

LAPORAN MANAJEMEN MUTU

TRIWULAN I

2018



RUMAH SAKIT UMUM DAERAH

KABUPATEN KLUNGKUNG

TAHUN 2018

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Visi RSUD Kabupaten Klungkung adalah menjadi Rumah Sakit Pilihan Terbaik Dan Unggul Dalam Pelayanan Kedaruratan Di Bali Timur. Untuk dapat mewujudkan visi RSUD Kabupaten Klungkung tersebut, maka ditetapkan 3 (tiga) misi sebagai berikut: 1. Memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu. 2. Mengembangkan pengelolaan rumah sakit secara professional. 3. Mewujudkan pusat layanan kedaruratan yang unggul di Bali Timur. 4. Mengembangkan Peran Rumah Sakit dalam Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian. Untuk memberikan pelayanan dengan mengutamakan mutu, keselamatan dan kepuasan pasien RSUD Kabupaten Klungkung melakukan kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang sesuai dengan Standar Akreditasi KARS versi 2012. Kegiatan ini dilakukan di setiap instalasi terkait untuk mengukur kinerja pelayanan rumah sakit dan sebagai manajemen kontrol untuk mendukung pengambilan keputusan.

Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien RSUD Kabupaten Klungkung pada tahun 2018 menetapkan indikator rumah sakit yang sesuai dengan standar Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) dari KARS Versi 2012. Berdasarkan standar PMKP 3, dapat diklasifikasikannya indikator rumah sakit sebagai berikut: 10 Indikator Area Klinik, 9 Indikator Area Manajemen, 6 Indikator Sasaran Keselamatan Pasien, Analisis Kejadian Yang Tidak Diharapkan serta Indikator PMKP unit yang diambil dari indikator SPM.

Selain pemantauan yang dilakukan oleh instalasi / unit kerja masing-masing, pemantauan juga dilakukan melalui program validasi data. Penyahihan/validasi data merupakan alat penting untuk memahami mutu dari data mutu dan untuk mencapai tingkat di mana data tersebut cukup meyakinkan bagi para pembuat keputusan. Hitungan keakuratan dilakukan dengan membandingkan hasil data orang pertama dengan orang kedua. Hasil data orang kedua harus \geq 90% dari hasil data orang pertama untuk dikatakan sebagai data valid.

Seiring pemenuhan standar pelayanan kesehatan rumah sakit maka pada 1 Juni 2016 RSUD Kabupaten Klungkung diakui telah memenuhi Standar

Akreditasi Rumah Sakit Versi 2012 dan dinyatakan Lulus Tingkat Paripurna (Bintang Lima) oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS). Selanjutnya pada tanggal 23 Januari 2017 melalui Keputusan Gubernur No. 440/844.6/DPMPSP-H/2017 tentang Ijin Operasional Rumah Sakit Umum kelas B RSUD Kabupaten Klungkung dinaikkan kelasnya sebagai RSUD Kelas B Non Pendidikan.

Identifikasi prosedur, proses & hasil dari kegiatan yang dinilai sebelumnya pada tahun 2017, disertai perubahan status rumah sakit menjadi rumah sakit umum kelas B menyebabkan dipilihnya indikator baru di area klinik dan area ILM. Indikator baru yang dipilih oleh karena indikator yang sudah ada tidak lagi bermanfaat dalam analisis terhadap proses, prosedur atau hasil yang diinginkan. Kriteria pemilihan tetap didasarkan pada kasus yang memiliki volume tinggi, risiko tinggi, atau biaya tinggi, disesuaikan dengan visi dan misi rumah sakit.

Laporan di tahun 2018 ini dibuat untuk mengevaluasi perkembangan hasil pemantauan indikator mutu yang diambil oleh instalasi / unit kerja dari bulan Januari sampai dengan Maret 2018. Dalam laporan ini perbandingan (*benchmark*) hasil pemantauan indikator RSUD Kabupaten Klungkung direncanakan sesuai dengan standar nasional (yang sebagian besar ditetapkan dalam SPM, 2008) dan dengan RSUD Bangli dan RSUD Sanjiwani Gianyar

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Diketuainya mutu pelayanan dan penerapan keselamatan pasien di RSUD Kabupaten Klungkung.

2. Tujuan Khusus

- a. Dievaluasinya peningkatan mutu RSUD Kabupaten Klungkung melalui pemantauan 25 (dua puluh lima) indikator mutu yang telah ditetapkan berdasarkan standar PMKP untuk Triwulan II tahun 2017 di tiap-tiap unit dan instalasi terkait.
- b. Dievaluasinya program keselamatan pasien dengan pemantauan Insiden Keselamatan Pasien Rumah Sakit (IKP-RS)

- c. Dievaluasinya pelaksanaan program mutu spesifik lain yang dilakukan oleh tim / komite / unit terkait dengan peningkatan mutu dan keselamatan pasien sebagai berikut:
 - 1) Program Manajemen Risiko di Sub Komite Manajemen Risiko
 - 2) Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) di Unit Kerja
- d. Didapatkannya rekomendasi dari *governing body* (Dewan Pengawas) mengenai program mutu pelayanan dan penerapan keselamatan pasien di RSUD Kabupaten Klungkung.

BAB II
KEGIATAN PEMANTAUAN INDIKATOR MUTU RUMAH SAKIT
BULAN JANUARI – MARET 2018

A. Kegiatan Pokok

Seperti telah dijelaskan di atas, kegiatan pemantauan indikator mutu Triwulan I tahun 2018 yang dilaporkan adalah periode bulan Januari sampai Maret 2018. Adapun indikator mutu yang dipantau adalah sebagai berikut:

1. Indikator di Area Klinik
 - a. Pengkajian awal medis pasien baru dalam 24 jam pada pasien rawat inap
 - b. Waktu tunggu hasil darah lengkap (DL) pelayanan laboratorium patologi klinik rawat inap
 - c. Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax
 - d. Kejadian kematian di meja operasi
 - e. Penggunaan obat pereda pada pengobatan pasien asma pada anak yang di rawat inap
 - f. Kesalahan penulisan resep (*Prescription Errors*) pasien rawat jalan
 - g. Pengkajian pre-anastesi dilaksanakan untuk pasien pra-operasi elektif dengan anastesi umum
 - h. Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi
 - i. Kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan
 - j. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan *Healthcare-Associated Infection (HAIs)* di Rumah Sakit
2. Indikator di Area Manajerial
 - a. Jumlah kekosongan stok obat esensial
 - b. Ketepatan waktu pelaporan laporan kematian ibu dan bayi
 - c. Insiden Tertusuk Jarum
 - d. Utilisasi ruang VIP
 - e. Tingkat Kepuasan Pelanggan pasien rawat inap
 - f. Tingkat Kepuasan Pegawai/Karyawan
 - g. Laporan 10 besar penyakit

- h. Ketepatan Waktu Penyusunan Laporan Keuangan
 - i. Peralatan laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu
3. Indikator Sasaran Keselamatan Pasien (SKP)
 - a. Ketepatan memasang gelang identitas pasien
 - b. Ketepatan melakukan READ BACK saat menerima instruksi verbal melalui telpon
 - c. Kepatuhan penyimpanan elektrolit terkonsentrasi
 - d. Kelengkapan pengisian format check list keselamatan pasien operasi
 - e. Persentase kepatuhan petugas kesehatan dalam melakukan kebersihan tangan dengan metode enam langkah dan lima momen
 - f. Insiden pasien jatuh selama perawatan rawat inap di rumah sakit
 4. Indikator *International Library Measure* (ILM)
 - a. Pasien stroke iskemik yang mendapatkan terapi antitrombotik saat keluar rumah sakit
 - b. Pasien dengan stroke iskemik atau perdarahan yang mendapat pelayanan rehabilitasi
 - c. Pemberian Kortikosteroid Sistemik untuk Pasien Asma Anak yang dirawat di rumah sakit
 - d. Angka kejadian dekubitus gr II/lebih akibat perawatan di rumah sakit
 - e. Persentase tindakan Sectio Caesarea (SC) yang dilakukan pada primigravida usia kehamilan 37-42 minggu dengan bayi posisi normal tunggal hidup

B. Kegiatan yang Dilakukan

1. Melakukan pemantauan indikator mutu secara berkesinambungan
2. Melakukan validasi data pemantauan indikator mutu klinik
3. Melakukan tabulasi terhadap data hasil pemantauan indikator mutu
4. Melakukan penyampaian hasil pemantauan indikator mutu oleh masing-masing bagian/ unit
5. Melakukan perbandingan data dengan rumah sakit lainnya

6. Menyusun laporan hasil pemantauan indikator mutu

C. Jadwal Kegiatan

1. Melakukan pelaporan hasil pemantauan indikator mutu oleh masing-masing bagian/ unit dilakukan setiap bulan, menyusun program perbaikan mutu dengan teknik PDCA oleh Penanggungjawab Pengumpul Data indikator mutu rumah sakit dilaporkan pada saat rapat triwulan.
2. Melakukan pemantauan indikator mutu serta validasi data yang dilaksanakan berkesinambungan.
3. Melakukan tabulasi terhadap data hasil pemantauan indikator mutu (dilaksanakan setiap bulan)
4. Melakukan penyampaian hasil pemantauan indikator mutu dan validasi data mutu setiap tiga bulan.
5. Menyusun laporan hasil pemantauan indikator mutu dan keselamatan pasien rumah sakit setiap tiga bulan.

D. Pencatatan dan Pelaporan

Pencatatan dilakukan oleh petugas pengumpul data, kemudian dilakukan rekapitulasi dan analisa oleh Penanggungjawab Pengumpul Data. Hasil analisis tersebut kemudian dilaporkan ke Kepala Unit Penjamin Mutu

Data hasil pemantauan ditulis pada Form Pemantauan Indikator Mutu dan dikumpulkan di Kepala unit penjamin mutu dengan dilengkapi laporan tindak lanjut program dengan teknik PDCA untuk indikator yang belum sesuai dengan standar yang ditetapkan atau setiap ditemukan suatu permasalahan disetiap instalasi kerja dan ditembuskan Sub Komite Peningkatan Mutu setiap bulan selambat-lambatnya minggu pertama bulan berikutnya.

Hasil pengolahan dan analisa data dituangkan dalam laporan tertulis kemudian akan dilaporkan kepada Direktur setiap 3 bulan sekali dalam Rapat Evaluasi Triwulan.

BAB III
HASIL KEGIATAN

A. Pemantauan Indikator Mutu

1. Indikator Area Klinik

NO	STANDAR	INDIKATOR	PENCAPAIAN			RATA-RATA	TARGET
			Januari	Februari	Maret		
1	PMKP KLINIK 1	Pengkajian awal medis pasien baru dalam 24 jam pada pasien rawat inap	99.8%	98.9%	99.5%	99%	100%
2	PMKP KLINIK 2	Waktu tunggu hasil darah lengkap (dl) pelayanan laboratorium patologi klinik rawat inap <30 menit	0:15:10 Menit	0:17:31 Menit	0:12:20 Menit	0:15:01 Menit (100%)	100% (≤ 30 Menit)
3	PMKP KLINIK 3	Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax	27.37 Menit	26.97 Menit	27.68 Menit	27.34 Menit (100%)	100% (≤ 3 jam)
4	PMKP KLINIK 4	Kejadian kematian di meja operasi	0%	0%	0%	0%	0%
5	PMKP KLINIK 5	Penggunaan obat pereda pada pengobatan pasien asma pada anak yang dirawat inap	100%	100%	100%	100%	100%
6	PMKP KLINIK 6	Kesalahan Penulisan Resep (<i>Prescription Errors</i>) pasien rawat jalan	0%	0.021%	0%	0.007%	0%
7	PMKP KLINIK 7	Pengkajian pre-anastesi dilaksanakan untuk pasien pra-operasi elektif dengan anastesi umum	100%	100%	100%	100%	100%
8	PMKP KLINIK 8	Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfuse	100%	100%	100%	100%	100%
9	PMKP KLINIK 9	Kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan	98%	100%	100%	99%	100%
10	PMKP KLINIK 10	Terlaksananya Kegiatan Pencatatan Dan Pelaporan <i>Healthcare associated infection</i> (HAIs) Di Rumah Sakit	100%	100%	100%	100%	≥ 90%

2. Indikator di Area Manajemen

NO	STANDAR	INDIKATOR	PENCAPAIAN			RATA-RATA	TARGET
			Januari	Februari	Maret		
1	PMKP MANAJEMEN 1	Jumlah kekosongan stok obat esensial	0%	0,0027%	0,0018%	0,0015%	0%
2	PMKP MANAJEMEN 2	Ketepatan waktu pelaporan laporan kematian ibu dan bayi	100%	100%	100%	100%	100%
3	PMKP MANAJEMEN 3	Insiden Tertusuk Jarum	0%	0%	0%	0%	0%
4	PMKP MANAJEMEN 4	Utilisasi ruang VIP	64,03%	49,82%	58,7%	57,51%	>80%
5	PMKP MANAJEMEN 5	Tingkat Kepuasan Pelanggan pasien rawat inap	82,61			82,61	≥ 90%
6	PMKP MANAJEMEN 6	Tingkat Kepuasan Pegawai/Karyawan	87,26			87,26	≥ 90%
7	PMKP MANAJEMEN 7	Laporan 10 besar penyakit	Ada	Ada	Ada	Ada	Deskriptif
8	PMKP MANAJEMEN 8	Ketepatan Waktu Penyusunan Laporan Keuangan	100%	100%	100%	100%	100%
9	PMKP MANAJEMEN 9	Peralatan laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu	Tidak ada jadwal kalibrasi			-	100%

3. International Library of Measure

NO	STANDAR	INDIKATOR	PENCAPAIAN			RATA-RATA	TARGET
			Januari	Februari	Maret		
1	ILM 1	Pasien stroke iskemik yang mendapatkan terapi antitrombotik saat keluar rumah sakit	100%	100%	100%	100%	100 %
2	ILM 2	Pasien dengan stroke iskemik atau perdarahan yang mendapat pelayanan rehabilitasi	100%	100%	100%	100%	100 %
3	ILM 3	Pemberian Kortikosteroid Sistemik untuk Pasien Asma Anak yang dirawat di rumah sakit	0%	0%	0%	0%	100 %
4	ILM 4	Angka kejadian dekubitus gr II/lebih akibat perawatan di rumah sakit	0%	0%	0%	0,0%	≤2,7 %
5	ILM 5	Persentase tindakan Sectio Caesarea (SC) yang dilakukan pada primigravida usia kehamilan 37-42 minggu dengan bayi posisi normal tunggal hidup	43%	36%	54%	44%	≤10 %

4. Indikator Sasaran Keselamatan Pasien (SKP)

NO	STANDAR	INDIKATOR	PENCAPAIAN			RATA-RATA	TARGET
			Januari	Februari	Maret		
1	SKP 1	Ketepatan memasang gelang identitas pasien					
2	SKP 2	Ketepatan melakukan READ BACK saat menerima instruksi verbal melalui telpon					
3	SKP 3	Kepatuhan Penyimpanan Elektrolit Terkonsentrasi					
4	SKP 4	Kelengkapan Pengisian Format Check List Keselamatan Pasien Operasi					
5	SKP 5	Persentase kepatuhan petugas kesehatan dalam melakukan kebersihan tangan dengan metode enam langkah dan lima momen					
6	SKP 6	Insiden pasien jatuh selama perawatan rawat inap di rumah sakit					

5. Analisisnya tren atau variasi yang tidak diinginkan dari data indikator sebagai berikut (standar PMKP 7)

NO	STANDAR	INDIKATOR	PENCAPAIAN			RATA-RATA	TARGET
			Januari	Februari	Maret		
1	PMKP 7 EP 2	Kejadian reaksi transfusi pada saat kegiatan transfusi darah					
2	PMKP 7 EP 3	Insiden serius akibat efek samping obat					
3	PMKP 7 EP 4	Kesalahan Dispensing Obat oleh Farmasi					
4	PMKP 7 EP 5	Ketidaksesuaian Diagnosa Medik Pre dan Post Operasi					
5	PMKP 7 EP 6	Kejadian de-saturasi O2 pada saat durante Anestesi pasien dengan General Anasthesi					
6	PMKP 7 EP 7	Identifikasi pasien potensial wabah berdasarkan alamat tempat tinggal					

B. Hasil Monitoring & Evaluasi Program Mutu Spesifik Lainnya

1. Program Manajemen Risiko di Tim Manajemen Risiko

- a) Belum ditunjuk Manager Risiko (Risk Manager)
- b) Perlu dilakukan review untuk Assesmen Risiko di masing-masing unit/Instalasi
- c) Perlu Dibuatkan Panduan FMEA
- d) FMEA sudah dilaksanakan untuk tahun 2013 dengan kasus “Pengambilan bahan sampel oleh perawat”

2. Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) di Unit Kerja

- a) Program PMKP di setiap unit kerja telah dibuat mengacu ke SPM
- b) Program tersebut akan disosialisasikan dan efektif mulai Januari 2014

3. Pemantauan Mutu Internal dan Eksternal di Instalasi Laboratorium

- a) Pelaksanaan PMI dan PME berlangsung baik dan dilaporkan secara regular ke Kementerian Kesehatan

4. Pengembangan Manajemen Klinik (PMK) di Bidang Keperawatan

- a) Struktur pelaksana PMK telah dibuat
- b) Kebijakan PMK telah dibuat
- c) Pilot project pelaksanaan PMK di Ruang C dan D, tetapi belum dilakukan Monev
- d) Pelaksanaan di seluruh unit pelayanan keperawatan belum optimal

5. Model Praktek Keperawatan Profesional (MPKP) di Bidang Keperawatan

- a) Perlu dibuat Kebijakan MPKP yang dilaksanakan di RS
- b) Perlu dibuat Panduan MPKP

6. Pemantauan Healthcare Assosiated Infections (HAIs) di Komite PPI

- a) Pemantauan HAIs di komite PPI telah dilaksanakan setiap bulan
- b) Perlu dilakukan Analisis dan Rekomendasi dari hasil analisis tersebut
- c) Mengoptimalkan peran IPCN

7. Morning Report di Komite Medik

- a) Sudah dilaksanakan secara regular setiap hari Rabu
- b) Panduan Morning Report belum ada

- c) Evaluasi dan tindak lanjut belum didokumentasikan

8. Audit Medik di Komite Medik

- a) Audit medik yang sesuai dengan ketentuan PMK No. 755 Tahun 2011 belum dilaksanakan
- b) Baru dilaksanakan pembahasan kasus sebanyak 5 kasus

9. Audit Keperawatan di Komite Keperawatan

- a) Audit Keperawatan pernah dilaksanakan tetapi masih belum optimal
- b) Belum dilaksanakan Monev audit keperawatan

10. Pelaksanaan kerjasama dan perjanjian lainnya di Tim Pelaksana Kerjasama

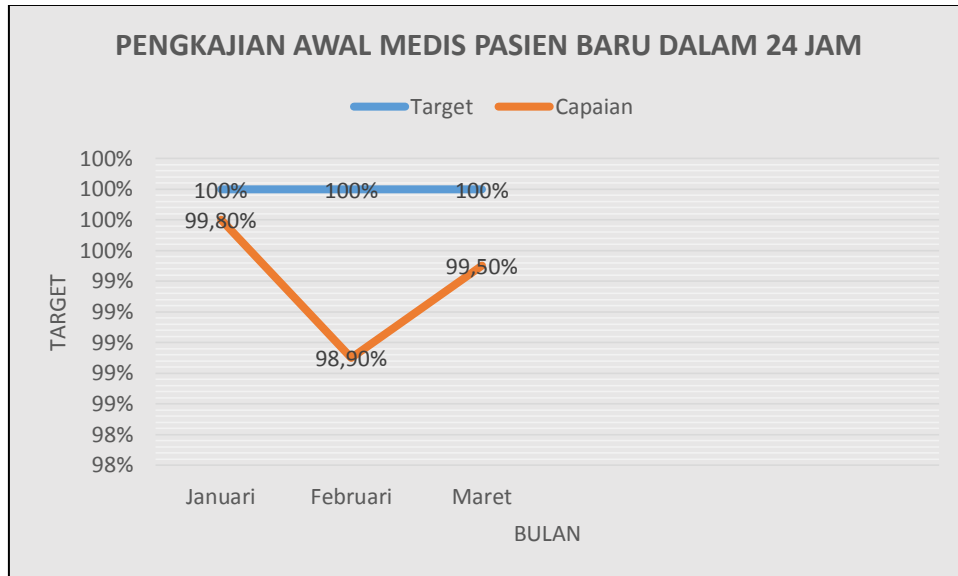
- a) Belum dibentuk Tim pelaksana kerjasama di level RS
- b) Selama ini kerjasama dilaksanakan secara parsial oleh masing-masing unit
- c) Perlu dibuat panduan pelaksanaan kerjasama dan perjanjian lainnya

11. Penilaian kinerja yang dilaksanakan di Tim Penilaian Kinerja

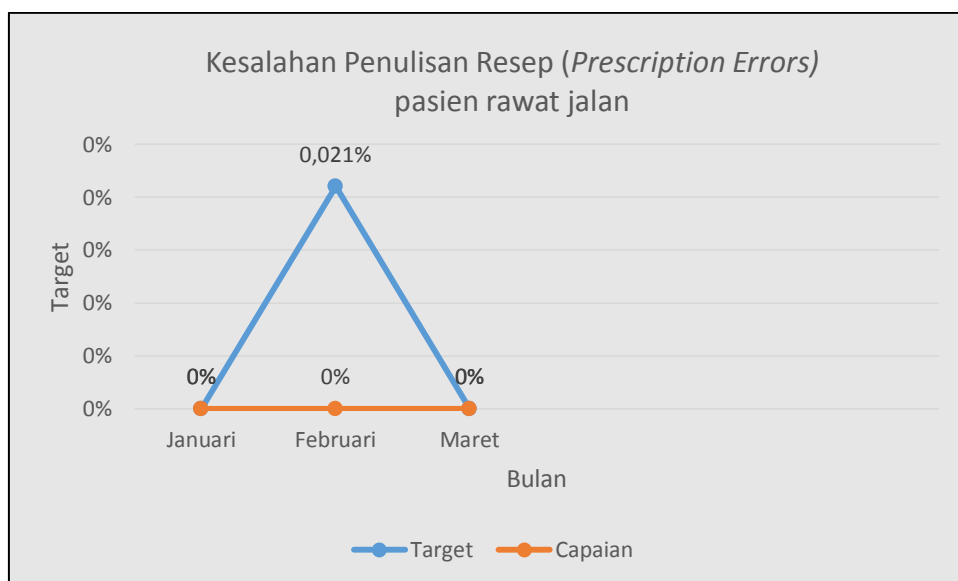
- a) Belum dibentuk Tim penilaian kinerja di level RS
- b) Selama ini penilaian dilaksanakan hanya berdasarkan DP3
- c) Perlu dibuat panduan pelaksanaan penilaian kinerja individu, professional kesehatan, Direksi, Rumah Sakit

C. Analisis tren atau variasi yang tidak diinginkan

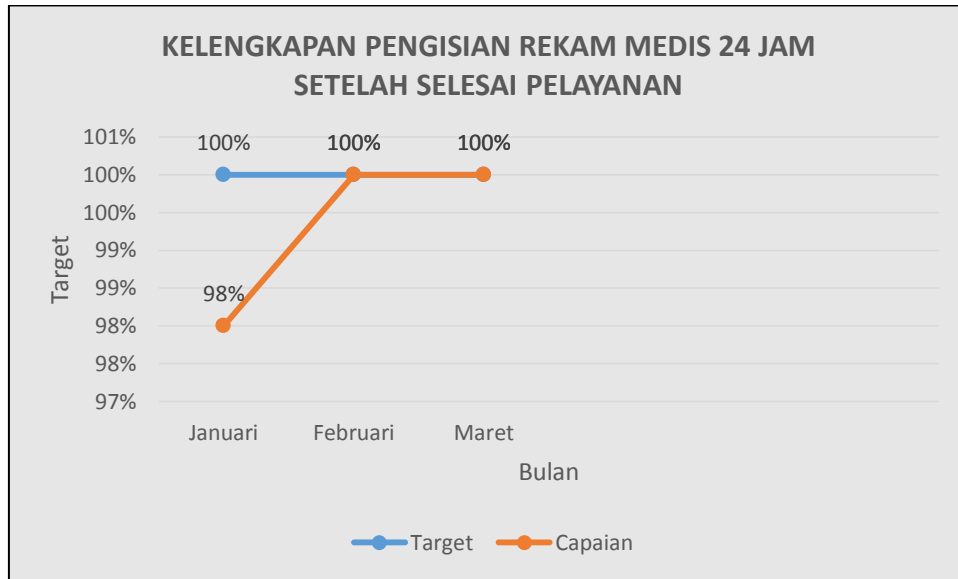
NO	STANDAR	INDIKATOR	PENCAPAIAN			RATA-RATA	TARGET
			Januari	Februari	Maret		
1	PMKP KLINIK 1	Pengkajian awal medis pasien baru dalam 24 jam pada pasien rawat inap	99.8%	98.9%	99.5%	99%	100%



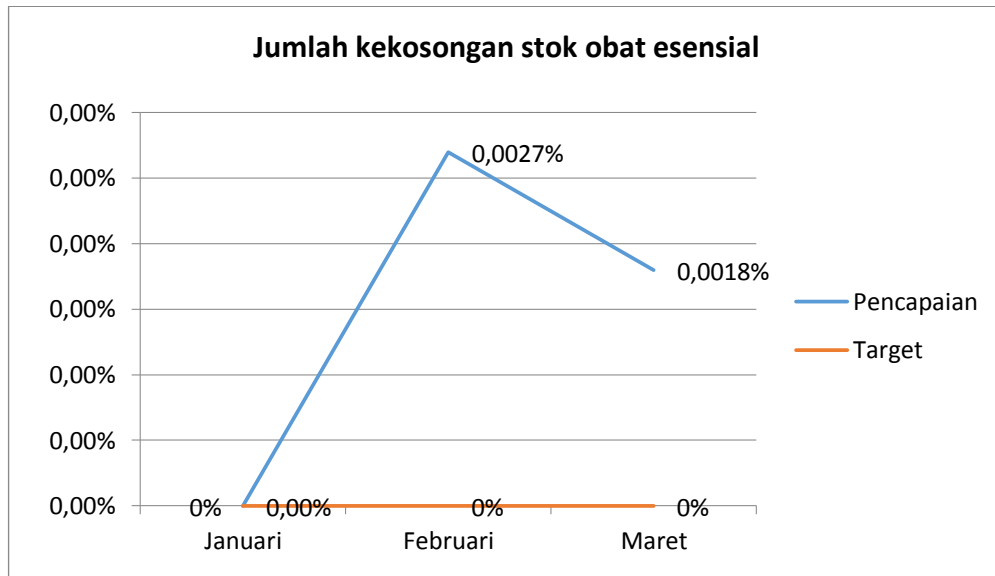
NO	STANDAR	INDIKATOR	PENCAPAIAN			RATA-RATA	TARGET
			Januari	Februari	Maret		
2	PMKP KLINIK 6	Kesalahan Penulisan Resep (<i>Prescription Errors</i>) pasien rawat jalan	0%	0.021%	0%	0.007%	0%



NO	STANDAR	INDIKATOR	PENCAPAIAN			RATA-RATA	TARGET
			Januari	Februari	Maret		
3	PMKP KLINIK 9	Kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan	98%	100%	100%	99%	100%

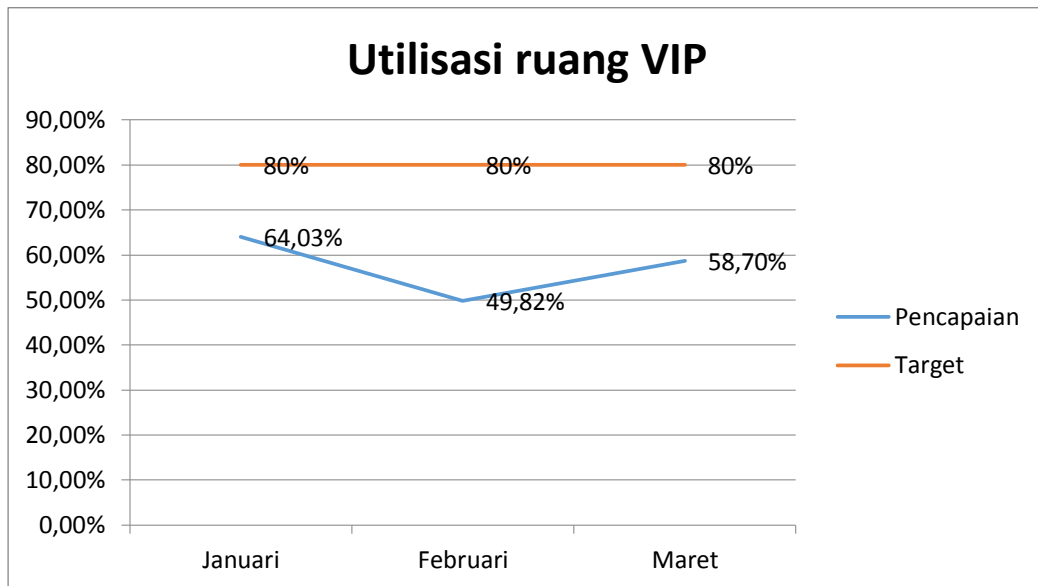


NO	STANDAR	INDIKATOR	PENCAPAIAN			RATA-RATA	TARGET
			Januari	Februari	Maret		
4	PMKP MANAJEMEN 1	Jumlah kekosongan stok obat esensial	0%	0,0027%	0,0018%	0,0015%	0%



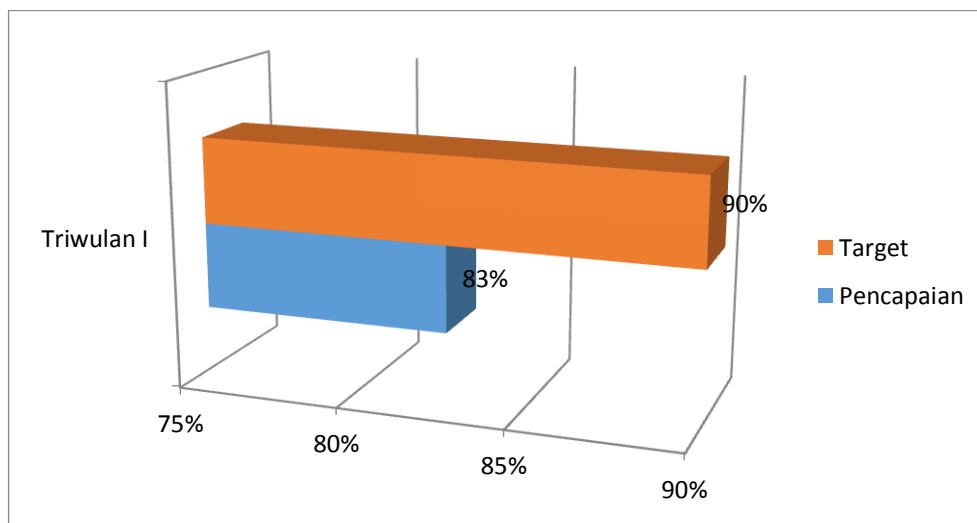
NO	STANDAR	INDIKATOR	PENCAPAIAN	RATA-	TARGET
----	---------	-----------	------------	-------	--------

			Januari	Februari	Maret	RATA	
5	PMKP MANAJEMEN 4	Utilisasi ruang VIP	64,03%	49,82%	58,7%	57,51%	>80%



NO	STANDAR	INDIKATOR	PENCAPAIAN			RATA-RATA	TARGET
			Januari	Februari	Maret		
6	PMKP MANAJEMEN 5	Tingkat Kepuasan Pelanggan rawat inap pasien	82,61			82,61	≥ 90%

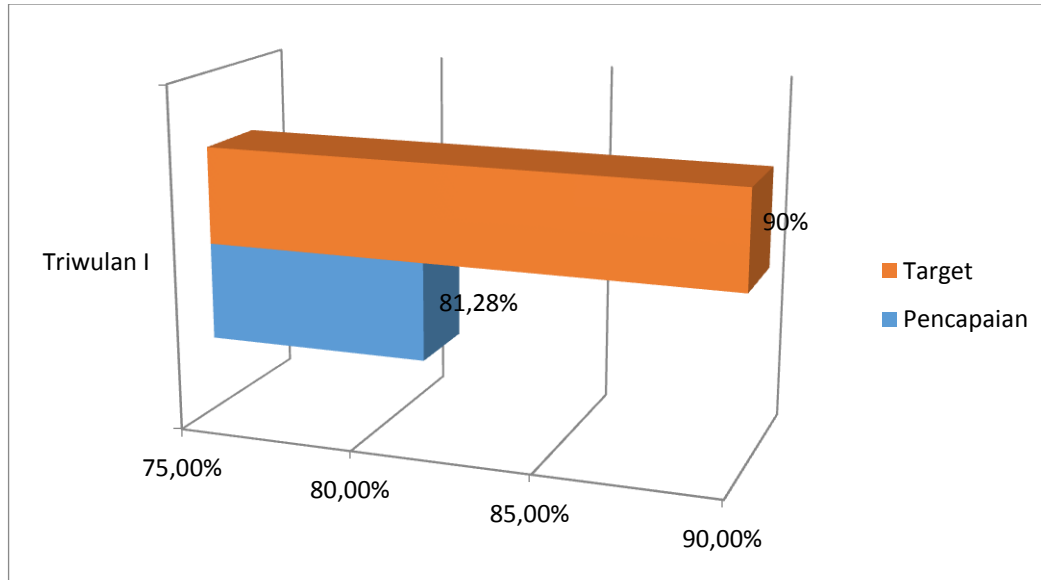
Tingkat Kepuasan Pelanggan Pasien Rawat Inap Triwulan I Tahun 2018



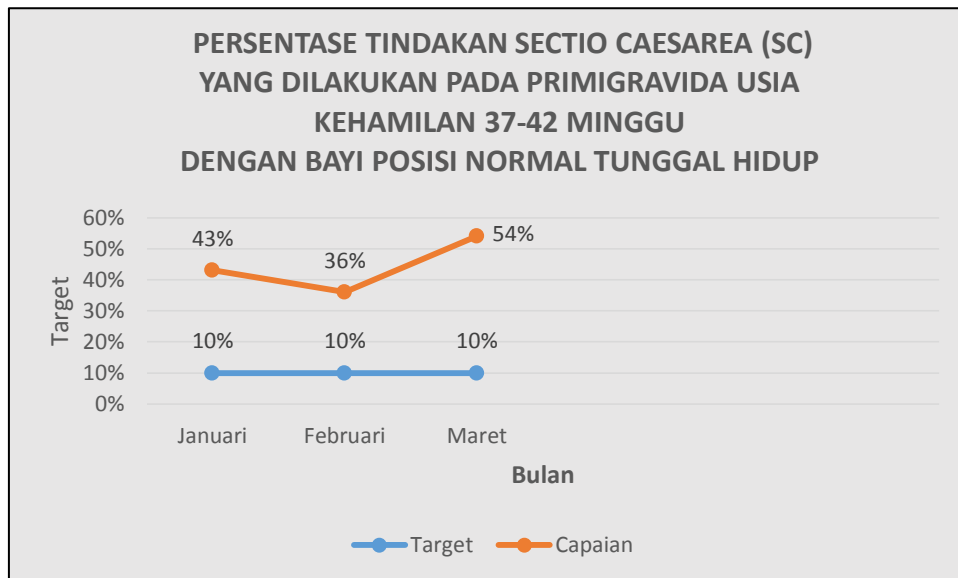
NO	STANDAR	INDIKATOR	PENCAPAIAN	RATA-	TARGET
----	---------	-----------	------------	-------	--------

			Januari	Februari	Maret	RATA	
7	PMKP MANAJEMEN 6	Tingkat Kepuasan Pegawai/Karyawan	87,26			87,26	≥ 90%

Tingkat Kepuasan Pegawai/Karyawan Triwulan I Tahun 2018



NO	STANDAR	INDIKATOR	PENCAPAIAN			RATA-RATA	TARGET
			Januari	Februari	Maret		
10	ILM 5	Persentase tindakan Sectio Caesarea (SC) yang dilakukan pada primigravida usia kehamilan 37-42 minggu dengan bayi posisi normal tunggal hidup	43%	36%	54%	44%	≤10%



Indikasi dilakukannya tindakan Sectio Sesarea

No	Indikasi	Bulan		
		Januari	Februari	Maret
1	Fetal Distres	5	2	5
2	Gagal Drip	2	1	3
3	Disproporsi Kepala	3	1	3
4	Primitua	0	0	1
5	PK 2 lama	0	0	2
6	Penyakit Ibu	2	1	0

BAB IV
HASIL VALIDASI DAN BENCHMARKING DATA

A. Hasil Validasi Data Indikator Mutu

Sesuai dengan usulan validasi internal bulan Maret 2018, telah dilaksanakan kegiatan pengumpulan data sesuai jadwal berikut:

No	Standar PMKP	Indikator
1	PMKP 3.1. KLINIK 1	Pengkajian awal medis pasien baru dalam 24 jam pada pasien rawat inap
2	PMKP 3.2. KLINIK 2	Waktu Tunggu Hasil Darah Lengkap (DL) Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik Rawat Inap <30 menit
3	PMKP 3.1. KLINIK 3	Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Foto Thorax
4	PMKP 3.1. KLINIK 4	Kejadian Kematian Di Meja Operasi
5	PMKP 3.1. KLINIK 6	Kesalahan Penulisan Resep (<i>Prescription Errors</i>) pasien rawat jalan
6	PMKP 3.1. KLINIK 7	Pengkajian pre-anastesi dilaksanakan untuk pasien pra-operasi elektif dengan anastesi umum
7	PMKP 3.1. KLINIK 8	Pemenuhan Kebutuhan Darah Bagi Setiap Pelayanan Transfusi
8	PMKP 3.1. KLINIK 9	Kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan
9	PMKP 3.1. KLINIK 10	Terlaksananya Kegiatan Pencatatan Dan Pelaporan <i>Healthcare associated infection</i> (HAIs) Di Rumah Sakit
10	PMKP 3.3. SKP 1	Ketepatan memasang gelang identitas pasien
11	PMKP 3.3. SKP 2	Ketepatan melakukan READ BACK saat menerima instruksi verbal melalui telpon
12	PMKP 3.3. SKP 3	Kepatuhan Penyimpanan Elektrolit Terkonsentrasi
13	PMKP 3.3. SKP 4	Kelengkapan Pengisian Format Check List Keselamatan Pasien Operasi
14	PMKP 3.3. SKP 5	Persentase kepatuhan petugas kesehatan dalam melakukan kebersihan tangan dengan metode enam langkah dan lima momen
15	PMKP 3.3. SKP 6	Insiden pasien jatuh selama perawatan rawat inap di rumah sakit

Adapun hasil kegiatan “Validasi Data Internal” adalah sebagai berikut:

No	Standar PMKP	Indikator	Hasil pemantauan rata-rata bulan Januari - Maret 2018 [first abstractor (%)]	Hasil pemantauan data sampling validasi [second abstractor (%)]	% First Abstractor dengan Second Abstractor	KET (Valid = jika nilai validasi $\geq 90\%$)
1	PMKP KLINIK 1	Pengkajian awal medis pasien baru dalam 24 jam pada pasien rawat inap	99%	99%	100.8%	VALID
2	PMKP KLINIK 2	Waktu Tunggu Hasil Darah Lengkap (DL) Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik Rawat Inap <30 menit	0:15:01 Menit (100%)	100%	100%	VALID
3	PMKP KLINIK 3	Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Foto Thorax	27.34 Menit (100%)	100%	100%	VALID
4	PMKP KLINIK 4	Kejadian Kematian Di Meja Operasi	0%	100%	100%	VALID
5	PMKP KLINIK 5	Penggunaan obat pereda pada pengobatan pasien asma pada anak yang dirawat inap	100%	100%	100%	VALID
6	PMKP KLINIK 6	Kesalahan Penulisan Resep (<i>Prescription Errors</i>) pasien rawat jalan	0.007%	0%	100%	VALID
7	PMKP KLINIK 7	Pengkajian pre-anastesi dilaksanakan untuk pasien pra-operasi elektif dengan anastesi umum	100%	100%	100%	VALID
8	PMKP KLINIK 8	Pemenuhan Kebutuhan Darah Bagi Setiap Pelayanan Transfusi	99.61%	100%	100%	VALID
9	PMKP KLINIK 9	Kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan	99%	92.2%	101%	VALID
10	PMKP KLINIK 10	Terlaksananya Kegiatan Pencatatan Dan Pelaporan <i>Healthcare associated infection</i> (HAIs) Di Rumah Sakit	100%	100%	100%	VALID
11	PMKP 3.3. SKP 1	Ketepatan memasang gelang identitas pasien	100%	100%	100%	VALID
12	PMKP 3.3. SKP 2	Ketepatan melakukan READ BACK saat menerima instruksi verbal melalui telpon	100%	100%	100%	VALID
13	PMKP 3.3. SKP 3	Kepatuhan Penyimpanan Elektrolit Terkonsentrasi	100%	100%	100%	VALID
14	PMKP 3.3. SKP 4	Kelengkapan Pengisian Format Check List Keselamatan Pasien Operasi	100%	100%	100%	VALID
15	PMKP 3.3. SKP 5	Persentase kepatuhan petugas kesehatan dalam melakukan kebersihan tangan dengan metode enam langkah dan lima momen	80,51%	81,0%	99,4%	VALID
16	PMKP 3.3. SKP 6	Insiden pasien jatuh selama perawatan rawat inap di RS	0%	0%	100%	VALID

B. Perbandingan (*Benchmark*) Data Hasil Pemantauan Indikator Mutu

Perbandingan (*Benchmark*) dilakukan dengan tujuan membantu rumah sakit dalam memahami perubahan dan penyebab perubahan yang tidak diinginkan serta membantu memfokuskan upaya perbaikan. Upaya membandingkan data dilakukan dengan membandingkan data dengan rumah sakit sejenis, dengan standar-standar, serta dengan praktik-praktik yang menurut literatur digolongkan sebagai *best practice*. Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Klungkung tahun 2018 melakukan *benchmark* dengan cara:

1. Membandingkan dengan RSUD Sanjiwani dan RSUD Kabupaten Bangli
2. Membandingkan dengan standar yang ditetapkan oleh WHO dan Departemen Kesehatan RI

Perbandingan data (*benchmark*) sudah dilakukan dengan bersurat resmi kepada RS tersebut, setelah mendapatkan persetujuan dilanjutkan dengan persamaan indikator yang akan dibandingkan dan mengirimkan data dari indikator tersebut.

Tabel. Data *Benchmarking* indikator PMKP bulan Januari sampai Maret 2018

No	Standar	Indikator	Data RSUD Klungkung	Data RSUD Gianyar	Data RSUD Bangli	Standar
1	PMKP 3 KLINIK 1	Pengkajian awal medis pasien baru dalam 24 jam	99%			100%
2	PMKP 3 KLINIK 2	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium darah lengkap	0:15:01 Menit (100%)			100 % < 30 menit
3	PMKP 3 KLINIK 3	Waktu tunggu hasil pelayanan thorak foto pasien pre operasi	27.34 Menit (100%)			100 % (\leq 1 jam)
4	PMKP 3 KLINIK 4	Kejadian kematian di meja operasi	0%			<1%
5	PMKP 3 KLINIK 5	Penggunaan obat pereda pada pengobatan pasien asma pada anak yang dirawat inap	100%			100%
6	PMKP 3 KLINIK 6	Kesalahan Penulisan Resep (<i>Prescription Errors</i>)	0.007%			0%
7	PMKP 3 KLINIK 7	Pengkajian pre-anestesi dilaksanakan untuk pasien pra-operasi elektif dengan anestesi umum	100%			100%
8	PMKP 3 KLINIK 8	Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi darah	100%			100%
9	PMKP 3 KLINIK 9	Kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan rawat inap	99%			100%
10	PMKP 3 KLINIK 10	Terlaksananya Kegiatan Pencatatan Dan Pelaporan Healthcare-Associated Infection (HAIs) Di RS	100%			>90%
11	ILM 1	Pasien dengan stroke iskemik yang	100%			100%

	<i>Related to JCI's Library Of Measures, I-STK-2</i>	mendapatkan terapi anti trombolitik pada saat keluar rumah sakit (KRS)			
12	ILM 2 <i>Related to JCI's Library Of Measures, I-AMI-1</i>	Pasien dengan stroke iskemik atau perdarahan yang mendapat pelayanan rehabilitasi	100%		100%
13	ILM 3 <i>Related to JCI's Library Of Measures, I-CAC-02</i>	Pemberian Kortikosteroid untuk Pasien Asma Anak yang dirawat di Rumah Sakit	100%		100%
14	ILM 4 <i>Related to JCI's Library Of Measures, I-NSC-2</i>	Angka kejadian dekubitus grII/Lebih akibat perawatan di rumah sakit	0,0%		≤ 2,7%
15	ILM 5 <i>Related to JCI's Library Of Measures, I-PC-02</i>	Persentase tindakan <i>Section Caesarea</i> (SC) yang dilakukan pada primigravida usia kehamilan 37-42 minggu dengan bayi posisi normal tunggal hidup	44%		≤ 10%
16	PMKP 3 (Manajemen 1)	Jumlah kekosongan stok obat esensial	0,0015%		0%
17	PMKP 3 (Manajemen 2)	Ketepatan waktu pelaporan laporan kematian ibu dan bayi	100%		100%
18	PMKP 3 (Manajemen 3)	Insiden tertusuk jarum / benda tajam	0%		0%
19	PMKP 3 (Manajemen 4)	Utilisasi ruangan VIP	57,51%		>80%
20	PMKP 3 (Manajemen 5)	Tingkat kepuasan pelanggan rawat inap	82,61		>90%
21	PMKP 3 (Manajemen 6)	Tingkat kepuasan staf	87,26		>90%
22	PMKP 3 (Manajemen 7)	Laporan 10 besar penyakit	Ada		Deskriptif
23	PMKP 3 (Manajemen 8)	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100%		100%
24	PMKP 3 (Manajemen 9)	Peralatan laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	-		100%
25	PMKP 3 (SKP 1)	Ketepatan memasang gelang identitas pasien	100%		100 %
26	PMKP 3 (SKP 2)	Ketepatan melakukan Read Back saat menerima instruksi verbal melalui telepon	100%		100%
27	PMKP 3 (SKP 3)	Kepatuhan Penyimpanan elektrolit pekat	100%		100%
28	PMKP 3 (SKP 4)	Kelengkapan pengisian format check list keselamatan pasien operasi	100%		100%
29	PMKP 3 (SKP 5)	Kepatuhan petugas kesehatan dalam melakukan kebersihan tangan dengan metode enam langkah dan lima momen	81%		>80%
30	PMKP 3 (SKP 6)	Insiden pasien jatuh selama perawatan rawat inap di RS	0%		0%

31	PMKP 7 EP 2	Kejadian reaksi transfusi pada saat kegiatan transfusi darah	0			≤0,01 %
32	PMKP 7 EP 3	Insiden serius akibat efek samping obat	0			0%
33	PMKP 7 EP 4	Kesalahan Dispensing Obat oleh Farmasi	0			0%
34	PMKP 7 EP 5	Ketidakesuaian Diagnosa Medik Pre dan Post Operasi	0			0%
35	PMKP 7 EP 6	Kejadian de-saturasi O2 pada saat durante Anestesi pasien dengan General Anestesi	0			0%
36	PMKP 7 EP 7	Identifikasi pasien potensial wabah berdasarkan alamat tempat tinggal	DHF/diare			-

Keterangan: Warna merah: indikator tidak diukur RS yang dibandingkan datanya

BAB V

PEMBAHASAN

A. Analisis Pencapaian Indikator Mutu dan Keselamatan Pasien

Indikator yang cenderung belum mencapai target dan perlu dilaksanakan peningkatan mutu dengan PDSA yang lebih baik adalah sebagai berikut:

No	Standar PMKP	Indikator	Area
1	PMKP KLINIK 1	Pengkajian awal medis pasien baru dalam 24 jam pada pasien rawat inap	Rawat inap
2	PMKP KLINIK 6	Kesalahan Penulisan Resep (Prescription Errors) pasien rawat jalan	Instalasi Farmasi
3	PMKP KLINIK 9	Kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan	Rawat Inap
4	PMKP MANAJEMEN 1	Jumlah kekosongan stok obat esensial	Manajemen
5	PMKP MANAJEMEN 4	Utilisasi ruang VIP	Manajemen
6	PMKP MANAJEMEN 5	Tingkat Kepuasan Pelanggan pasien rawat inap	Manajemen
7	PMKP MANAJEMEN 6	Tingkat Kepuasan Pegawai/Karyawan	Manajemen
8	ILM 1	Pasien stroke iskemik yang mendapatkan terapi antitrombotik saat keluar rumah sakit	Rawat Inap
9	ILM 2	Pasien dengan stroke iskemik atau perdarahan yang mendapat pelayanan rehabilitasi	Rawat Inap
10	ILM 5	Persentase tindakan Sectio Caesarea (SC) yang dilakukan pada primigravida usia kehamilan 37-42 minggu dengan bayi posisi normal tunggal hidup	Rawat Inap

1. Pengkajian awal medis pasien baru dalam 24 jam pada pasien rawat inap

NO	STANDAR	INDIKATOR	PENCAPAIAN			Pencapaian Triwulan	TARGET
			Januari	Februari	Maret		
1	PMKP KLINIK 1	Pengkajian awal medis pasien baru dalam 24 jam pada pasien rawat inap	99.7%	100%	99.7%	99.8%	100%

Analisis Masalah:

- Masih ada DPJP yang belum sepenuhnya mengisi tepat waktu

Program Peningkatan Mutu:

PROBLEM	Dari bulan Januari sampai Maret 2018 persentase pengkajian awal medis pasien baru dalam 24 jam pada pasien rawat inap adalah 99.8 %
STEP	Analisa dilakukan setiap bulan untuk kelengkapan pengisian rekam medis
PLAN	<p>1. Rencana :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meningkatkan komunikasi dan sosialisasi langsung dengan DPJP, juga kepala ruangan sebagai orang yang bisa selalu mengingatkan DPJP untuk pengisian pengkajian awal medis pasien baru <p>2. Harapan : Pengkajian awal medis pasien baru dalam 24 jam pada pasien rawat inap tercapai 100%</p> <p>3. Tindakan :</p> <ol style="list-style-type: none"> Menghubungi ruang rawat inap setiap terjadi permasalahan tersebut diatas Telaah rekam medis selambat – lambatnya 24 jam sejak pasien dinyatakan MRS
DO	<p>Apa pengamatan yang dilakukan?</p> <ol style="list-style-type: none"> Kepatuhan dokter DPJP dalam Pengkajian awal medis pasien baru dalam 24 jam pada pasien rawat inap. Analisa kuantitatif kualitatif terhadap Pengkajian Awal Medis pada Pasien Baru Rawat Inap Selesai dalam 24 Jam
STUDY	<p>Apa yang anda pelajari? Apakah sesuai target capaian?</p> <ol style="list-style-type: none"> Kelengkapan dan Ketepatan waktu pengisian Pengkajian awal medis pasien baru dalam 24 jam pada pasien rawat inap Persentase kelengkapan dan ketepatan waktu bulan Januari sampai Maret 2017 adalah 99.8% dan mendekati target 100%
ACTION	<p>Apa yang dapat anda simpulkan dari siklus ini?</p> <ol style="list-style-type: none"> Analisa kuantitatif dan kualitatif direkap dalam bentuk laporan/form Persentase Angka Pengkajian Awal Medis pada Pasien Baru Rawat Inap Selesai dalam 24 Jam tercapai 100% Terdapat peningkatan capaian mendekati target yang diinginkan <p>Follow-up dan Rencana Lanjutan</p> <ol style="list-style-type: none"> Evaluasi pencapaian pada bulan berikutnya dengan tetap menjalin kerjasama dengan kepala ruangan rawat inap jika ditemukan masalah dalam pengisian pengkajian awal.

Rencana kerja perbaikan lanjutan:

No	Aktifitas	PJ	Bulan											
			April				Mei				Juni			
			I	III	III	IV	I	III	III	IV	I	III	III	IV
1	Sosialisasi kepada DPJP dan Kepala Ruangan tentang penulisan Pengkajian Awal Medis pada Pasien Baru Rawat Inap Selesai dalam 24 Jam	Unit Rawat Inap				✓				✓				✓
2	Evaluasi pencapaian setiap bulan	Unit Rawat Inap					✓				✓			

2. Kesalahan Penulisan Resep (*Prescription Errors*) pasien rawat jalan

NO	STANDAR	INDIKATOR	PENCAPAIAN			Pencapaian Triwulan	TARGET
			Januari	Februari	Maret		
2	PMKP KLINIK 6	Kesalahan Penulisan Resep (<i>Prescription Errors</i>) pasien rawat jalan	0%	0.021%	0%	0.007%	0%

Analisis Masalah:

- Masih terdapat kesalahan penulisan resep dari target yang diharapkan

Program Peningkatan Mutu:

PROBLEM	Dari bulan Januari sampai Maret 2018 rata-rata Kesalahan Penulisan Resep (<i>Prescription Errors</i>) pasien rawat jalan adalah 0.007%
STEP	Analisa dilakukan setiap bulan untuk Kesalahan Penulisan Resep (<i>Prescription Errors</i>) pasien rawat jalan
PLAN	<p>1. Rencana:</p> <ul style="list-style-type: none"> Meningkatkan komunikasi dan sosialisasi langsung dokter tentang penulisan resep yang baik dan benar Mengevaluasi sumber kesalahan penulisan resep <p>2. Harapan :</p> <ul style="list-style-type: none"> Tidak didapatkan Kesalahan Penulisan Resep (<i>Prescription Errors</i>) pasien Resep yang dikeluarkan teregistrasi dengan baik <p>3. Tindakan :</p> <ul style="list-style-type: none"> Meningkatkan mekanisme umpan balik dari farmasi kepada dokter saat kesalahan terjadi baik per telpon maupun pengembalian resep untuk penulisan resep ulang dokter
DO	<p>Apa yang anda amati?</p> <ul style="list-style-type: none"> Kesalahan Penulisan Resep (<i>Prescription Errors</i>) pasien rawat jalan Analisa kuantitatif kualitatif terhadap Kesalahan Penulisan Resep (<i>Prescription Errors</i>) pasien rawat jalan
STUDY	<p>Apa yang anda pelajari? Apakah sesuai target capaian?</p> <ul style="list-style-type: none"> Kesalahan Penulisan Resep (<i>Prescription Errors</i>) pasien rawat jalan Persentase Kesalahan Penulisan Resep (<i>Prescription Errors</i>) pasien rawat jalan bulan Januari sampai Maret 2017 adalah 0.007% dan sesuai target 0%
ACTION	<p>Apa yang dapat anda simpulkan dari siklus ini?</p> <ol style="list-style-type: none"> Analisa kuantitatif dan kualitatif direkap dalam bentuk laporan/form Persentase Kesalahan Penulisan Resep (<i>Prescription Errors</i>) pasien rawat jalan <p>Follow-up dan Rencana Lanjutan</p>

	<ul style="list-style-type: none"> Evaluasi pencapaian pada bulan berikutnya dengan tetap menjalin kerjasama dengan instalasi farmasi jika ditemukan masalah dalam Kesalahan Penulisan Resep (<i>Prescription Errors</i>) pasien rawat jalan.
--	--

Rencana kerja perbaikan lanjutan:

No	Aktifitas	PJ	Bulan													
			April				Mei				Juni					
			I	III	III	IV	I	III	III	IV	I	III	III	IV		
1	Sosialisasi kepada dokter tentang penulisan resep yang baik dan benar	Unit Rawat Jalan				✓						✓				✓
2	Melaksanakan audit penulisan	Instalasi Farmasi				✓						✓				✓
3	Evaluasi pencapaian setiap bulan	Instalasi Farmasi					✓					✓				

3. Kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan

NO	STANDAR	INDIKATOR	PENCAPAIAN			Pencapaian Triwulan	TARGET
			Januari	Februari	Maret		
3	PMKP KLINIK 9	Kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan	98%	100%	100%	99%	100%

Analisis Masalah:

- Pengisian kelengkapan rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan telah meningkat mendekati target yang diharapkan

Program Peningkatan Mutu:

PROBLEM	Dari bulan Januari sampai Maret 2018 rata-rata kelengkapan pengisian rekam medis dalam 24 jam setelah selesai pelayanan adalah 99 %
STEP	Analisa dilakukan setiap bulan untuk kelengkapan pengisian rekam medis
PLAN	<ol style="list-style-type: none"> Rencana: <ul style="list-style-type: none"> Meningkatkan komunikasi dan sosialisasi langsung dengan DPJP, perawat, bidan, dan tenaga kesehatan lain untuk pengisian rekam medis dalam 24 jam setelah pelayanan selesai Sosialisasi pengisian kelengkapan pengisian rekam medis pasien dibantu oleh dokter MOD (Manager on Duty) atas nama DPJP dan sepengetahuan DPJP saat hari libur Harapan : <ul style="list-style-type: none"> Peningkatan persentase pengisian rekam medis dalam 24 jam setelah selesai pelayanan mencapai 100% Tindakan : <ul style="list-style-type: none"> Menghubungi ruang rawat inap setiap terjadi permasalahan tersebut diatas Telaah rekam medis selambat-lambatnya 24 jam sejak pasien dinyatakan pulang
DO	Apa yang anda amati?

	<ul style="list-style-type: none"> • Kepatuhan dokter DPJP dan tenaga kesehatan lain dalam kelengkapan pengisian rekam medis • Analisa kuantitatif kualitatif terhadap kelengkapan pengisian rekam medis dalam 24 jam setelah pelayanan
STUDY	Apa yang anda pelajari? Apakah sesuai target capaian? <ul style="list-style-type: none"> • Kelengkapan pengisian rekam medis dalam 24 jam setelah pelayanan • Persentase kelengkapan pengisian rekam medis bulan Januari sampai Maret 2017 adalah 99% dan mendekati target 100%
ACTION	Apa yang dapat anda simpulkan dari siklus ini? <ol style="list-style-type: none"> 1. Analisa kuantitatif dan kualitatif direkap dalam bentuk laporan/form 2. Persentase kelengkapan pengisian rekam medis dalam 24 jam setelah pelayanan Follow-up dan Rencana Lanjutan <ul style="list-style-type: none"> • Evaluasi pencapaian pada bulan berikutnya dengan tetap menjalin kerjasama dengan kepala ruangan rawat inap jika ditemukan masalah dalam pengisian kelengkapan rekam medis.

Rencana kerja perbaikan lanjutan:

No	Aktifitas	PJ	Bulan													
			April				Mei				Juni					
			I	III	III	IV	I	III	III	IV	I	III	III	IV		
1	Sosialisasi kepada DPJP dan tenaga kesehatan lainnya	Unit Rawat Inap				✓						✓				✓
2	Sosialisasi pengisian kelengkapan rekam medis pasien dibantu oleh dokter MOD (Manager on Duty) atas nama DPJP dan sepengetahuan DPJP saat hari libur	Unit Rawat Inap				✓						✓				✓
3	Melaksanakan audit penulisan	Unit Rawat Inap					✓					✓				
4	Evaluasi pencapaian setiap bulan	Unit Rawat Inap					✓					✓				

4. Jumlah kekosongan stok obat esensial

NO	STANDAR	INDIKATOR	PENCAPAIAN			RATA-RATA	TARGET
			Januari	Februari	Maret		
4	PMKP MANAJEMEN 1	Jumlah kekosongan stok obat esensial	0%	0,0027%	0,0018%	0,0015%	0%

Analisa Masalah

- Distributor tidak bisa memenuhi permintaan obat dari instalasi farmasi
- Keterlambatan pengiriman obat
- Terjadi kekosongan obat pada tingkat produsen

Program Peningkatan Mutu:

PROBLEM	Persentase jumlah kekosongan stok obat esensial dari bulan Januari s/d Maret rata-rata 0,0015 %
STEP	Analisa dilakukan setiap bulan untuk menekan jumlah kekosongan stok obat esensial
PLAN	1. Rencana: <ul style="list-style-type: none"> • Pengajuan permintaan pengadaan obat dilakukan lebih awal • Meningkatkan kordinasi dengan distributor agar pengiriman obat tepat pada waktunya • Evaluasi sistem pengadaan obat di rumah sakit 2. Harapan : <ul style="list-style-type: none"> • Tergambarnya mutu manajemen obat dengan ketersediaan stok obat esensial rumah sakit 3. Tindakan : <ul style="list-style-type: none"> • Melakukan evaluasi secara rutin dan berkesinambungan untuk menekan kekosongan stok obat esensial
DO	Apa yang anda amati? <ul style="list-style-type: none"> • Analisa pengadaan stok obat esensial • SPO apabila terjadi kekosongan obat esensial
STUDY	Apa yang anda pelajari? Apakah sesuai target capaian? <ul style="list-style-type: none"> • Terpenuhinya kelengkapan stok obat esensial di rumah sakit • Persentase jumlah kekosongan stok obat esensial adalah 0,88%
ACTION	Apa yang dapat anda simpulkan dari siklus ini? <ul style="list-style-type: none"> • Analisa kuantitatif dan kualitatif direkap dalam bentuk laporan/form • Perlunya koordinasi dengan pihak terkait untuk mencari solusi bersama • Persentase jumlah kekosongan stok obat esensial Follow-up dan Rencana Lanjutan <ul style="list-style-type: none"> • Evaluasi pencapaian pada bulan berikutnya secara rutin

Rencana kerja perbaikan lanjutan:

No	Aktifitas	PJ	Bulan												
			Januari				Februari				Maret				
			I	III	III	IV	I	III	III	IV	I	III	III	IV	
1	Komunikasi dan sosialisasi dengan setiap instalasi	Kepala Instalasi Farmasi				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2	Monev kegiatan stok obat	Kepala Instalasi Farmasi				✓				✓					✓
4	Evaluasi pencapaian setiap bulan	Kepala Instalasi Farmasi					✓				✓				

5. Utilisasi ruang VIP

NO	STANDAR	INDIKATOR	PENCAPAIAN			RATA-RATA	TARGET
			Januari	Februari	Maret		

5	PMKP MANAJEMEN 4	Utilisasi ruang VIP	64,03%	49,82%	58,7%	57,51%	>80%
---	------------------------	---------------------	--------	--------	-------	--------	------

Analisa Masalah

- Terjadi penurunan BOR VIP Semara Husada pada triwulan 1 2018

Program Peningkatan Mutu:

PROBLEM	Utilisasi ruang VIP bulan Januari s/d Maret 2018 rata-rata 57,51%
STEP	Analisa dilakukan setiap bulan untuk tercapainya peningkatan utilisasi ruang VIP
PLAN	<p>1. Rencana:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berkordinasi dengan Humas RS dan pihak terkait untuk meningkatkan sosialisasi tentang ruang rawat inap serta pelayanan VIP Semara Husada • Menggali umpan balik harapan pasien/keluarga yang dirawat di VIP Semara Husada <p>2. Harapan :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tercapainya peningkatan utilisasi ruang VIP pada bulan berikutnya <p>3. Tindakan :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melakukan evaluasi secara rutin dan berkesinambungan demi terciptanya pelayanan ruang VIP yang optimal • Menyediakan kotak saran bagi pasien rawat inap VIP Semara Husada
DO	<p>Apa yang anda amati?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terlaksananya pelayanan ruang VIP yang optimal
STUDY	<p>Apa yang anda pelajari? Apakah sesuai target capaian?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tercapainya utilisai ruang VIP sesuai target • Utilisasi ruang VIP bulan Januari s/d Maret 2018
ACTION	<p>Apa yang dapat anda simpulkan dari siklus ini?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analisa kuantitatif dan kualitatif direkap dalam bentuk laporan/form • Perlunya koordinasi dari semua pihak agar target utilisasi bisa tercapai <p>Follow-up dan Rencana Lanjutan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluasi pencapaian pada bulan berikutnya secara rutin

Rencana kerja perbaikan lanjutan:

No	Aktifitas	PJ	Bulan												
			Januari				Februari				Maret				
			I	III	III	IV	I	III	III	IV	I	III	III	IV	
1	Komunikasi dan sosialisasi dengan setiap instalasi	Kepala ruang VIP				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2	Monev kegiatan pelayanan ruang VIP	Kepala ruang VIP				✓				✓					✓
4	Evaluasi pencapaian setiap bulan	Kepala ruang VIP					✓					✓			

6. Tingkat Kepuasan Pelanggan pasien rawat inap

NO	STANDAR	INDIKATOR	PENCAPAIAN	RATA-	TARGET
----	---------	-----------	------------	-------	--------

			Januari	Februari	Maret	RATA	
6	PMKP MANAJEMEN 5	Tingkat Kepuasan Pelanggan rawat inap pasien	82,61			82,61	≥ 90%

Analisa Masalah

- Tingkat kepuasan pelanggan pasien rawat inap < 90%

Program Peningkatan Mutu:

PROBLEM	Dari bulan Januari s/d Maret 2018 rata-rata tingkat kepuasan pelanggan rumah sakit < 90%
STEP	Analisa dilakukan setiap bulan untuk meningkatnya tingkat kepuasan pelanggan rumah sakit
PLAN	<p>1. Rencana:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meningkatkan mutu layanan kepada pelanggan • Meningkatkan kualitas sarana dan prasarana <p>2. Harapan :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Peningkatan persentase tingkat kepuasan pelanggan rumah sakit sehingga tercapainya target <p>3. Tindakan :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melaksanakan umpan balik harapan pelanggan RSUD Klungkung • Melakukan pengukuran secara rutin dan berkesinambungan untuk mengetahui tingkat kepuasan pelanggan
DO	<p>Apa yang anda amati?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terlaksananya Kegiatan Survei tingkat kepuasan pelanggan rumah sakit • Analisa kuantitatif kualitatif terhadap tingkat kepuasan pelanggan rumah sakit
STUDY	<p>Apa yang anda pelajari? Apakah sesuai target capaian?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terlaksananya tingkat kepuasan pelanggan rumah sakit • Persentase tingkat kepuasan pelanggan rumah sakit adalah 82,61 • Terdapat peningkatan pencapaian dibandingkan triwulan sebelumnya
ACTION	<p>Apa yang dapat anda simpulkan dari siklus ini?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analisa kuantitatif dan kualitatif direkap dalam bentuk laporan/form • Persentase tingkat kepuasan pelanggan rumah sakit <p>Follow-up dan Rencana Lanjutan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluasi pencapaian pada bulan berikutnya dengan rutin

Rencana kerja perbaikan lanjutan:

No	Aktifitas	PJ	Bulan												
			Januari				Februari				Maret				
			I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
1	Komunikasi dan sosialisasi dengan setiap instalasi	Kabid Jibang				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2	Monev Kegiatan survei tingkat kepuasan pelanggan rumah sakit	Kabid Jibang				✓				✓					✓
4	Evaluasi pencapaian setiap bulan	Kabid Jibang					✓					✓			

7. Tingkat Kepuasan Pegawai/Karyawan

NO	STANDAR	INDIKATOR	PENCAPAIAN			RATA-RATA	TARGET
			Januari	Februari	Maret		
7	PMKP MANAJEMEN 6	Tingkat Kepuasan Pegawai/Karyawan	87,26			87,26	≥ 90%

Analisa Masalah

- Tingkat kepuasan karyawan rumah sakit pada bulan Januari s/d Maret 2018 < 90%

Program Peningkatan Mutu:

PROBLEM	Dari bulan Julis/d September rata-rata tingkat kepuasan karyawan rumah sakit < 90%
STEP	Analisa dilakukan setiap bulan untuk meningkatnya tingkat kepuasan karyawan rumah sakit
PLAN	<ol style="list-style-type: none"> Rencana: <ul style="list-style-type: none"> • Menggali umpan balik harapan karyawan rumah sakit Harapan : <ul style="list-style-type: none"> • Peningkatan persentase tingkat kepuasan karyawan rumah sakit Tindakan : <ul style="list-style-type: none"> • Melakukan pengukuran secara rutin untuk mengetahui tingkat kepuasan karyawan
DO	Apa yang anda amati? <ul style="list-style-type: none"> • Terlaksananya Kegiatan Survei tingkat kepuasan karyawan rumah sakit • Analisa kuantitatif kualitatif terhadap tingkat kepuasan karyawan rumah sakit
STUDY	Apa yang anda pelajari? Apakah sesuai target capaian? <ul style="list-style-type: none"> • Terlaksananya tingkat kepuasan karyawan rumah sakit Sakit • Persentase tingkat kepuasan karyawan rumah sakit adalah 87.26% • Terdapat peningkatan pencapaian dibandingkan triwulan sebelumnya
ACTION	Apa yang dapat anda simpulkan dari siklus ini? <ul style="list-style-type: none"> • Analisa kuantitatif dan kualitatif direkap dalam bentuk laporan/form • Persentase tingkat kepuasan karyawan rumah sakit Follow-up dan Rencana Lanjutan <ul style="list-style-type: none"> • Evaluasi pencapaian pada bulan berikutnya dengan rutin

Rencana kerja perbaikan lanjutan:

No	Aktifitas	PJ	Bulan												
			Januari				Februari				Maret				
			I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
1	Komunikasi dan sosialisasi dengan setiap instalasi	Kabid Jibang				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2	Monev Kegiatan survei tingkat kepuasan karyawan rumah sakit	Kabid Jibang				✓				✓					✓

4	Evaluasi pencapaian setiap bulan	Kabid Jibang					✓				✓		
---	----------------------------------	--------------	--	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--

8. Persentase tindakan Sectio Caesarea (SC) yang dilakukan pada primigravida usia kehamilan 37-42 minggu dengan bayi posisi normal tunggal hidup

NO	STANDAR	INDIKATOR	PENCAPAIAN			Pencapaian Triwulan	TARGET
			Januari	Februari	Maret		
10	ILM 5	Persentase tindakan Sectio Caesarea (SC) yang dilakukan pada primigravida usia kehamilan 37-42 minggu dengan bayi posisi normal tunggal hidup	43%	36%	54%	44%	≤10%

Program Peningkatan Mutu:

PROBLEM	Dari bulan Januari sampai Maret 2018 rata-rata persentase tindakan Sectio Caesarea (SC) yang dilakukan pada primigravida usia kehamilan 37-42 minggu dengan bayi posisi normal tunggal hidup sebesar 44 %
STEP	Analisa dilakukan setiap bulan untuk penurunan persentase tindakan Sectio Caesarea (SC) yang dilakukan pada primigravida usia kehamilan 37-42 minggu dengan bayi posisi normal tunggal hidup
PLAN	<p>1. Rencana :</p> <ul style="list-style-type: none"> Mengevaluasi penyebab tindakan Sectio Caesarea (SC) yang dilakukan pada primigravida usia kehamilan 37-42 minggu dengan bayi posisi normal tunggal <p>2. Harapan : Penurunan Persentase tindakan Sectio Caesarea (SC) yang dilakukan pada primigravida usia kehamilan 37-42 minggu dengan bayi posisi normal tunggal hidup</p> <p>3. Tindakan :</p> <ul style="list-style-type: none"> Melakukan pencatatan rutin indikasi tindakan Sectio Caesarea (SC) yang dilakukan pada primigravida usia kehamilan 37-42 minggu dengan bayi posisi normal tunggal hidup
DO	<p>Apa pengamatan yang dilakukan?</p> <ol style="list-style-type: none"> Persentase tindakan Sectio Caesarea (SC) yang dilakukan pada primigravida usia kehamilan 37-42 minggu dengan bayi posisi normal tunggal hidup Analisa kuantitatif kualitatif terhadap Persentase tindakan Sectio Caesarea (SC) yang dilakukan pada primigravida usia kehamilan 37-42 minggu dengan bayi posisi normal tunggal hidup
STUDY	<p>Apa yang anda pelajari? Apakah sesuai target capaian?</p> <ol style="list-style-type: none"> Persentase tindakan Sectio Caesarea (SC) yang dilakukan pada primigravida usia kehamilan 37-42 minggu dengan bayi posisi normal tunggal hidup Persentase Persentase tindakan Sectio Caesarea (SC) yang dilakukan pada primigravida usia kehamilan 37-42 minggu dengan bayi posisi normal tunggal hidup rata-rata sebesar 44%. Terjadi tren peningkatan dibandingkan triwulan sebelumnya. Setelah dianalisis faktor-faktor yang menjadi penyebab, peningkatan ini terjadi oleh karena tindakan seksio sesarea dilakukan sesuai atas indikasi yang ada.
ACTION	<p>Apa yang dapat anda simpulkan dari siklus ini?</p> <ol style="list-style-type: none"> Analisa kuantitatif dan kualitatif direkap dalam bentuk laporan/form Persentase tindakan Sectio Caesarea (SC) yang dilakukan pada primigravida usia kehamilan 37-42 minggu dengan bayi posisi normal tunggal hidup <p>Follow-up dan Rencana Lanjutan</p> <ol style="list-style-type: none"> Evaluasi pencapaian pada bulan berikutnya dengan tetap menjalin kerja sama

Rencana kerja perbaikan lanjutan:

No	Aktifitas	PJ	Bulan											
			April				Mei				Juni			
			I	III	III	IV	I	III	III	IV	I	III	III	IV
1	Sosialisasi kepada DPJP mengenai Persentase tindakan Sectio Caesarea (SC) yang dilakukan pada primigravida usia kehamilan 37-42 minggu dengan bayi posisi normal tunggal hidup	Unit Rawat Inap				✓				✓				✓
2	Evaluasi penyebab tindakan Sectio Caesarea (SC) yang dilakukan pada primigravida usia kehamilan 37-42 minggu dengan bayi posisi normal tunggal	Unit Rawat Inap					✓				✓			
4	Evaluasi pencapaian setiap bulan	Unit Rawat Inap					✓				✓			

B. Hambatan-Hambatan Pelaksanaan Program PMKP

1. Pemahaman dalam pengumpulan data di ruangan masih ada sehingga evaluasi yang dilakukan menjadi terhambat.
2. Program PMKP belum sepenuhnya dipahami anggota tim sehingga diperlukan dukungan melalui Pelatihan berkelanjutan untuk Tim PMKP

**BAB VI
PENUTUP**

Demikian laporan pelaksanaan peningkatan mutu dan keselamatan pasien rumah sakit di RSUD Kabupaten Klungkung khususnya dari Unit Penjamin Mutu sebagai upaya peningkatan mutu layanan dan keselamatan pasien rumah sakit. Upaya yang dilakukan adalah upaya maksimal yang bisa dikerjakan saat ini, tentunya upaya yang berkesinambungan dan tidak mengenal lelah terus dilakukan sehingga tercapai hasil tertinggi bagi semua komponen pemberi dan pengguna layanan rumah sakit