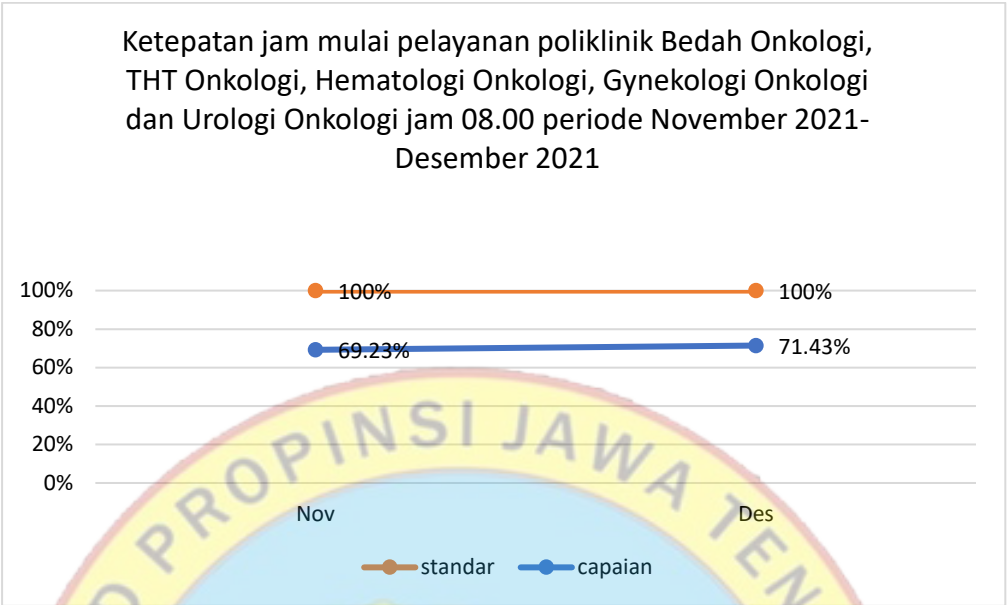
Rerata hasil capaian Waktu tunggu pemeriksaan laboratorium ≤140 menit sesuai 5 CP prioritas periode November 2021-Desember 2021 sudah mencapai standar yang ditetapkan yakni 100%.

3) Waktu tunggu hasil pemeriksaan Patologi Anatomi Immuno Histokimia



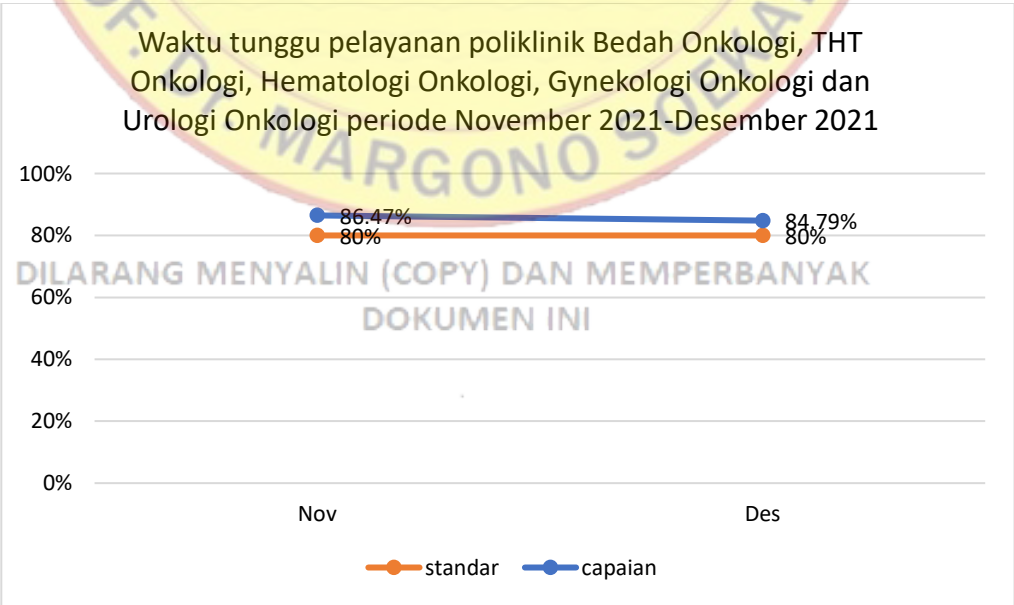
Rerata hasil capaian Waktu tunggu hasil pemeriksaan Patologi Anatomi Immuno Histokimia periode November 2021-Desember 2021 mencapai 58.30%. Capaian ini belum memenuhi standar yang ditetapkan yakni 100%.

4) Ketepatan jam mulai pelayanan Klinik Bedah Onkologi, THT Onkologi, Hematologi Onkologi, Gynekologi Onkologi dan Urologi Onkologi jam 08.00



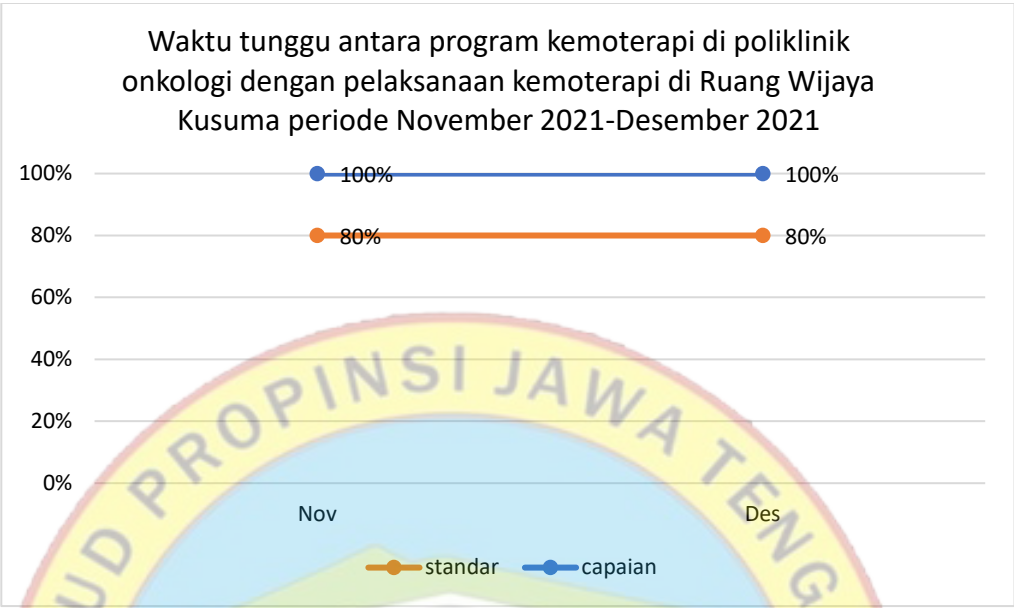
Rerata hasil capaian Ketepatan jam mulai pelayanan Klinik Bedah Onkologi, THT Onkologi, Hematologi Onkologi, Gynekologi Onkologi dan Urologi Onkologi jam 08.00 periode November 2021-Desember 2021 mencapai 70.33%. Capaian ini belum memenuhi standar yang ditetapkan yakni 100%.

5) Waktu tunggu pelayanan Klinik Bedah Onkologi, THT Onkologi, Hemmatologi Onkologi, Gynekologi Onkologi dan Urologi Onkologi



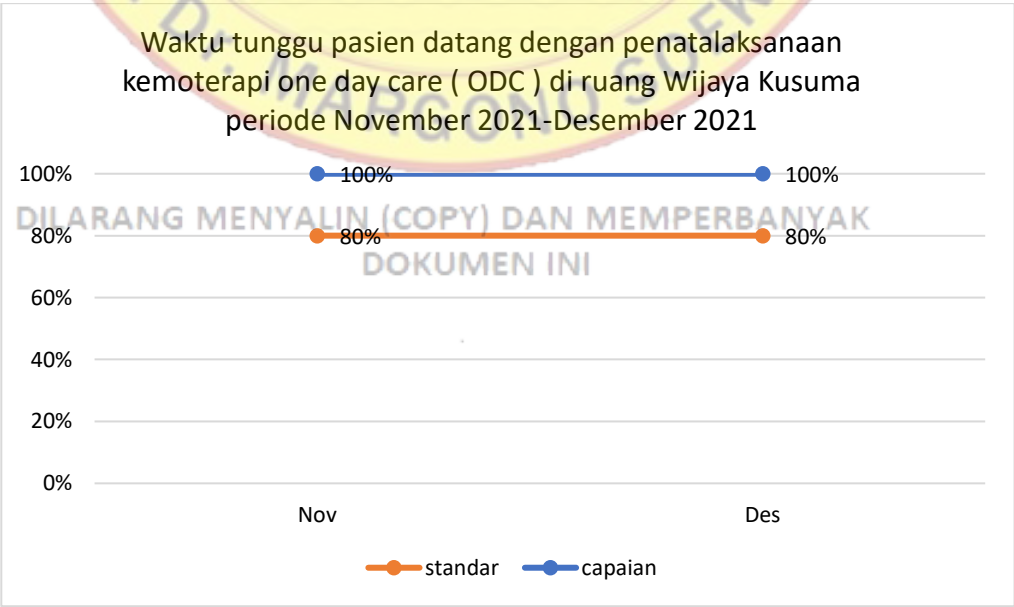
Rerata hasil capaian Waktu tunggu pelayanan Klinik Bedah Onkologi, THT Onkologi, Hemmatologi Onkologi, Gynekologi Onkologi dan Urologi Onkologi periode November 2021-Desember 2021 mencapai 85.63%. Hasil capaian ini sudah memenuhi standar yang ditetapkan yakni 80%.

6) Waktu tunggu antara program kemoterapi di klinik Bedah Onkologi, THT Onkologi, Hemmatologi Onkologi, Gynekologi Onkologi dan Urologi Onkologi dengan pelaksanaan kemoterapi di Ruang Wijaya Kusuma



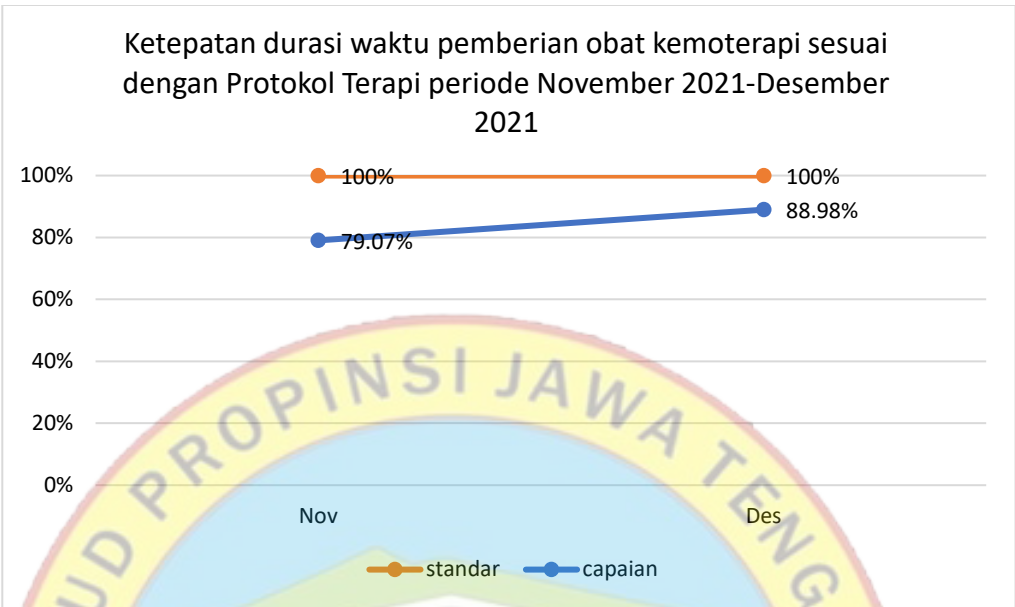
Rerata hasil capaian Waktu tunggu antara program kemoterapi di klinik Bedah Onkologi, THT Onkologi, Hemmatologi Onkologi, Gynekologi Onkologi dan Urologi Onkologi dengan pelaksanaan kemoterapi di Ruang Wijaya Kusuma periode November 2021-Desember 2021 mencapai 100%. Hasil capaian ini sudah memenuhi standar yang ditetapkan yakni 80%.

7) Waktu tunggu pasien datang dengan penatalaksanaan kemoterapi *one day care* (ODC) di ruang Wijaya Kusuma



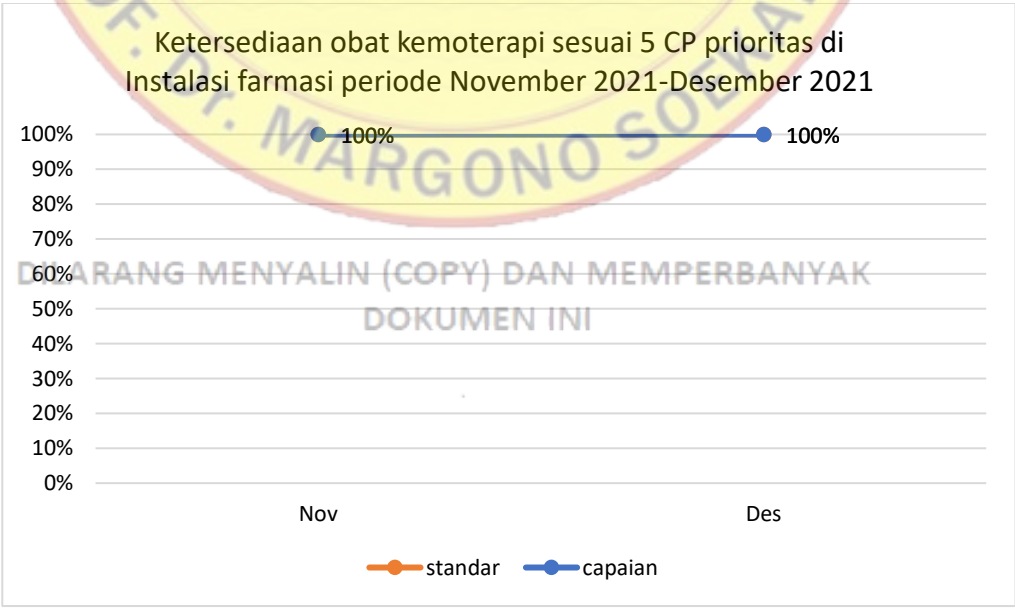
Rerata hasil capaian Waktu tunggu pasien datang dengan penatalaksanaan kemoterapi *one day care* (ODC) di ruang Wijaya Kusuma periode November 2021-Desember 2021 mencapai 100%. Capaian ini sudah memenuhi standar yang ditetapkan yakni 80%.

8) Ketepatan durasi waktu pemberian obat kemoterapi sesuai dengan Protokol Terapi



Rerata hasil capaian Ketepatan durasi waktu pemberian obat kemoterapi sesuai dengan Protokol Terapi periode November 2021-Desember 2021 mencapai 84.03%. Hasil capaian ini belum memenuhi standar yang ditetapkan yakni 100%.

9) Ketersediaan obat kemoterapi sesuai 5 CP prioritas di Instalasi farmasi



Rerata hasil capaian Ketersediaan obat kemoterapi sesuai 5 CP prioritas di Instalasi farmasi periode November 2021-Desember 2021 sudah memenuhi standar yang ditetapkan yakni 100%.

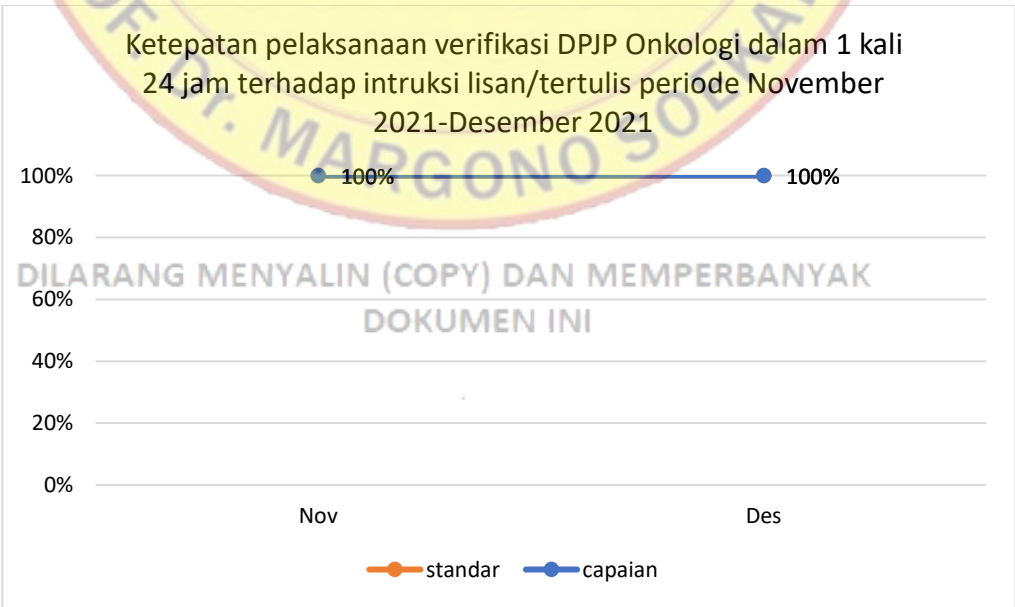
c. Indikator Sasaran Keselamatan Pasien (ISKP):

1) Identifikasi pasien pada pasien dengan kasus onkologi sesuai 5 CP prioritas di IRJA, IRI dan Rawat Inap



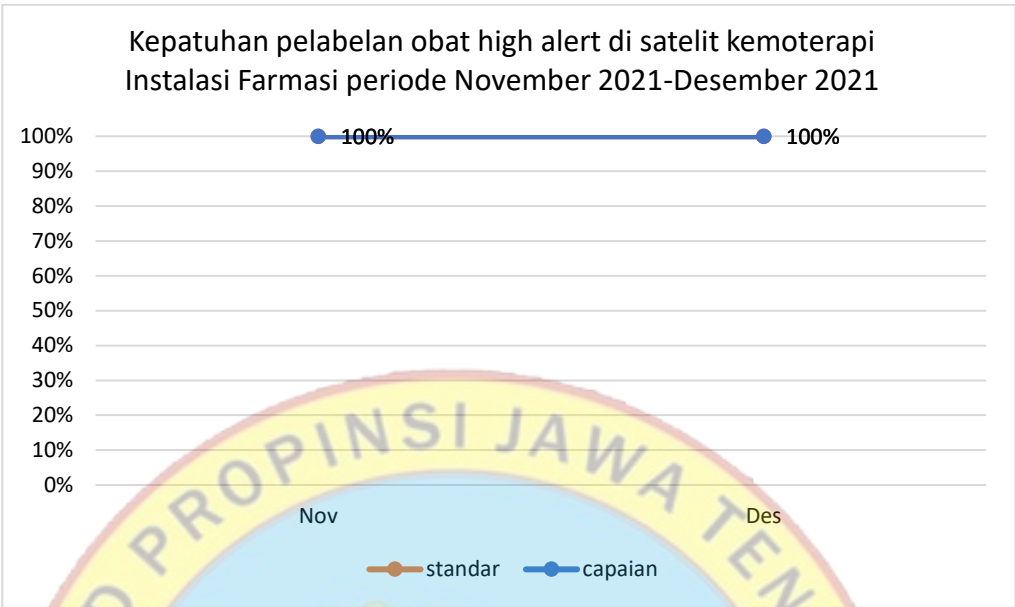
Rerata hasil capaian Identifikasi pasien pada pasien dengan kasus onkologi sesuai 5 CP prioritas di IRJA, IRI dan Rawat Inap periode November 2021-Desember 2021 sudah memenuhi standar yang ditetapkan yakni 100%.

2) Ketepatan pelaksanaan verifikasi DPJP Onkologi dalam 1x24 jam terhadap intruksi lisan/tertulis



Rerata hasil capaian Ketepatan pelaksanaan verifikasi DPJP Onkologi dalam 1x24 jam terhadap intruksi lisan/tertulis periode November 2021-Desember 2021 sudah mencapai standar yang ditetapkan yakni 100%.

3) Kepatuhan pelabelan obat *high alert* di satelit kemoterapi Instalasi Farmasi



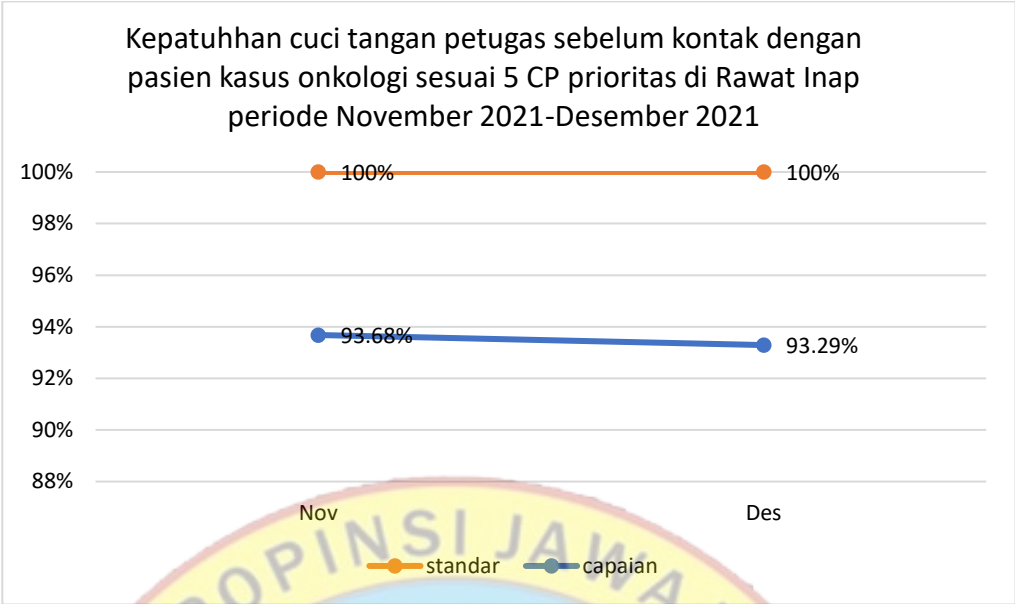
Rerata hasil capaian Kepatuhan pelabelan obat *high alert* di satelit kemoterapi Instalasi Farmasi periode November 2021-Desember 2021 sudah memenuhi standar yang ditetapkan yakni 100%.

4) Kepatuhan Penandaan Lokasi Operasi/site marking pada kasus bedah onkologi



Rerata hasil Capaian Kepatuhan Penandaan Lokasi Operasi/site marking pada kasus bedah onkologi periode November 2021-Desember 2021 mencapai 36.75%. Capaian ini belum memenuhi standar yang ditetapkan yakni 100%.

5) Kepatuhan kebersihan tangan petugas yang merawat pasien dengan kasus onkologi sesuai 5 CP prioritas di Rawat Inap



Rerata hasil capaian Kepatuhan kebersihan tangan petugas yang merawat pasien dengan kasus onkologi sesuai 5 CP prioritas di Rawat Inap periode November 2021-Desember 2021 mencapai 93.49%. Capaian ini belum memenuhi standar yang ditetapkan yakni 100%.

6) Kepatuhan Upaya Pencegahan Cedera Akibat Pasien Jatuh pada pasien sesuai 5 CP prioritas di Instalasi Rawat Inap



Rerata hasil capaian Kepatuhan Upaya Pencegahan Cedera Akibat Pasien Jatuh pada pasien sesuai 5 CP prioritas di Instalasi Rawat Inap periode November 2021-Desember 2021 sudah memenuhi standar yang ditetapkan yakni 100%.

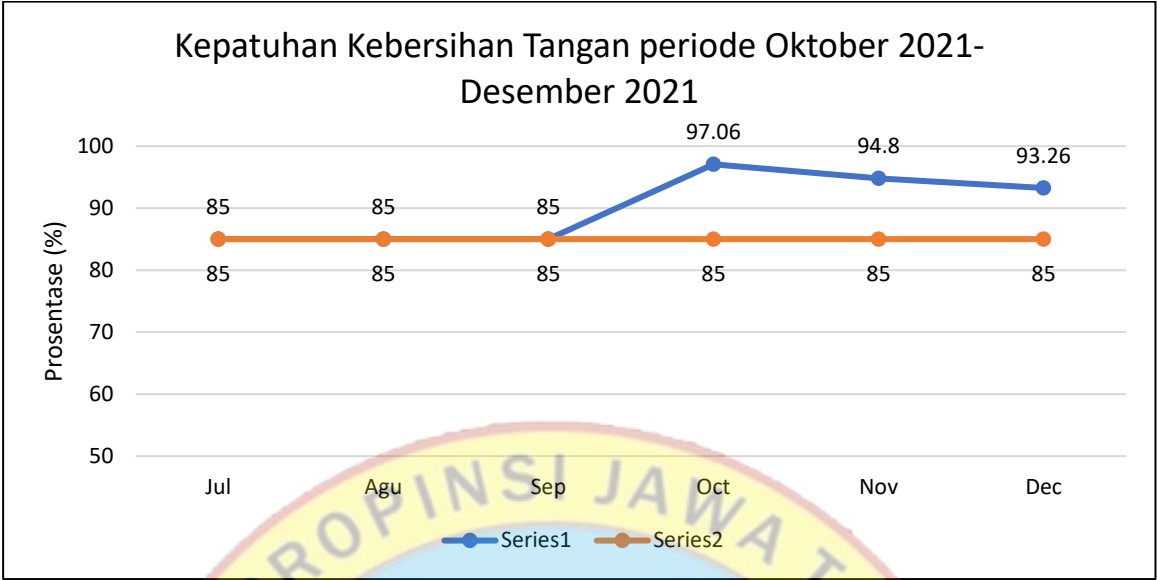
UPAYA PERBAIKAN AREA PRIORITAS

NO	PLAN	DO	STUDY	ACTION
1	Dari 18 Indikator mutu prioritas sebanyak 10 indikator belum mencapai standar yang ditetapkan Meningkatkan capaian 10 Indikator mutu prioritas sesuai dengan standar yang ditetapkan	1. Memberikan surat edaran kepada DPJP terkait capaian Indikator Kelengkapan Assesmen awal medis, Kepatuhan DPJP terhadap Cp, Ketepatan jam ☐ mulai pelayanan 2. Memberikan surat edaran kepada bagian Penunjang pelayanan terkait hasil capaian indikator waktu tunggu foto thorax, waktu tunggu pemeriksaan hasil PA yang belum memenuhi standar	1. Peningkatan komitmen DPJP terhadap tugas dan tanggungja wab 2. Pengaturan pembagian beban kerja	1. Penilaian kinerja sebagai bukti kepatuhan dan komitmen DPJP terhadap tugas dan tanggungjaw ab 2. Penjadwalan ulang terkait beban kerja

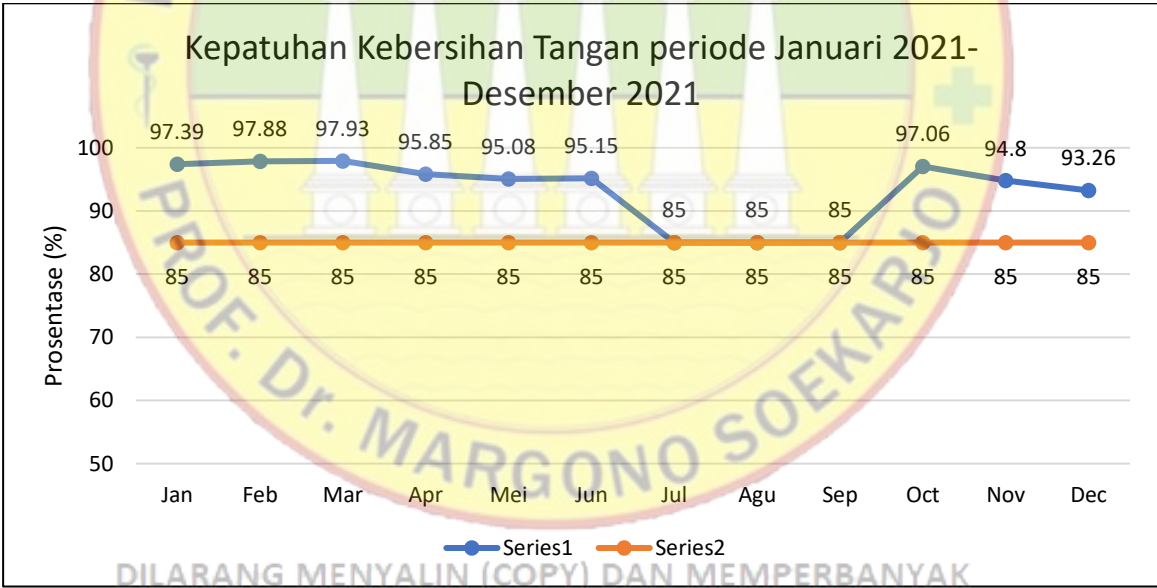
		3. Memberikan surat edaran kepada Ka.IRNA 2 terkait hasil capaian waktu tunggu pelaksanaan kemoterapi, waktu tunggu penatalaksanaan kemoterapi ODC, ketepatan durasi kemoterapi yang belum memenuhi standar	3. Koordinasi dengan poliklinik terkait penjadwalan dan kuota pasien kemoterapi, koordinasi dengan depo farmasi kemoterapi terkait dengan ketersediaan obat pasien ODC, Mengusulkan penggunaan infus pump untuk memenuhi durasi waktu yang sesuai protokol	3. Kesepakatan dengan poliklinik dan depo farmasi kemoterapi
--	--	--	---	---

II. INDIKATOR MUTU NASIONAL

1. Kepatuhan Kebersihan Tangan

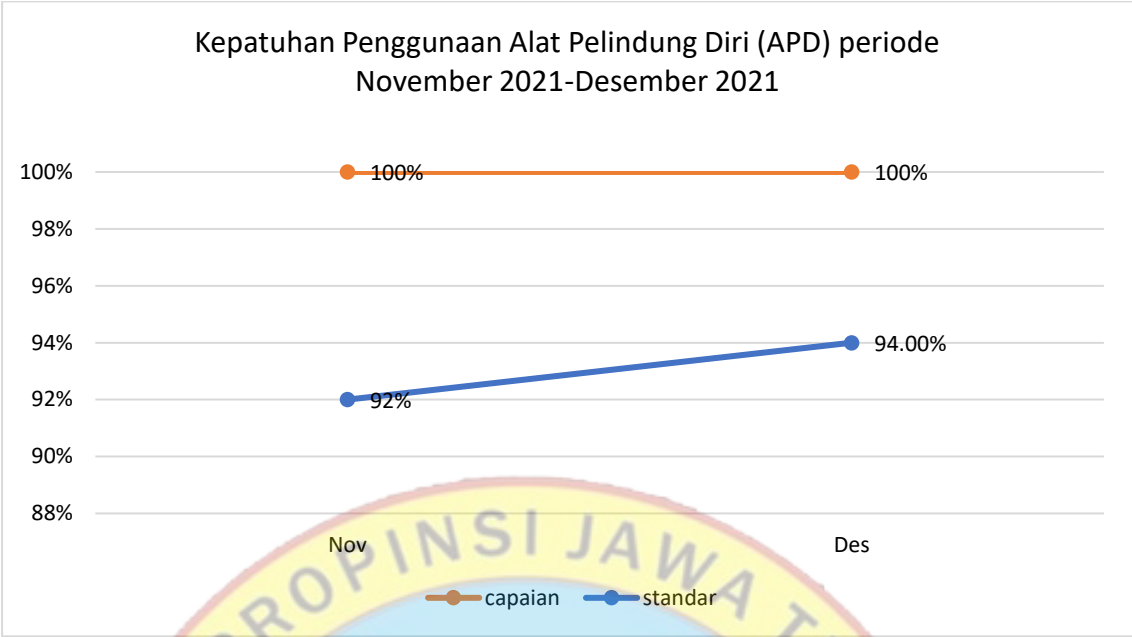


Rerata hasil capaian Kepatuhan Kebersihan tangan periode Oktober 2021-Desember 2021 mencapai 95.04%. Capain ini meningkat dari periode sebelumnya yang mencapai 85%.



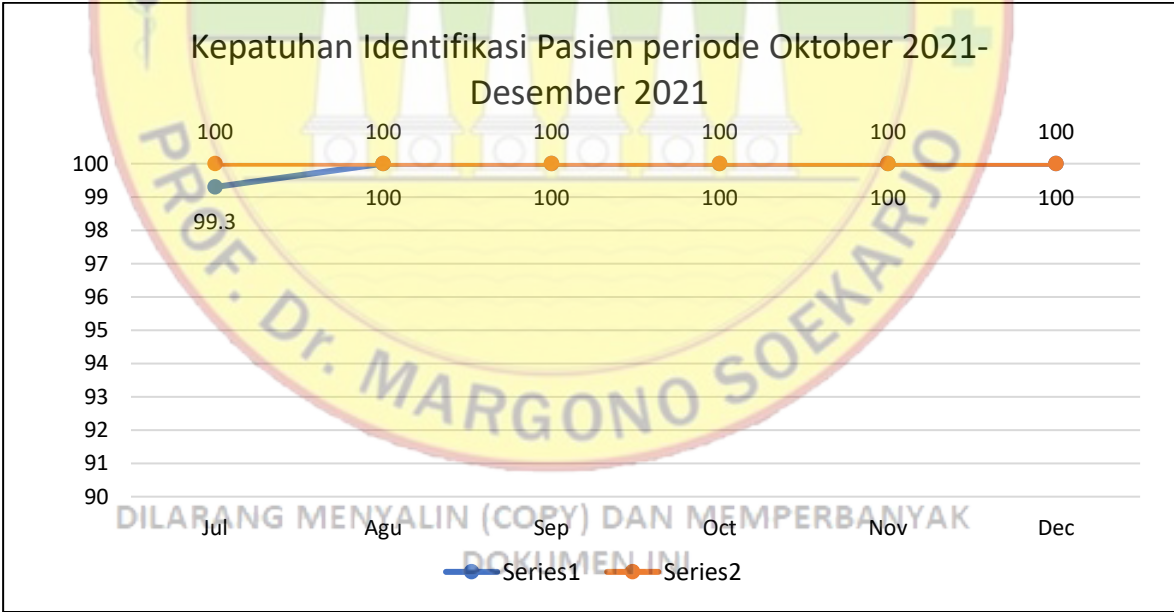
Rerata hasil capaian Kepatuhan Kebersihan tangan pada tahun 2021 mencapai 93.28%. Capain ini sudah memenuhi standar yang ditetapkan yakni 85%.

2. Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)

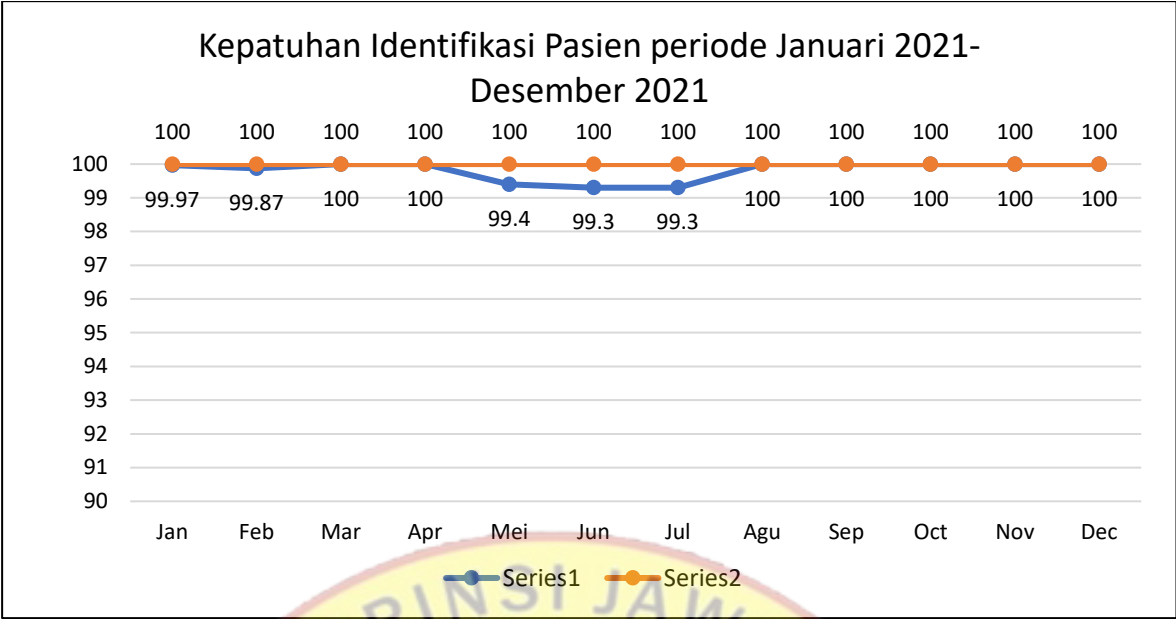


Rerata hasil capaian Kepatuhan penggunaan alat pelindung diri (APD) periode Oktober 2021-Desember 2021 mencapai 93%

3. Kepatuhan Identifikasi Pasien

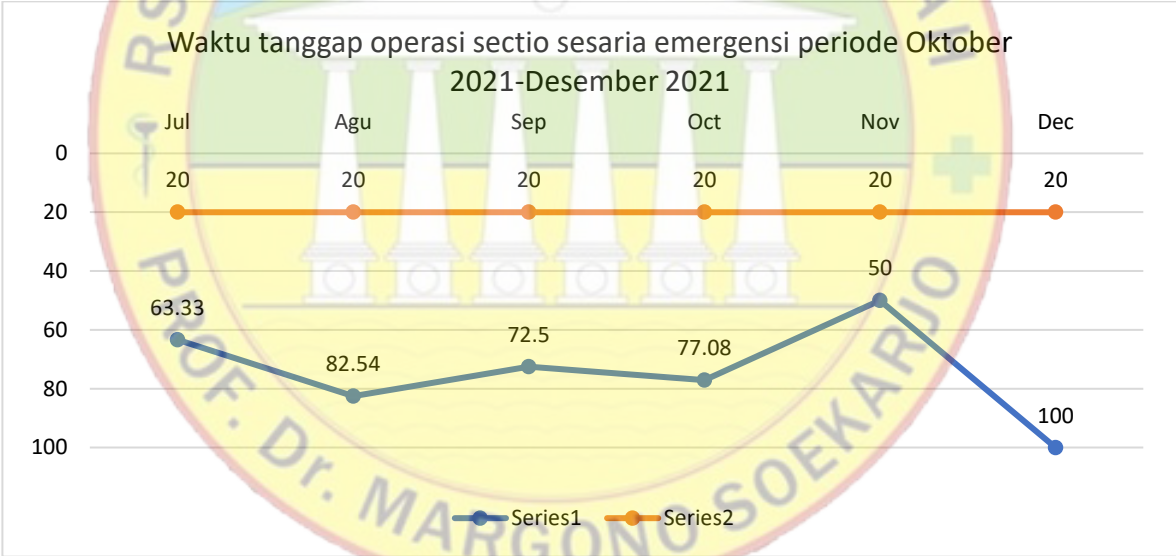


Rerata hasil capaian Kepatuhan Identifikasi pasien periode Oktober 2021-Desember 2021 sudah mencapai standar yang ditetapkan yakni 100%.

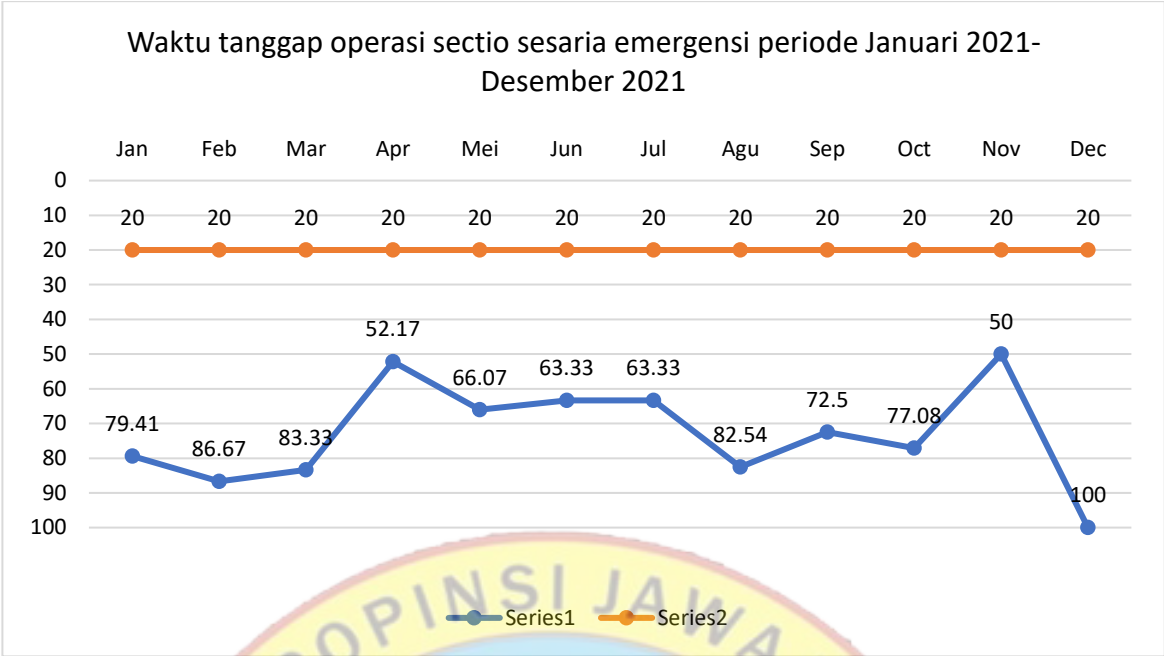


Rerata hasil capaian Kepatuhan Identifikasi pasien pada tahun 2021 mencapai 98.20%. Capain ini belum memenuhi standar yang ditetapkan yakni 100%.

4. Waktu Tanggap Operasi Sectio Sesaria Emergensi

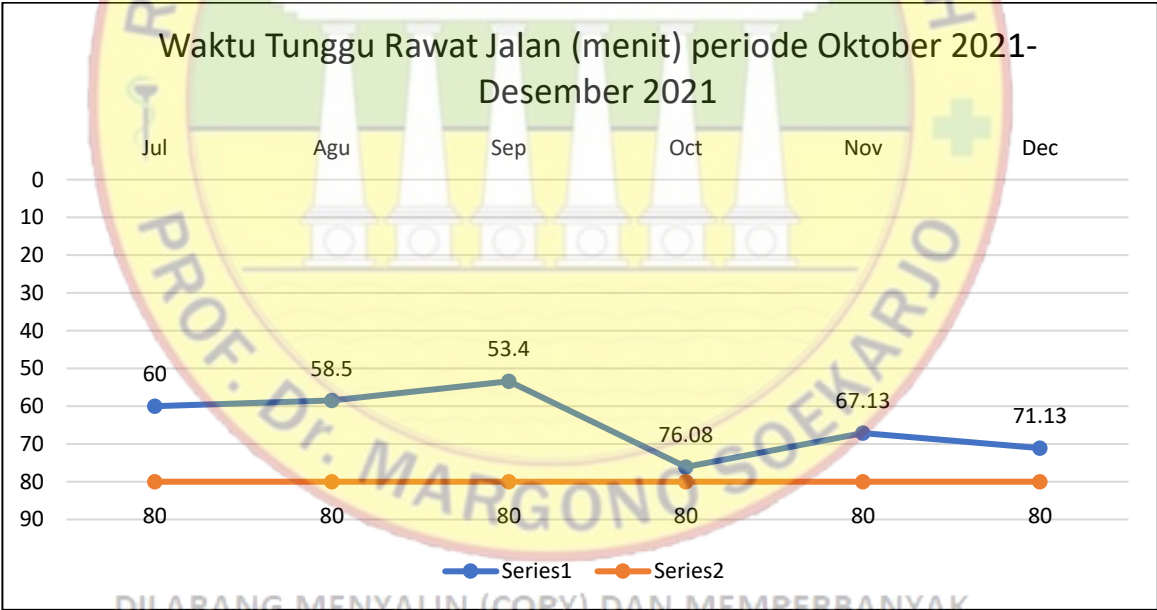


Rerata hasil capaian Waktu tanggap operasi sectio sesaria emergensi periode Oktober 2021-Desember 2021 mencapai 75.69%. Hasil capaian ini meningkat dari periode sebelumnya yang mencapai 72.79%

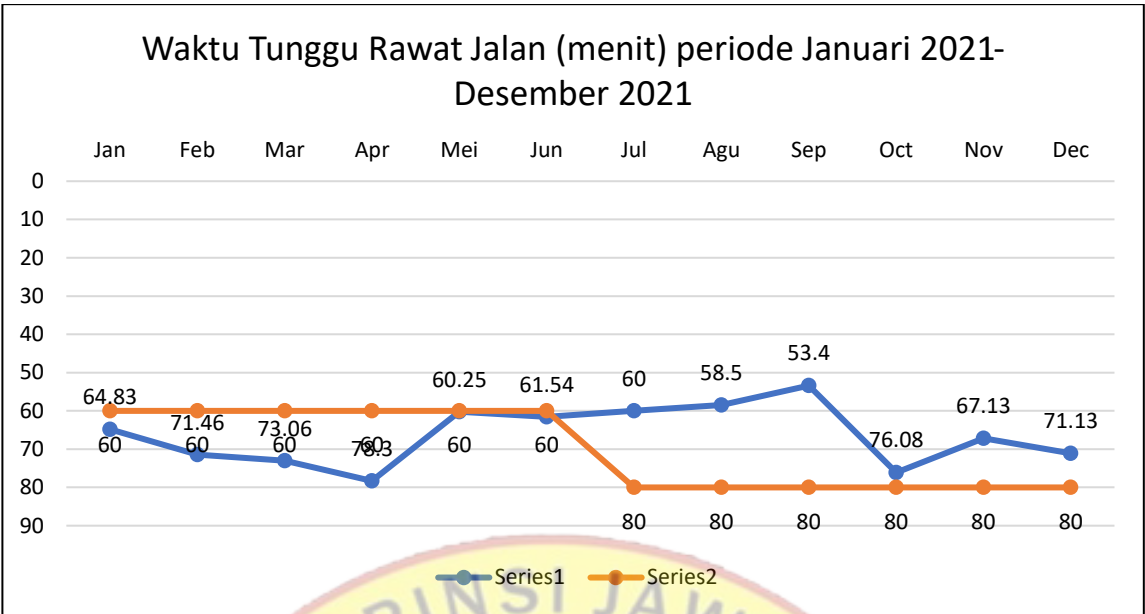


Rerata hasil capaian Waktu tanggap operasi sectio sesaria emergensi pada tahun 2021 mencapai 73.03%.

5. Waktu Tunggu Rawat jalan

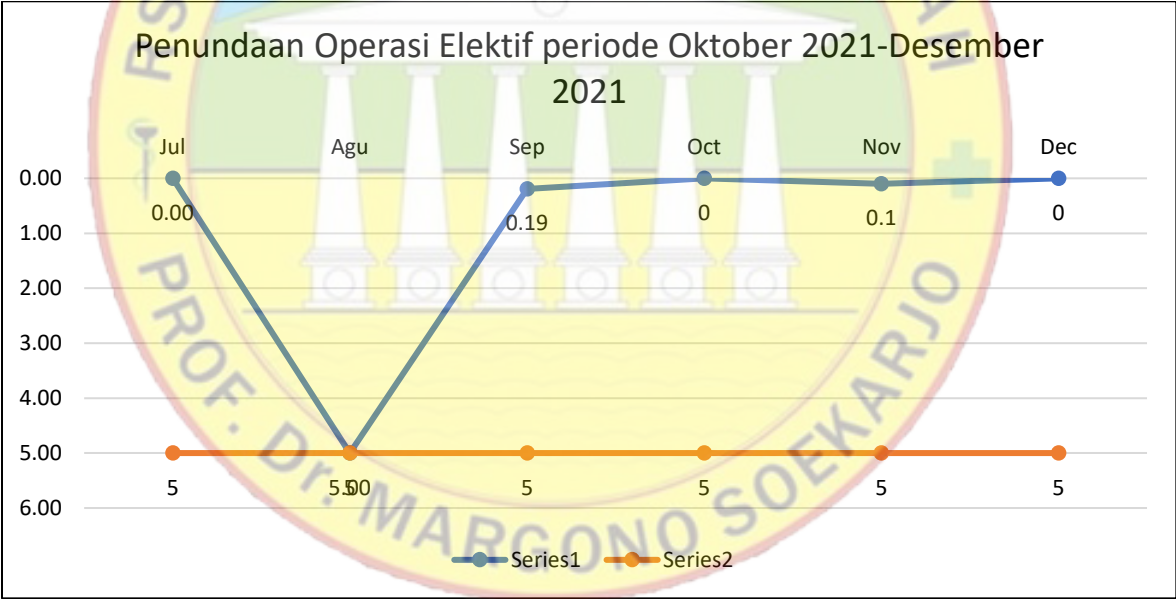


Rerata hasil capaian Waktu tunggu rawat jalan periode Oktober 2021-Desember 2021 sudah mencapai 71.44 menit. Hasil capaian ini belum memenuhi standar yang ditetapkan yakni 80 menit.

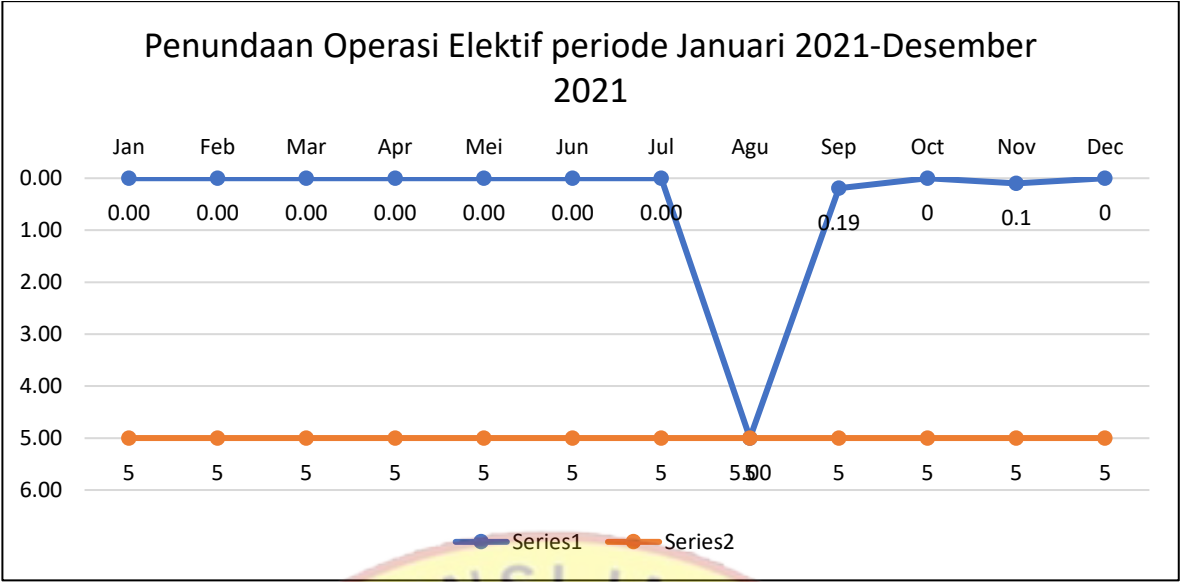


Rerata hasil capaian Waktu tunggu rawat jalan pada tahun 2021 mencapai 66.30 menit.

6. Penundaan Operasi Elektif

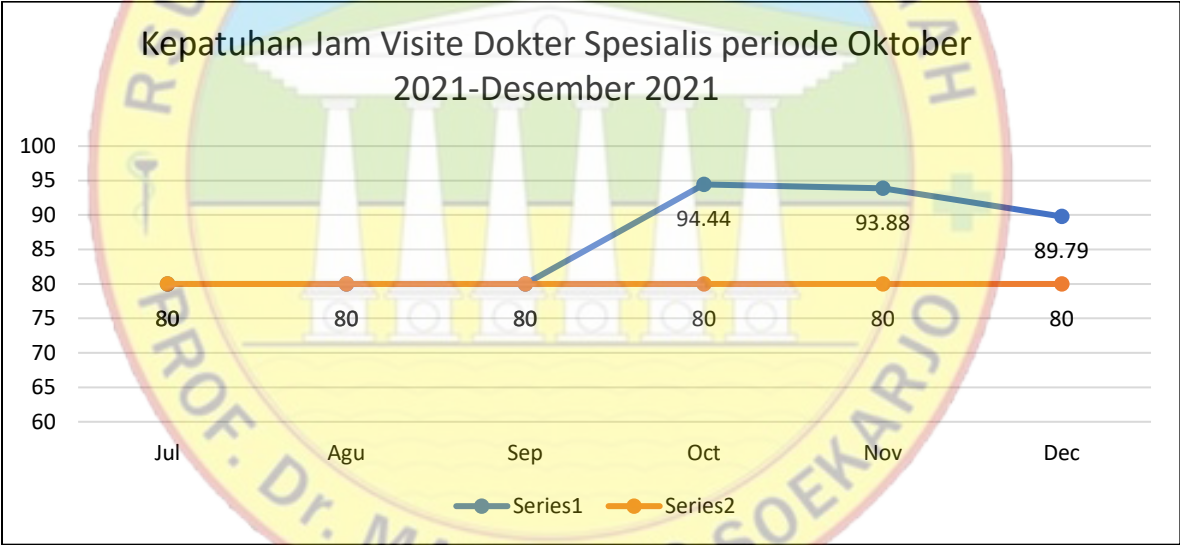


Rerata hasil capaian Penundaan Operasi Elektif periode Oktober 2021-Desember 2021 mencapai 0.03%. Hasil capaian ini lebih baik dari periode sebelumnya yang mencapai 1.73%.

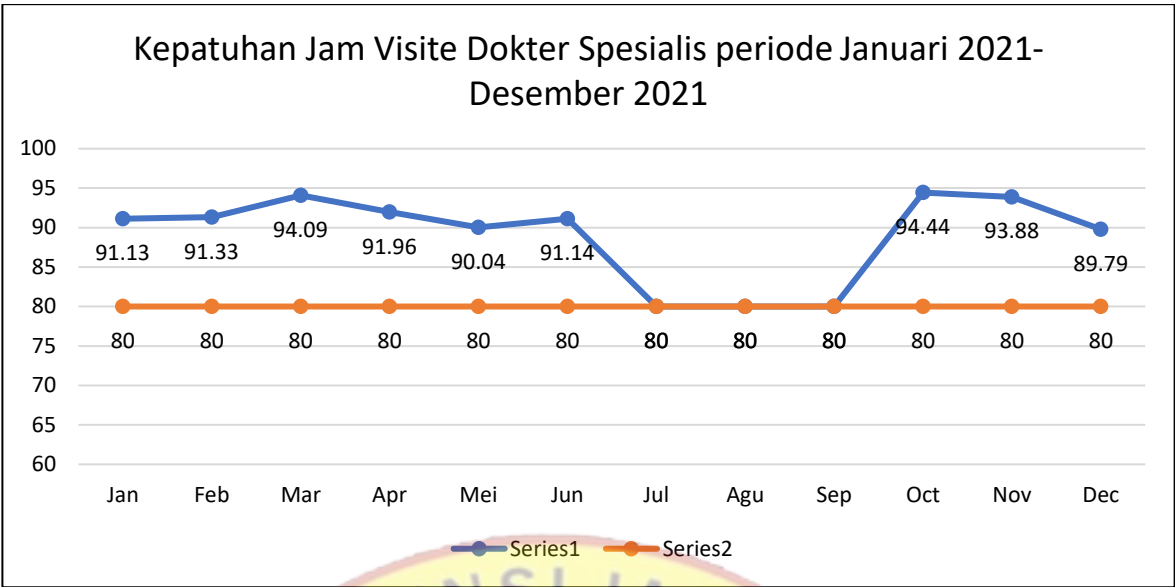


Rerata hasil capaian Penundaan Operasi Elektif pada tahun 2021 mencapai 0.44%.

7. Ketepatan Waktu Visite Dokter

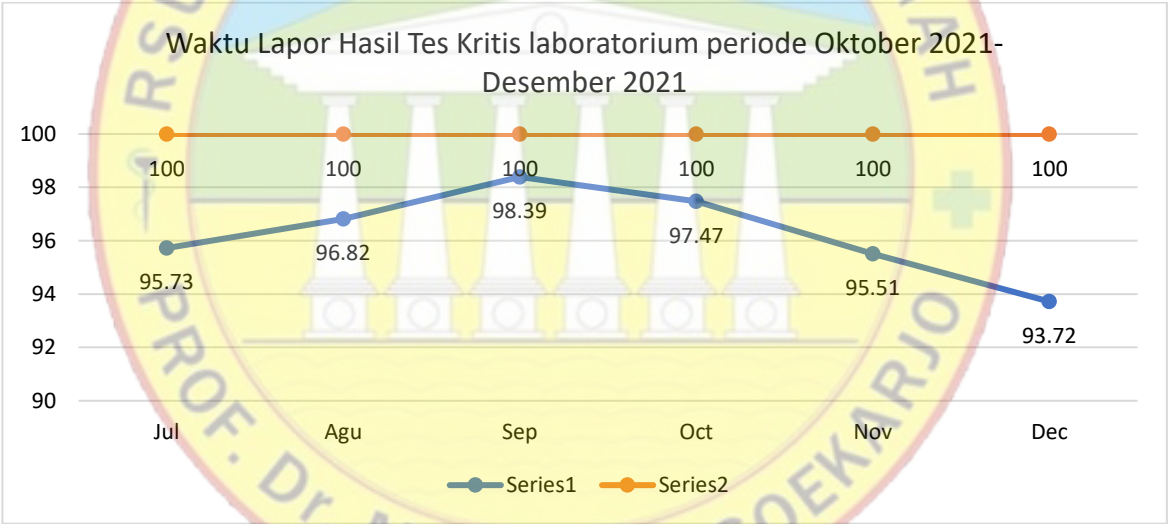


Rerata hasil capaian Ketepatan Waktu Visite Dokter periode Oktober 2021-Desember 2021 mencapai 87.22%. Hasil capaian ini menurun dari periode sebelumnya yang mencapai 90.68%.

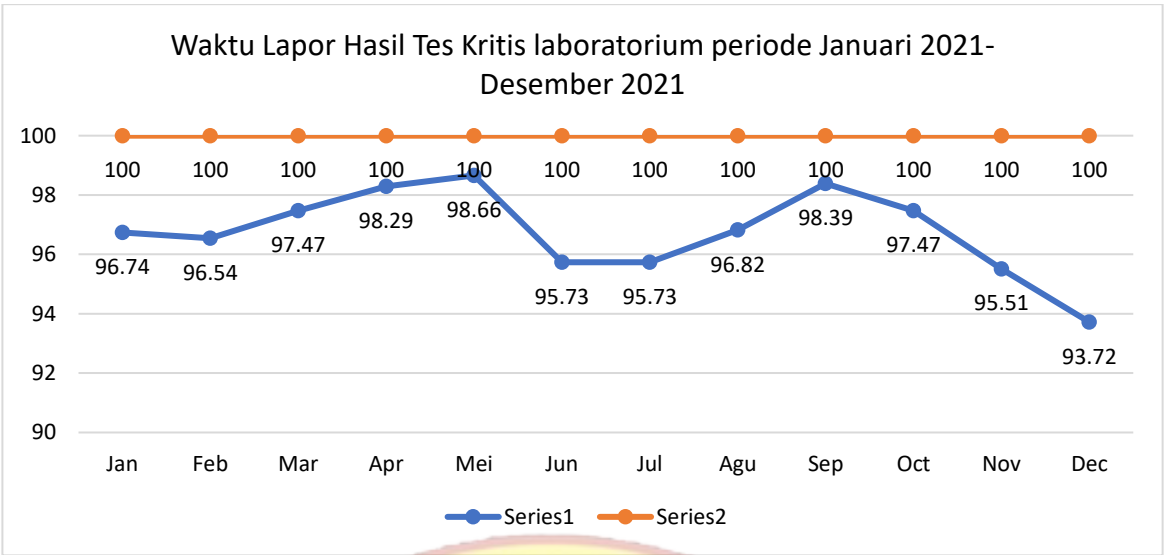


Rerata hasil capaian Ketepatan Waktu Visite Dokter pada tahun 2021 mencapai 88.98%.

8. Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium



Rerata hasil capaian Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium periode Oktober 2021-Desember 2021 mencapai 95.56%. Hasil capaian ini menurun dari periode sebelumnya yang mencapai 96.98%.

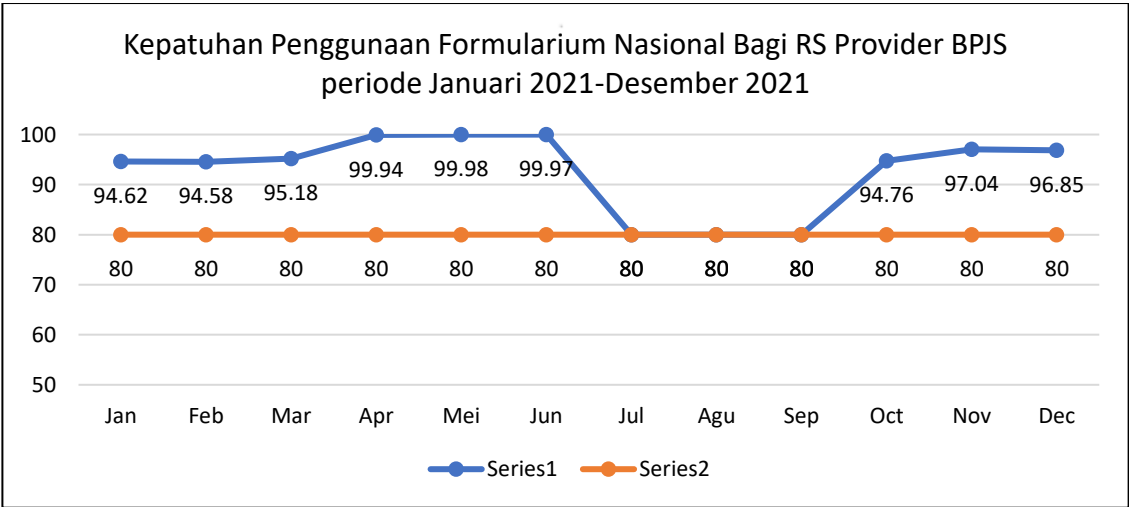


Rerata hasil capaian Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium pada tahun 2021 mencapai 96.75%.

9. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional

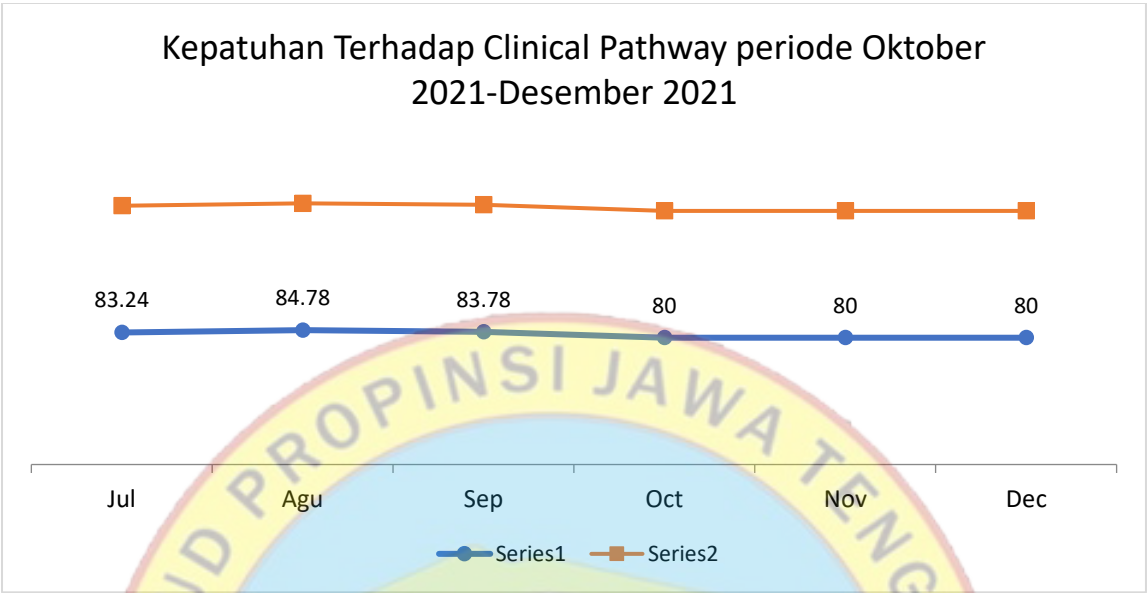


Rerata hasil capaian Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional periode Oktober 2021-Desember 2021 mencapai 96.21%. Hasil capaian ini meningkat dari periode sebelumnya yang mencapai 80%.

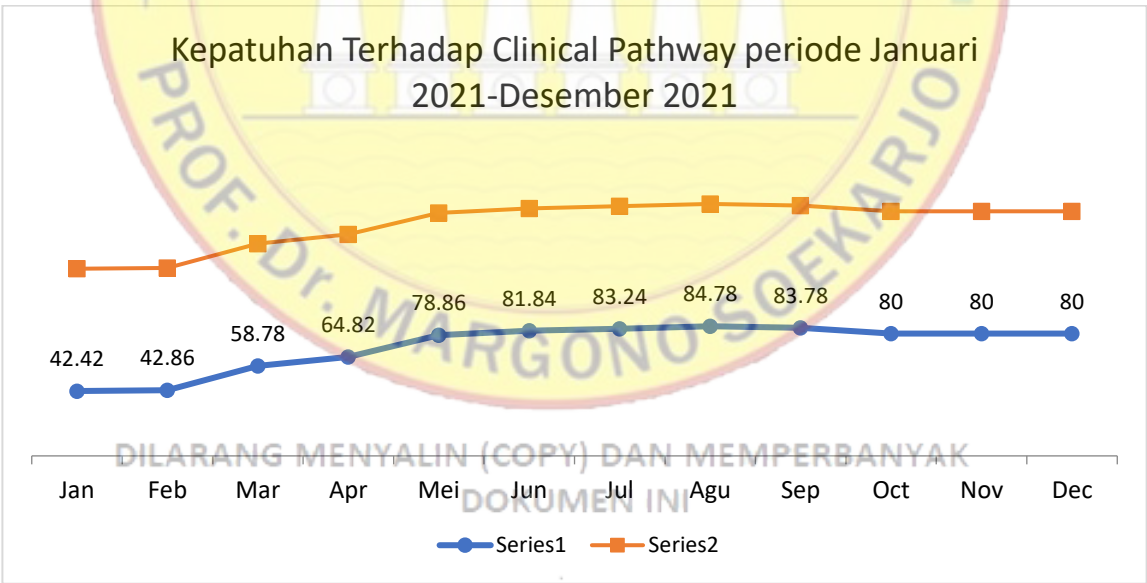


Rerata hasil capaian Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional pada tahun 2021 mencapai 92.74%.

10. Kepatuhan Terhadap Alur Klinis (*Clinical Pathway*)

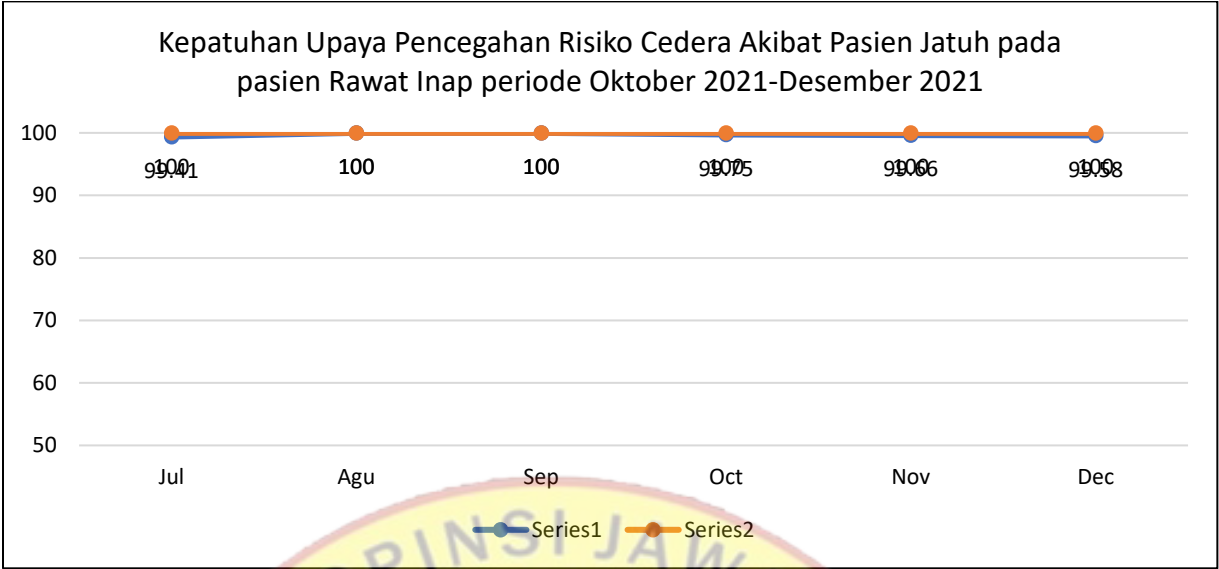


Rerata hasil capaian Kepatuhan Terhadap Alur Klinis (*Clinical Pathway*) periode Oktober 2021-Desember 2021 mencapai 80%. Hasil capaian ini meningkat dari periode sebelumnya yang mencapai 80%.

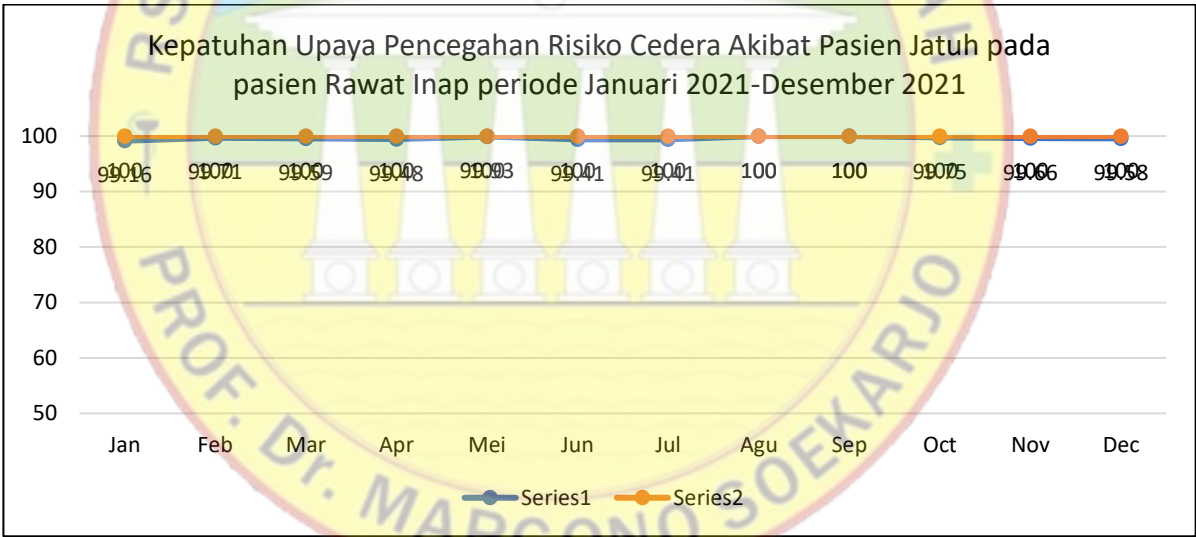


Rerata hasil capaian Kepatuhan terhadap Alur Klinis (*Clinical Pathway*) pada tahun 2021 mencapai 71.78%.

11. Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh

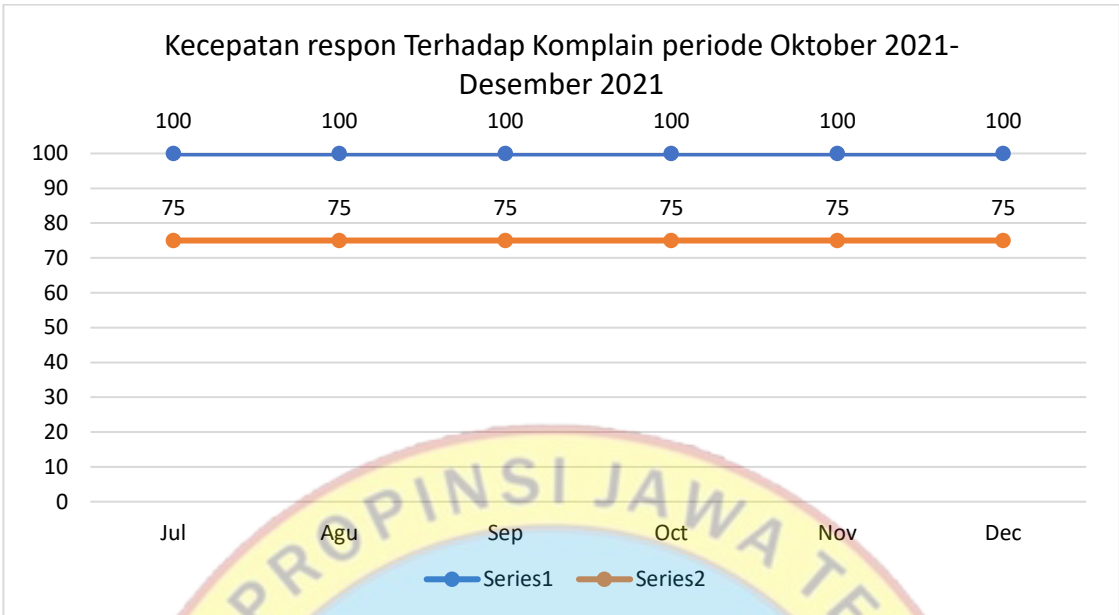


Rerata hasil capaian Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh periode Oktober 2021-Desember 2021 mencapai 99.66%. Hasil capaian ini mnurun dari periode sebelumnya yang mencapai 99.80%.

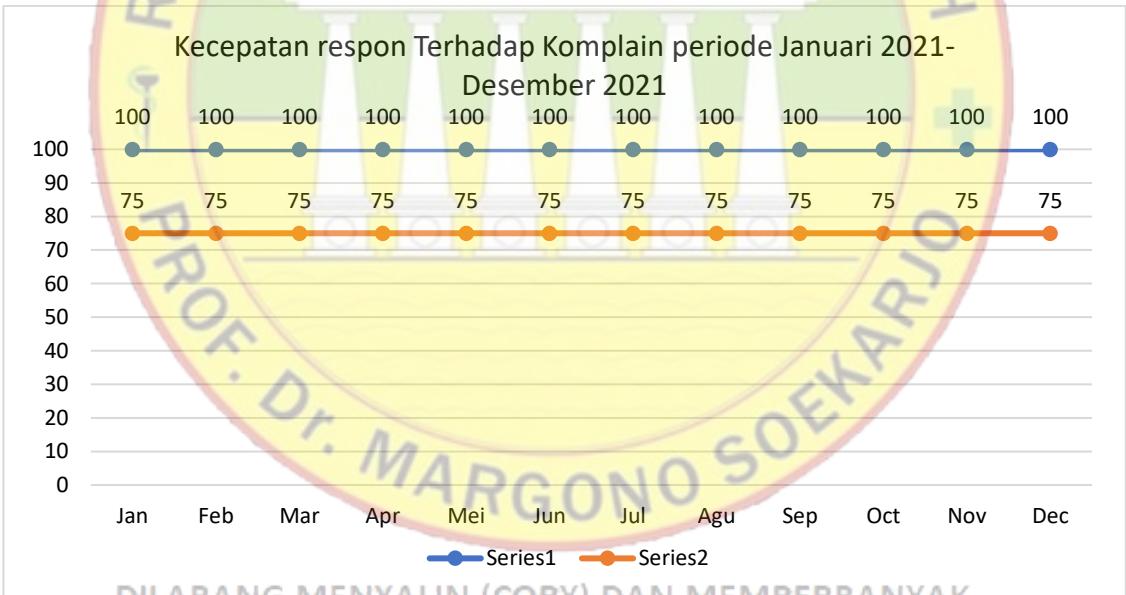


Rerata hasil capaian Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh pada tahun 2021 mencapai 99.64%.

12. Ketepatan Waktu Tanggap Komplain

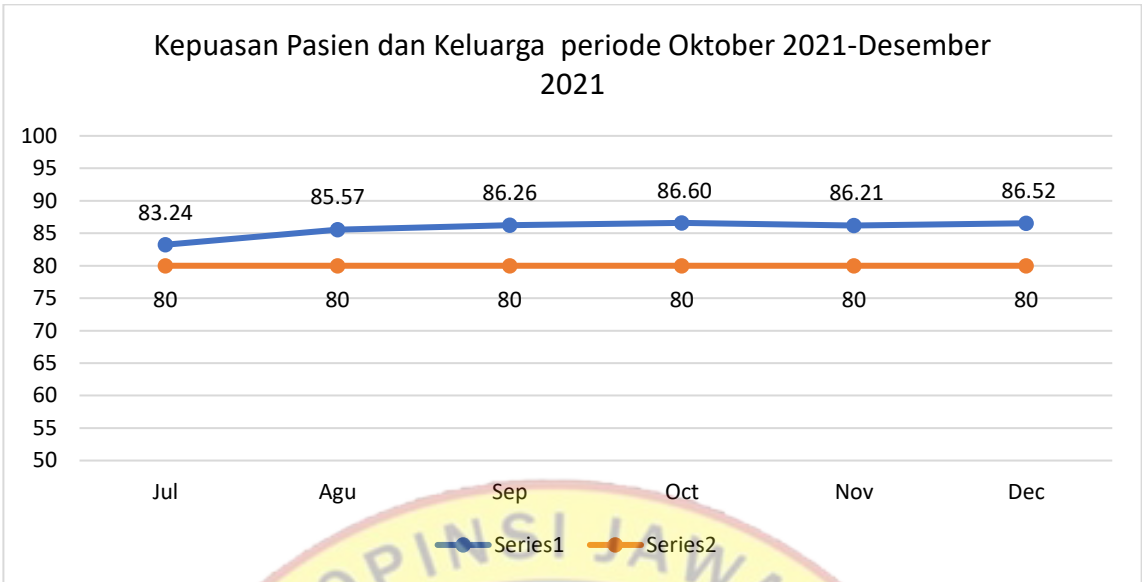


Rerata hasil capaian Ketepatan waktu tanggap komplain periode Oktober 2021-Desember 2021 sudah mencapai standar yang ditetapkan yakni 100%.

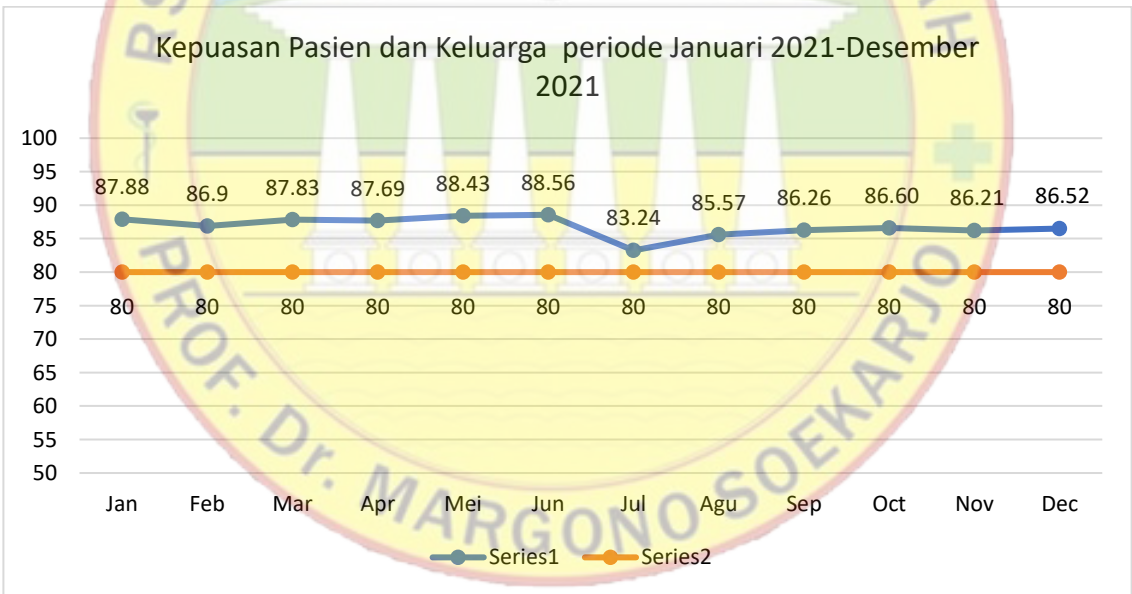


Rerata hasil capaian Ketepatan waktu tanggap komplain pada tahun 2021 sudah mencapai 100%.

13. Kepuasan Pasien



Rerata hasil capaian Kepuasan pasien periode Oktober 2021-Desember 2021 sudah mencapai 86.44%. Capaian ini meningkat dari periode sebelumnya yang mencapai 85.02%.



Rerata hasil capaian Kepuasan pasien pada tahun 2021 sudah mencapai 86.80%.

DOKUMEN INI

UPAYA PERBAIKAN INDIKATOR MUTU NASIONAL

NO	PLAN	DO	STUDY	ACTION
	Dari 9 Indikator mutu prioritas sebanyak 4 indikator belum mencapai standar yang ditetapkan Meningkatkan capaian 4 Indikator mutu nasional sesuai dengan standar yang ditetapkan	1) Indikator Kebersihan tangan: Memberikan edukasi secara masif melalui meeting morning, Pendampingan dan monitoring langsung oleh tim PPI 2) Indikator Kepatuhan upaya pencegahan risiko cedera akibat pasien jatuh : Memberikan edukasi secara masif melalui meeting morning, dan sosialisasi ulang upaya pencegahan risiko pasien jatuh 3) Indikator waktu tunggu rawat jalan	1) Penggunaa n sarung tangan 1 pasien 1 2) Peningkatan Upaya pencegahan risiko jatuh 3) Sosialisasi ulang pasien untuk	1) Pemantauan kepatuhan kebersihan tangan 2) Melakukan pelatihan 7 KD 3) Pemilihan sampel pasien di

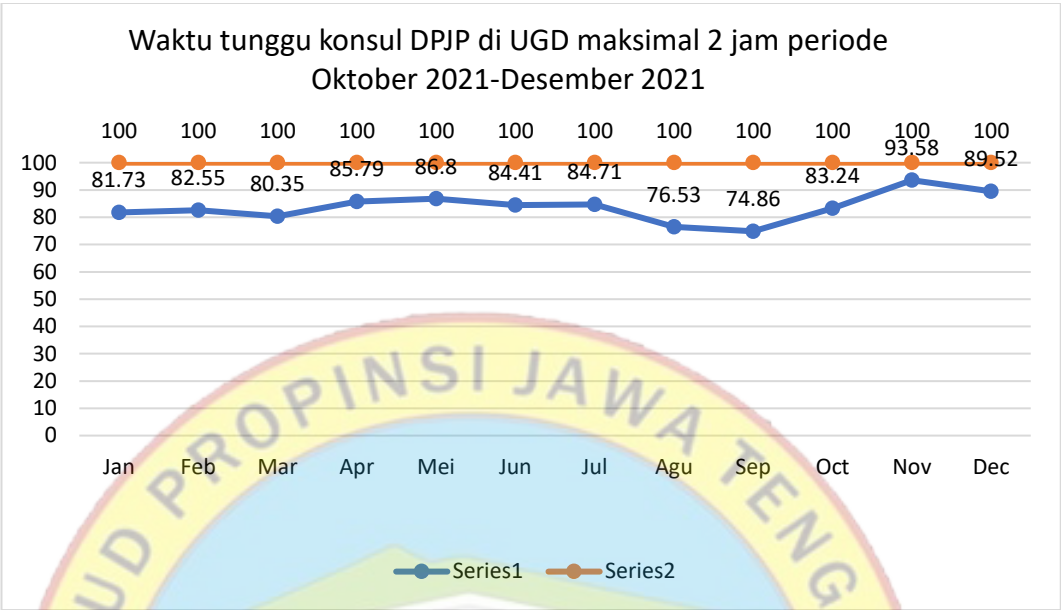
		Memberikan surat edaran terkait hasil capaian waktu tunggu rawat jalan kepada Ka IRJA I, IRJA II dan DPJP	datang sesuai dengan waktu estimasi pasien diperiksa dokter	rawat jalan (pasien dengan tindakan di exclude)
		4) Indikator pelaporan hasil kritis laboratorium: Memberikan surat edaran kepada Kabag penunjang pelayanan terkait hasil capaian yang belum memenuhi standar	4) Inovasi notifikasi otomatis jika ada nilai kritis kepada DPJP. Sosialisasi ulang terkait nilai kritis dan hasil laborat kepada seluruh staff RS	4) Pelatihan 7 KD

DILARANG MENYALIN (COPY) DAN MEMPERBANYAK DOKUMEN INI

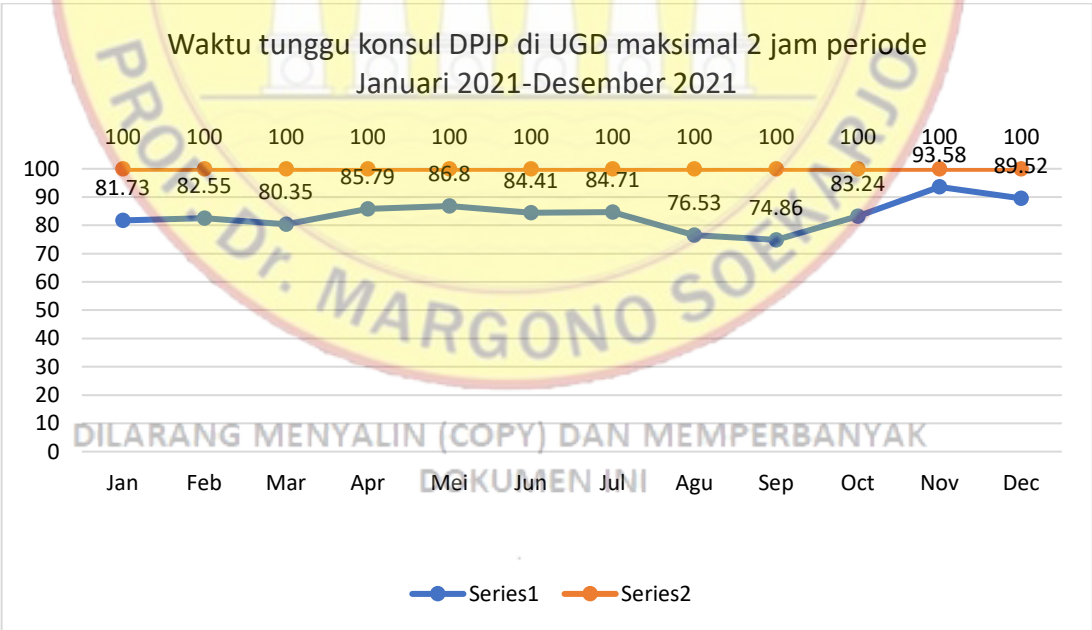
III. INDIKATOR MUTU UNIT

1. Instalasi Gawat Darurat

a. Waktu tunggu konsul DPJP di IGD ≤2 jam

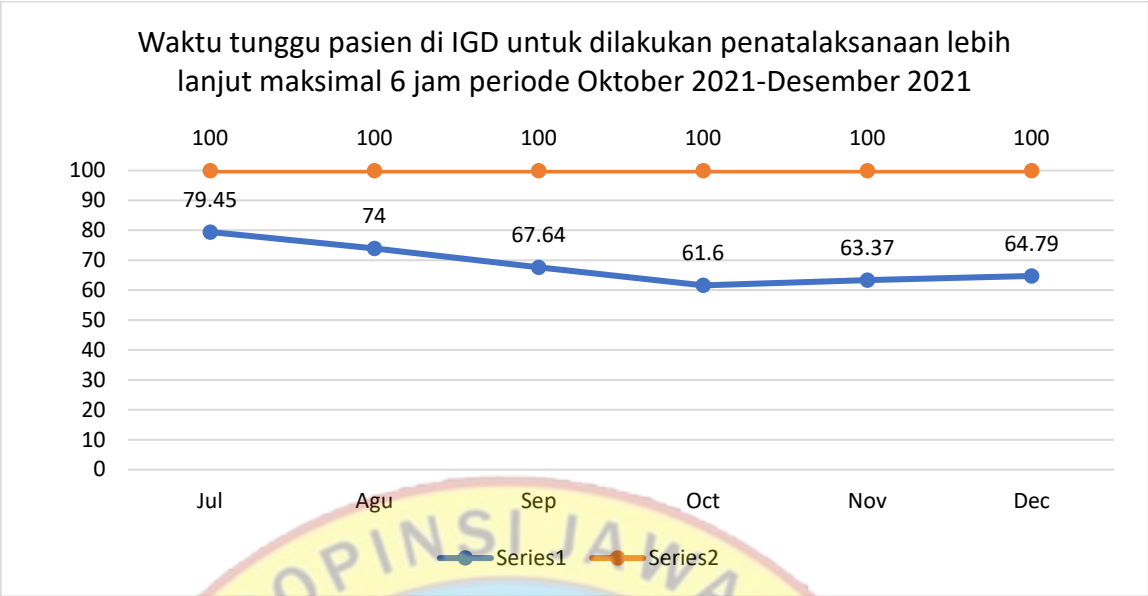


Rerata hasil capaian Waktu tunggu konsul DPJP di IGD ≤2 jam Oktober 2021-Desember 2021 sudah mencapai 88.78%. Capaian ini meningkat dari periode sebelumnya yang mencapai 78.70%.

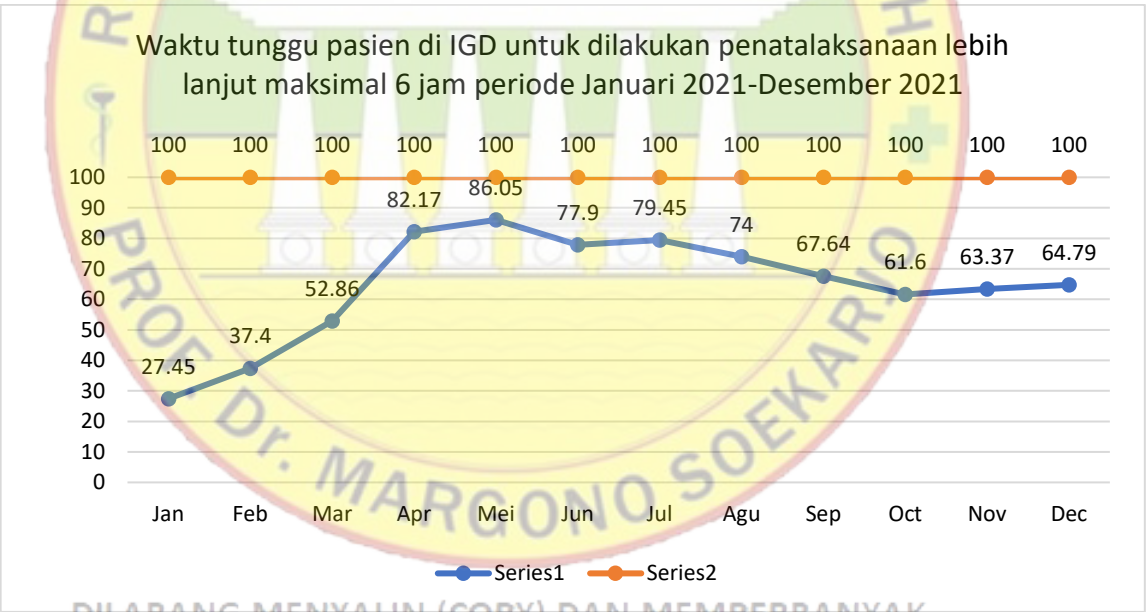


Rerata hasil capaian Waktu tunggu konsul DPJP di IGD ≤2 jam pada tahun 2021 sudah mencapai 86.67%.

b. Waktu tunggu penatalaksanaan pasien di IGD ≤ 6 jam



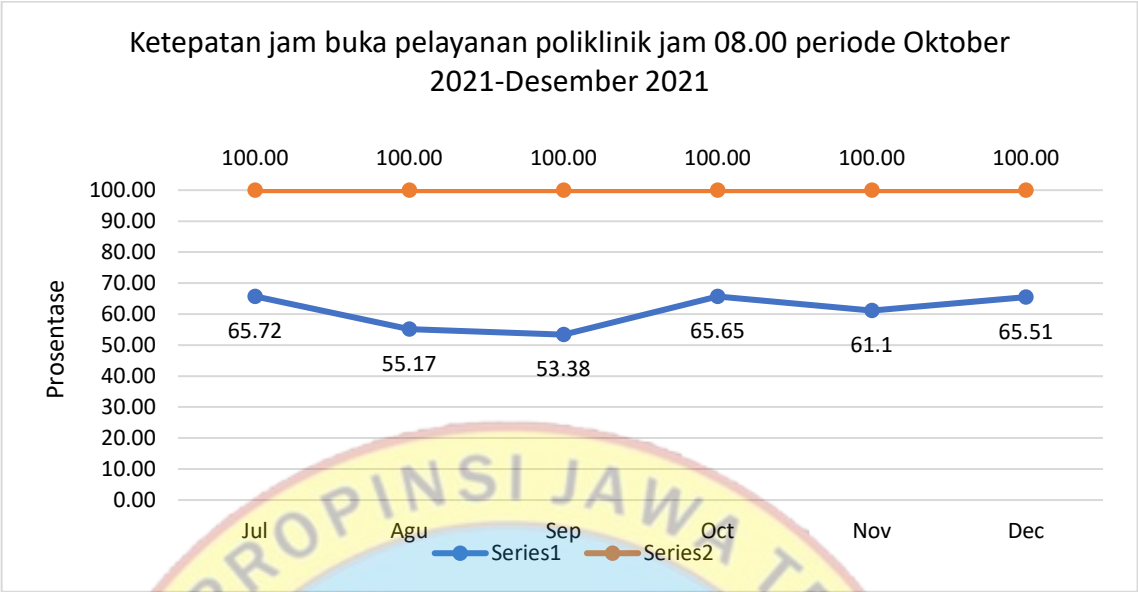
Rerata hasil capaian Waktu tunggu penatalaksanaan pasien di IGD ≤6 jam Oktober 2021-Desember 2021 sudah mencapai 63.25%. Capaian ini menurun dari periode sebelumnya yang mencapai 73.69%.



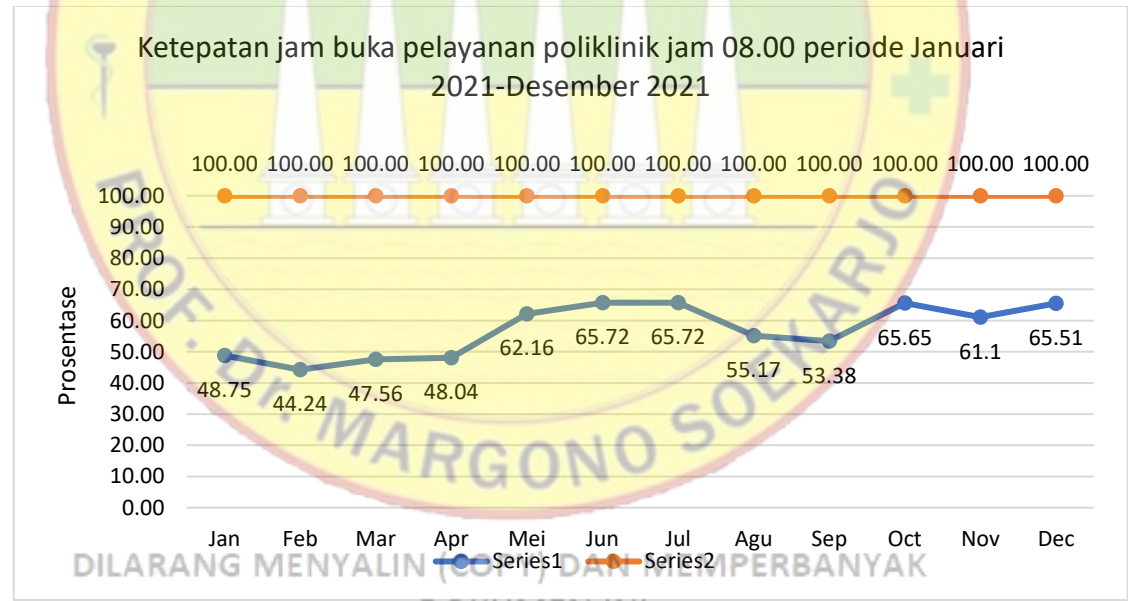
Rerata hasil capaian Waktu tunggu penatalaksanaan pasien di IGD ≤6 jam pada tahun 2021 sudah mencapai 64.55%.

2. Instalasi Rawat Jalan

Ketepatan jam buka pelayanan poliklinik jam 08.00



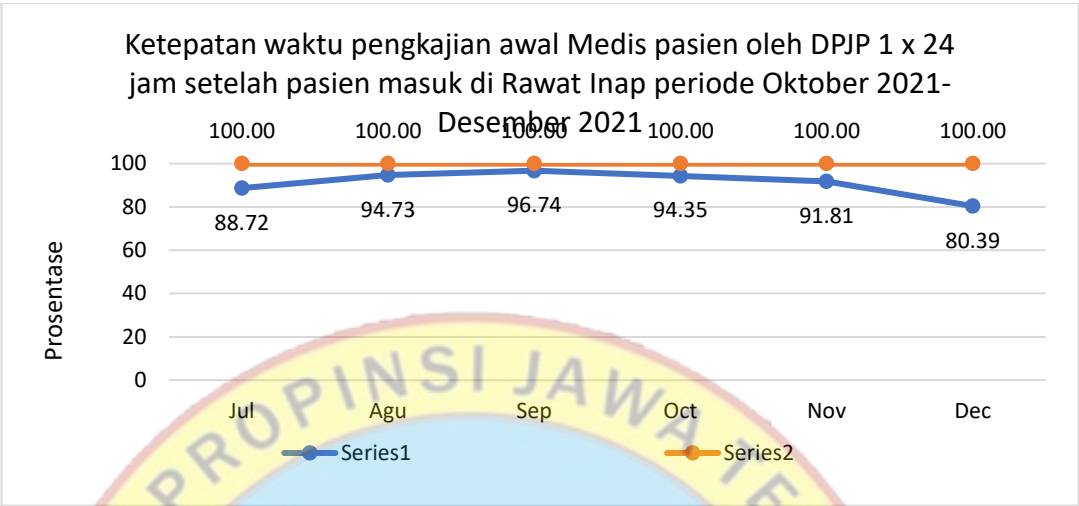
Rerata hasil capaian Ketepatan jam buka pelayanan poliklinik jam 08.00 Oktober 2021-Desember 2021 sudah mencapai 64.88%. Capaian ini meningkat dari periode sebelumnya yang mencapai 58.09%.



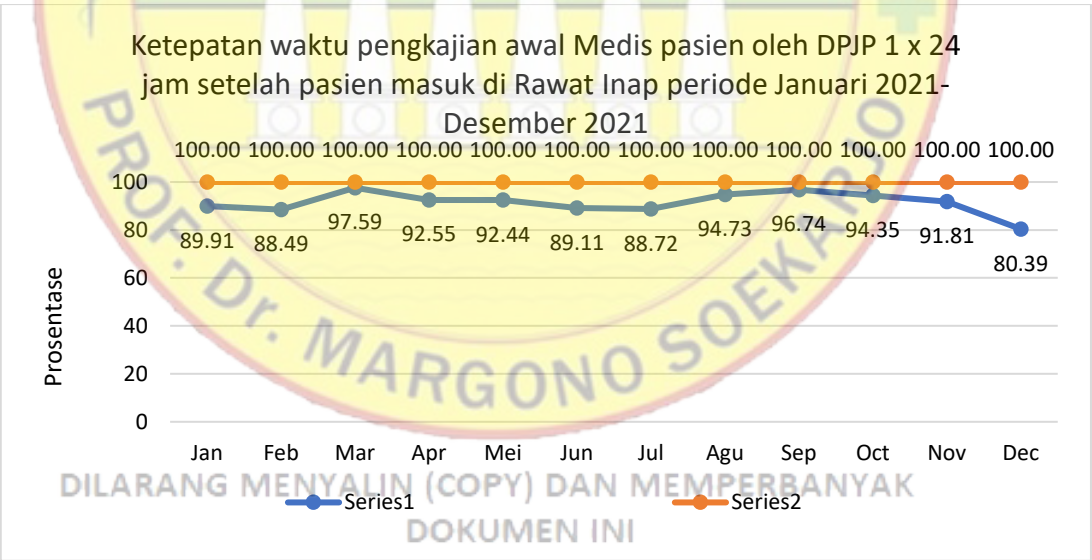
Rerata hasil Ketepatan jam buka pelayanan poliklinik jam 08.00 pada tahun 2021 sudah mencapai 56.91%.

3. Instalasi Rawat Inap

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

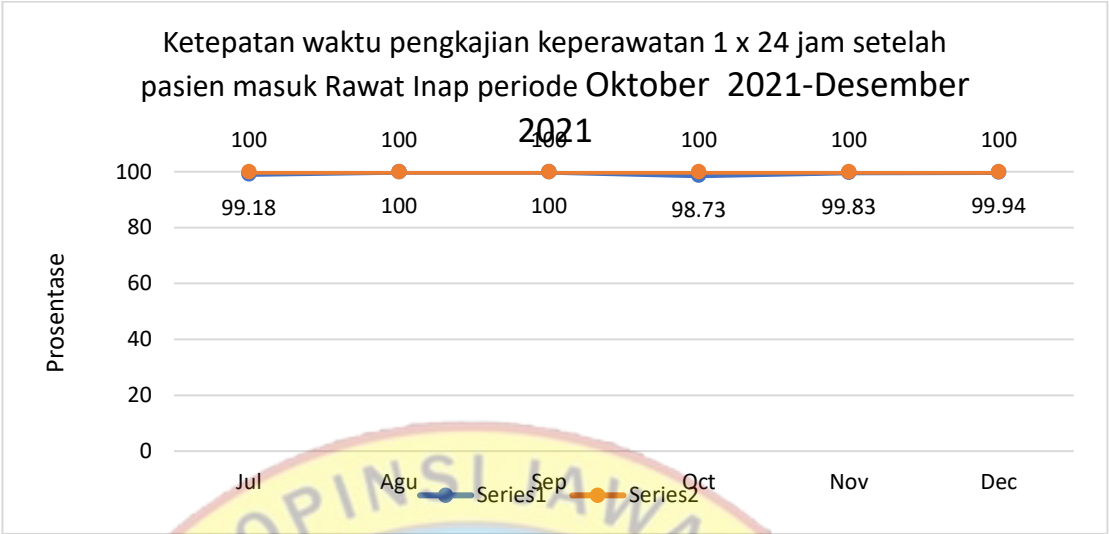


Rerata hasil capaian Ketepatan pengkajian awal pasien oleh DPJP 1 x 24 jam setelah pasien masuk di Rawat Inap Oktober 2021-Desember 2021 mencapai 88.85%. Capaian ini menurun dari periode sebelumnya yang mencapai 93.39%.

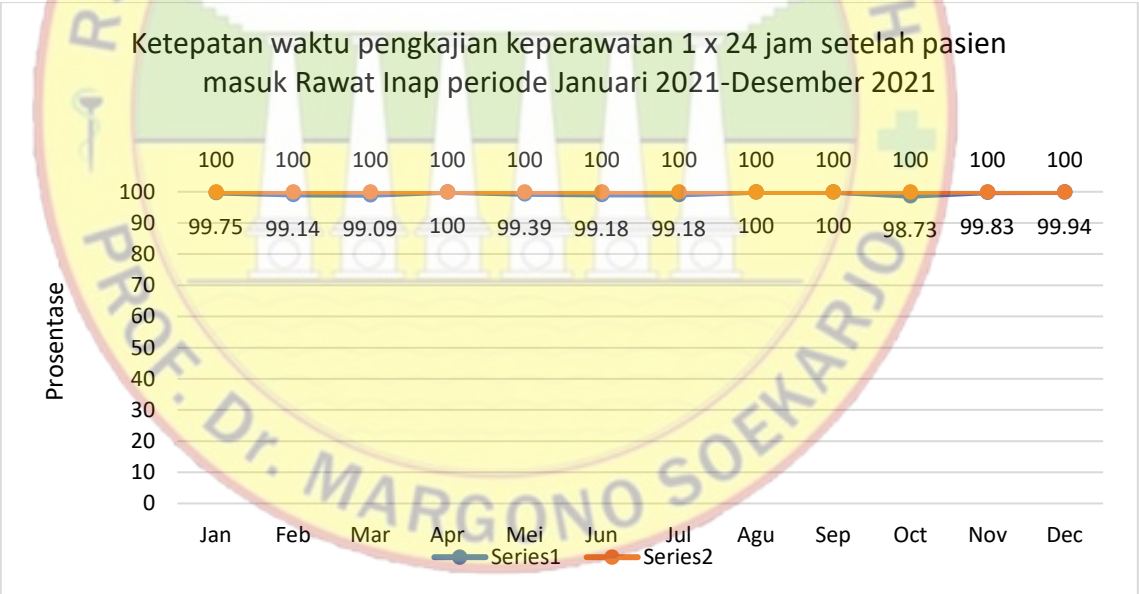


Rerata hasil Ketepatan pengkajian awal pasien oleh DPJP 1 x 24 jam setelah pasien masuk di Rawat Inap pada tahun 2021 sudah mencapai 91.40%.

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



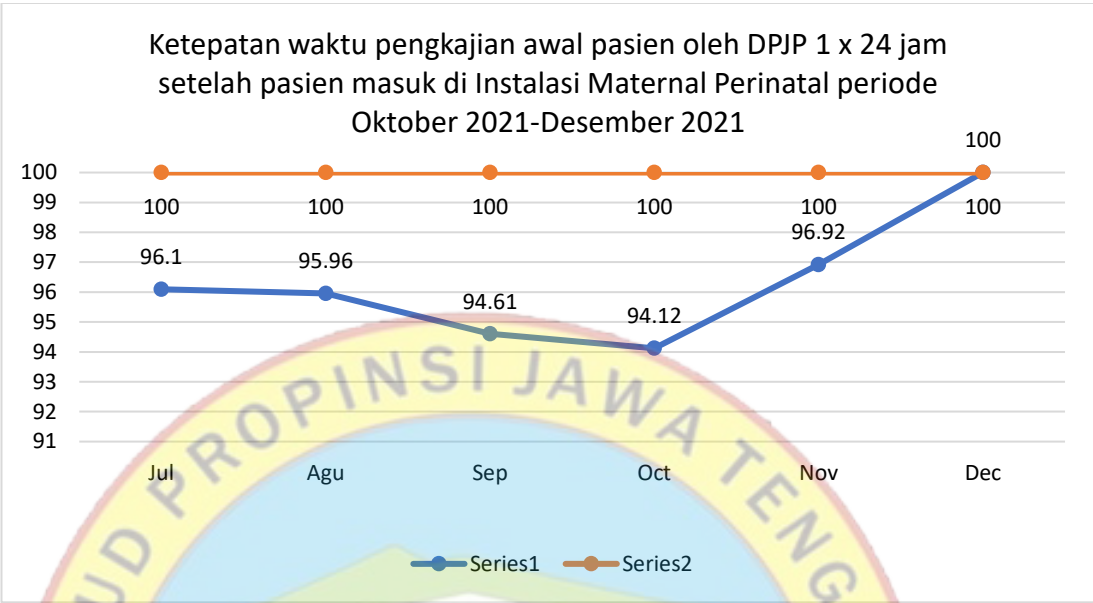
Rerata hasil capaian Ketepatan pengkajian awal keperawatan 1 x 24 jam setelah pasien masuk di Rawat Inap Oktober 2021-Desember 2021 mencapai 99.5%. Capaian ini menurun dari periode sebelumnya yang mencapai 99.72%.



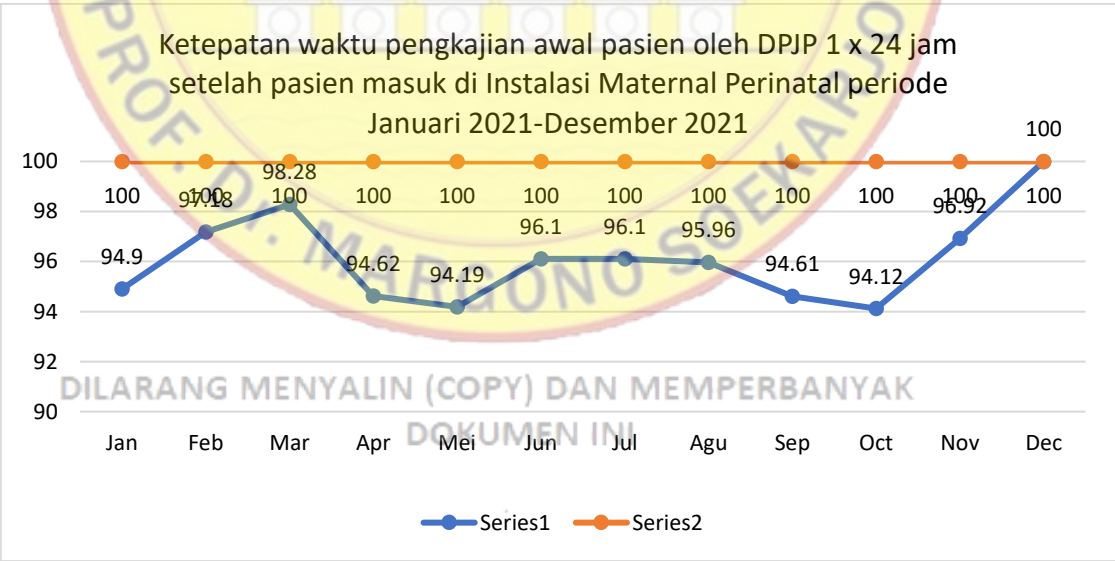
Rerata hasil Ketepatan pengkajian awal keperawatan 1 x 24 jam setelah pasien masuk di Rawat Inap pada tahun 2021 sudah mencapai 99.51%.

4. Instalasi Maternal dan Perinatal

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

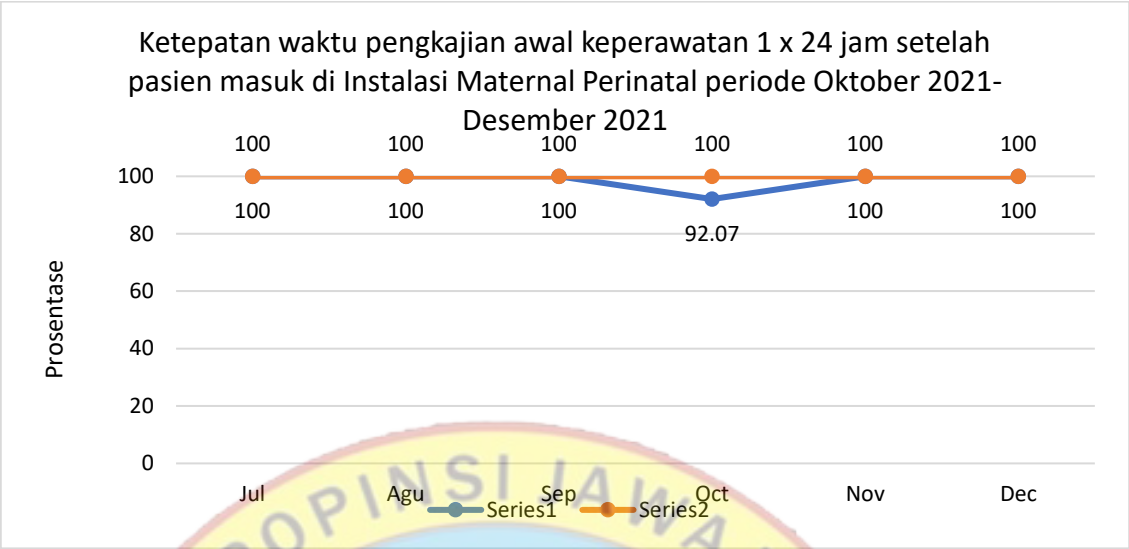


Rerata hasil capaian Ketepatan waktu pengkajian awal pasien oleh DPJP 1 x 24 jam setelah pasien masuk di Instalasi Maternal Perinatal Oktober 2021-Desember 2021 mencapai 97.01%. Capaian ini meningkat dari periode sebelumnya yang mencapai 95.55%.

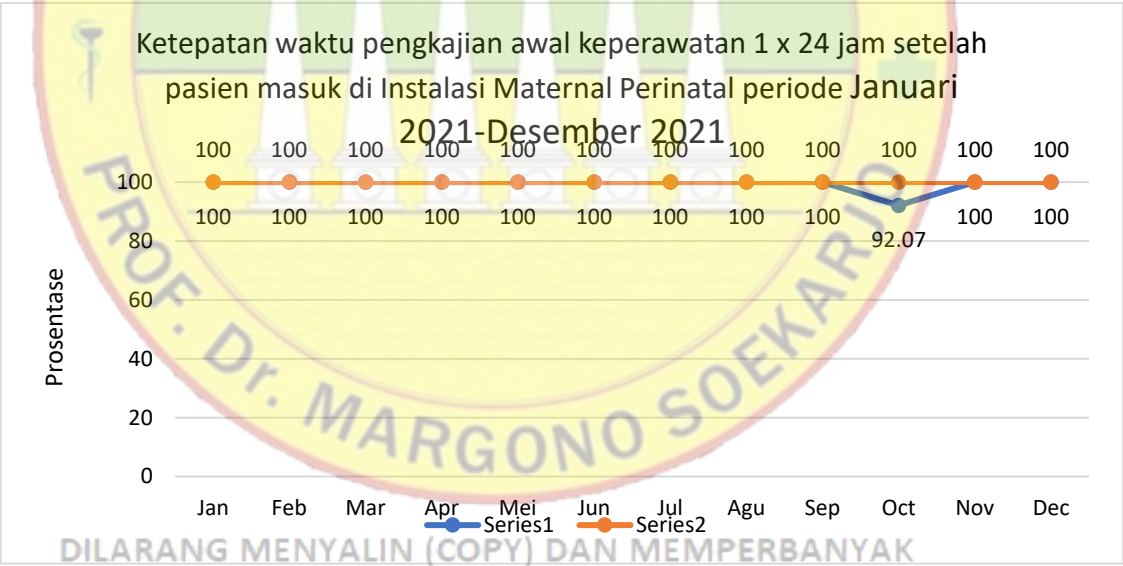


Rerata hasil Ketepatan waktu pengkajian awal pasien oleh DPJP 1 x 24 jam setelah pasien masuk di Instalasi Maternal Perinatal pada tahun 2021 sudah mencapai 96.08%.

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

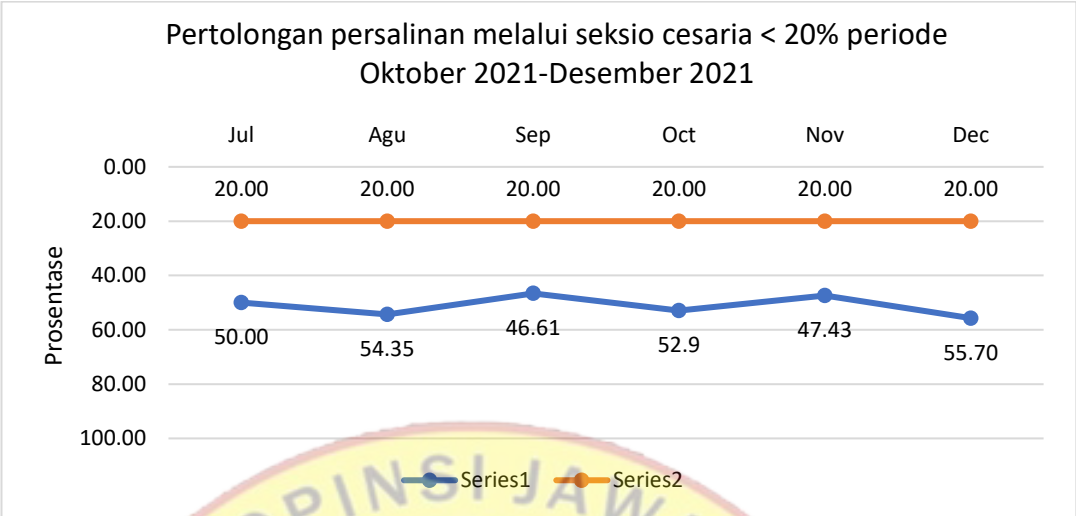


Rerata hasil capaian Ketepatan waktu pengkajian awal keperawatan 1 x 24 jam setelah pasien masuk di Instalasi Maternal Perinatal Oktober 2021-Desember 2021 mencapai 97.35%. Capaian ini menurun dari periode sebelumnya yang sudah mencapai standar 100%.

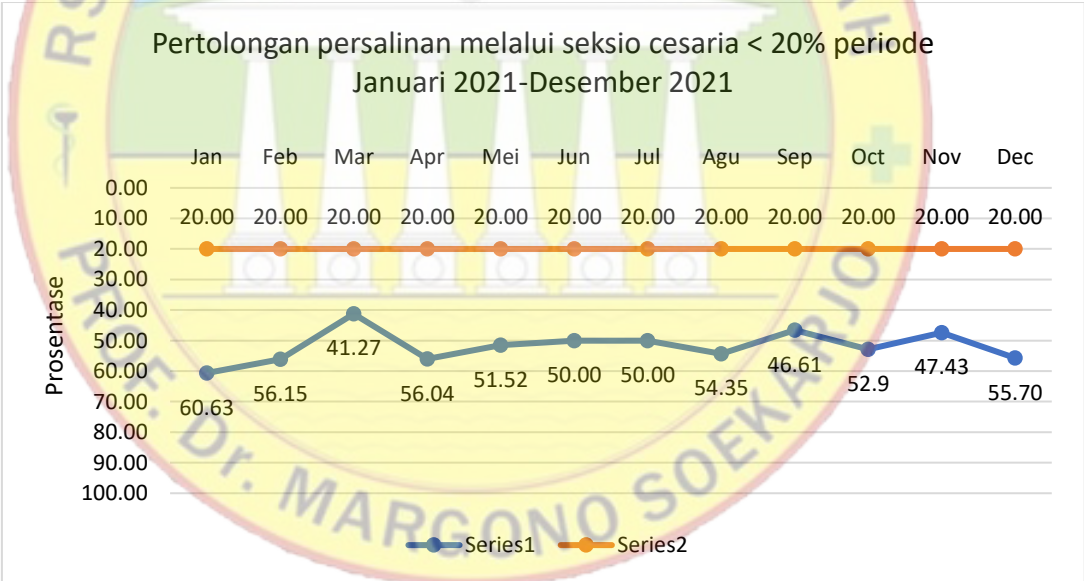


Rerata hasil Ketepatan waktu pengkajian awal keperawatan 1 x 24 jam setelah pasien masuk di Instalasi Maternal Perinatal pada tahun 2021 sudah mencapai 99.33%.

c. Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria < 20%

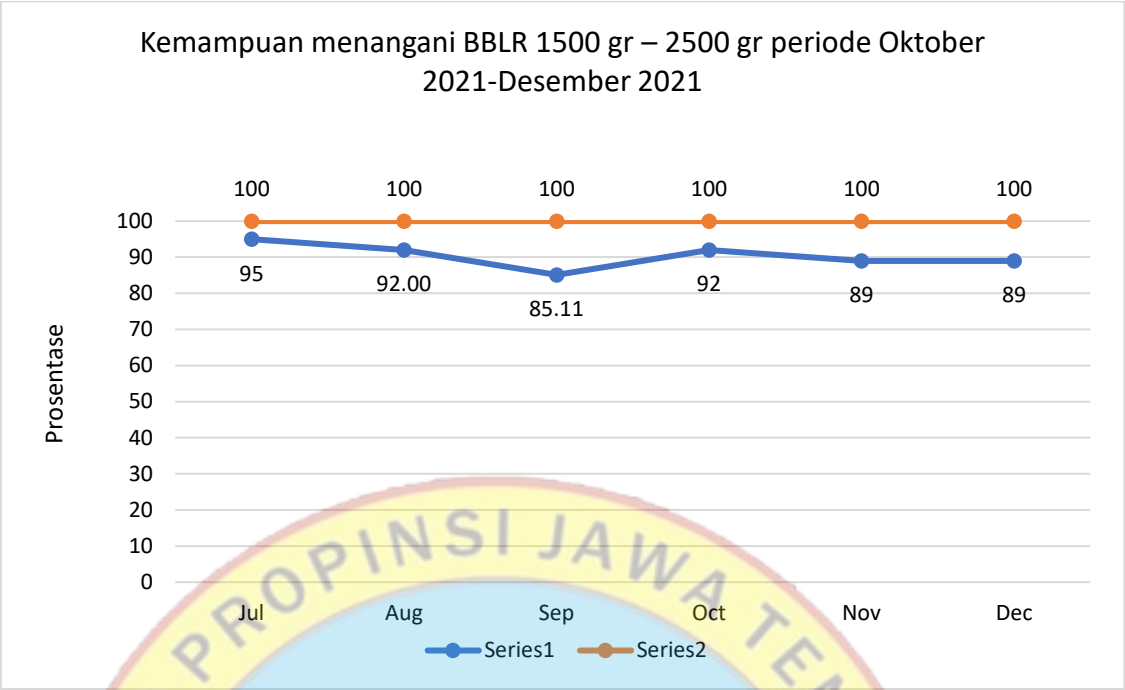


Rerata hasil capaian Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria < 20% periode Oktober 2021-Desember 2021 mencapai 52.01%. Capaian ini meningkat dari periode sebelumnya yang mencapai 50.32%.

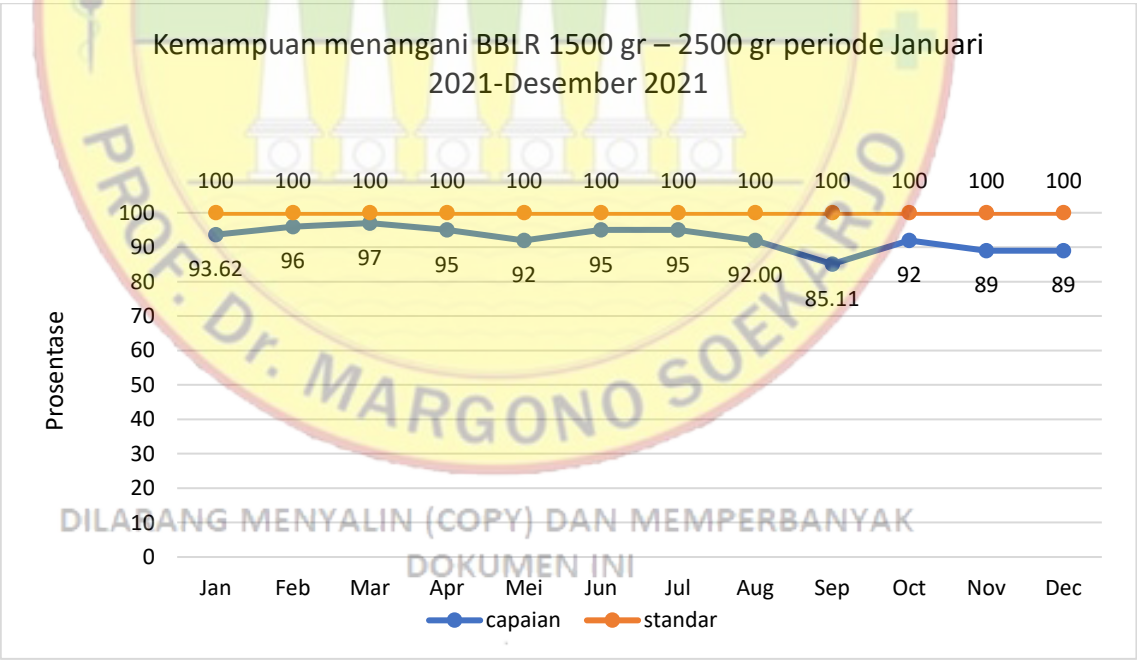


Rerata hasil Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria < 20% pada tahun 2021 mencapai 51.88%.

d. Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr



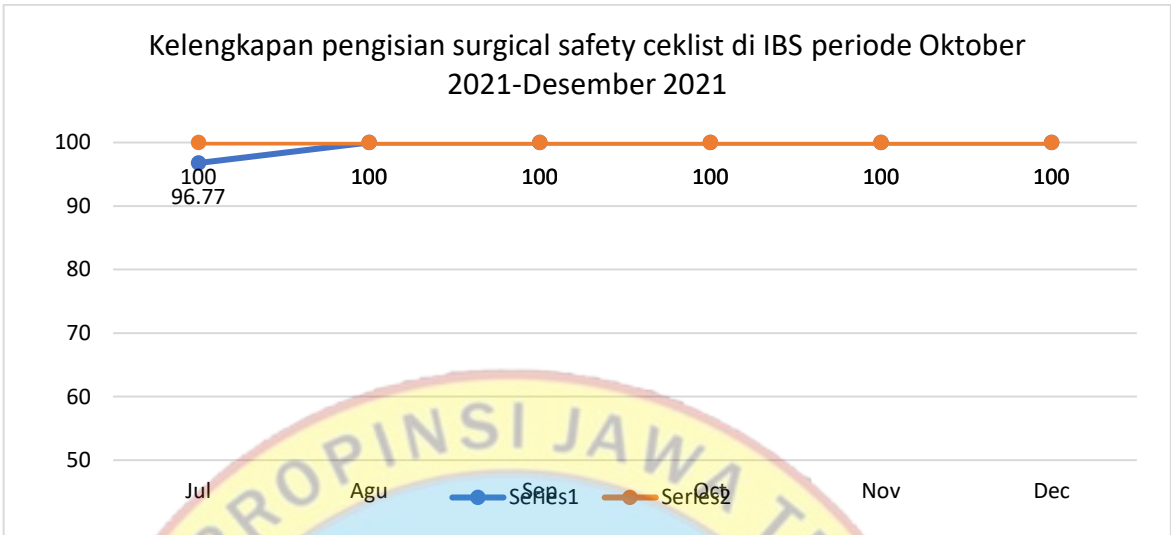
Rerata hasil capaian Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr periode Oktober 2021-Desember 2021 mencapai 90%. Capaian ini menurun dari periode sebelumnya yang mencapai 90.70%.



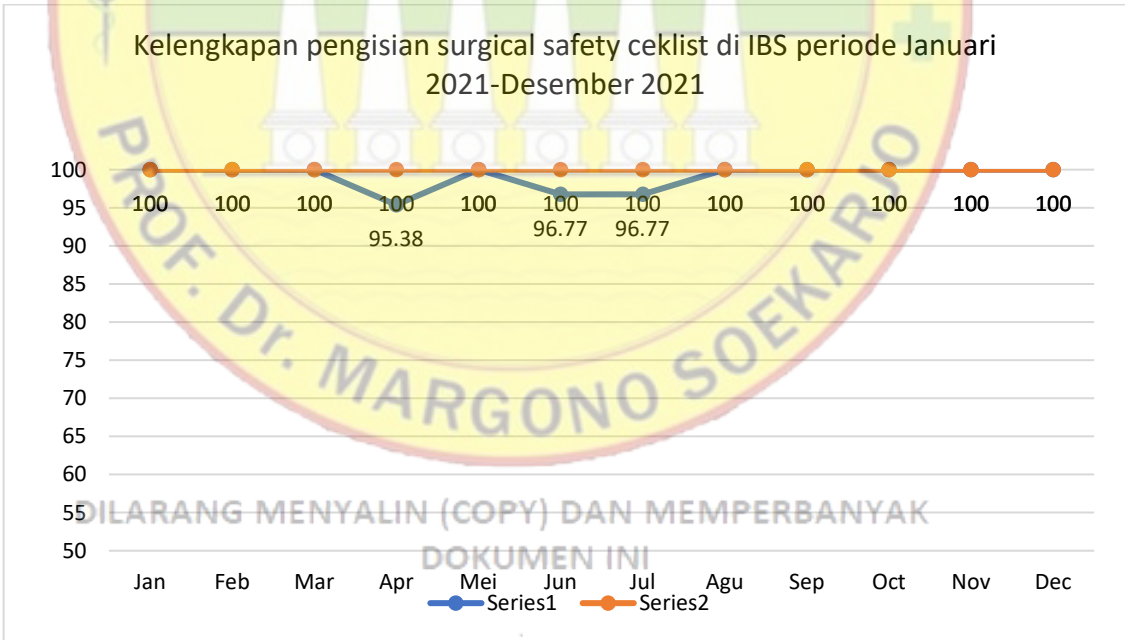
Rerata hasil Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr pada tahun 2021 mencapai 92.56%.

5. Instalasi Bedah Sentral

a. Kelengkapan pengisian *Surgical Safety Checklist* di kamar operasi

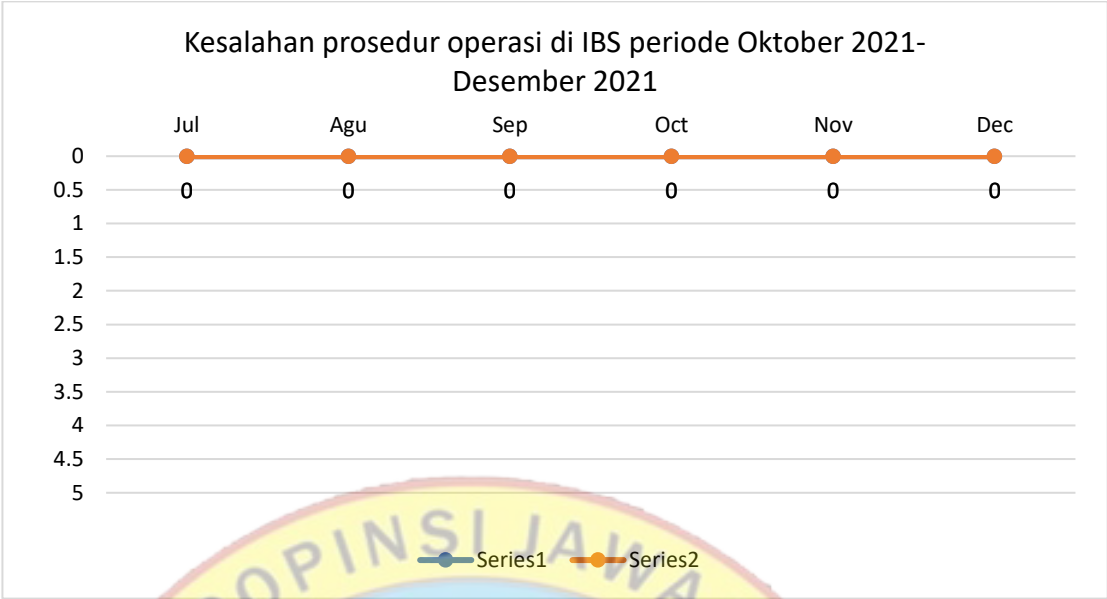


Rerata hasil capaian Kelengkapan pengisian *Surgical Safety Checklist* di kamar operasi periode Oktober 2021-Desember 2021 sudah mencapai standar yang ditetapkan yakni 100%. Capaian ini meningkat dari periode sebelumnya yang mencapai 98.92%.



Rerata hasil capaian Kelengkapan pengisian *Surgical Safety Checklist* di kamar operasi pada tahun 2021 mencapai 99.07%.

b. Kesalahan prosedur operasi

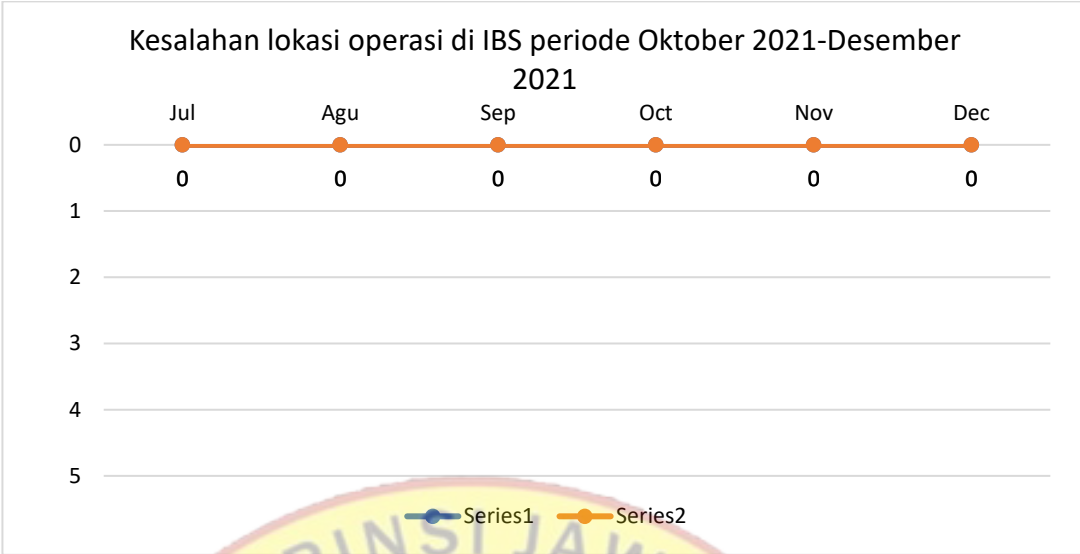


Rerata hasil capaian data Kesalahan prosedur operasi di IBS periode Oktober 2021-Desember 2021 sudah sesuai standar, dalam periode tersebut tidak ditemukan adanya kesalahan prosedur operasi.

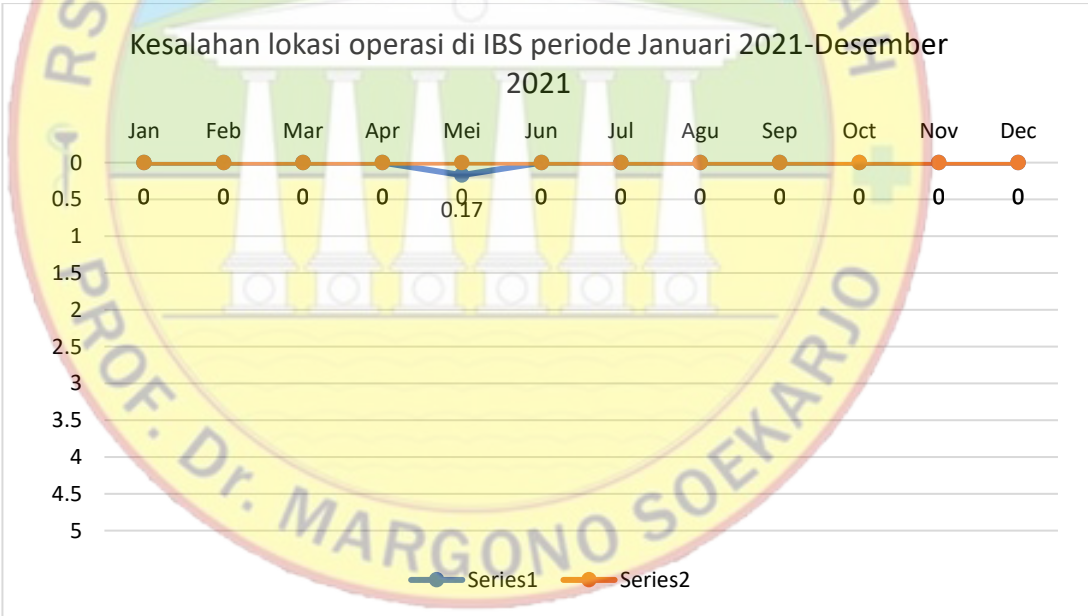


Rerata hasil capaian Kesalahan prosedur operasi di IBS pada tahun 2021 sudah memenuhi standar yang ditetapkan 0%.

c. Kesalahan lokasi operasi

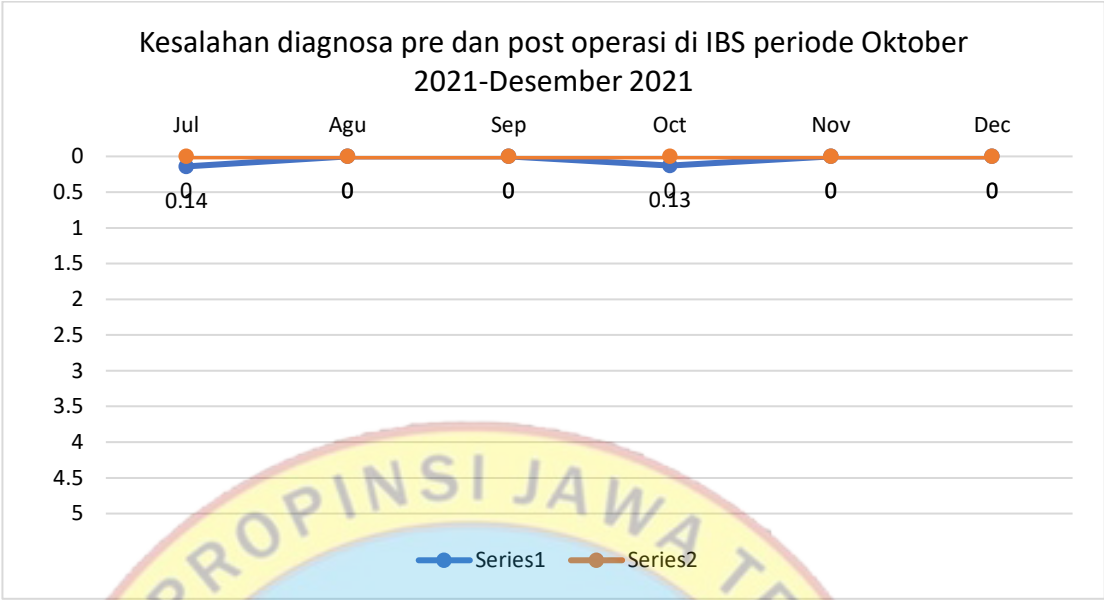


Rerata hasil capaian data Kesalahan Lokasi operasi di IBS periode Oktober 2021-Desember 2021 sudah sesuai standar, dalam periode tersebut tidak ditemukan adanya kesalahan Lokasi operasi.

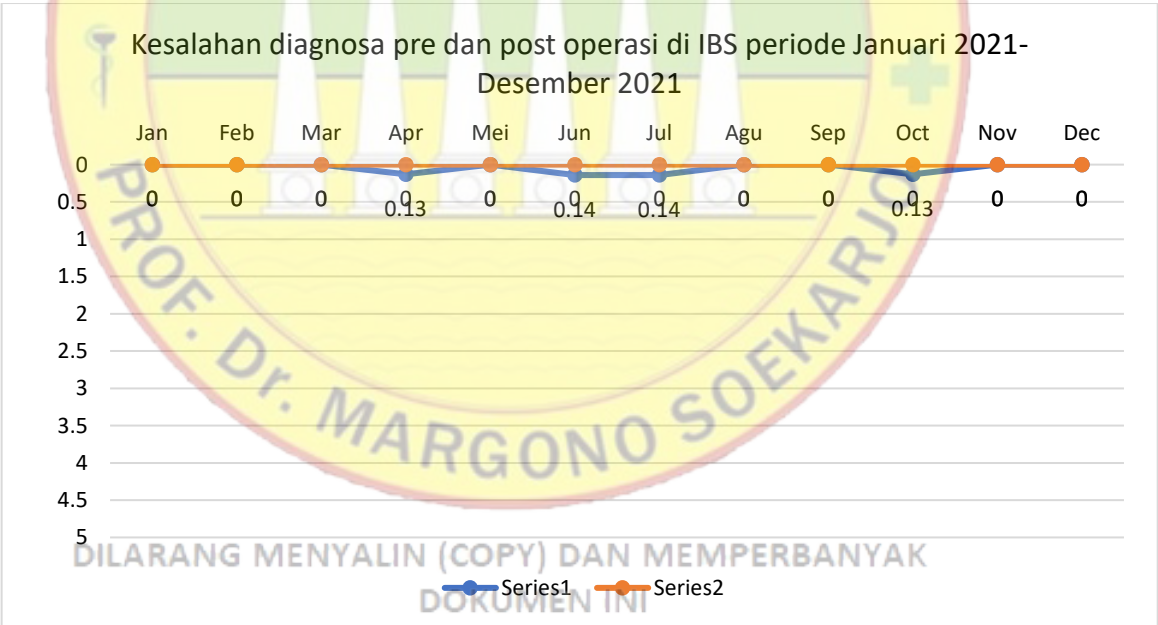


Rerata hasil capaian Kesalahan Lokasi operasi di IBS pada tahun 2021 sudah memenuhi standar yang ditetapkan 0%.

d. Kesalahan diagnosa pre dan post operasi

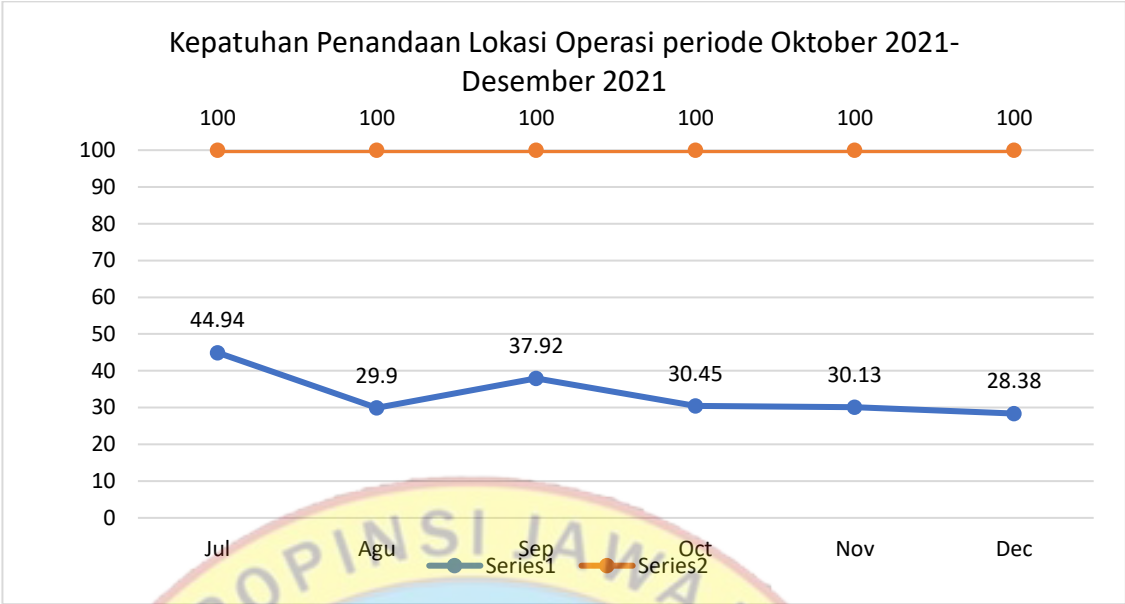


Rerata hasil capaian data Kesalahan diagnosa pre dan post operasi periode Oktober 2021-Desember 2021 mencapai 0.043%. Menurun dari periode sebelumnya yang mencapai 0.046%.

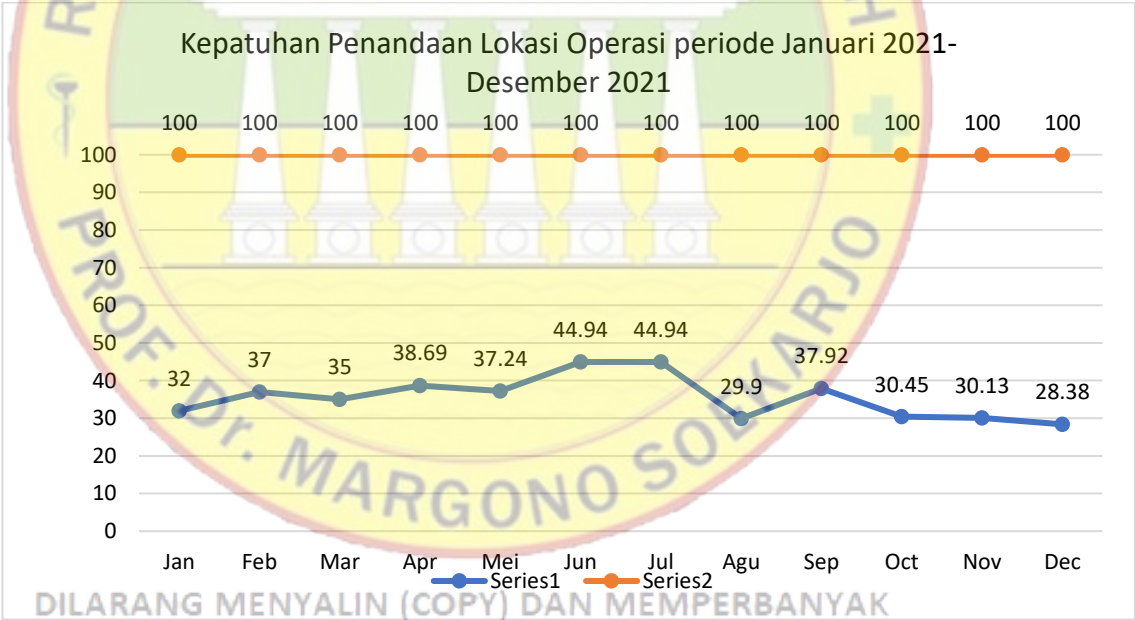


Rerata hasil capaian Kesalahan diagnosa pre dan post operasi pada tahun 2021 mencapai 0.45%.

e. Kepatuhan Penandaan Lokasi Operasi/site marking



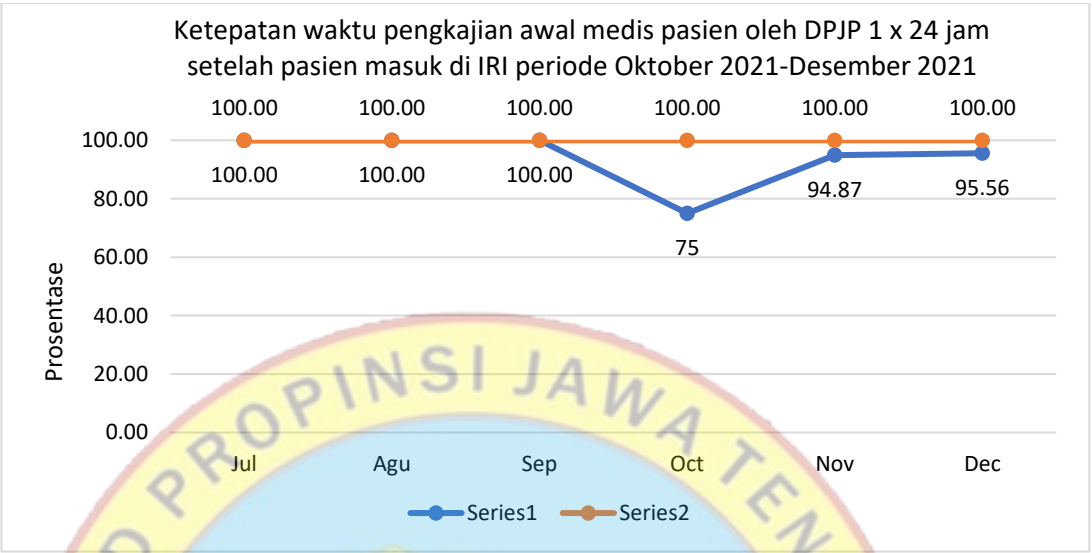
Rerata hasil capaian Kepatuhan Penandaan Lokasi Operasi/site marking periode Oktober 2021-Desember 2021 mencapai 29.65%. Menurun dari periode sebelumnya yang mencapai 37.58%.



Rerata hasil capaian Kepatuhan Penandaan Lokasi Operasi/site marking pada tahun 2021 mencapai 35.54%.

6. Instalasi Rawat Intensif

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

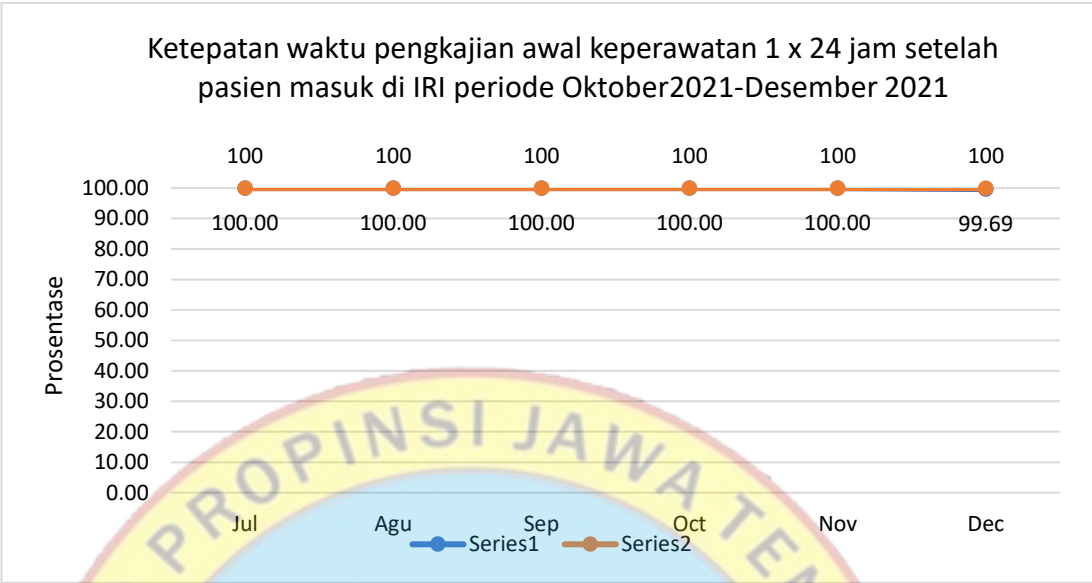


Rerata hasil capaian Ketepatan waktu pengkajian awal pasien oleh DPJP 1 x 24 jam setelah pasien masuk di IRI periode Oktober 2021-Desember 2021 mencapai 88.47%. Menurun dari periode sebelumnya yang sudah mencapai 100%.

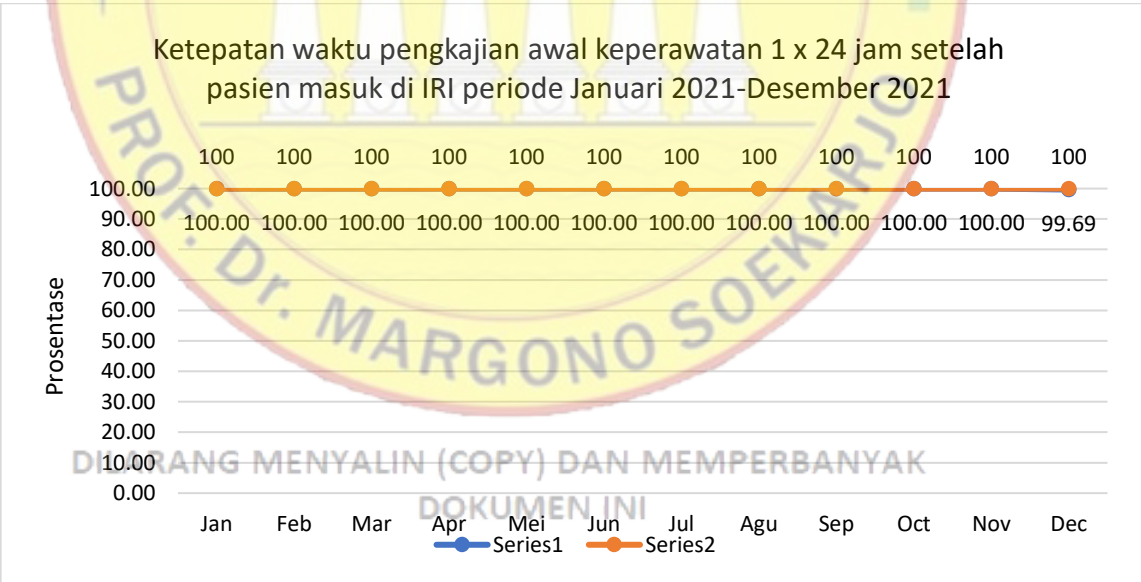


Rerata hasil capaian Ketepatan waktu pengkajian awal pasien oleh DPJP 1 x 24 jam setelah pasien masuk di IRI pada tahun 2021 mencapai 95.42%.

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

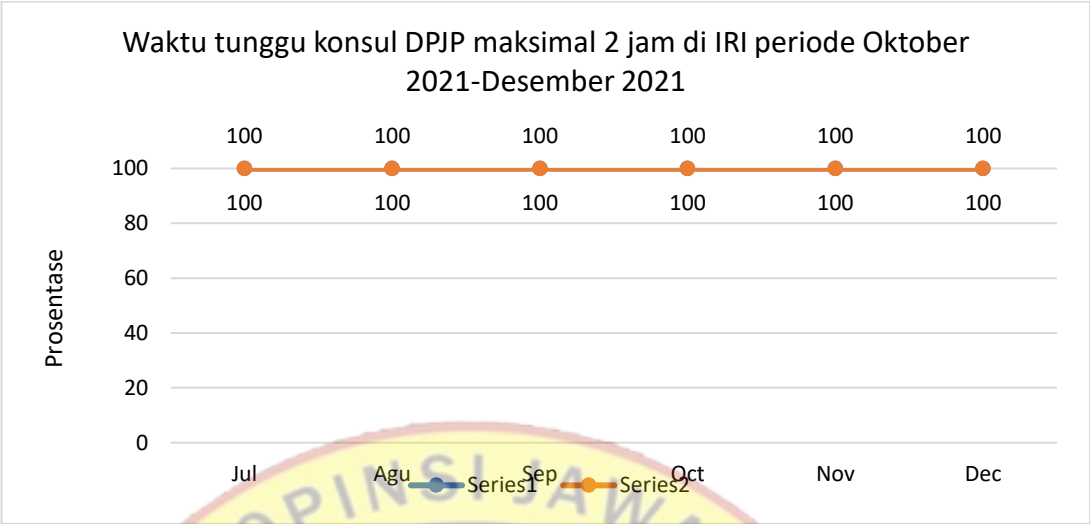


Rerata hasil capaian Ketepatan waktu pengkajian awal keperawatan 1 x 24 jam setelah pasien masuk di IRI periode Oktober 2021-Desember 2021 mencapai 99.89%. Menurun dari periode sebelumnya yang sudah memenuhi standar 100%.

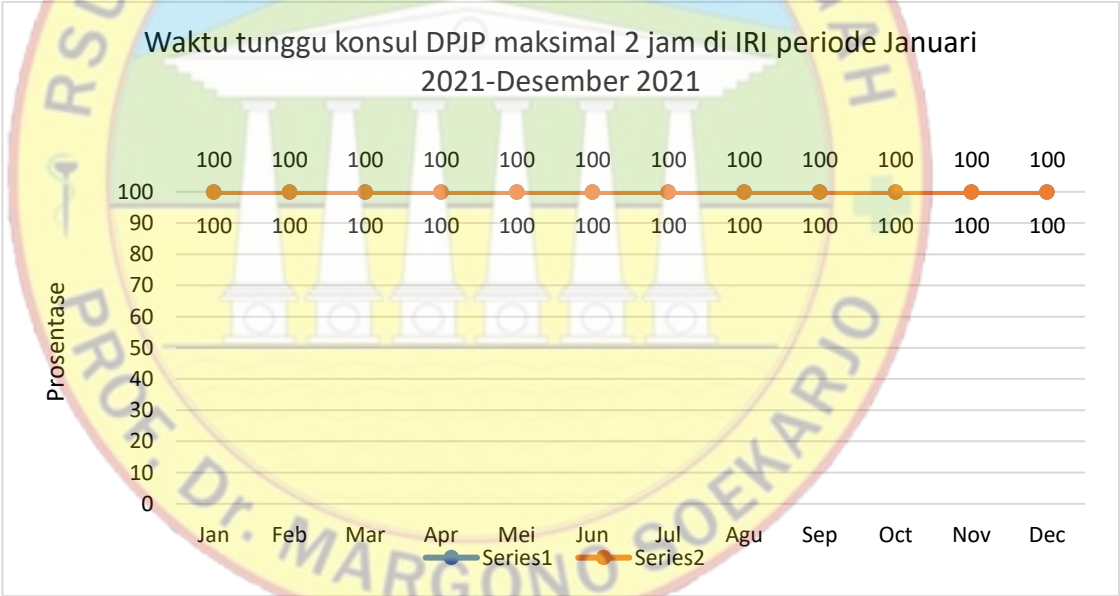


Rerata hasil capaian waktu pengkajian awal keperawatan 1 x 24 jam setelah pasien masuk di IRI pada tahun 2021 mencapai 95.42%.

c. Waktu tunggu konsul Dokter Spesialis maksimal 2 jam



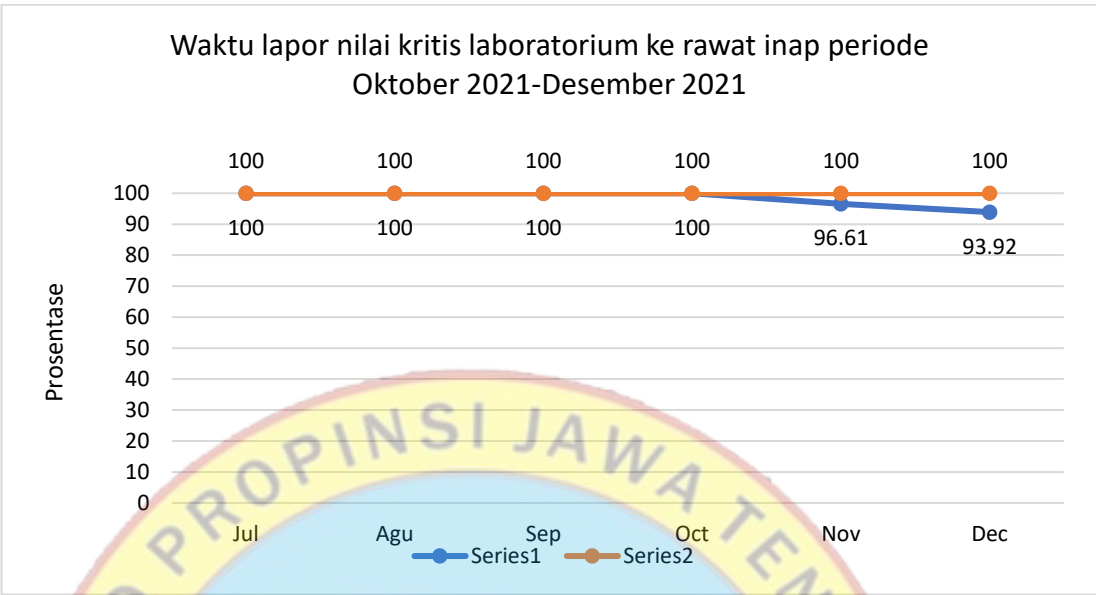
Rerata hasil capaian waktu tunggu konsul Dokter Spesialis maksimal 2 jam periode Oktober 2021-Desember 2021 sudah memenuhi standar 100%.



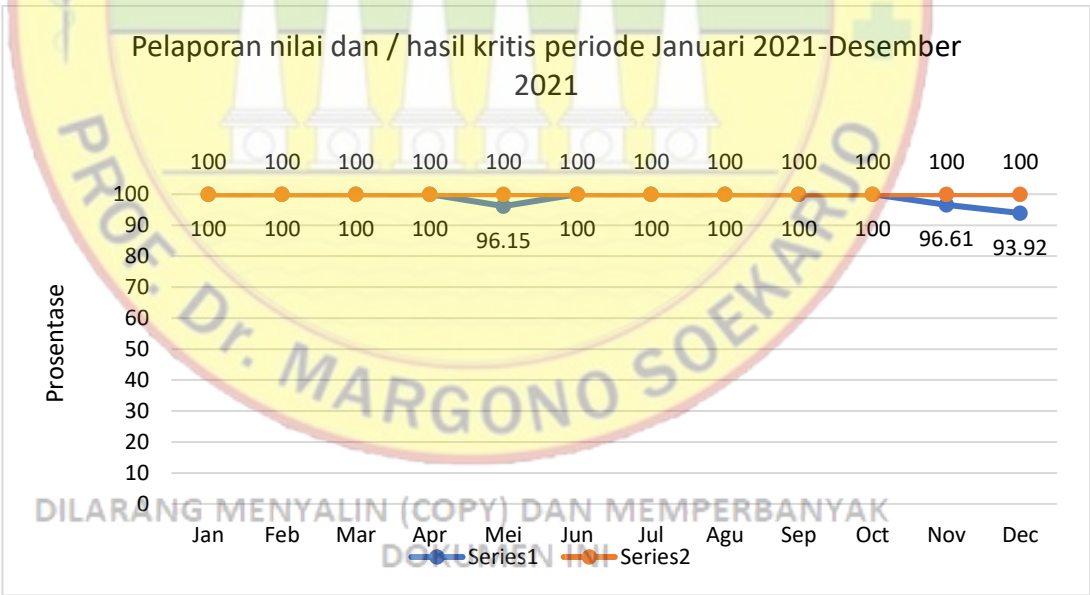
Rerata hasil capaian waktu tunggu konsul Dokter Spesialis maksimal 2 jam pada tahun 2021 sudah mencapai standar 100%.

7. Unit Patologi Klinik

a. Waktu Lapor Nilai Kritis laboratorium ke rawat inap

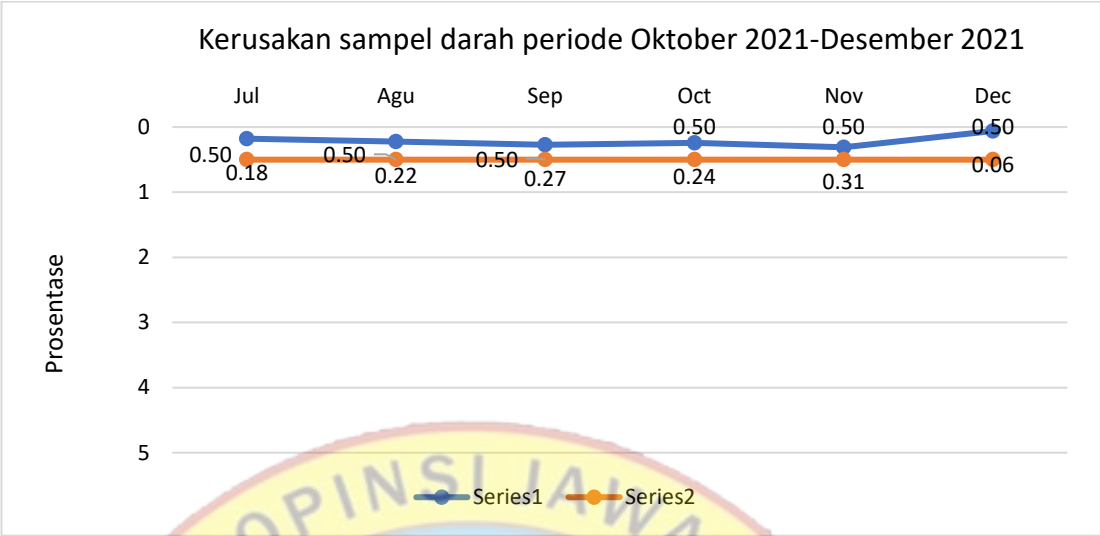


Rerata hasil capaian Waktu Lapor Nilai Kritis laboratorium ke rawat inap periode Oktober 2021-Desember 2021 mencapai 96.84%. Menurun dari periode sebelumnya yang sudah memenuhi standar 100%.

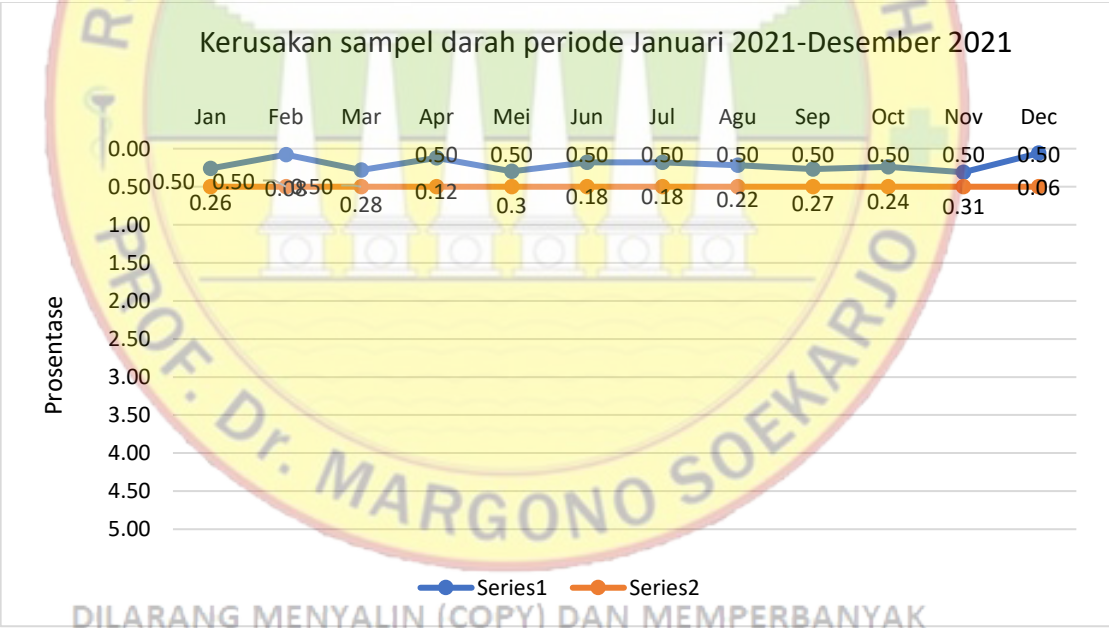


Rerata hasil capaian Waktu Lapor Nilai Kritis laboratorium ke rawat inap pada tahun 2021 mencapai 98.89%.

b. Kerusakan sampel darah



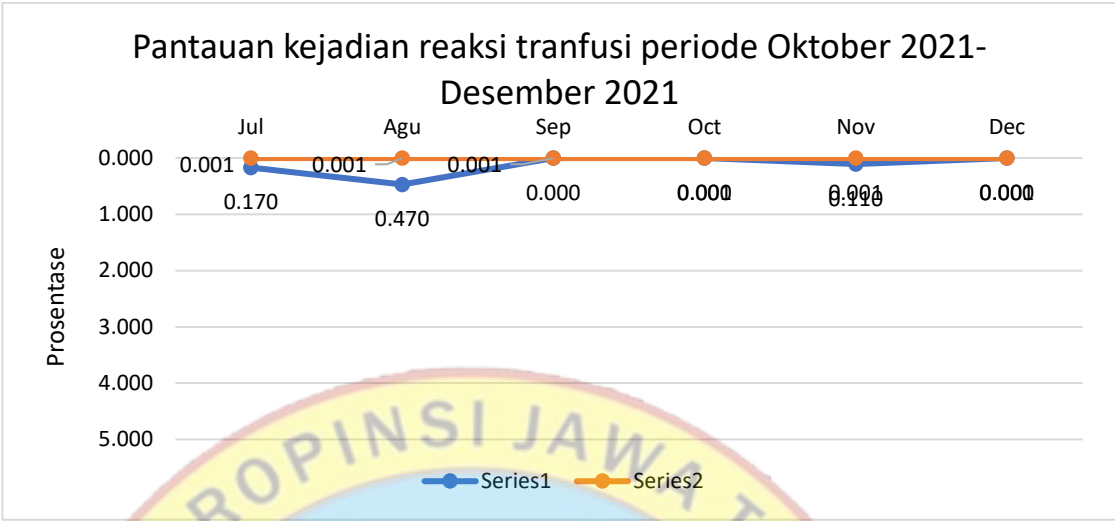
Rerata hasil capaian Kerusakan Sampel Darah periode Oktober 2021-Desember 2021 mencapai 0.20%. Meningkat dari periode sebelumnya yang sudah memenuhi standar 0.23%.



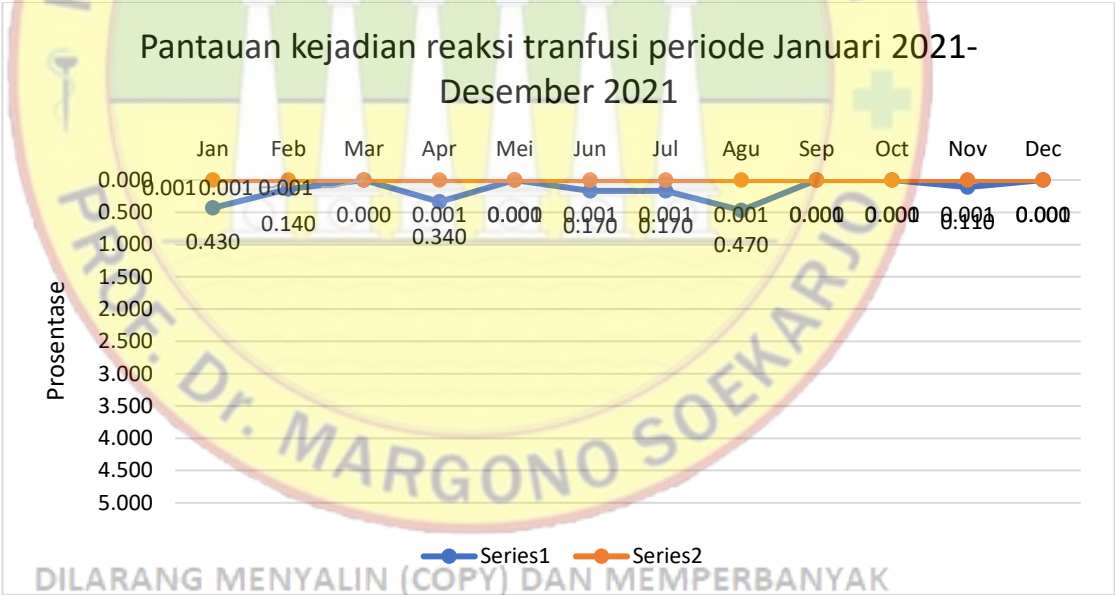
Rerata hasil capaian Kerusakan Sampel Darah pada tahun 2021 mencapai 0.20%.

8. Unit Tranfusi Darah

a. Pantauan kejadian reaksi tranfusi

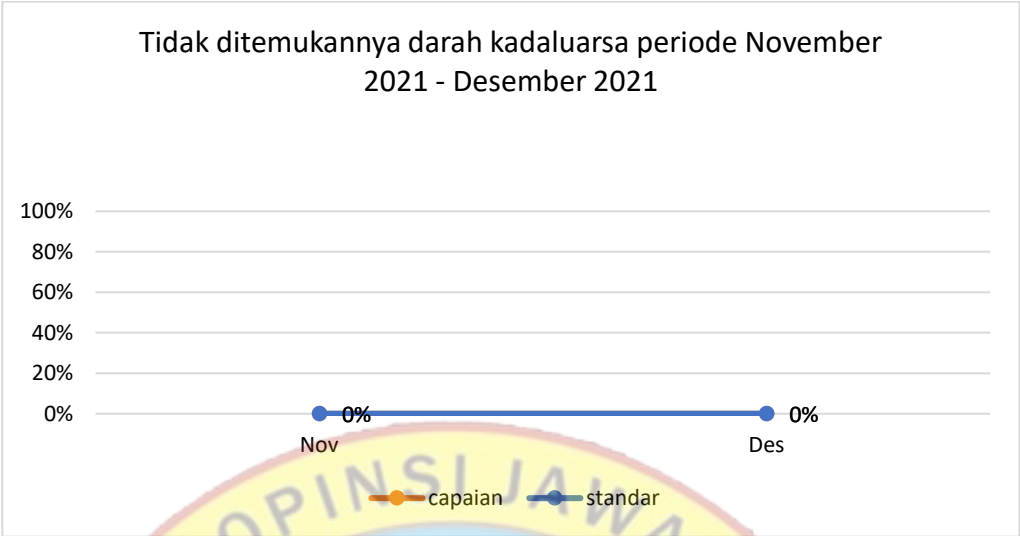


Rerata hasil capaian Pantauan kejadian reaksi tranfusi periode Oktober 2021-Desember 2021 mencapai 0.03%. Meningkat dari periode sebelumnya yang mencapai 0.21%.



Rerata hasil capaian Pantauan kejadian reaksi tranfusi pada tahun 2021 mencapai 0.15%.

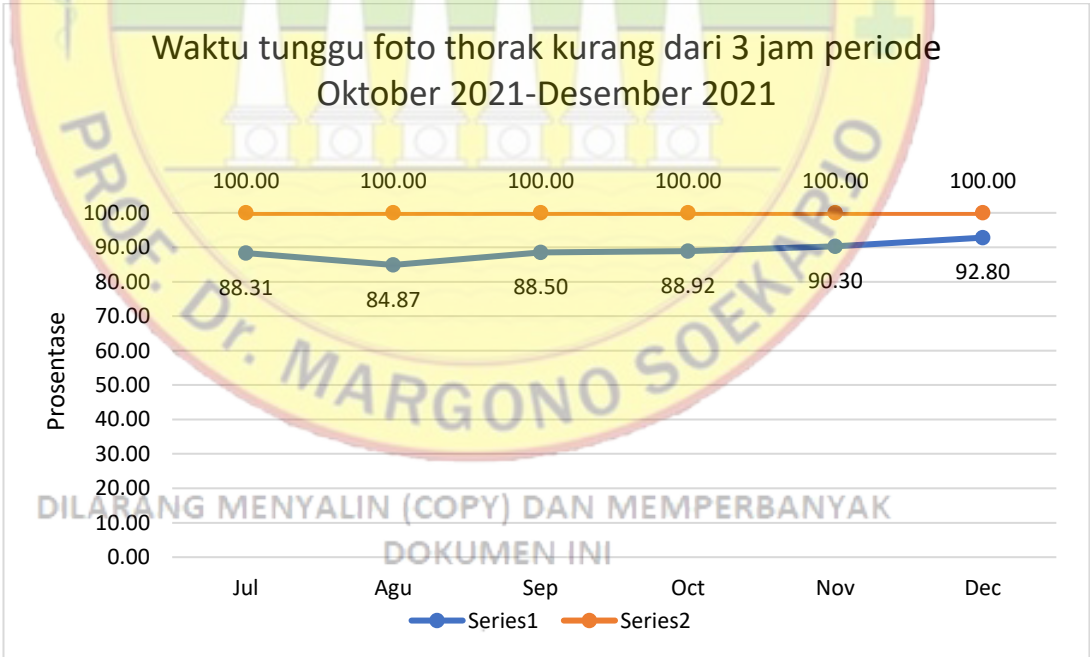
b. Tidak ditemukannya darah kadaluarsa.



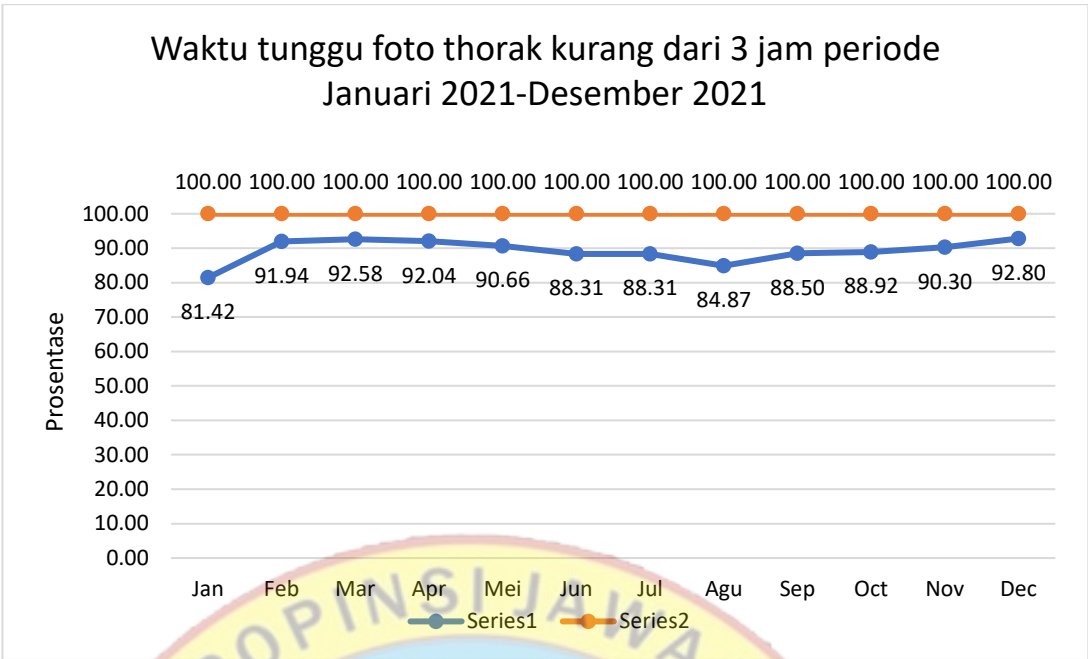
Rerata hasil capaian Tidak ditemukannya darah kadaluarsa periode November 2021-Desember 2021 sudah mencapai standar 0%.

9. Instalasi Radiologi

a. Waktu tunggu hasil foto thorak ≤3 jam

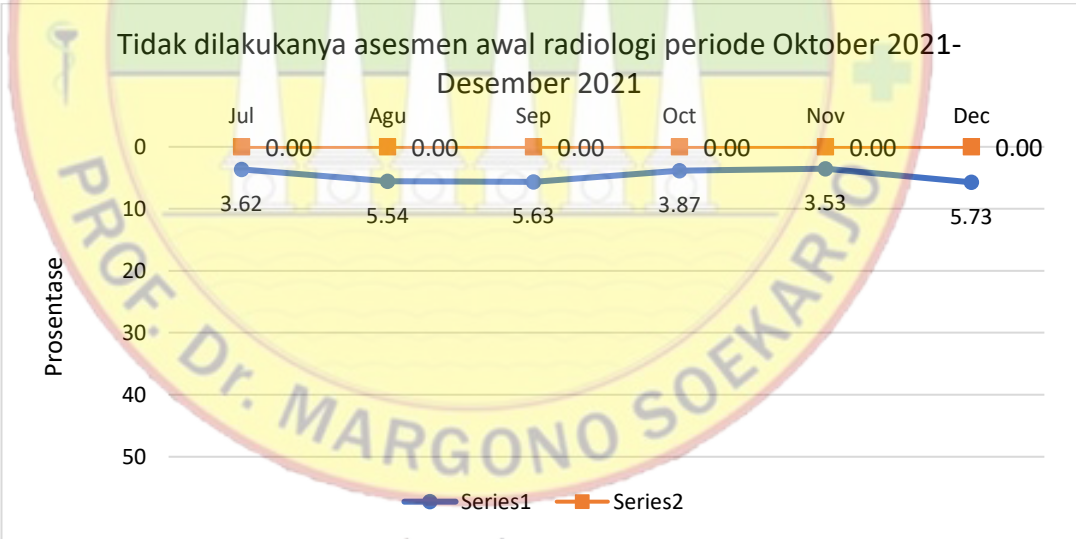


Rerata hasil capaian Waktu tunggu hasil foto thorak ≤3 jam periode Oktober 2021-Desember 2021 mencapai 90.67%. Meningkat dari periode sebelumnya yang mencapai 87.23%.

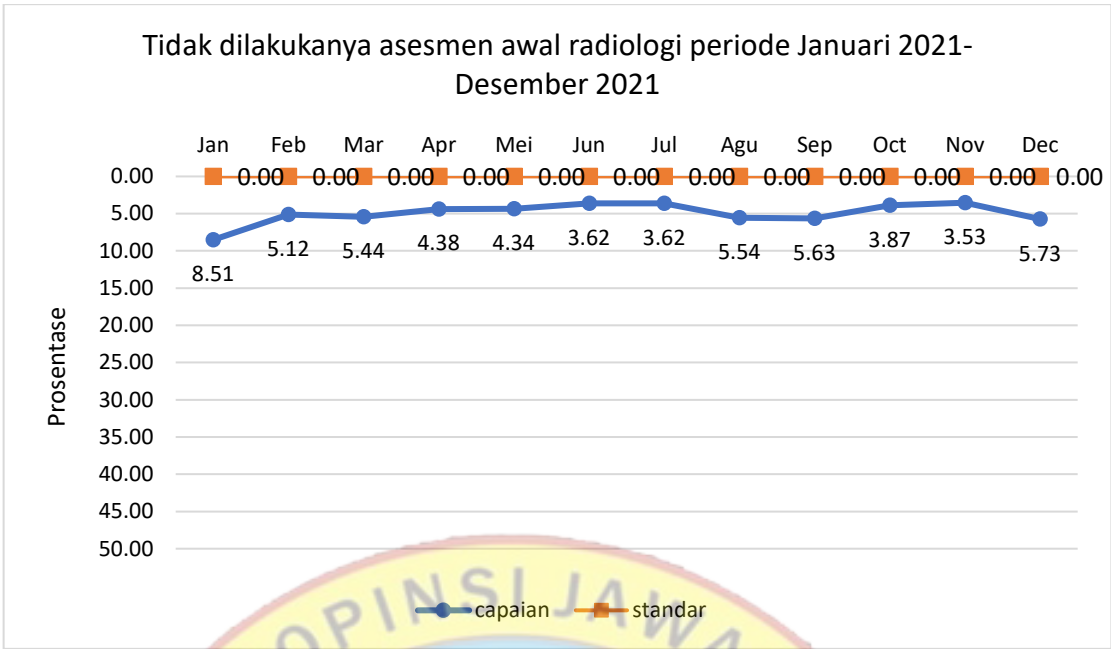


Rerata hasil capaian Waktu tunggu hasil foto thorak ≤ 3 jam pada tahun 2021 mencapai 89.22%.

b. Tidak dilakukanya asesmen awal radiologi



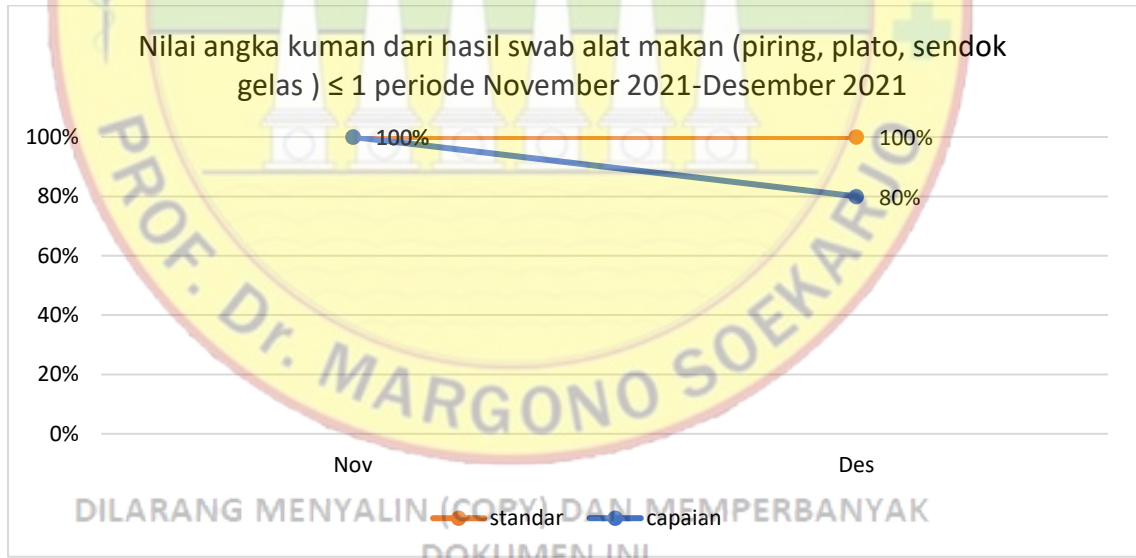
Rerata hasil capaian Tidak dilakukanya asesmen awal radiologi periode Oktober 2021-Desember 2021 mencapai 4.37%. Prosentase menurun dari periode sebelumnya yang mencapai 4.93%.



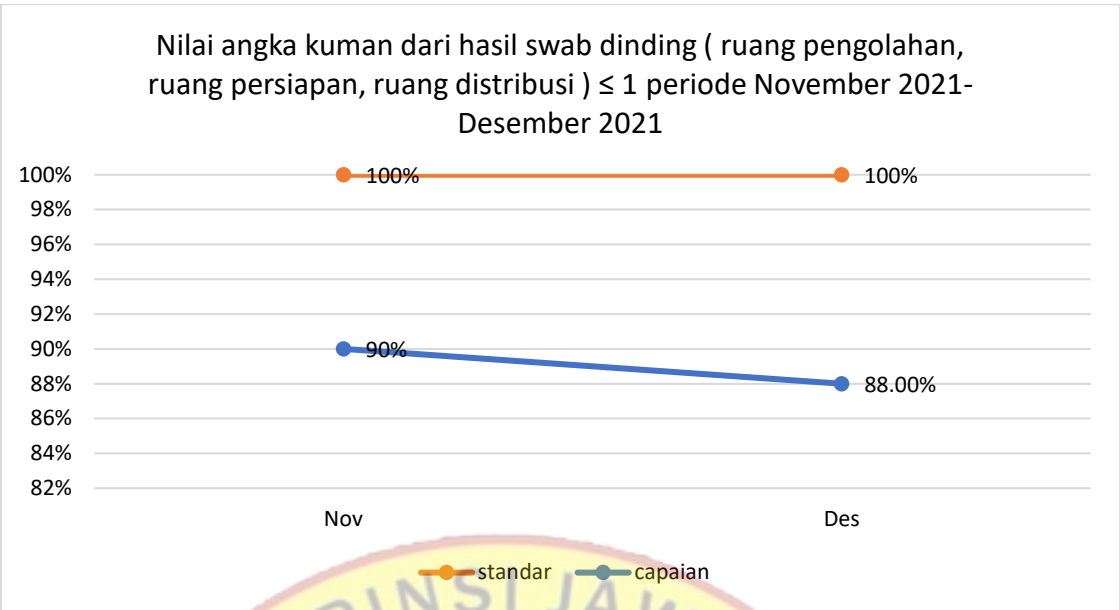
Rerata hasil capaian Tidak dilakukanya asesmen awal radiologi pada tahun 2021 mencapai 4.94%.

10. Instalasi Gizi

Nilai angka kuman dari hasil swab alat makan (piring, plato, sendok gelas) ≤ 0



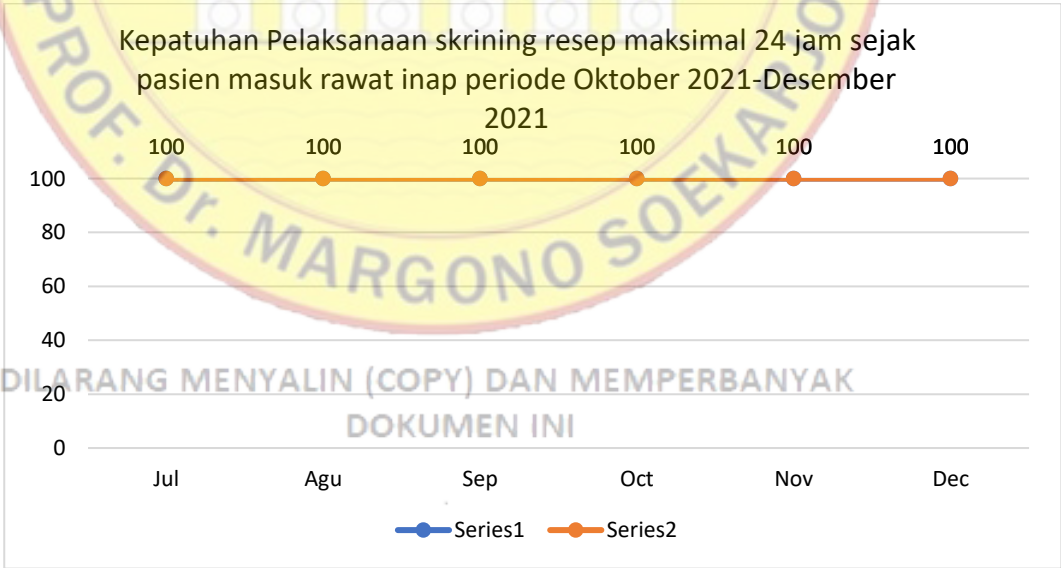
Rerata hasil capaian Nilai angka kuman dari hasil swab alat makan (piring, plato, sendok gelas) ≤ 0 periode November 2021-Desember 2021 mencapai 90%. Hasil ini belum sesuai standar yang ditetapkan yakni 100%.



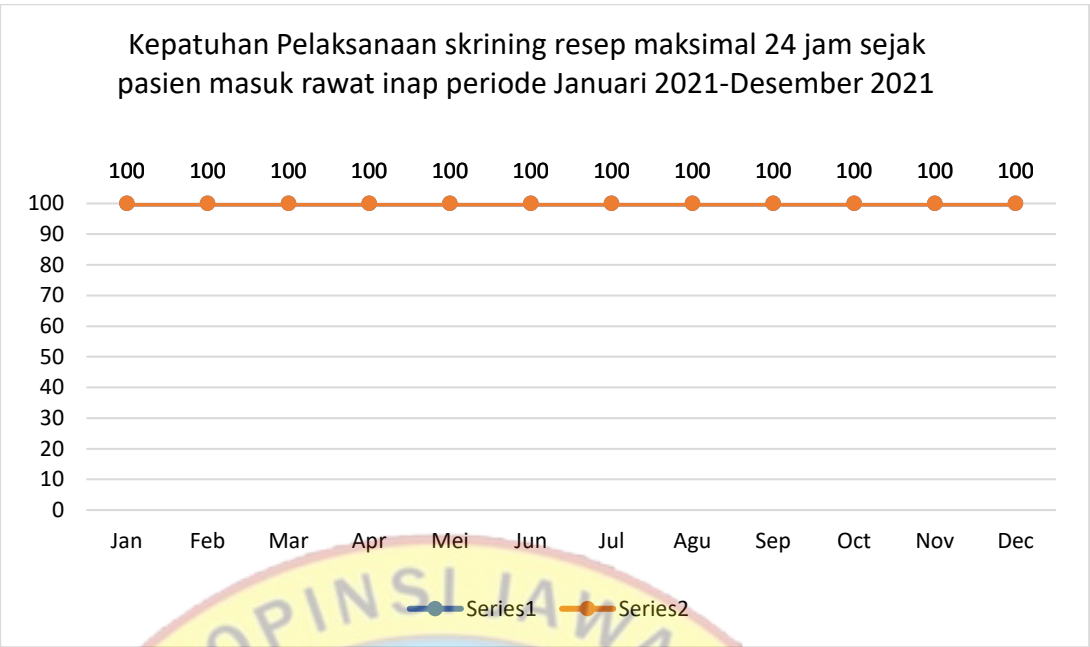
Rerata hasil capaian Nilai angka kuman dari hasil swab dinding (ruang pengolahan, ruang persiapan, ruang distribusi) ≤ 1 periode November 2021-Desember 2021 mencapai 89%. Hasil ini belum sesuai standar yang ditetapkan yakni 100%.

11. Instalasi Farmasi

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

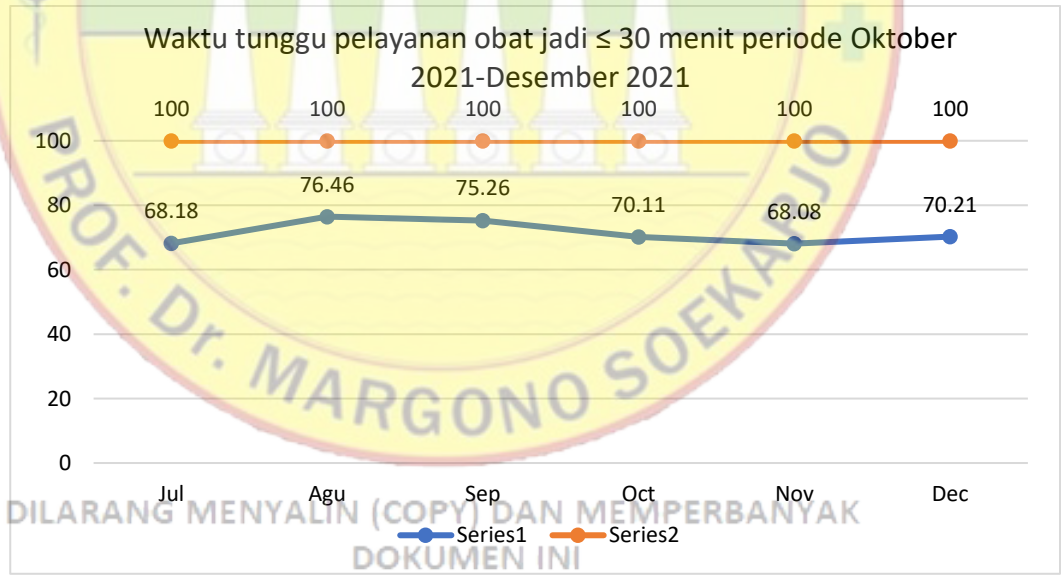


Rerata hasil capaian Kepatuhan Pelaksanaan skrining resep maksimal 24 jam sejak pasien masuk rawat inap periode November 2021-Desember 2021 sudah sesuai standar yang ditetapkan yakni 100%.

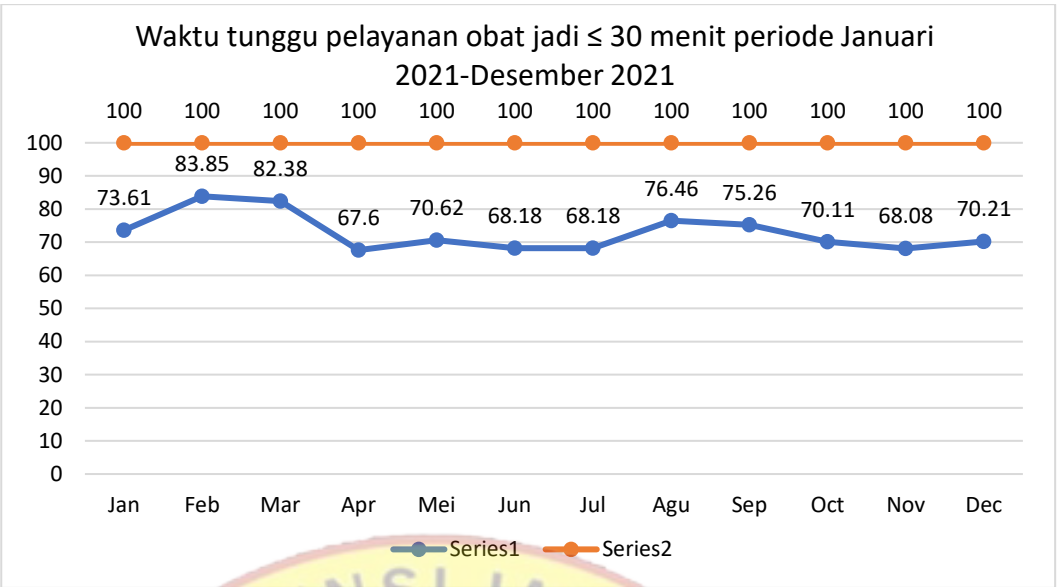


Rerata hasil capaian Kepatuhan Pelaksanaan skrining resep maksimal 24 jam sejak pasien masuk rawat inap pada tahun 2021 sudah sesuai standar yang ditetapkan yakni 100%.

b. Waktu tunggu pelayanan obat jadi ≤ 30 menit



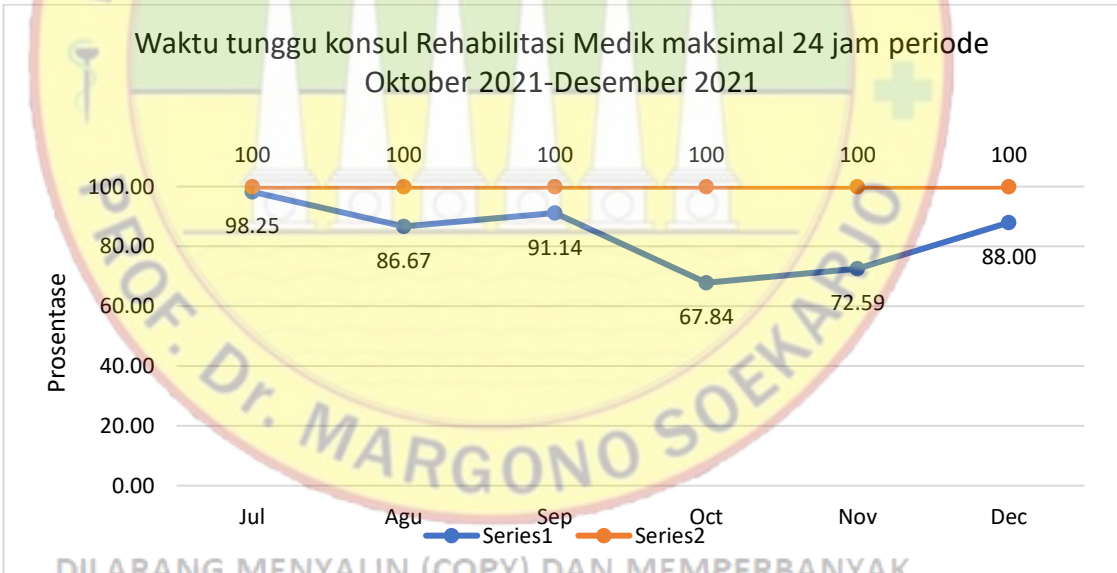
Rerata hasil capaian Waktu tunggu pelayanan obat jadi ≤ 30 menit periode Oktober 2021-Desember 2021 mencapai 69.46%. Menurun dari periode sebelumnya yang mencapai 73.3%.



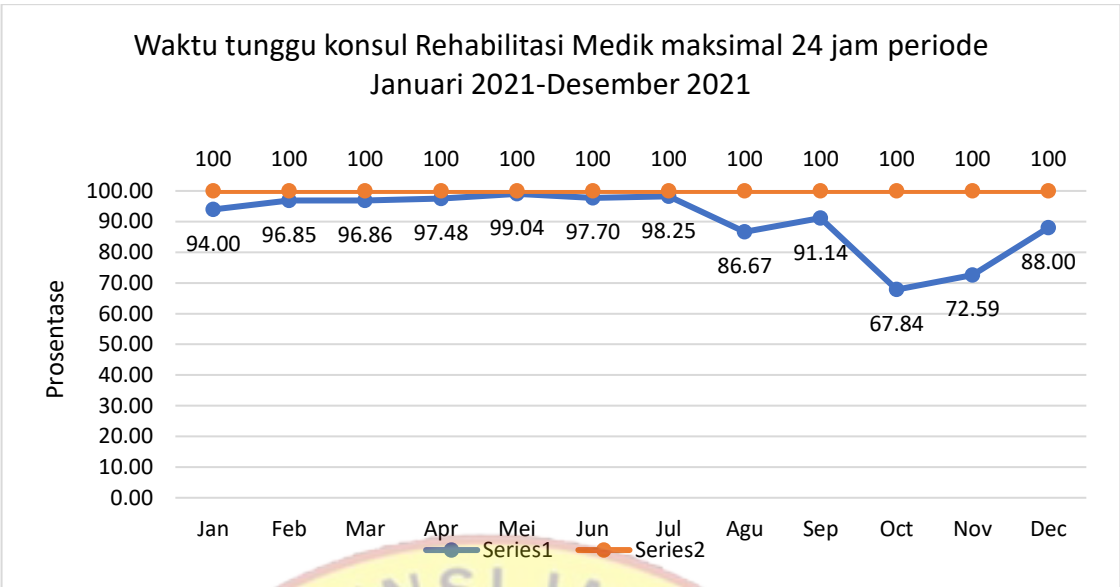
Rerata hasil capaian Waktu tunggu pelayanan obat jadi ≤ 30 menit pada tahun 2021 mencapai 72.87%.

12. Instalasi Rehabilitasi Medis

Waktu tunggu konsul Rehabilitasi Medik ≤ 24 jam



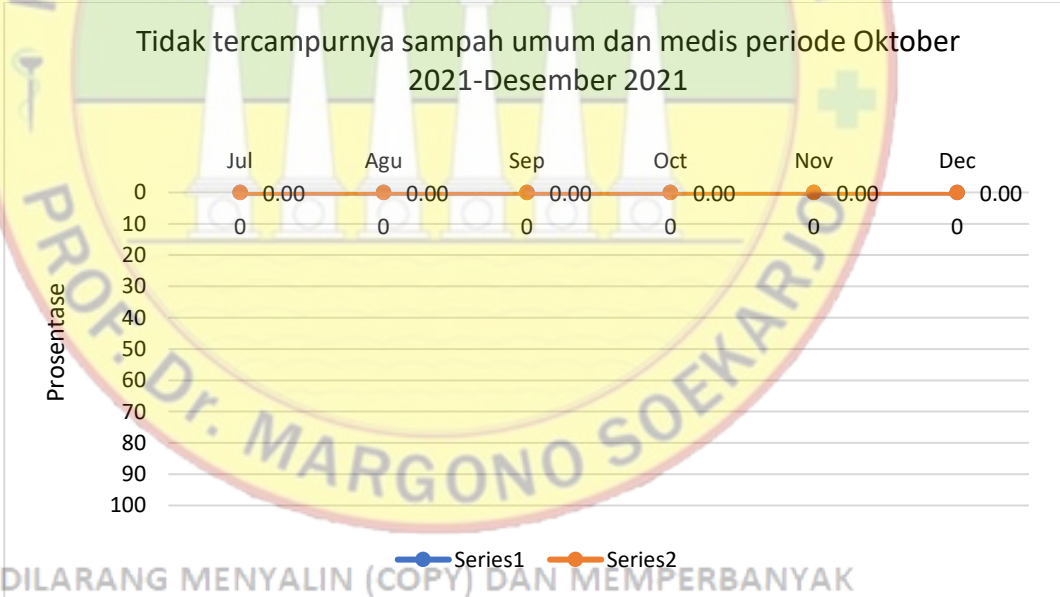
Rerata hasil capaian Waktu tunggu konsul Rehabilitasi Medik ≤ 24 jam periode Oktober 2021-Desember 2021 mencapai 76.14%. Menurun dari periode sebelumnya yang mencapai 92.2 %.



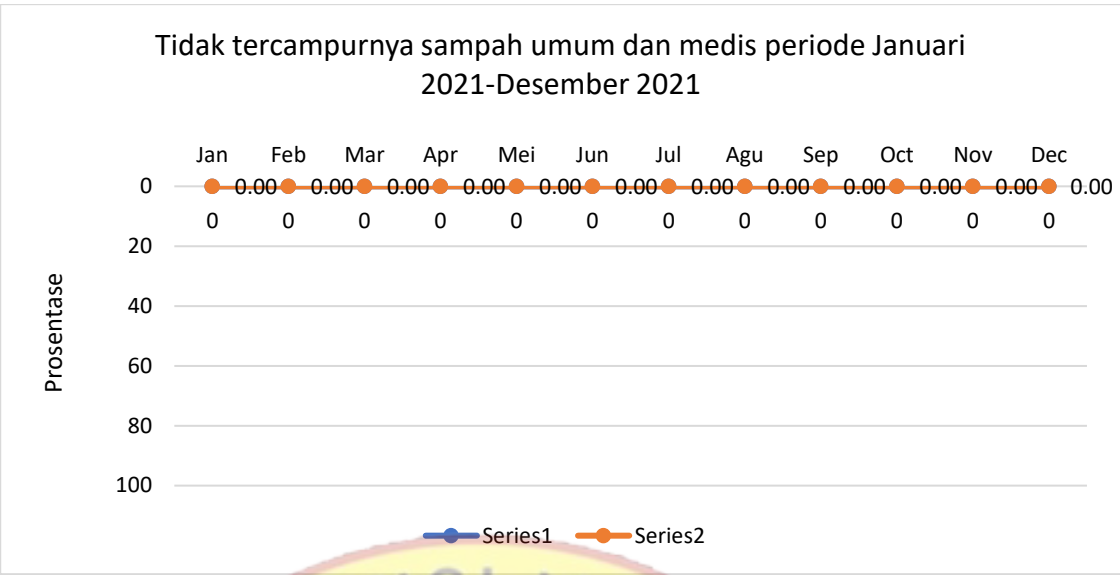
Rerata hasil capaian Waktu tunggu konsultasi Rehabilitasi Medik $\leq$ 24 jam pada tahun 2021 mencapai 90.53%.

13. Pelayanan pengelolaan limbah

a. Tidak tercampurnya sampah umum dan medis

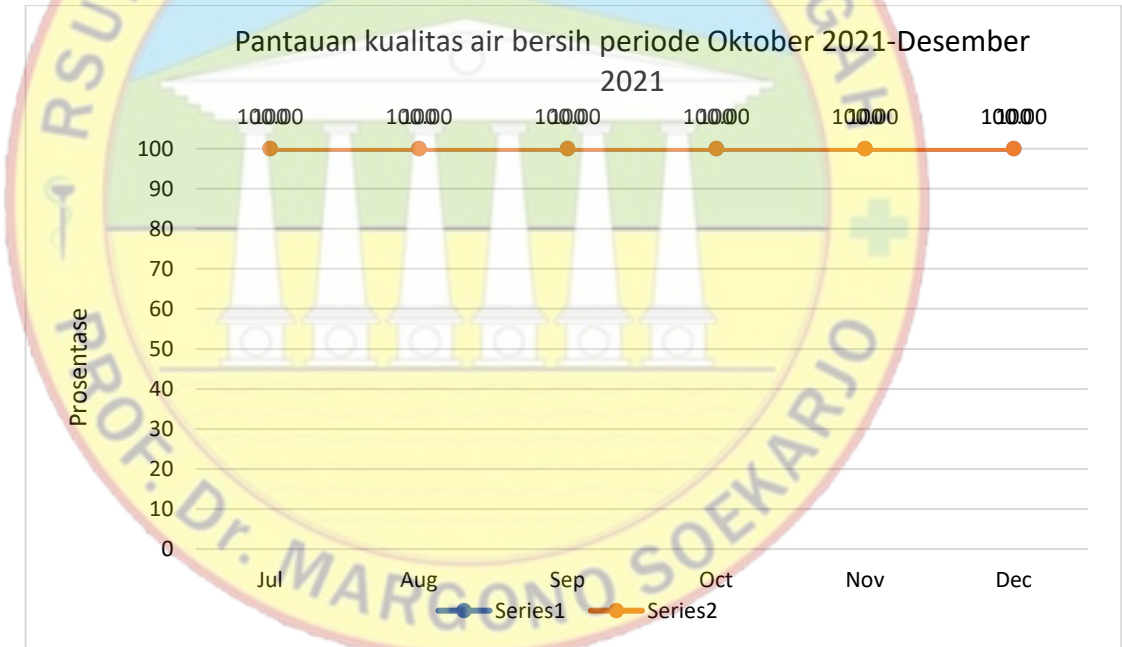


Rerata hasil capaian Tidak tercampurnya sampah umum dan medis periode Oktober 2021-Desember 2021 sudah mencapai standar 0%.

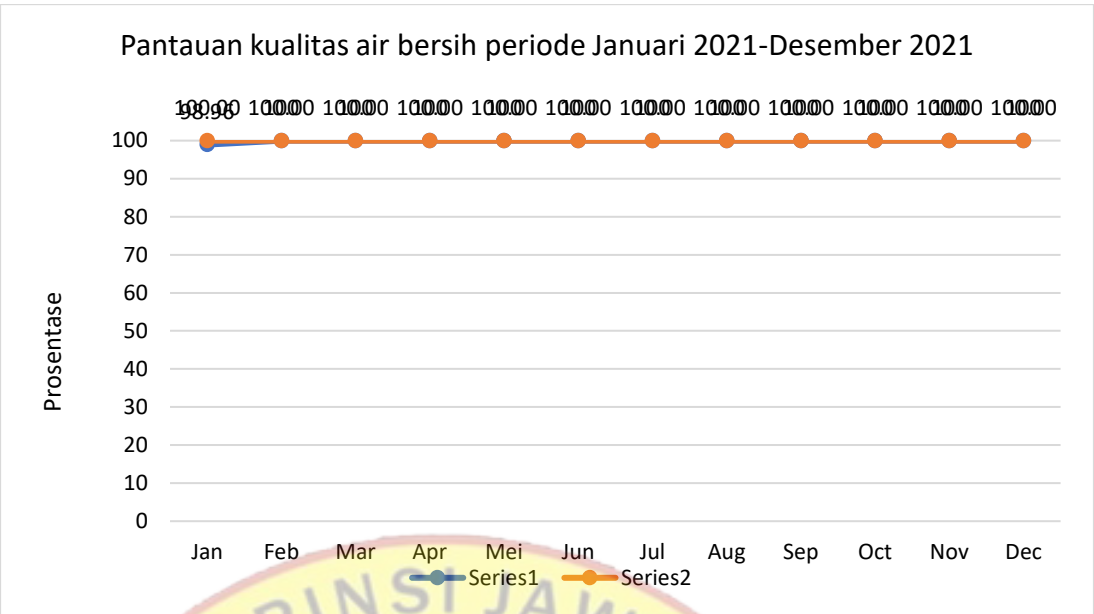


Rerata hasil capaian Tidak tercampurnya sampah umum dan medis pada tahun 2021 sudah mencapai standar yang ditetapkan 0%.

b. Pantauan kualitas air bersih



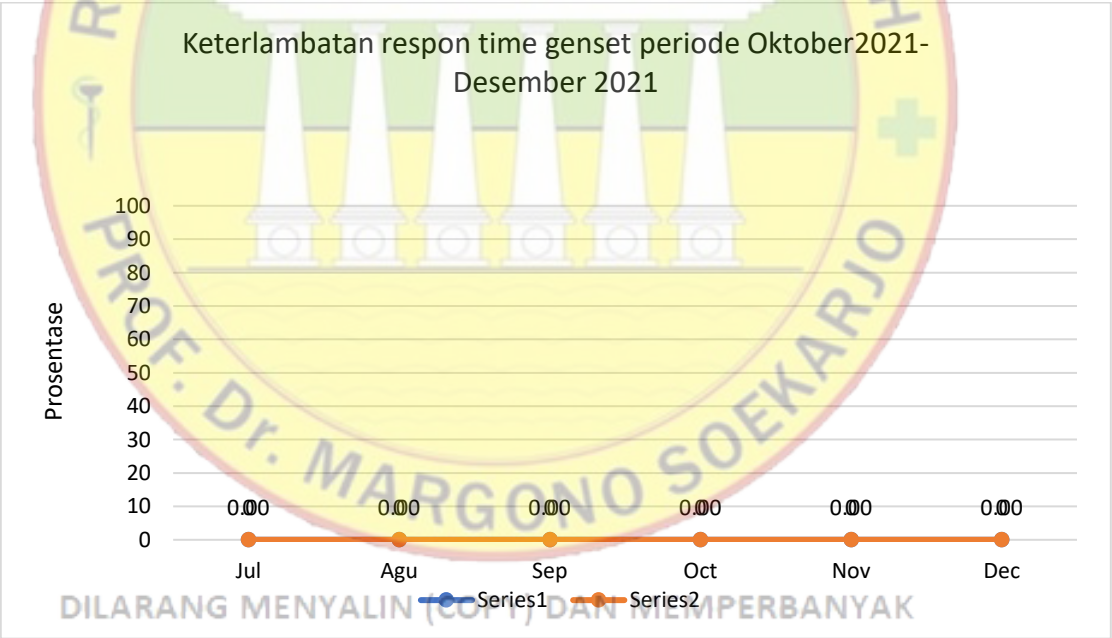
Rerata hasil capaian Pantauan kualitas air bersih periode Oktober 2021-Desember 2021 sudah mencapai standar 100%.



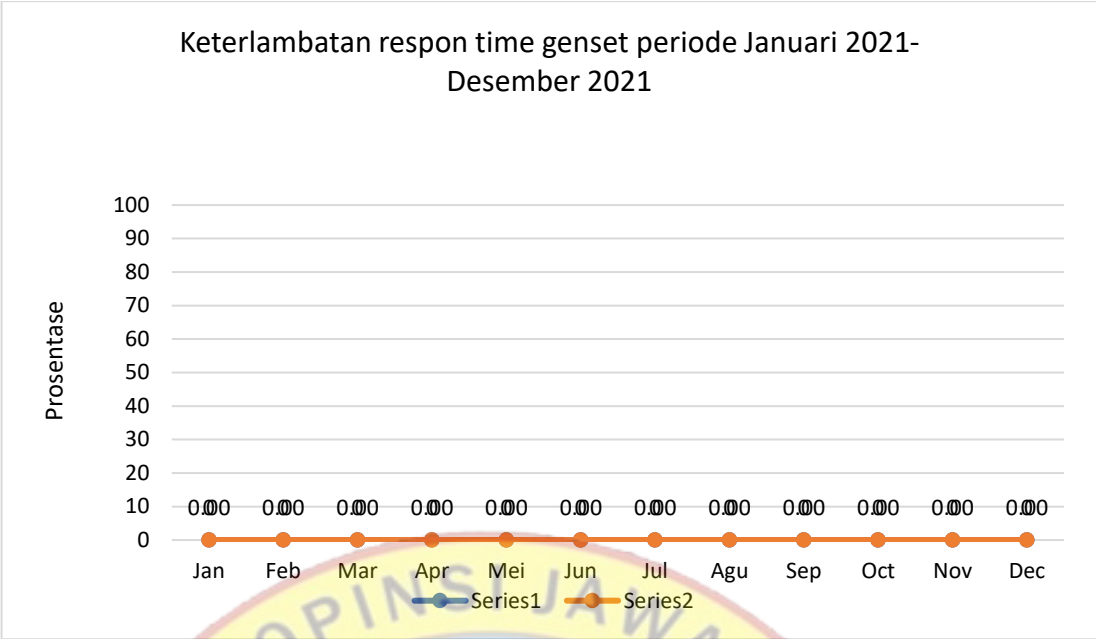
Rerata hasil capaian Pantauan kualitas air bersih pada tahun 2021 sudah mencapai standar yang ditetapkan 100%.

14. IPSRS

a. Keterlambatan respon time genset



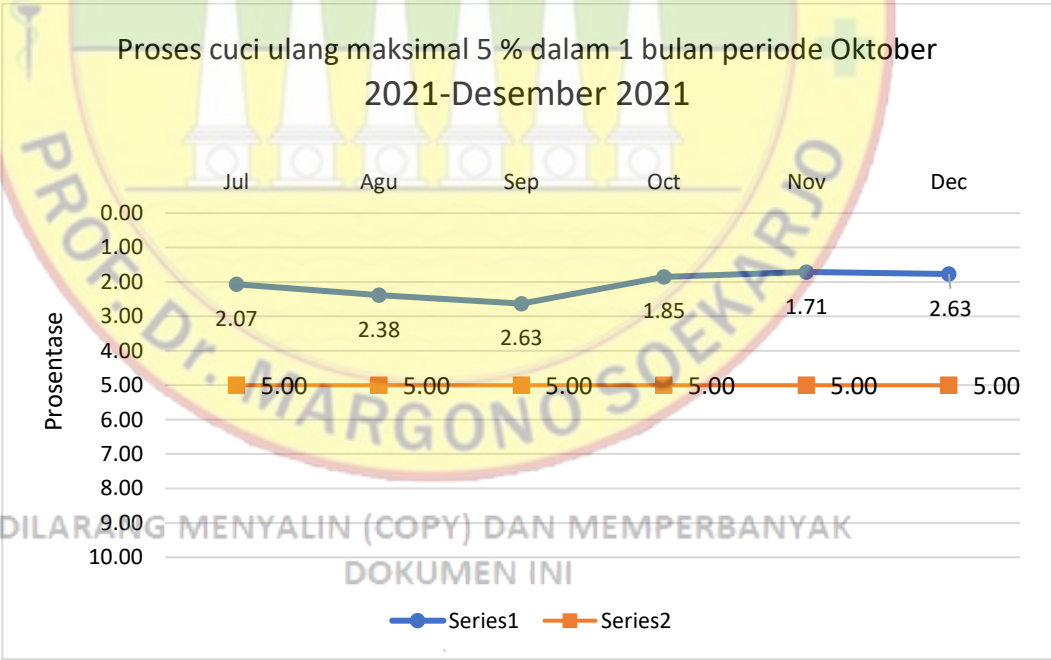
Rerata hasil capaian Keterlambatan respon time genset periode Oktober 2021-Desember 2021 sudah mencapai standar 0%.



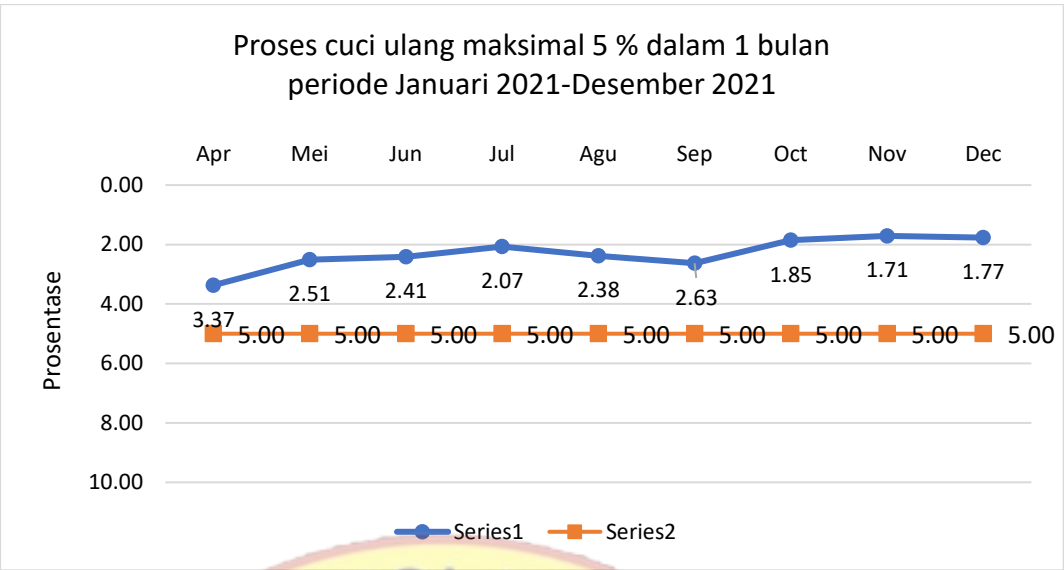
Rerata hasil capaian Keterlambatan respon time genset pada tahun 2021 sudah mencapai standar yang ditetapkan 100%.

15. Pelayanan laundry/ICPH

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



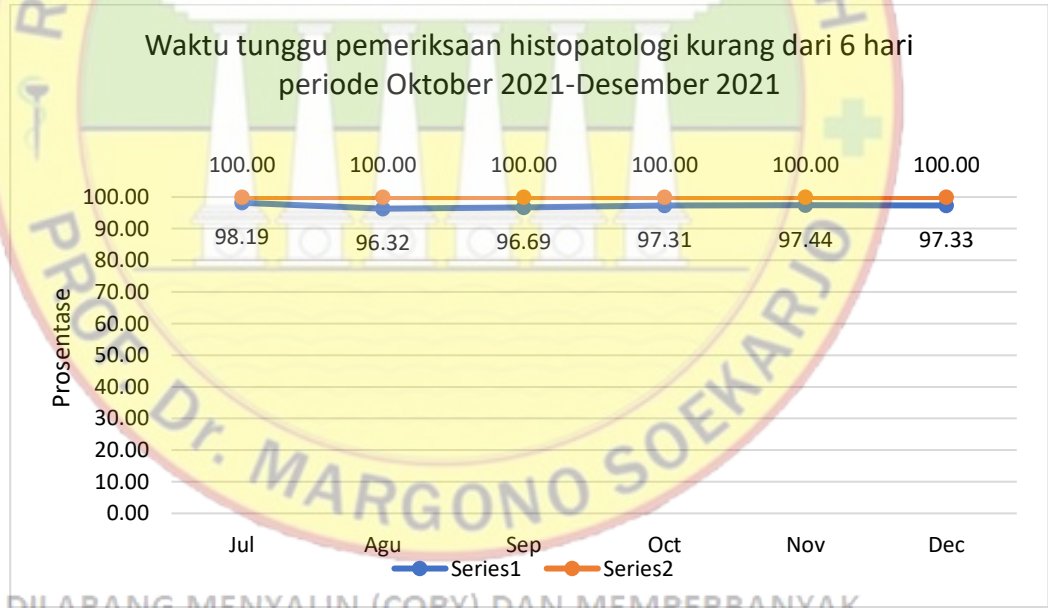
Rerata hasil capaian Proses cuci ulang tidak lebih dari 5 % dalam 1 bulan periode Oktober 2021-Desember 2021 mencapai 1.77%. Capaian ini meningkat dari periode sebelumnya yang mencapai 2.36%.



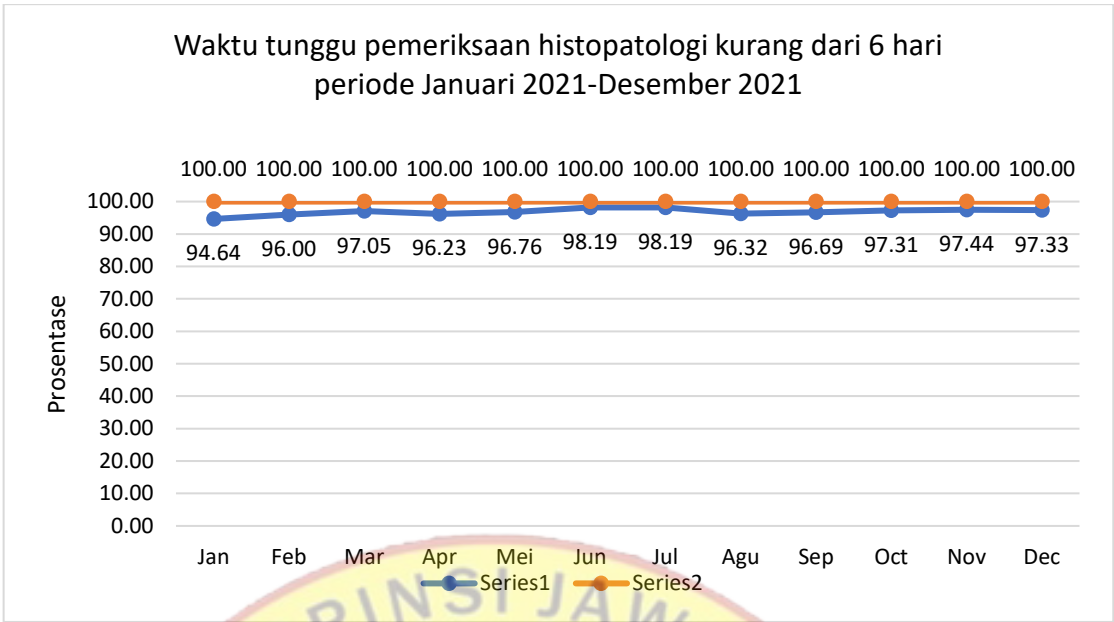
Rerata hasil capaian Proses cuci ulang tidak lebih dari 5 % dalam 1 bulan pada tahun 2021 mencapai 2.3%.

16. Unit laboratorium patologi-anatomi

a. Waktu tunggu pemeriksaan histopatologi ≤ 6 hari

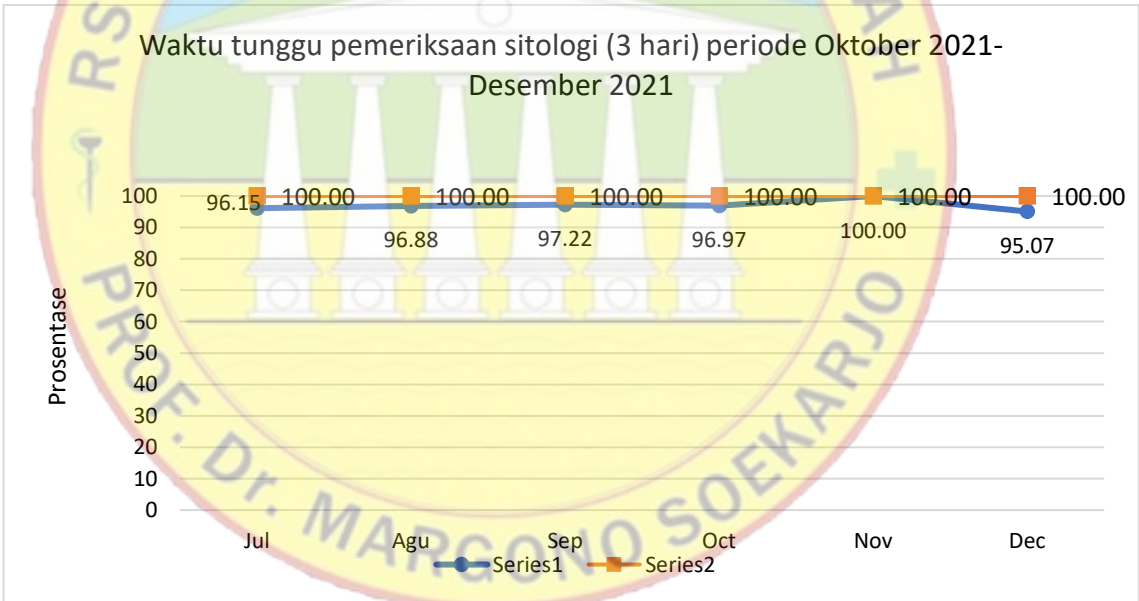


Rerata hasil capaian Waktu tunggu pemeriksaan histopatologi ≤ 6 hari periode Oktober 2021-Desember 2021 mencapai 97.36%. Capaian ini meningkat dari periode sebelumnya yang mencapai 97.07%.

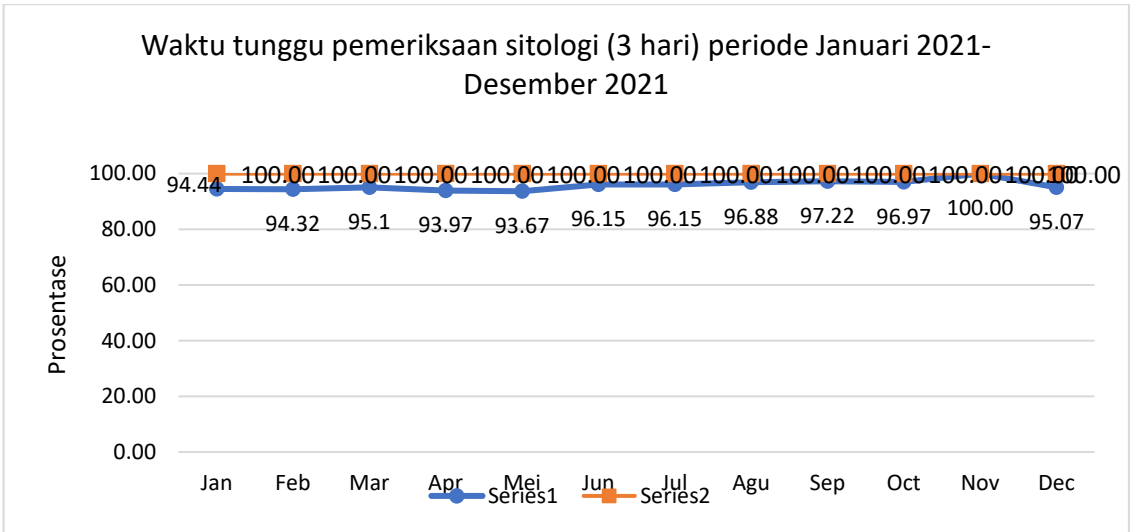


Rerata hasil capaian Waktu tunggu pemeriksaan histopatologi ≤ 6 hari pada tahun 2021 mencapai 96.84%.

b. Waktu tunggu pemeriksaan sitologi ≤ 3 hari



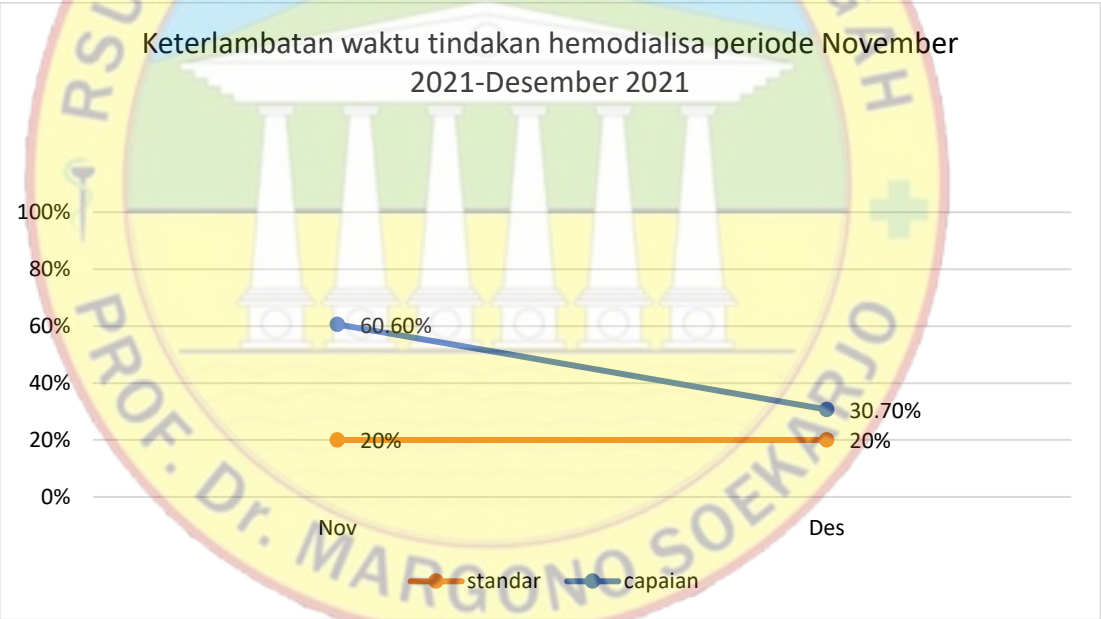
Rerata hasil capaian Waktu tunggu pemeriksaan sitologi ≤ 3 hari periode Oktober 2021-Desember 2021 mencapai 97.34%. Capaian ini meningkat dari periode sebelumnya yang mencapai 96.75%.



Rerata hasil capaian Waktu tunggu pemeriksaan sitologi ≤ 3 hari pada tahun 2021 mencapai 95.82%.

17. Pelayanan hemodialisis

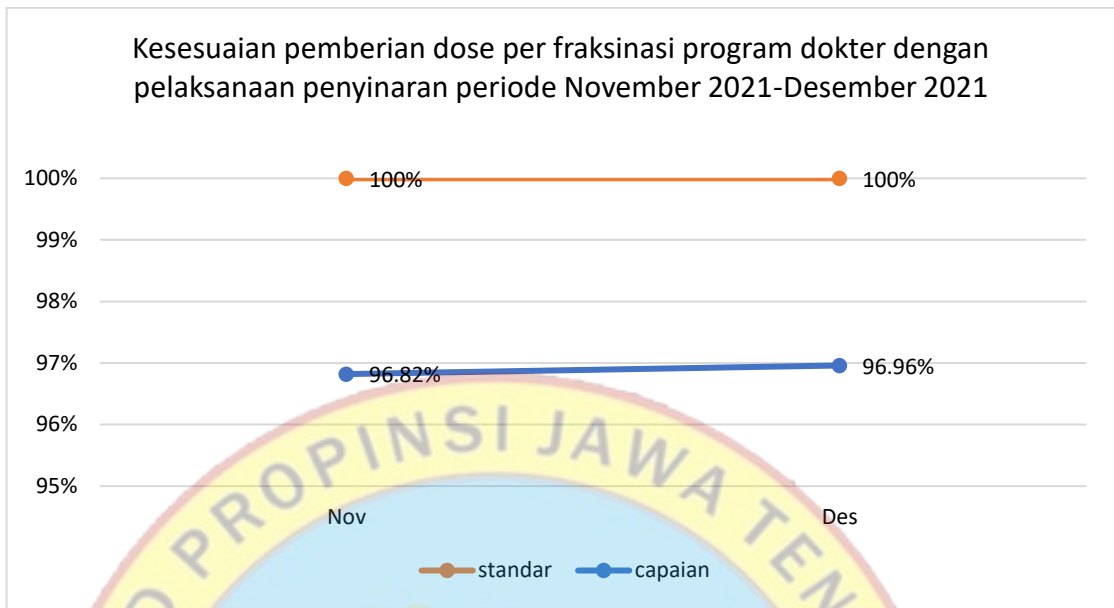
Keterlambatan waktu tindakan hemodialisa



Rerata hasil capaian Keterlambatan waktu tindakan hemodialisa periode November 2021-Desember 2021 mencapai 45.65%.

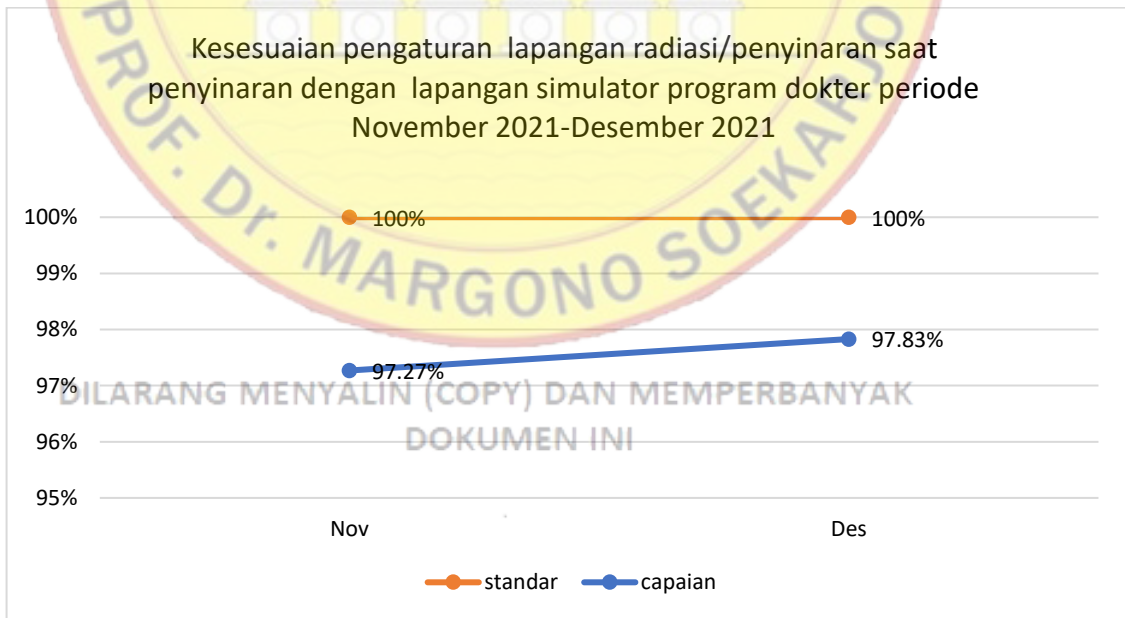
18. Instalasi radioterapi

- a. Kesesuaian pemberian dose per fraksinasi program dokter dengan pelaksanaan penyinaran.



Rerata hasil capaian Kesesuaian pemberian dose per fraksinasi program dokter dengan pelaksanaan penyinaran periode November 2021-Desember 2021 mencapai 96.89%.

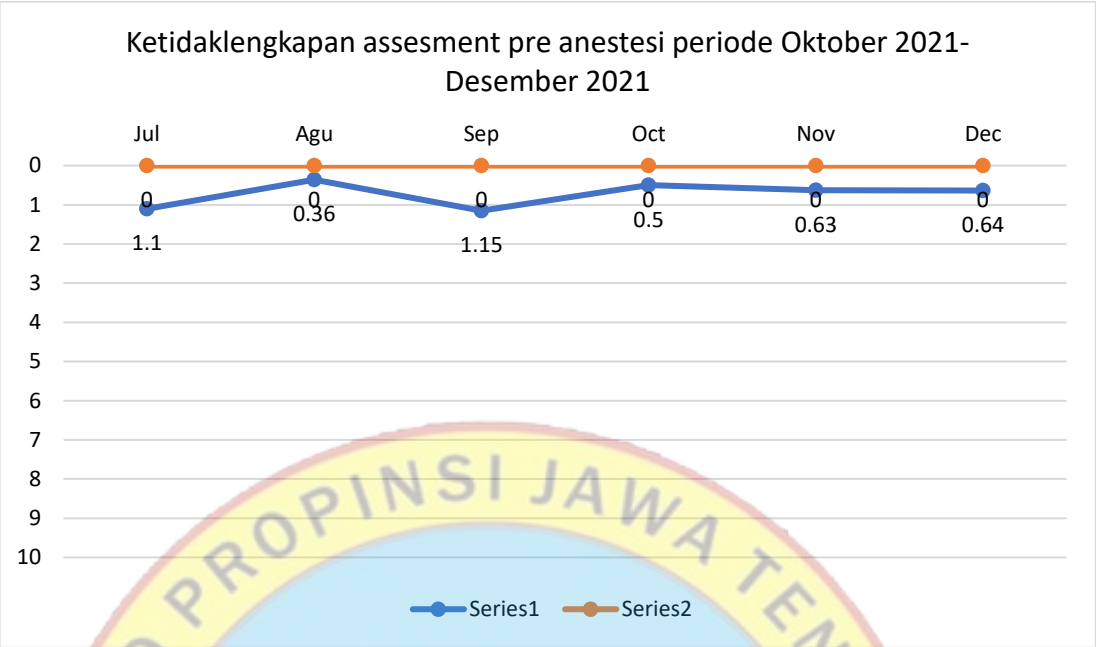
- b. Kesesuaian pengaturan lapangan radiasi/penyinaran saat penyinaran dengan lapangan simulator program dokter



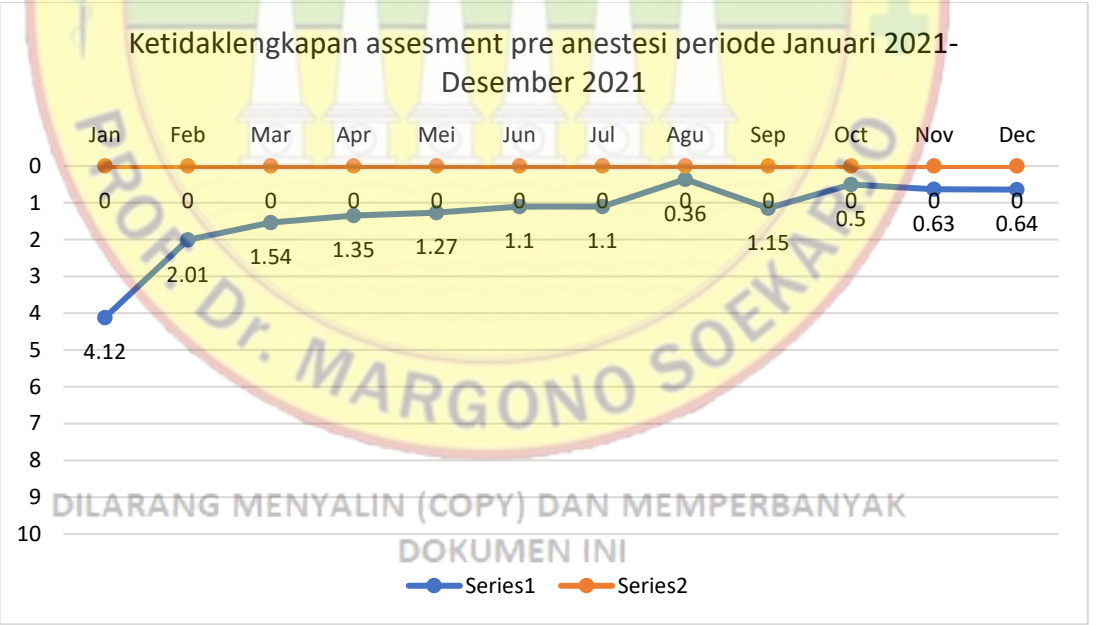
Rerata hasil capaian Kesesuaian pengaturan lapangan radiasi/penyinaran saat penyinaran dengan lapangan simulator program dokter periode November 2021-Desember 2021 mencapai 97.55%.

19. Instalasi Anestesi dan Terapi Intensif

a. Ketidaklengkapan assesment pre anestesi

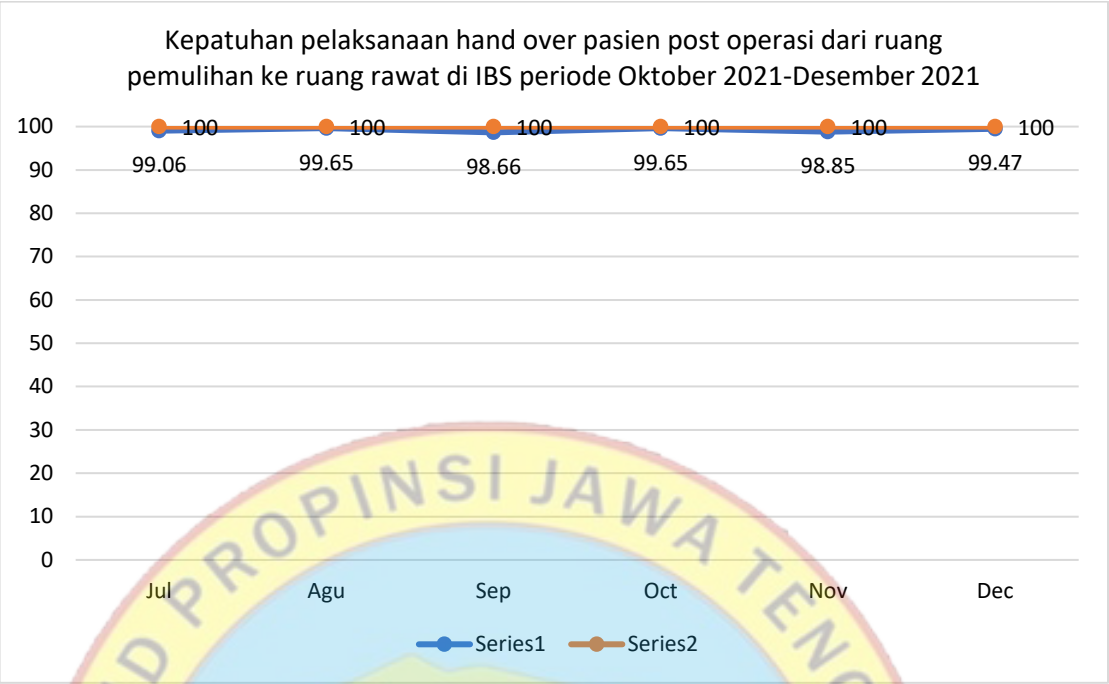


Rerata hasil capaian Ketidaklengkapan assesment pre anestesi periode Oktober 2021-Desember 2021 mencapai 0.59%. Capaian ini menurun dari periode sebelumnya yang mencapai 0.87%.

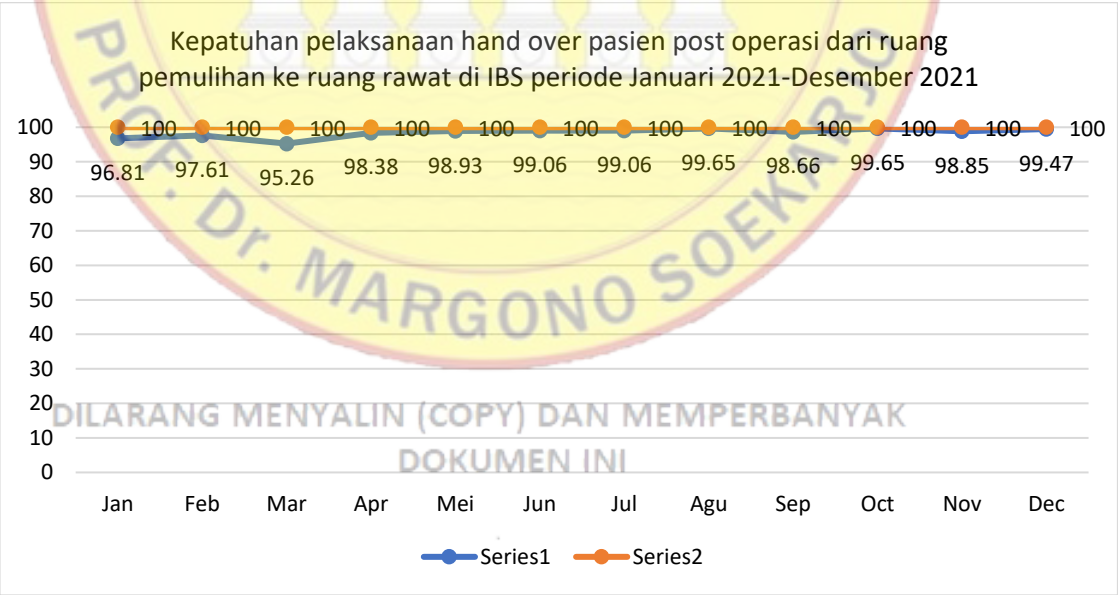


Rerata hasil capaian Ketidaklengkapan assesment pre anestesi pada tahun 2021 mencapai 1.31%.

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

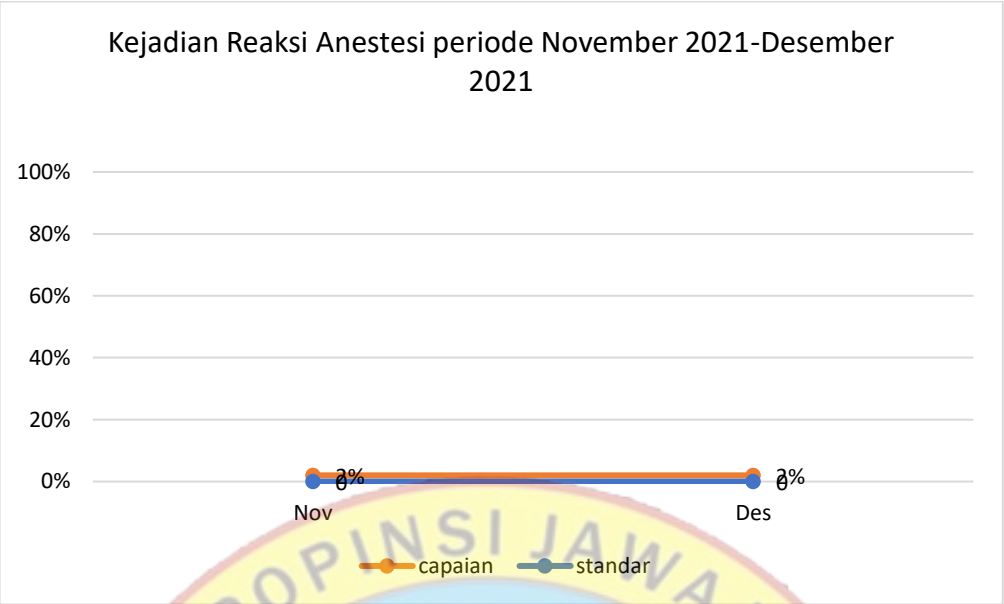


Rerata hasil capaian Kepatuhan pengisian dokumen hand over pasien post operasi dari ruang pemulihan ke ruang rawat periode Oktober 2021-Desember 2021 mencapai 99.32%. Capaian ini meningkat dari periode sebelumnya yang mencapai 99.12%.



Rerata hasil capaian Kepatuhan pengisian dokumen hand over pasien post operasi dari ruang pemulihan ke ruang rawat pada tahun 2021 mencapai 98.44%.

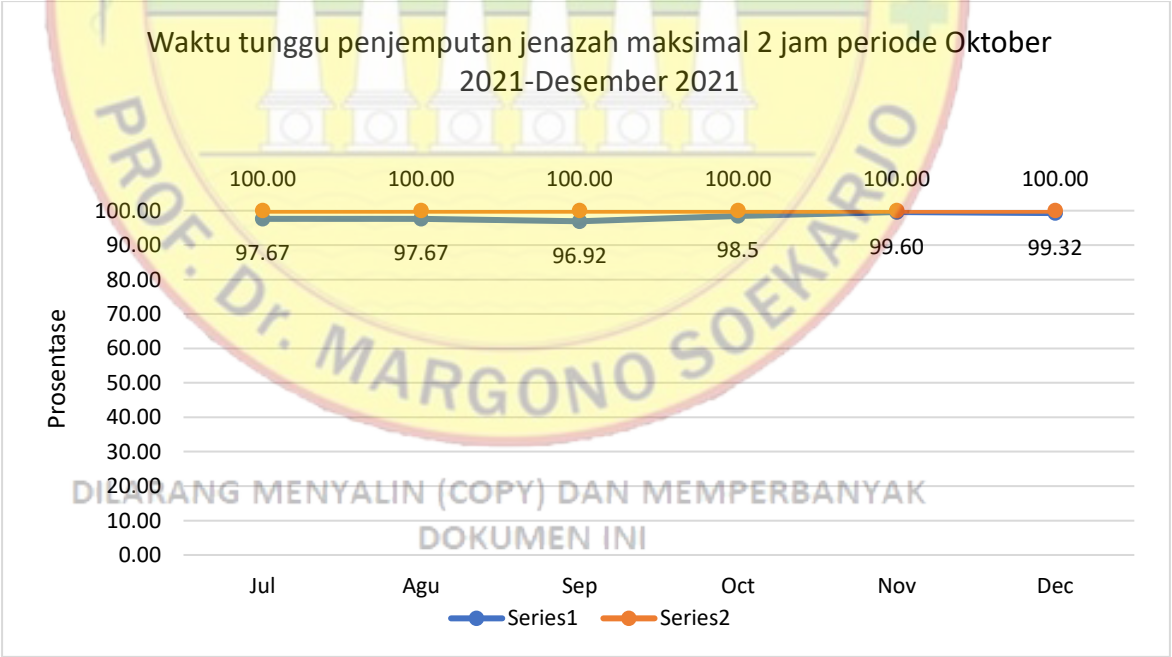
c. Kejadian Reaksi Anestesi



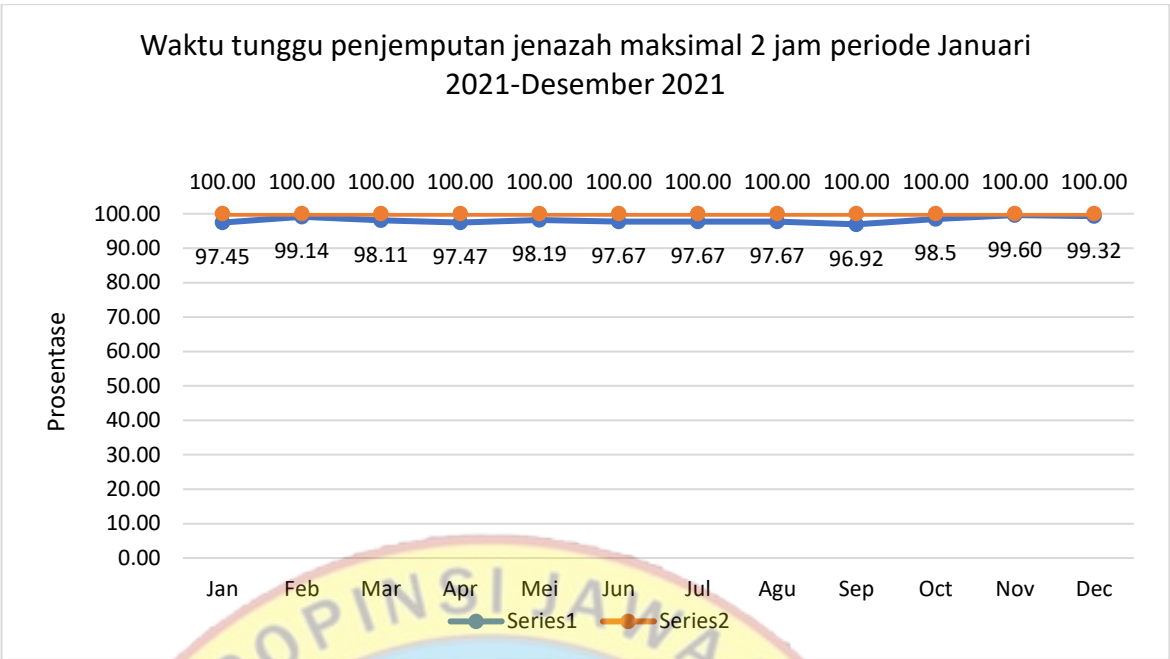
Rerata hasil capaian Kejadian Reaksi Anestesi periode November 2021-Desember 2021 mencapai 0.52%. Capaian ini sudah memenuhi standar yang ditetapkan yakni 2%.

20. IPJ

Waktu tunggu penjemputan jenazah ≤ 2 jam



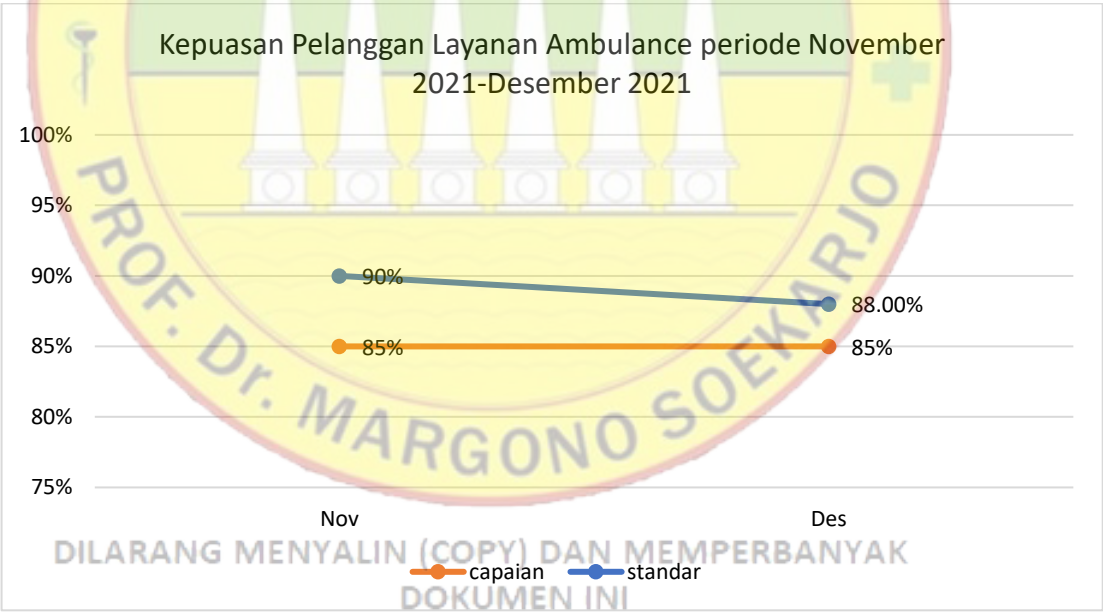
Rerata hasil capaian Waktu tunggu penjemputan jenazah ≤ 2 jam periode Oktober 2021-Desember 2021 mencapai 99.14%. Capaian ini menurun dari periode sebelumnya yang mencapai 97.42%



.Rerata hasil capaian Waktu tunggu penjemputan jenazah $\leq$ 2 jam pada tahun 2021 mencapai 98.14%.

21. Kendaraan

Kepuasan Pelanggan Layanan Ambulance



Rerata hasil capaian Kepuasan Pelanggan Layanan Ambulance periode November 2021-Desember 2021 mencapai 89%.

IV. INDIKATOR MUTU PELAYANAN COVID

A. Kepatuhan asesmen kebutuhan pasien Covid – 19 oleh MPP



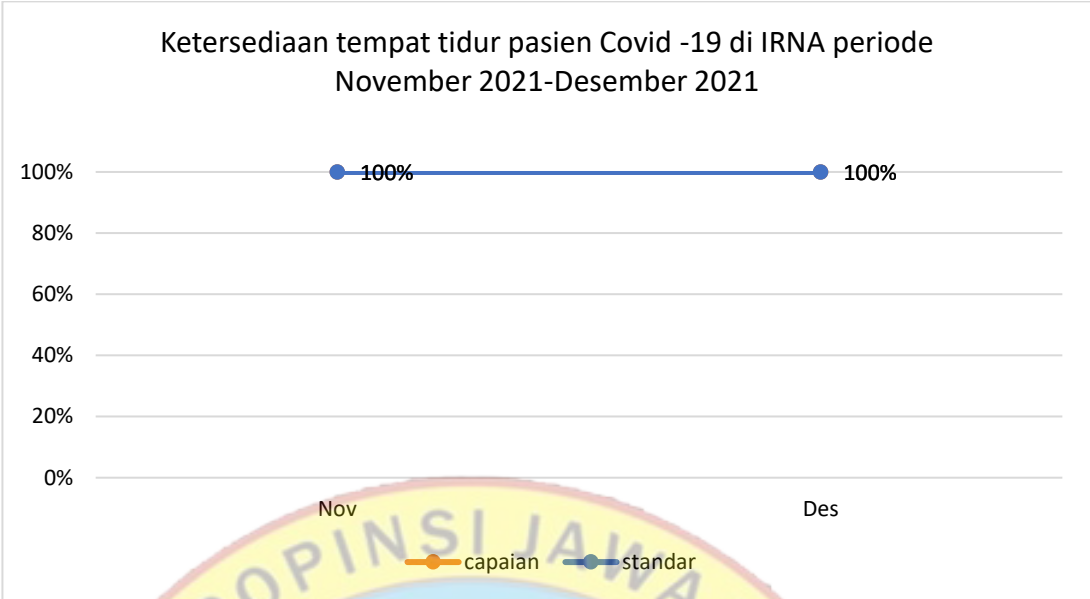
Rerata hasil capaian Kepatuhan asesmen kebutuhan pasien Covid – 19 oleh MPP periode November 2021-Desember 2021 mencapai standar yang ditetapkan yakni 100%.

B. Waktu Pelayanan pasien Covid -19 di IGD ≤ 2 Jam



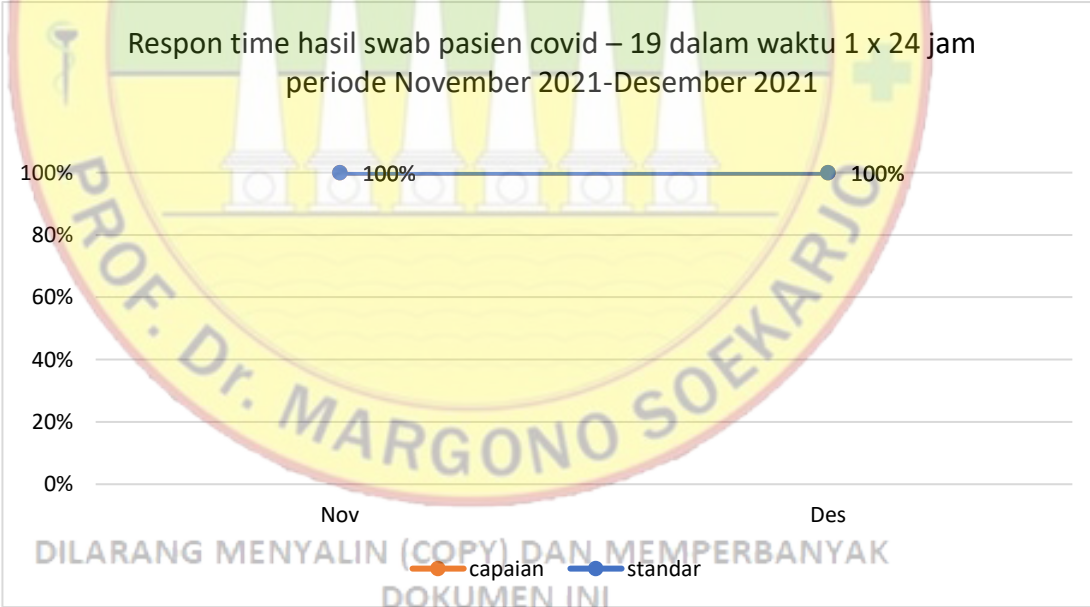
Rerata hasil capaian Waktu Pelayanan pasien Covid -19 di IGD ≤ 2 Jam periode November 2021-Desember 2021 mencapai 90.48%.

C. Ketersediaan tempat tidur pasien Covid -19 di IRNA



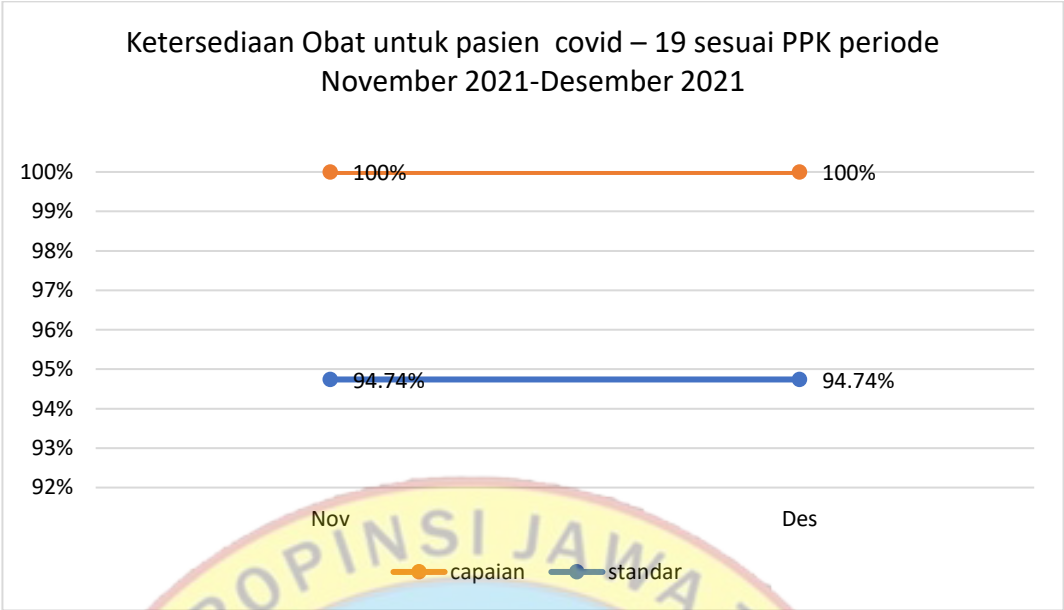
Rerata hasil capaian Ketersediaan tempat tidur pasien Covid -19 di IRNA periode November 2021-Desember 2021 mencapai standar yang ditetapkan yakni 100%.

D. Respon time hasil swab pasien covid – 19 dalam waktu 1 x 24 jam



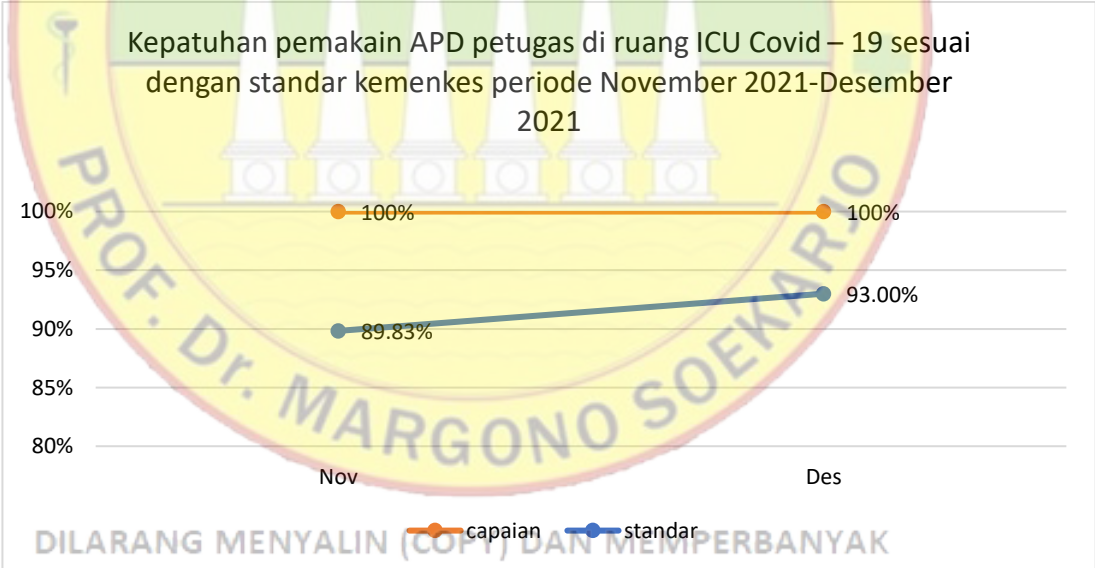
Rerata hasil capaian Respon time hasil swab pasien covid – 19 dalam waktu 1 x 24 jam periode November 2021-Desember 2021 mencapai standar yang ditetapkan yakni 100%.

E. Ketersediaan Obat untuk pasien covid – 19 sesuai PPK



Rerata hasil capaian Ketersediaan Obat untuk pasien covid – 19 sesuai PPK periode November 2021-Desember 2021 mencapai 94.74%.

F. Kepatuhan pemakaian APD petugas di ruang ICU Covid – 19 sesuai dengan standar kemenkes

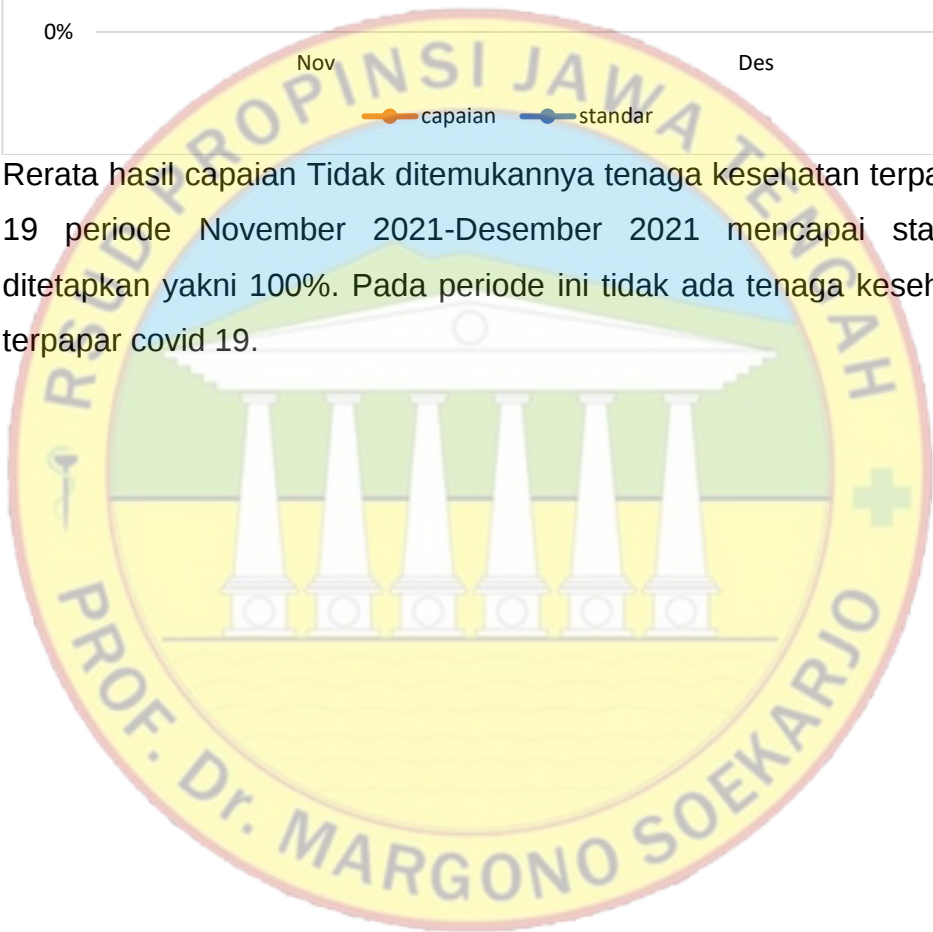


Rerata hasil capaian Kepatuhan pemakaian APD petugas di ruang ICU Covid – 19 sesuai dengan standar kemenkes periode November 2021-Desember 2021 mencapai 91%.

G. Tidak ditemukannya tenaga kesehatan terpapar covid - 19



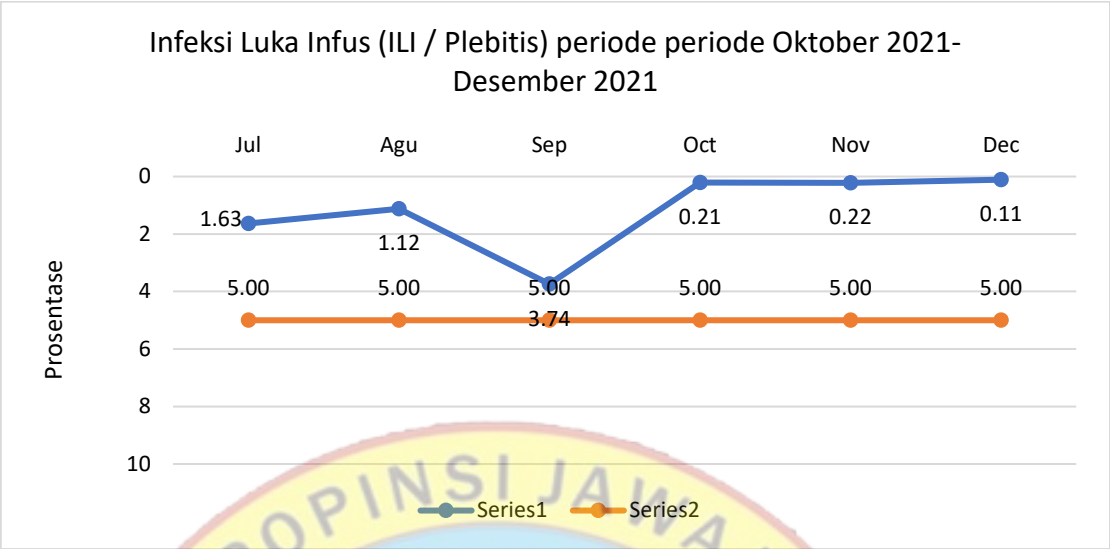
Rerata hasil capaian Tidak ditemukannya tenaga kesehatan terpapar covid - 19 periode November 2021-Desember 2021 mencapai standar yang ditetapkan yakni 100%. Pada periode ini tidak ada tenaga kesehatan yang terpapar covid 19.



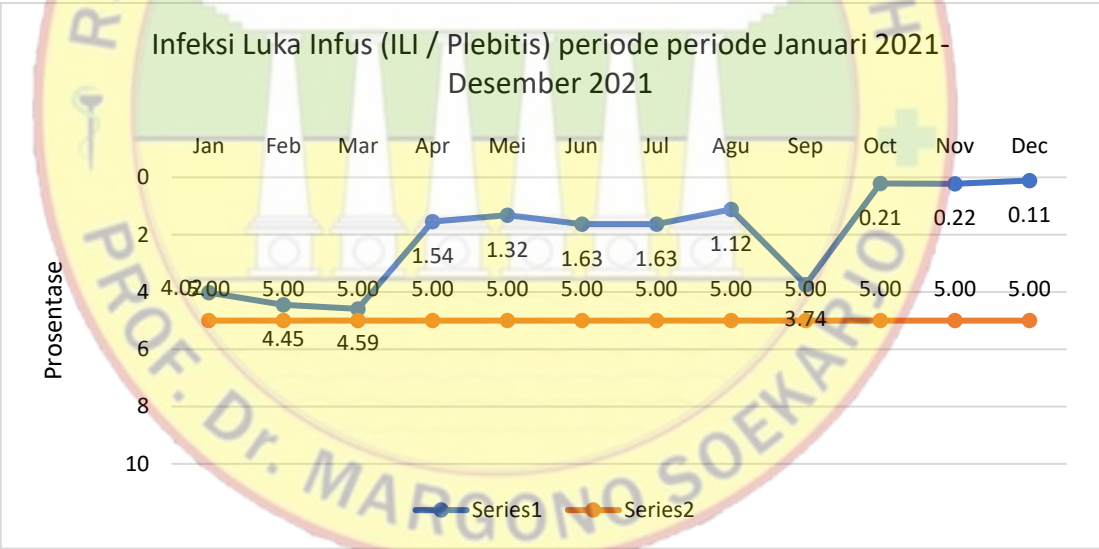
DILARANG MENYALIN (COPY) DAN MEMPERBANYAK
DOKUMEN INI

V. ANALISIS HASIL SURVEILANCE PPI

1. Infeksi Luka Infus (ILI/Plebitis)

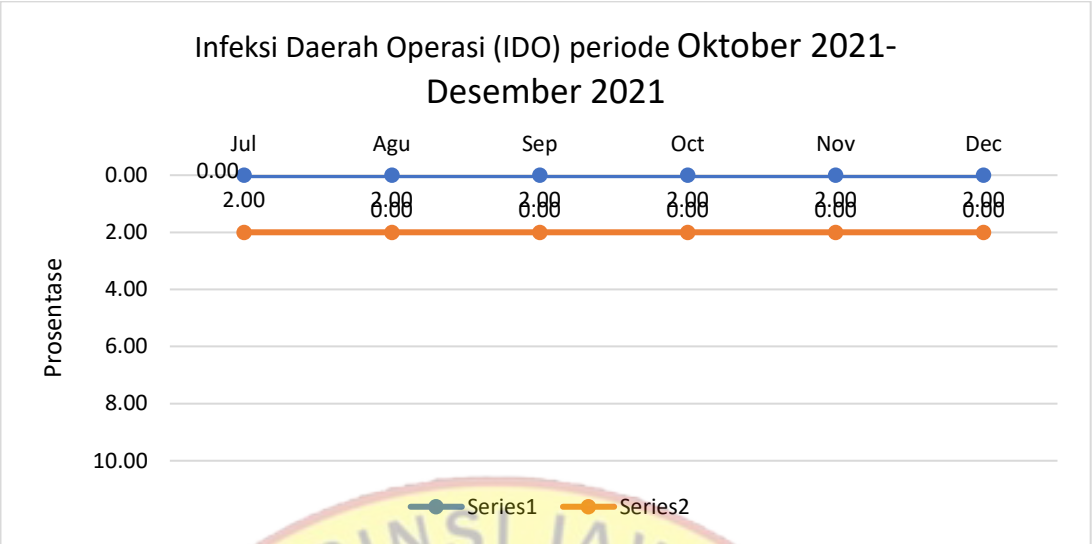


Rerata hasil capaian Infeksi Luka Infus (ILI/Plebitis) periode Oktober 2021-Desember 2021 mencapai 0.18%. Prosentase menurun dari periode sebelumnya yang mencapai 2.16%.



Rerata hasil capaian Infeksi Luka Infus (ILI/Plebitis) pada tahun 2021 mencapai 2.04%.

2. Infeksi Daerah Operasi (IDO)

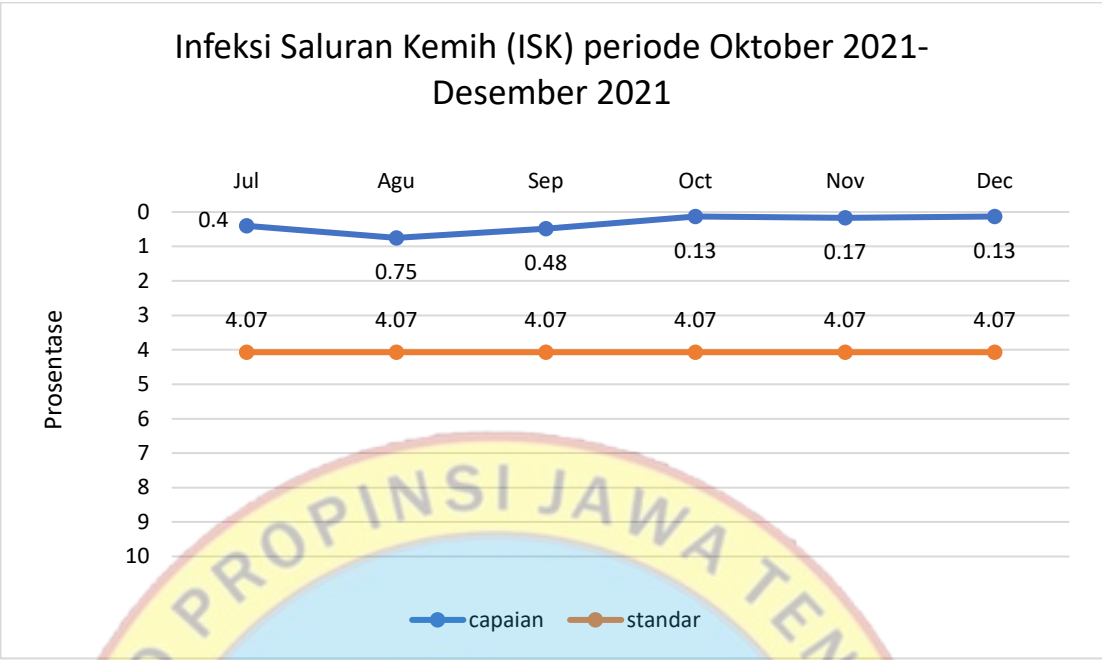


Rerata hasil capaian Infeksi Daerah Operasi (IDO) periode Oktober 2021-Desember 2021 sebesar 0%. Capaian ini sudah memenuhi standar yang ditetapkan yakni 2%. Dalam periode ini tidak ditemukan adanya infeksi daerah operasi pada pasien.

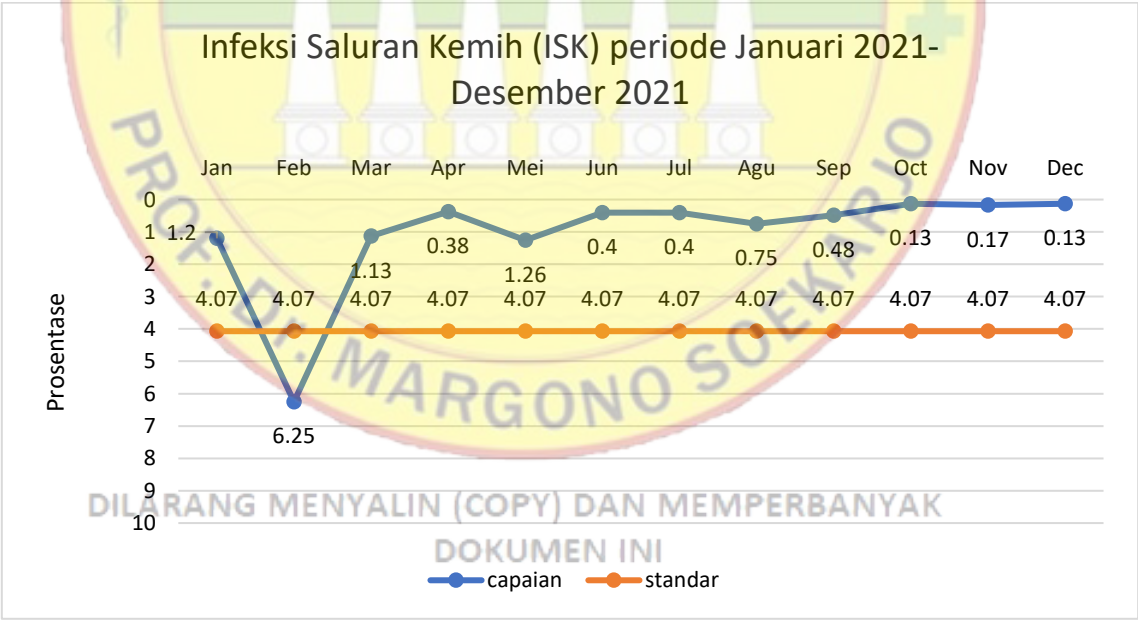


Rerata hasil capaian Infeksi Daerah Operasi (IDO) pada tahun 2021 sebesar 0%. pada tahun 2021 tidak ditemukan adanya infeksi daerah operasi pada pasien.

3. Infeksi Saluran Kemih (ISK)

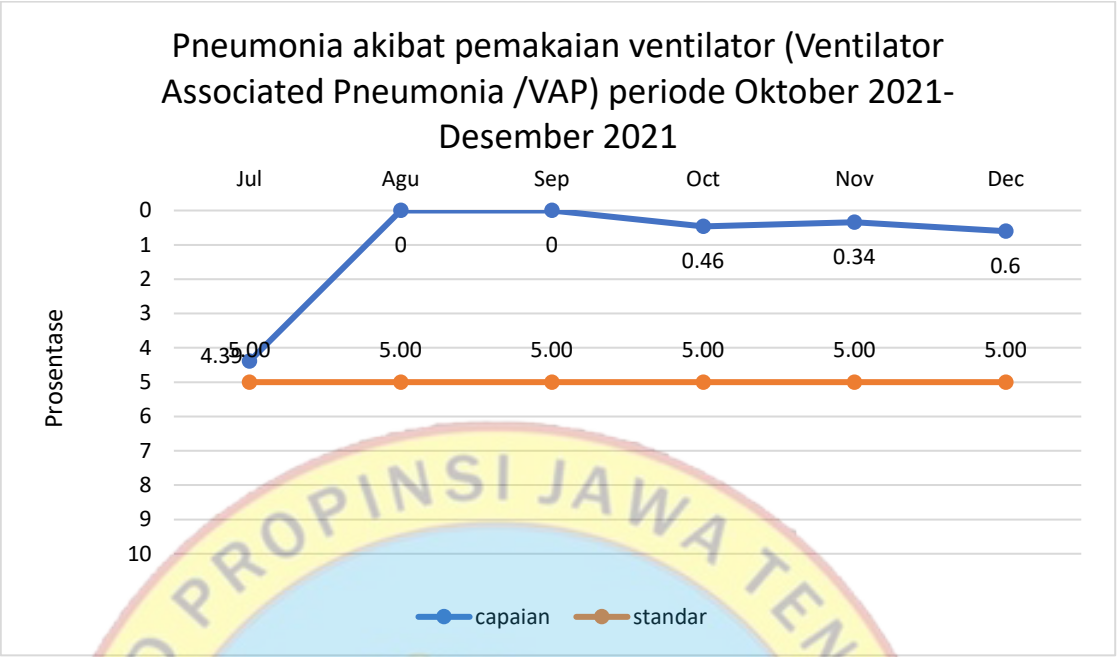


Rerata hasil capaian Infeksi Saluran Kemih (ISK) periode Oktober 2021-Desember 2021 sebesar 0.14%. Menurun dari periode sebelumnya yang mencapai 0.54%.

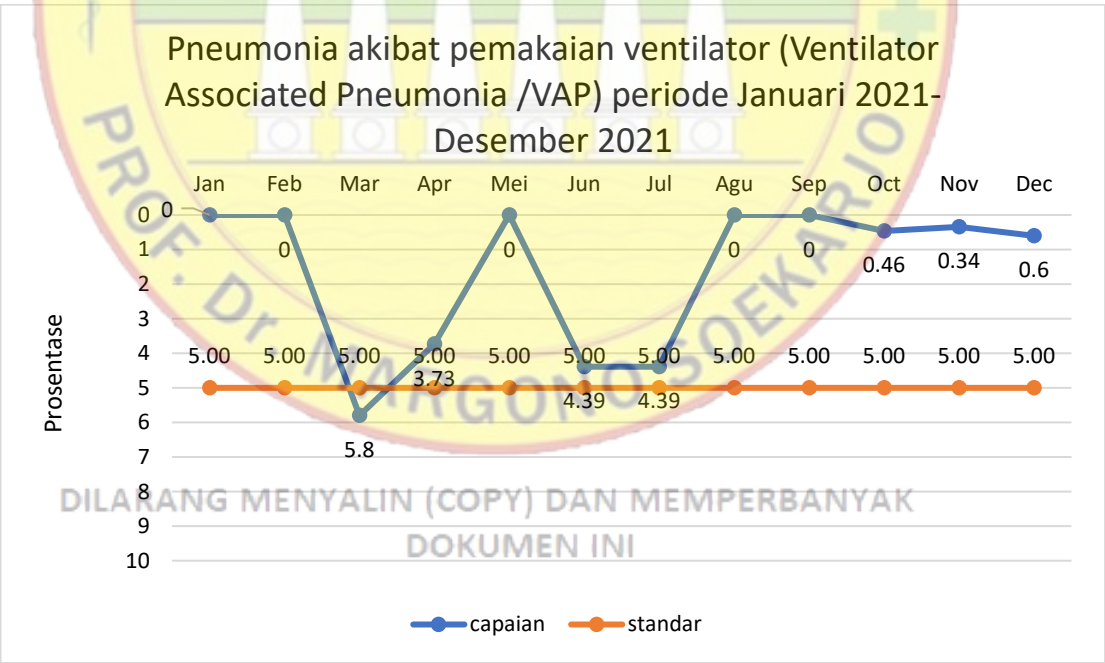


Rerata hasil capaian Infeksi Saluran Kemih (ISK) pada tahun 2021 sebesar 1.05%

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



Rerata hasil capaian Pneumonia akibat pemakaian ventilator (Ventilator Associated Pneumonia /VAP) periode Oktober 2021-Desember 2021 sebesar 0.46%. Menurun dari periode sebelumnya yang mencapai 2.70%.



Rerata hasil capaian Pneumonia akibat pemakaian ventilator (Ventilator Associated Pneumonia /VAP) pada tahun 2021 sebesar 1.64%

LAPORAN KEGIATAN KERJASAMA OPERASIONAL ALAT LABORATORIUM

EVALUASI KERJASAMA OPERASIONAL ALAT LABORATORIUM SEMESTER II TAHUN 2021								
NO	NAMA ALAT	JUMLAH	PERUSAHAAN	KETERSEDIAAN REAGEN/AHP/CONSUMABLE	MAINTENANCE RUTIN	KONDISI ALAT	HASIL PMI DAN PME	RESPON TIME TERHADAP TROUBLE ALAT
1	Hematology Analyzer Sysmex XN-1000	2 Unit	PT. SABA	Lancar, Sesuai SP, ED 1-2 Tahun	Baik, Kunjungan Rutin Tiap Bulan	Baik	BAIK, KEQUALI PARAMETER LEUKOSIT (HASIL TIDAK MEMUASKAN)	On Call Via telephone 24 jam. Bila Via telephone belum dapat memperbaiki kerusakan alat, teknisi akan datang dan Cek alat dalam 1x24 Jam. Ketersediaan dan Penggantian Sparepart baik.
2	Hematology Analyzer Sysmex KX-21	2 Unit	PT. SABA	Lancar, Sesuai SP, ED 1-2 Tahun	Baik, Kunjungan Rutin Tiap Bulan	Baik	BAIK, KEQUALI PARAMETER LEUKOSIT (HASIL TIDAK MEMUASKAN)	
3	Hematology Analyzer Sysmex XN-550	1 Unit	PT. SABA	Lancar, Sesuai SP, ED 1-2 Tahun	Baik, Kunjungan Rutin Tiap Bulan	Baik	BAIK, KEQUALI PARAMETER LEUKOSIT (HASIL TIDAK MEMUASKAN)	
4	Coagulometer Ca-600	1 Unit	PT. SABA	Lancar, Sesuai SP, ED 1-2 Tahun	Baik, Kunjungan Rutin Tiap Bulan	Baik	Belum Mengikuti PME	
5	Coagulometer CS-1600	1 Unit	PT. SABA	Lancar, Sesuai SP, ED 1-2 Tahun	Baik, Kunjungan Rutin Tiap Bulan	Baik	Belum Mengikuti PME	
6	Analyzer Kimia Bio Majesty JCA-BM6010/C	2 Unit	PT. SABA	Lancar, Sesuai SP, ED 1-2 Tahun	Baik, Kunjungan Rutin Tiap Bulan	Pemeriksaan Fe di Pav. Abiyasa tidak dapat dilakukan, karena kualitas RO yang rendah	BAIK, KEQUALI PARAMETER FOSFATASE ALKALI (HASIL TIDAK MEMUASKAN)	
7	Analyzer Kimia Sysmex BX-3010	1 Unit	PT. SABA	Lancar, Sesuai SP, ED 1-2 Tahun	Baik, Kunjungan Rutin Tiap Bulan	Pemeriksaan Fe di Pav. Abiyasa tidak dapat dilakukan, karena kualitas RO yang rendah	BAIK, KEQUALI PARAMETER FOSFATASE ALKALI (HASIL TIDAK MEMUASKAN)	
8	Blood Gas Electrolyte RapidLab-348	2 Unit	PT. TAWADA	Lancar, Sesuai SP, ED 1-2 Tahun	Baik, Kunjungan Rutin Tiap Bulan	Baik	Belum Mengikuti PME	
9	Blood Gas Electrolyte RapidLab-349	1 Unit	PT. TAWADA	Lancar, Sesuai SP, ED 1-2 Tahun	Baik, Kunjungan Rutin Tiap Bulan	Baik	Belum Mengikuti PME	
8	Immunology Analyzer Hitachi Cobas e411	2 Unit	PT. DEXA	Lancar, Sesuai SP, ED 1-2 Tahun	Baik, Kunjungan Rutin Tiap Bulan	Baik	Belum Mengikuti PME	

LAPORAN INDIKATOR KPRA

No	Indikator Mutu	Target dan hasil	PDSA																																													
1	a. Angka infeksi yang disebabkan oleh bakteri MRSA b. Angka infeksi yang disebabkan oleh bakteri ESBL	Target : adanya Penurunan angka infeksi <table><thead><tr><th>Bakteri penyebab infeksi</th><th>Semester</th><th>Angka infeksi</th><th>MDRO</th><th>%MDRO</th></tr></thead><tbody><tr><td colspan="5">ESBL</td></tr><tr><td>Klebsiella pneumoniae</td><td>1</td><td>226</td><td>86(38,1%)</td><td>Smt 1</td></tr><tr><td></td><td>2</td><td>203</td><td>104(51,2%)</td><td>48,9%</td></tr><tr><td>Escherichia coli</td><td>1</td><td>89</td><td>68(76,4%)</td><td>Smt 2</td></tr><tr><td></td><td>2</td><td>111</td><td>68(61,3)</td><td>54,8%</td></tr><tr><td colspan="5">MRSA</td></tr><tr><td>Staphylococcus aureus</td><td>1</td><td>26</td><td>21 (80,8%)</td><td>80,8%</td></tr><tr><td></td><td>2</td><td>56</td><td>41 (73,2%)</td><td>73,2%</td></tr></tbody></table>	Bakteri penyebab infeksi	Semester	Angka infeksi	MDRO	%MDRO	ESBL					Klebsiella pneumoniae	1	226	86(38,1%)	Smt 1		2	203	104(51,2%)	48,9%	Escherichia coli	1	89	68(76,4%)	Smt 2		2	111	68(61,3)	54,8%	MRSA					Staphylococcus aureus	1	26	21 (80,8%)	80,8%		2	56	41 (73,2%)	73,2%	P: Penurunan angka infeksi bakteri ESBL /MRSA terhadap antimikroba D: Sosialisasi peta kuman dan buku panduan penggunaan antimikroba S: Analisa mikroba resisten di klasifikasikan di tiap bangsal perawatan Analisa mikroba resisten berdasarkan faktor resiko dan transmisi A : Koordinasi dengan Tim PPI untuk dapat menekan terjadinya MRSA Kesimpulan : Terjadi kenaikan angka infeksi bakteri ESBL / MRSA terhadap antimikroba.
Bakteri penyebab infeksi	Semester	Angka infeksi	MDRO	%MDRO																																												
ESBL																																																
Klebsiella pneumoniae	1	226	86(38,1%)	Smt 1																																												
	2	203	104(51,2%)	48,9%																																												
Escherichia coli	1	89	68(76,4%)	Smt 2																																												
	2	111	68(61,3)	54,8%																																												
MRSA																																																
Staphylococcus aureus	1	26	21 (80,8%)	80,8%																																												
	2	56	41 (73,2%)	73,2%																																												
2	Peningkatan Pola Kepekaan antimikroba terhadap mikroba	Target : adanya Peningkatan kepekaan antimikroba Ada peningkatan sekitar kepekaan antimikroba antarlain pada a. Pada Spesimen darah 10% : - ciprofloxacin mengalami peningkatan kepekaan pada Klebsiella pneumoniae dari resisten menjadi intermediet - ciprofloxacin dan gentamisin meningkat angka kepekaannya pada Staphylococcus aureus b. Pada spesimen sputum 5% - ampicilin dan ampicilin sulbaktam meningkat kepekaannya pada Klebsiella pneumoniae dan Eschericia coli dari resisten menjadi intermediet - ciprofloxacin, vankomisin dan gentamisin meningkat angka kepekaannya pada Staphylococcus aureus																																														

DILARANG MENYALIN (COPY) DAN MEMPERBANYAK DOKUMEN INI

3	Evaluasi Kualitatif penggunaan antibiotik	Target : Peningkatan kualitas ketepatan penggunaan antibiotik. a. Bangsal Penyakit Dalam <table><tr><th>KATEGORI</th><th>Keterangan</th><th>Smt 1 n(%)</th><th>Smt 2 n%</th></tr><tr><td>0</td><td>Antibiotik Tepat</td><td>11 (26,83%)</td><td>42 (42,9%)</td></tr><tr><td>5</td><td>Antibiotik tidak indikasi</td><td>15 (36,59%)</td><td>29 (29,6%)</td></tr><tr><td>4a</td><td>Ada antibiotik yang lebih efektif</td><td>8 (19,51%)</td><td>25 (25,5%)</td></tr><tr><td>3a</td><td>Pemberian terlalu lama</td><td>5 (12,20%)</td><td>-</td></tr><tr><td>3b</td><td>Pemberian terlalu singkat</td><td>-</td><td>1 (1%)</td></tr><tr><td>4c</td><td>Ada antibiotik lebih murah</td><td>1 (2,44%)</td><td>-</td></tr><tr><td>4d</td><td>Ada antibiotik spektrum lebih sempit</td><td>1 (2,44)</td><td>-</td></tr><tr><td>2b</td><td>Interval pemberian tidak sesuai</td><td></td><td>2 (2%)</td></tr><tr><td>Jumlah</td><td></td><td>41</td><td>99</td></tr></table> b. Bangsal Bedah <table><tr><th>KATEGORI</th><th>KETERANGAN</th><th>Smt 1 n(%)</th><th>Smt2 n(%)</th></tr><tr><td>0</td><td>Antibiotik tepat</td><td>4 (13,33%)</td><td>14 (20%)</td></tr><tr><td>5</td><td>Antibiotik Tidak indikasi</td><td>4 (13,33%)</td><td>22 (31,4%)</td></tr><tr><td>2a</td><td>Dosis Kurang tepat</td><td>14 (46,67%)</td><td>11 (15,7%)</td></tr><tr><td>4a</td><td>Ada antibiotik yang lebih efektif</td><td>8 (26,67%)</td><td>17 (24,3%)</td></tr><tr><td></td><td>Jumlah</td><td>30</td><td>70</td></tr></table> DILARANG MENYALIN (COPY) DAN MEMPERBANYAK	KATEGORI	Keterangan	Smt 1 n(%)	Smt 2 n%	0	Antibiotik Tepat	11 (26,83%)	42 (42,9%)	5	Antibiotik tidak indikasi	15 (36,59%)	29 (29,6%)	4a	Ada antibiotik yang lebih efektif	8 (19,51%)	25 (25,5%)	3a	Pemberian terlalu lama	5 (12,20%)	-	3b	Pemberian terlalu singkat	-	1 (1%)	4c	Ada antibiotik lebih murah	1 (2,44%)	-	4d	Ada antibiotik spektrum lebih sempit	1 (2,44)	-	2b	Interval pemberian tidak sesuai		2 (2%)	Jumlah		41	99	KATEGORI	KETERANGAN	Smt 1 n(%)	Smt2 n(%)	0	Antibiotik tepat	4 (13,33%)	14 (20%)	5	Antibiotik Tidak indikasi	4 (13,33%)	22 (31,4%)	2a	Dosis Kurang tepat	14 (46,67%)	11 (15,7%)	4a	Ada antibiotik yang lebih efektif	8 (26,67%)	17 (24,3%)		Jumlah	30	70	Evaluasi Kualitatif dilakukan oleh 6 orang reviewer terdiri dari 3 orang Dokter Spesialis dan 3 orang Apoteker. Metode yang digunakan adalah dg analisis Gyssen pada bangsal penyakit dalam dan bangsal bedah. Hasil Analisis antara lain masih terdapat antibiotic tidak tepat penggunaannya sebanyak 36,59% di semester 1, menurun menjadi 29,6% di semester 2 untuk bangsal penyakit dalam, dan terjadi kenaikan penggunaan antibiotik yang tidak tepat untuk bangsal bedah dari 13,33% di semester 1 menjadi 31,4% di semester 2. Penggunaan antibiotik yang tepat penggunaannya semester 1 26,83% naik menjadi 42,9%semester 2 di bangsal penyakit dalam dan 13,33% semester 1 menjadi 20 % di semester 2 untuk bangsal bedah P : Peningkatan kualitas ketepatan penggunaan antibiotik D : Sosialisasi penggunaan PPAB (Pedoman Penggunaan Antibiotik) S : Analisa kepatuhan pelaksanaan PPAB A : Pengkajian ulang PPAB dan revisi apabila diperlukan
KATEGORI	Keterangan	Smt 1 n(%)	Smt 2 n%																																																																
0	Antibiotik Tepat	11 (26,83%)	42 (42,9%)																																																																
5	Antibiotik tidak indikasi	15 (36,59%)	29 (29,6%)																																																																
4a	Ada antibiotik yang lebih efektif	8 (19,51%)	25 (25,5%)																																																																
3a	Pemberian terlalu lama	5 (12,20%)	-																																																																
3b	Pemberian terlalu singkat	-	1 (1%)																																																																
4c	Ada antibiotik lebih murah	1 (2,44%)	-																																																																
4d	Ada antibiotik spektrum lebih sempit	1 (2,44)	-																																																																
2b	Interval pemberian tidak sesuai		2 (2%)																																																																
Jumlah		41	99																																																																
KATEGORI	KETERANGAN	Smt 1 n(%)	Smt2 n(%)																																																																
0	Antibiotik tepat	4 (13,33%)	14 (20%)																																																																
5	Antibiotik Tidak indikasi	4 (13,33%)	22 (31,4%)																																																																
2a	Dosis Kurang tepat	14 (46,67%)	11 (15,7%)																																																																
4a	Ada antibiotik yang lebih efektif	8 (26,67%)	17 (24,3%)																																																																
	Jumlah	30	70																																																																
4	Evaluasi Kuantitatif penggunaan antibiotik Penggunaan terbanyak	Target : Penurunan penggunaan antibiotik a. Bangsal Penyakit dalam <table><tr><td>NAMA ANTIBIOTIK</td><td>Smt 1 DDD (% DDD)</td><td>Smt 2 DDD (%DDD)</td></tr><tr><td>AZITROMISIN</td><td>-</td><td>3,3(0,6)</td></tr></table>	NAMA ANTIBIOTIK	Smt 1 DDD (% DDD)	Smt 2 DDD (%DDD)	AZITROMISIN	-	3,3(0,6)	Setelah dilakukan evaluasi Kuantitatif pada bangsal Penyakit dalam dan Bedah di tahun 2021. Untu penggunaan antibiotik di bangsal penyakit dalam, Ceftriaxon masih merupakan antibiotik yang banyak digunakan pada																																																										
NAMA ANTIBIOTIK	Smt 1 DDD (% DDD)	Smt 2 DDD (%DDD)																																																																	
AZITROMISIN	-	3,3(0,6)																																																																	

	<table><tr><td>AMPISILIN-SULBAKTAM</td><td>-</td><td>5,5 (1)</td></tr><tr><td>CEFADROXILE</td><td>5 (2)</td><td>-</td></tr><tr><td>CEFIXIME</td><td>15.5 (6)</td><td>77 (14)</td></tr><tr><td>CEFOTAXIME</td><td>-</td><td>9,5 (1,7)</td></tr><tr><td>CEFTAZIDIM</td><td>5.25 (2)</td><td>51 (9,3)</td></tr><tr><td>CEFTRIAXON</td><td>43 (18)</td><td>158.5 (29)</td></tr><tr><td>CIPROFLOXACIN</td><td>3 (1)</td><td>2,25 (0,4)</td></tr><tr><td>CLINDAMISIN</td><td>-</td><td>0,5(0,1)</td></tr><tr><td>COTRIMOXAZOLE</td><td>-</td><td>54,4 (9,9)</td></tr><tr><td>DOKSISIKLIN</td><td>-</td><td>32,0(5,9)</td></tr><tr><td>LEVOFLOXACIN INF</td><td>7.5 (3)</td><td>92,5 (16,9)</td></tr><tr><td>LEVOFLOXACIN ORAL</td><td>-</td><td>1 (0,2)</td></tr><tr><td>MEROPENEM</td><td>-</td><td>3(0,5)</td></tr><tr><td>METRONIDAZOL</td><td>4(2)</td><td>20 (3,7)</td></tr><tr><td>LAMA RAWAT INAP</td><td>245</td><td>547</td></tr></table>	AMPISILIN-SULBAKTAM	-	5,5 (1)	CEFADROXILE	5 (2)	-	CEFIXIME	15.5 (6)	77 (14)	CEFOTAXIME	-	9,5 (1,7)	CEFTAZIDIM	5.25 (2)	51 (9,3)	CEFTRIAXON	43 (18)	158.5 (29)	CIPROFLOXACIN	3 (1)	2,25 (0,4)	CLINDAMISIN	-	0,5(0,1)	COTRIMOXAZOLE	-	54,4 (9,9)	DOKSISIKLIN	-	32,0(5,9)	LEVOFLOXACIN INF	7.5 (3)	92,5 (16,9)	LEVOFLOXACIN ORAL	-	1 (0,2)	MEROPENEM	-	3(0,5)	METRONIDAZOL	4(2)	20 (3,7)	LAMA RAWAT INAP	245	547	semester 1 18%, naik menjadi 29% pada semester 2. Untuk bangsal bedah, penggunaan antibiotik terbanyak ceftriaxone, meskipun penggunaan ceftriaxone menurun dari 42,11% pada semester 1 menjadi 13,64% di semester 2 P : Penurunan kuantitas penggunaan antibiotik D : Sosialisasi penggunaan PPAB (Pedoman Penggunaan Antibiotik) S : Analisa kepatuhan pelaksanaan PPAB A : Pengkajian ulang PPAB dan revisi apabila diperlukan
AMPISILIN-SULBAKTAM	-	5,5 (1)																																													
CEFADROXILE	5 (2)	-																																													
CEFIXIME	15.5 (6)	77 (14)																																													
CEFOTAXIME	-	9,5 (1,7)																																													
CEFTAZIDIM	5.25 (2)	51 (9,3)																																													
CEFTRIAXON	43 (18)	158.5 (29)																																													
CIPROFLOXACIN	3 (1)	2,25 (0,4)																																													
CLINDAMISIN	-	0,5(0,1)																																													
COTRIMOXAZOLE	-	54,4 (9,9)																																													
DOKSISIKLIN	-	32,0(5,9)																																													
LEVOFLOXACIN INF	7.5 (3)	92,5 (16,9)																																													
LEVOFLOXACIN ORAL	-	1 (0,2)																																													
MEROPENEM	-	3(0,5)																																													
METRONIDAZOL	4(2)	20 (3,7)																																													
LAMA RAWAT INAP	245	547																																													
	b. Bangsal Bedah DILARANG MENYALIN (COPY) DAN MEMPERBANYAK <table><tr><th>NAMA AB</th><th>SEMESTER I DDD (%DDD)</th><th>SEMESTER II DDD (%DDD)</th></tr><tr><td>AMPISILIN-SULBAKTAM</td><td>-</td><td>9 (5,49)</td></tr><tr><td>CEFADROXIL</td><td>-</td><td>2 (1.2)</td></tr></table>	NAMA AB	SEMESTER I DDD (%DDD)	SEMESTER II DDD (%DDD)	AMPISILIN-SULBAKTAM	-	9 (5,49)	CEFADROXIL	-	2 (1.2)																																					
NAMA AB	SEMESTER I DDD (%DDD)	SEMESTER II DDD (%DDD)																																													
AMPISILIN-SULBAKTAM	-	9 (5,49)																																													
CEFADROXIL	-	2 (1.2)																																													

		<table><tr><td>CEFAZOLINE</td><td>10.33 (10,88)</td><td>21.33 (12.93)</td></tr><tr><td>CEFIXIME</td><td>-</td><td>2.5 (1,52)</td></tr><tr><td>CEFTRIAXONE</td><td>40.00 (42,11)</td><td>22.5 (13.64)</td></tr><tr><td>CIPROFLOXACIN</td><td>4.00 (4,21)</td><td>7 (4,24)</td></tr><tr><td>CLINDAMYCIN</td><td></td><td>1,5 (0,91)</td></tr><tr><td>METRONIDAZOLE</td><td>0.00</td><td>6 (3,63)</td></tr><tr><td>TOTAL RANAP</td><td>95</td><td>165</td></tr></table>	CEFAZOLINE	10.33 (10,88)	21.33 (12.93)	CEFIXIME	-	2.5 (1,52)	CEFTRIAXONE	40.00 (42,11)	22.5 (13.64)	CIPROFLOXACIN	4.00 (4,21)	7 (4,24)	CLINDAMYCIN		1,5 (0,91)	METRONIDAZOLE	0.00	6 (3,63)	TOTAL RANAP	95	165								
CEFAZOLINE	10.33 (10,88)	21.33 (12.93)																													
CEFIXIME	-	2.5 (1,52)																													
CEFTRIAXONE	40.00 (42,11)	22.5 (13.64)																													
CIPROFLOXACIN	4.00 (4,21)	7 (4,24)																													
CLINDAMYCIN		1,5 (0,91)																													
METRONIDAZOLE	0.00	6 (3,63)																													
TOTAL RANAP	95	165																													
5	Peningkatan mutu Penanganan kasus infeksi secara multidisiplin forum kajian kasus infeksi terintegrasi	Target : Peningkatan jumlah kasus pembahasan forkit (naik 900%) Laporan kegiatan Forkit : -laporan jumlah kasus : 10 (1 kasus semester 1 dan 9 kasus semester 2) -laporan macam kriteria kasus : 10 kasus pasien sepsis dan permintaan antibiotika reserve. Semester 1 : <table><tr><th rowspan="2">SMF Asal</th><th rowspan="2">Jumlah Laporan</th><th colspan="2">Kondisi Pasien</th></tr><tr><th>Meninggal</th><th>Membaik</th></tr><tr><td>Anak</td><td>1</td><td>0</td><td>1</td></tr><tr><td>Total</td><td>1</td><td>0</td><td>1</td></tr></table> Semester 2 : <table><tr><th rowspan="2">SMF Asal</th><th rowspan="2">Jumlah Laporan</th><th colspan="2">Kondisi Pasien</th></tr><tr><th>Meninggal</th><th>Membaik</th></tr><tr><td>Bedah</td><td>4</td><td>0</td><td>4</td></tr><tr><td>Paru</td><td>2</td><td>1</td><td>1</td></tr></table>	SMF Asal	Jumlah Laporan	Kondisi Pasien		Meninggal	Membaik	Anak	1	0	1	Total	1	0	1	SMF Asal	Jumlah Laporan	Kondisi Pasien		Meninggal	Membaik	Bedah	4	0	4	Paru	2	1	1	Pada tahun 2021 Forum ini dilakukan secara online karena masa pandemic memanfaatkan aplikasi zoom dan chat grup whatsapp. P: Peningkatan jumlah kasus pembahasan forkit D: Sosialisasi Form PGA, Pembentukan grup kecil di whatsapp untuk pembahasan kasus S : Analisa kasus dengan jurnal ilmiah A : dijadwalkan untuk melakukan visit besar untuk kasus penggunaan antibiotik reserve Kesimpulan : Terjadi kenaikan angka infeksi bakteri ESBL / MRSA terhadap antimikroba.
SMF Asal	Jumlah Laporan	Kondisi Pasien																													
		Meninggal	Membaik																												
Anak	1	0	1																												
Total	1	0	1																												
SMF Asal	Jumlah Laporan	Kondisi Pasien																													
		Meninggal	Membaik																												
Bedah	4	0	4																												
Paru	2	1	1																												

		Anak	3	3	0	
		Total	9	4	5	

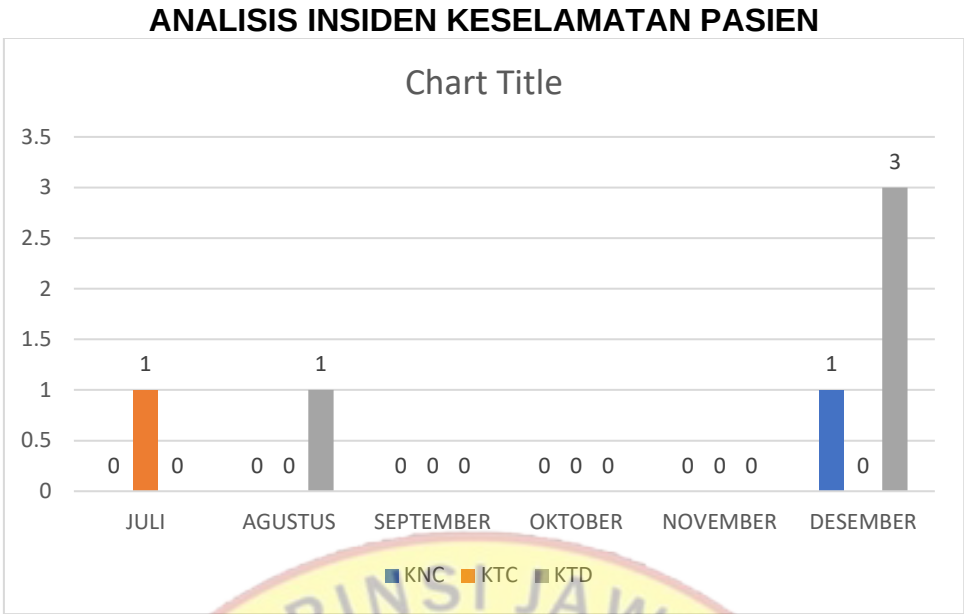
DAFTAR INSIDEN KESELAMATAN PASIEN SEMESTER I ITAHUN 2021 BERDASARKAN JENIS DAN WAKTU PELAPORANNYA

	Tanggal	Insiden	Matrik Grading	Jenis Kejadian	Unit Tempat Kejadian	Keterangan
						Waktu Lapor
1	31 Juli 2021 diterima 1 agustus 2021	pasien komplai ke website RSMS, saat kontrol tanggal 22 juli 2021 mendapat ostovel tab dietiket dengan jumlah 60 tablet , pasien seharusnya mendapat 2 botol ostovel dengan masing masing jumlah 30 tablet, tetapi satu botol hanya berisi 18 tablet dan satu botol yang lain hanya berrisi 14 tab	Biru	KTC	Klinik Bedah onkologi	≤ 2x24 jam
2	27 Agustus 2021 diterima 30 Agustus 2021	Pasien jatuh dari tempat tidur setelah diseka. Pasien jatuh di lantai kejang dengan mulut berbusa.	Merah	KTD	Adenium lt 1	≥ 2x24 jam
3	3 Desember 2021 diterima 4 Desember 2021	Kesalahan golongan darah, Bank darah melakukan crosmatch awal golongan adarah tertulis di kantong AB, setelah dilakukan identifikasi ternyata golongan darah pasien B, dilakukan crosmatch ulang oleh bank darah golongan darah B.	Biru	KNC	Instalasi Bank darah	≤ 2x24 jam
4	11 Dseember 2021 diterima 12 Desember 2021	Petugas tertusuk jarum saat sedang menyiapkan pengambilan sampel darah, saat memasukkan spuit ke plastik, padahal spuit masih tersege, ternyata spuit yang berada didalam segel tidal tidak ada tutupnya	Kuning	KTD	Asoka	≤ 2x24 jam

5	12 Desember 2021 diterima 13 Desember 2021	Pasien masuk PICU riwayat dilakukan vena secti di IGD, Pendarahan Vena secti di PICU sehingga harus dilakukan aff vena secti dan rechetting ulang untuk menghentikan perdarahan	Kuning	KTD	PICU	≤ 2x24 jam
6	17 Desember 2021 diterima 19 Desember 2021	Pasien post Colessitektomy, terpasang DC dari IBS, blas penuh di ruangan, urine tidak bisa keluar dari kateter, tidak bisa dikeluarkan dengan menggunakan spuit dari kateter, sehingga perlu dilakukan blas pungsi dan operasi cito PER	Kuning	KTD	Teratai	≥ 2x24 jam

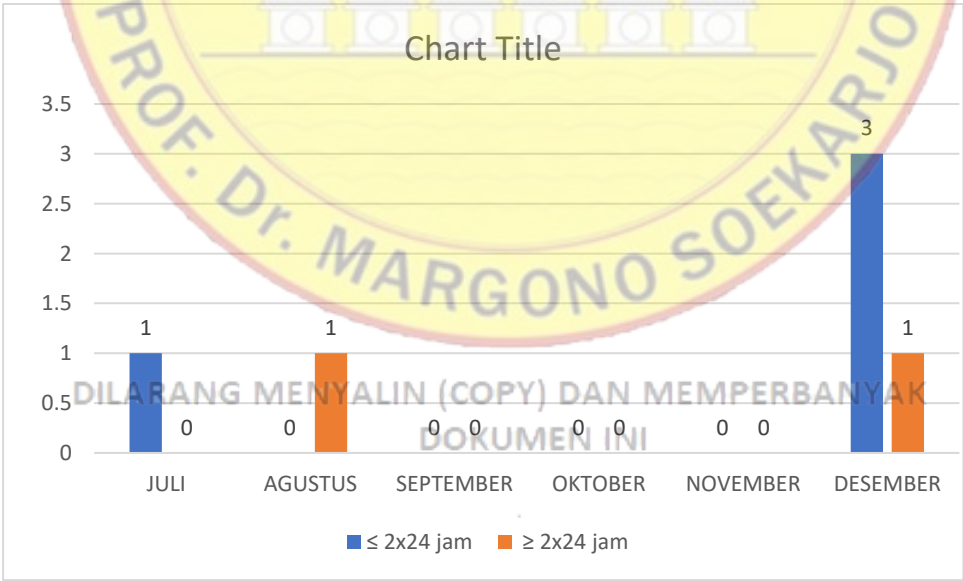


DILARANG MENYALIN (COPY) DAN MEMPERBANYAK
DOKUMEN INI



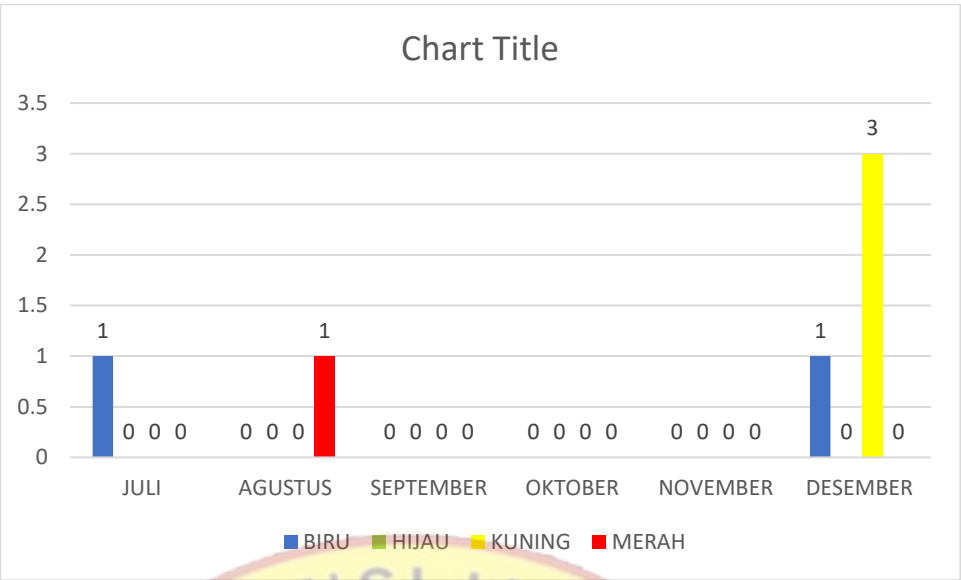
Gb. Diagram jenis insiden keselamatan pasien smt II thn 2021

Dari diagram diatas menggambarkan bahwa IKP yang paling besar adalah kejadian KTD sebesar 50 % dari Total Kejadian. Kejadian KTD berasal dari insiden tentang resiko jatuh, NSI, dan kejadian yang berhubungan dengan tindakan pembedahan. KTD yang terjadi di ruang rawat inap sebesar 75% . Di Semester 2 tahun 2021 tidak ada kejadian sentinel yang bisa menyebabkan cedera serius maupun kematian.



Gb. Diagram Pelaporan IKP sesuai standar

Diagram diatas menunjukkan bahwa capaian waktu pelaporan IKP yang sesuai standar dan alur pelaporan adalah sejumlah 66,7% selama semester 2, hal ini menggambarkan bahwa masih ada keterlambatan pelaporan yang disebabkan oleh beberapa faktor.



Gb. Diagram Grading IKP

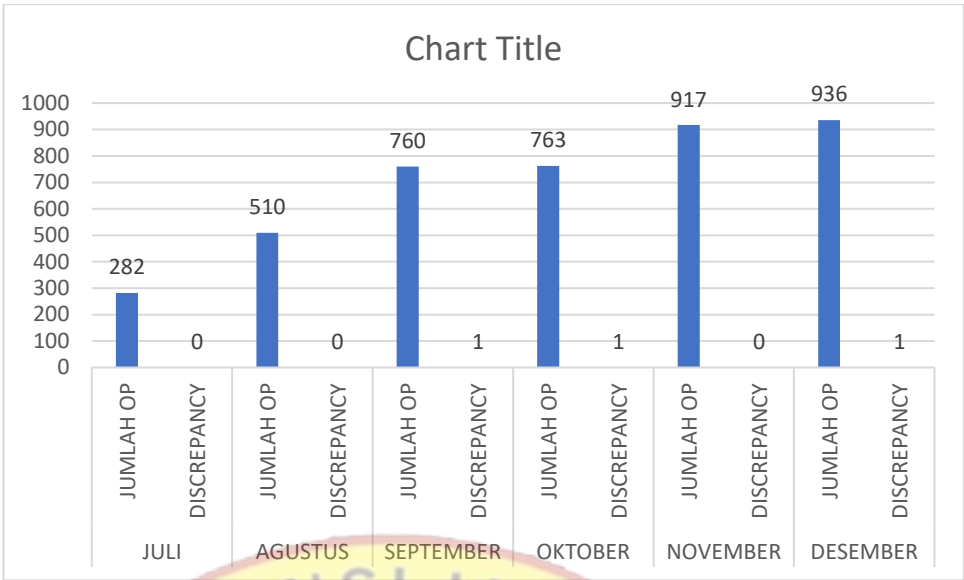
Grading Kejadian IKP yang tergambar dari grafik diatas, grading kuning adalah kejadian yang paling besar sebanyak 50% dari 6 kejadian selama semester 2 tahun 2021. Grading kuning paling banyak berada di area rawat inap sebanyak 3 kejadian.

ANALISIS INSIDEN LAIN DI RUMAH SAKIT

1. Pantauan ketidaksesuaian diagnosa pre dan post operasi (discrepancy)

- a. Pengertian
Discrepancy adalah ketidaksesuaian atau perbedaan diagnosa pada pre operasi dan pada post operasi.
- b. Data
Diambila dari data primer terolah Instalasi Bedah Sentral
- c. Analisis

BULAN	TOTAL OP	DISCREPANCY
JULI	282	0
AGUSTUS	510	0
SEPTEMBER	760	1
OKTOBER	763	1
NOVEMBER	917	0
DESEMBER	936	1



Gb. Diagram kejadian *discrepancy* Semester II tahun 2021

Dari diagram diatas didapatkan hasil bahwa dari bulan Juli sampai agustus dan bulan november tidak didapatkan kejadian *discrepancy*, sedangkan pada bulan september, oktober dan desember didapatkn masing masing satu kejadian sehingga rata rata kejadian *discrepancy* di semester satu adalah 0,07% kejadian.

0 % =
nomor 22
2017

Analisa
grafik

BULAN	TOTAL OP	DISCREPANCY	STANDAR
JULI	282	0	0
AGUSTUS	510	0	0
SEPTEMBER	760	1	0
OKTOBER	763	1	0
NOVEMBER	917	0	0
DESEMBER	936	1	0

*Standar
Pergub
tahun

:Dari
didas

didapatkan data bahwa jumlah kejadian *discrepancy* pada semester II tahun 2021 belum sesuai standar yaitu 0%, dari 3 kejadian *discrepancy* dua diantaranya adalah diagnosa bedah umum.

2. Pantauan komplikasi anestesi

a. Pengertian

Anestesi adalah suatu tindakan menghilangkan rasa sakit ketika melakukan pembedahan dan berbagai prosedur lainnya yang menimbulkan rasa sakit pada tubuh.

Komplikasi anestesi adalah perubahan tidak diinginkan dari proses anestesi atau efek samping dan atau menyebabkan masalah kesehatan baru dari anestesi itu sendiri.

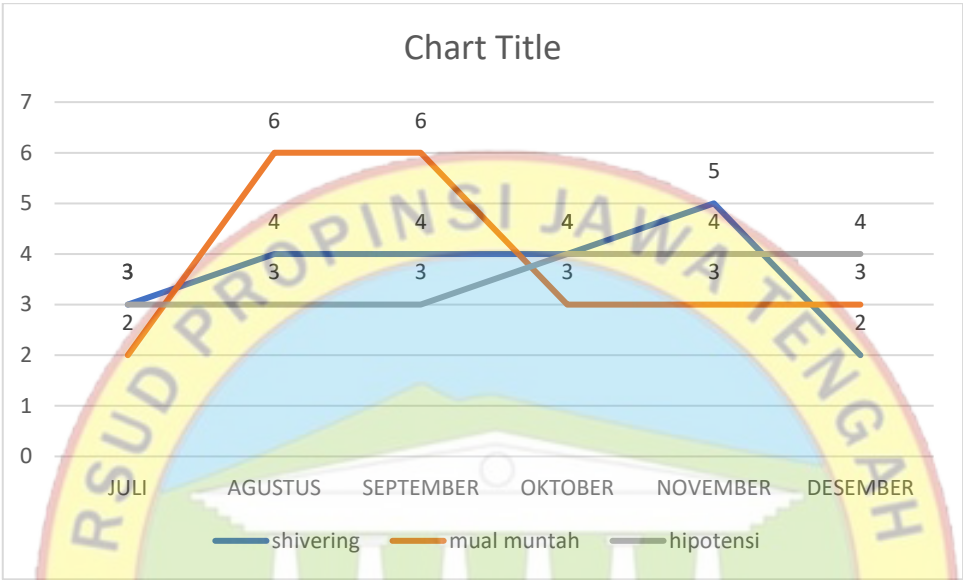
b. Data

Diambil dari data primer terolah Instalasi Anestesi dan Terapi Intensif

c. Analisis

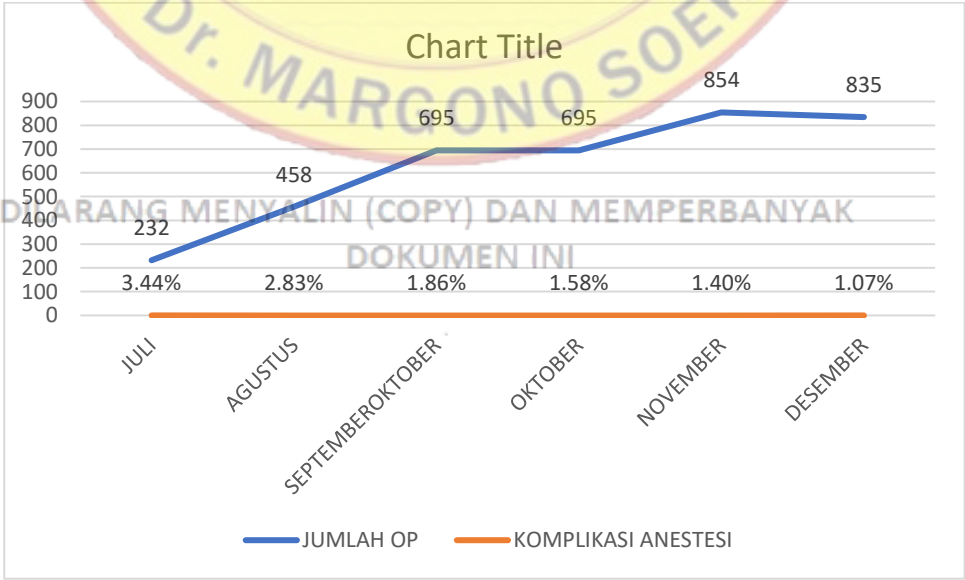
Analisis Jumlah

BULAN	TOTAL OPERASI DENGAN ANESTESI	KOMPLIKASI ANESTESI
JULI	232	8
AGUSTUS	458	13
SEPTEMBER	695	13
OKTOBER	695	11
NOVEMBER	854	12
DESEMBER	835	9



Gb. Diagram kejadian komplikasi anestesi semester II tahun 2021

Dari data diatas jumlah kejadian komplikasi anestesi dari bulan Juli sampai bulan Desember, untuk kasus savoring sebesar 33,3% sedangkan kasus mual muntah sebanyak 34,8 % dan kasus hipotensi sebanyak 31,8%. kejadian komplikasi anestesi terbanyak berada di bulan agustus dan september.

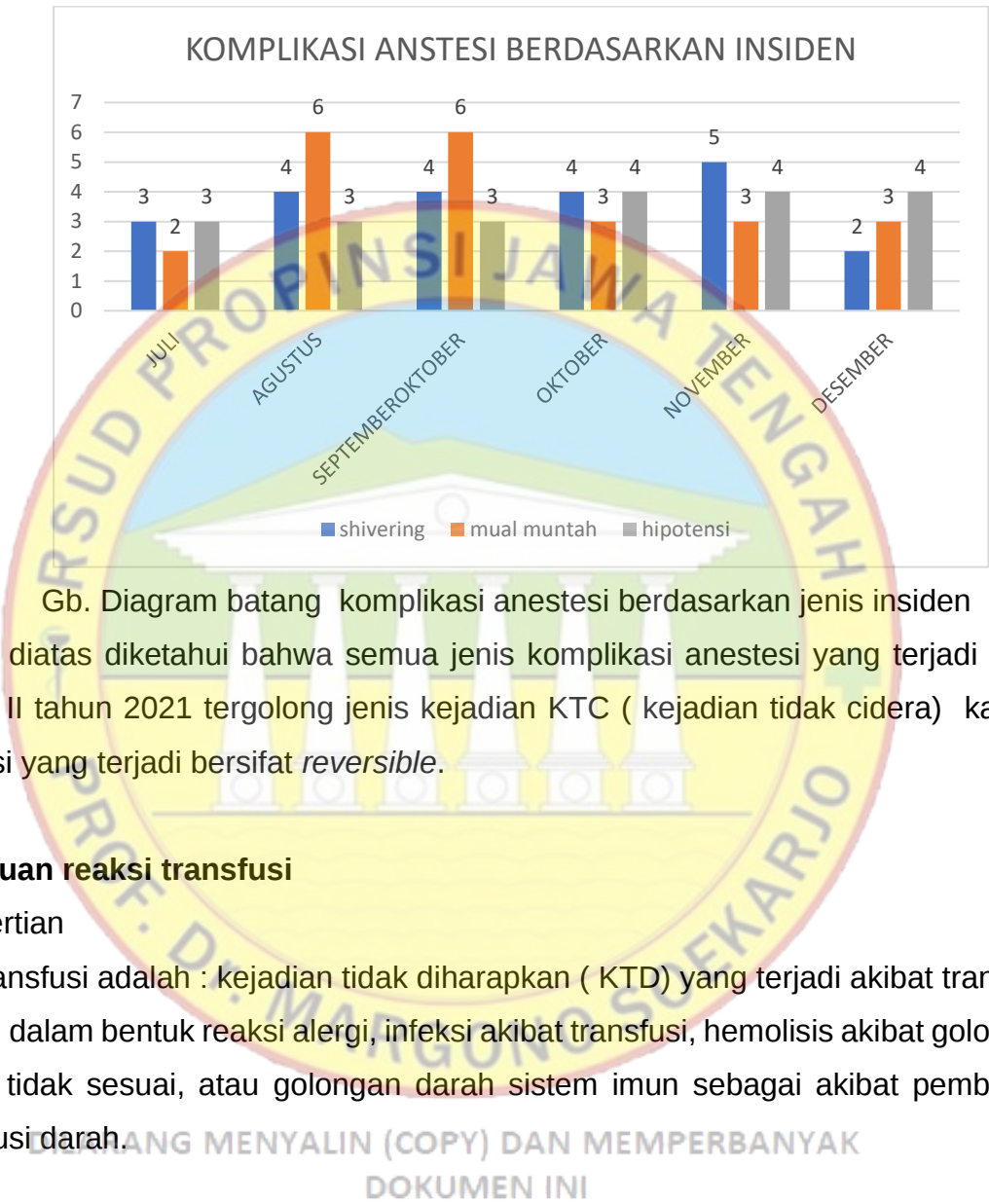


*Standar ≤ 6 % = Pergub no mor 22 tahun 2017

Gb. Grafik prosentase komplikasi anestesi semester II tahun 2021

Dari grafik diatas didapatkan hasil bahwa rerata kejadian komplikasi anestesi pada semester II 2021 adalah sebesar 1,75(%)dengan dampak masih dapat teratasi. Sehingga masih perlu ditingkatkan untuk dapat memenuhi standar sebesar 0,06 (%) sesuai dengan pergub nomor 22 tahun 2017.

c.2. Analisis Jenis Insiden



Gb. Diagram batang komplikasi anestesi berdasarkan jenis insiden

Dari data diatas diketahui bahwa semua jenis komplikasi anestesi yang terjadi pada semester II tahun 2021 tergolong jenis kejadian KTC (kejadian tidak cidera) karena komplikasi yang terjadi bersifat reversible.

3. Pantauan reaksi transfusi

a. Pengertian

Reaksi transfusi adalah : kejadian tidak diharapkan (KTD) yang terjadi akibat transfusi darah, dalam bentuk reaksi alergi, infeksi akibat transfusi, hemolisis akibat golongan darah tidak sesuai, atau golongan darah sistem imun sebagai akibat pemberian transfusi darah.

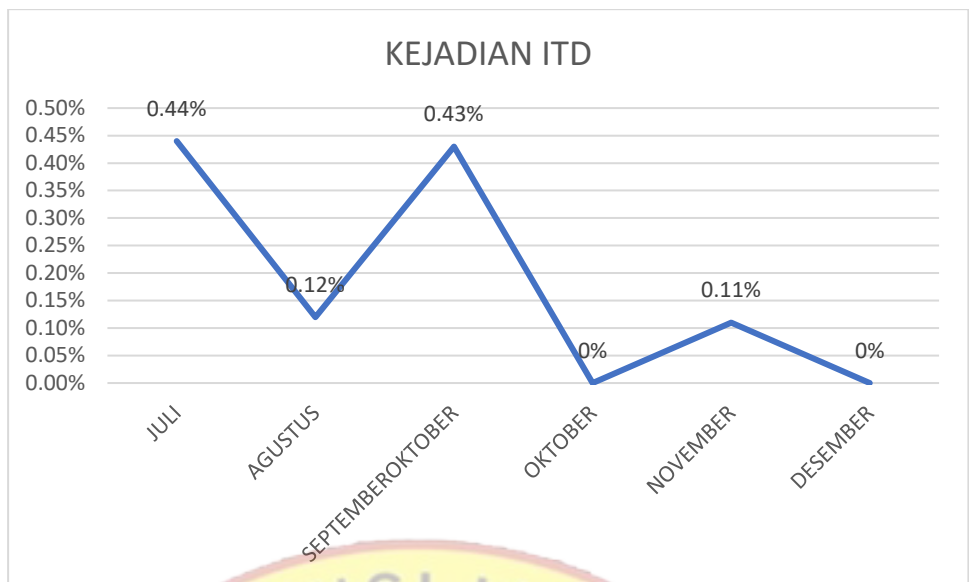
b. Data

Diambil dari data primer terolah Instalasi Transfusi Darah

c. Analisis

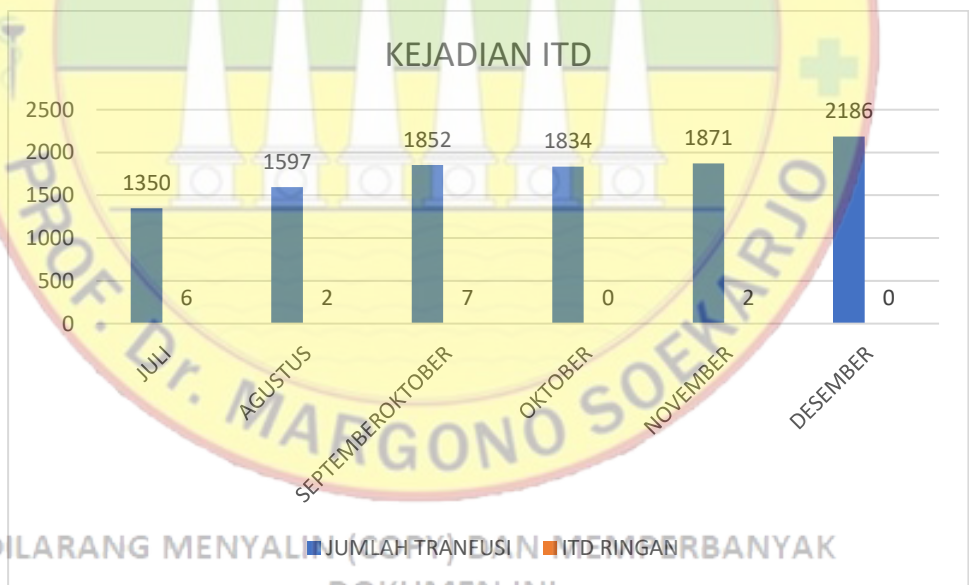
BULAN	KEJADIAN ITD	RINGAN	SEDANG	BERAT
JULI	1350	6	0	0
AGUSTUS	1597	2	0	0
SEPTEMBER	1852	7	0	0
OKTOBER	1834	0	0	0
NOVEMBER	1871	2	0	0
DESEMBER	2186	0	0	0

*Standar ≤ 0,01 = Pergub nomor 22 tahun 2017



Grafik trend kejadian reaksi transfusi semester II tahun 2021 (%)

Dari data prosentase kejadian reaksi transfusi pada semester II tahun 2021 didapatkan hasil bahwa belum memenuhi standar yang ditetapkan yaitu $< 0,01\%$. Rerata hasil prosentase kejadian reaksi transfusi pada trimester I tahun 2021 adalah $0,15\%$ yang berarti hasil belum memenuhi standar yang diharapkan $< 0,01\%$.



Gb. Grafik Tabel Kejadian Reaksi Transfusi Semester II tahun 2021

Dari data diatas didapatkan hasil bahwa pada Semester II tahun 2021 semua kejadian reaksi transfusi dengan jenis ringan.

4. Analisis Monitoring Efek Samping Obat (MESO)

a. Pengertian

Efek samping obat adalah respon terhadap suatu obat yang merugikan dan tidak diinginkan, yang terjadi pada dosis yang biasanya digunakan pada manusia untuk pencegahan, diagnosis, atau terapi penyakit atau untuk modifikasi fungsi fisiologis (BPOM RI, 2012).

Monitoring Efek Samping Obat adalah : Program pemantauan keamanan obat yang dilakukan secara kolaboratif untuk mendukung upaya penjaminan keamanan obat yang akan diberikan kepada pasien.

b. Data

Diambil dari data primer terolah Instalasi Farmasi

c. Analisis

BULAN	MESO
JULI	0
AGUSTUS	0
SEPTEMBE	0
OKTOBER	0
NOVEMBER	0
DESEMBER	0

Dari tabel data monitoring efek samping obat dari Instalasi Farmasi didapatkan data ESO 0 kejadian.

5. Analisis Medication Error (ME)

a. Pengertian

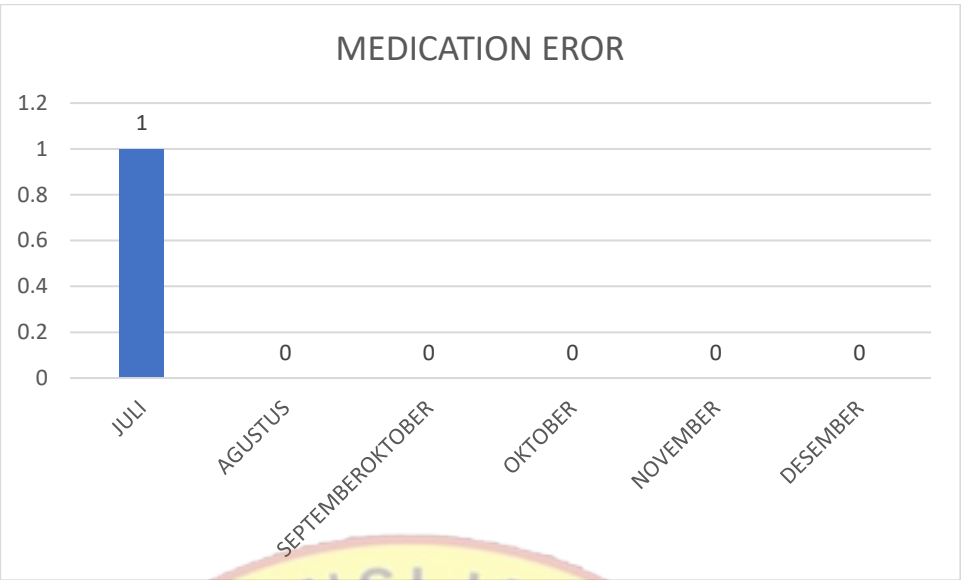
Medication error adalah kejadian yang merugikan pasien, akibat pemakaian obat selama dalam penanganan tenaga kesehatan, yang sebetulnya dapat dicegah.

b. Data

Diambil dari data primer terolah Sub Komite Keselamatan Pasien

c. Analisis

BULAN	MEDICATION ERROR
JULI	1
AGUSTUS	0
SEPTEMBER	0
OKTOBER	0
NOVEMBER	0
DESEMBER	0



Gb. Diagram batang kejadian medication Error semester II tahun 2021

Dari diagram batang diatas didapatkan hasil kejadian *Medication error* pada Semester II tahun 2021 adalah pada bulan juli terdapat 1 kejadian, Dan dari bulan agustus sampai september tidak ada kejadian medication error.

BULAN	KPC	KNC	KTC	KTD	SENTINEL
JULI	0	0	1	0	0
AGUSTUS	0	0	0	0	0
SEPTEMBER	0	0	0	0	0
OKTOBER	0	0	0	0	0
NOVEMBER	0	0	0	0	0
DESEMBER	0	0	0	0	0

Pada tabel diatas didapatkan hasil bahwa kejadian ME pada bulan juli adalah jenis KTC yang tidak mengancam nyawa pasien.

6. Pantauan Kematian Bayi Aterm

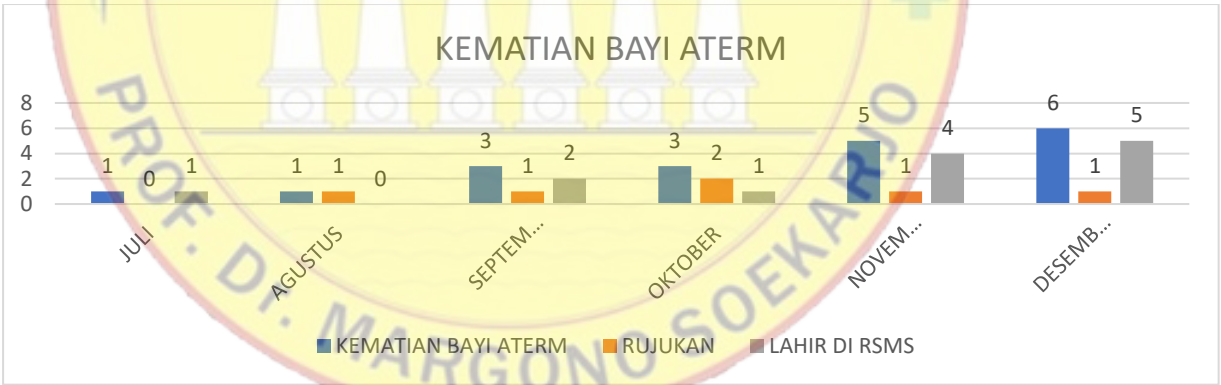
- a. Pengertian
- Kematian bayi aterm adalah : kematian bayi dengan umur kehamilan lebih dari 37 minggu dan masih dalam masa perawatan di rumah sakit.
- b. Data
- Diambil dari dara primer terolah Instalasi Maternal Perinatal
- c. Analisis
- Data kematian bayi aterm semester II tahun 2021

BULAN	RUJUKAN	LAHIR DI RSMS	JUMLAH KEMATIAN BAYI ATERM
JUNI	0	1	1
AGUSTUS	1	0	1
SEPTEMBER	1	2	3
OKTOBER	2	1	3
NOVEMBER	1	4	5
DESEMBER	1	5	6

Gb. Diagram batang kematian bayi aterm dalam semester I tahun 2021

*Standar 0 % = Pergub nomor 22 tahun 2017

Dari data tersebut diatas didapatkan angka rerata kematian bayi aterm di Rumah Sakit Margono pada Semester I tahun 2021 adalah **0,6 kejadian** sedangkan rerata kematian bayi aterm yang berasal dari rujukan sebanyak **0,4 kejadian**. Dari grafik tersebut juga memperlihatkan trend kematian bayi aterm sudah memenuhi standar di rumah sakit



DILARANG MENYALIN (COPY) DAN MEMPERBANYAK DOKUMEN INI

BAB III

PENUTUP

A. KESIMPULAN

Berdasarkan hasil data periode Oktober 2021-Desember 2021 dapat disimpulkan bahwa secara umum capaian indikator mutu prioritas belum memenuhi target masih ditemukan beberapa indikator baik indikator klinis, manajerial maupun unit yang masih bisa ditingkatkan. 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.

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 komitmen dan konsistensi dari PIC dalam mengumpulkan data serta menginput ke dalam worksheet dan SISMAKADAK. Untuk mempertahankan hal itu perlu dilakukan pendampingan yang berkelanjutan dari Tim PMKP maupun bidang terkait

Purwokerto, Desember 2021

Ketua Komite Mutu Dan Keselamatan Pasien
RSUD Prof Dr. Margono Soekarjo Purwokerto



Dr Ma'mun Sp.PD