

Laporan

Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien Triwulan II Tahun 2019



Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Muhammad Zein Painan

Jl. Dr. A Rivai, Painan 25611

Phone : (0756) 21428 – 21398, Fax. 0756 - 21398

KATA PENGANTAR



Puji syukur kehadirat Allah SWT karena atas rahmatnya **Buku Laporan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien RSUD Dr. M. Zein Painan** telah dapat diselesaikan.



Sebagai fasilitas pelayanan kesehatan, rumah sakit dituntut agar dapat memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu, akuntabel dan transparan kepada masyarakat, serta berorientasi pada keselamatan pasien dan *provider*. Salah satu prakondisi yang harus dipenuhi adalah meningkatkan mutu pelayanan, termasuk mutu pelayanan di rumah sakit agar pengelolaan rumah sakit menjadi lebih efektif dan efisien.

Buku panduan ini disusun Agar terdapat keseragaman pada sistem pencatatan dan pelaporan indikator mutu, seluruh staf rumah sakit harus mengikuti standar pencatatan dan pelaporan indikator mutu, seluruh staf rumah sakit harus mengikuti standar pencatatan dan pelaporan indikator mutu.

Kami menyadari bahwa panduan ini masih belum sempurna, oleh karena itu kritik dan masukan dari berbagai pihak sangat kami harapkan demi kesempurnaan panduan ini.

Painan, 5 Juli 2018
Direktur RSUD Dr. Zein Painan

dr. H. Sutarman, MM
NIP. 19690709 200112 1 001

**SAMBUTAN KETUA KOMITE MUTU DAN
KESELAMATAN PASIEN
RSUD Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN**

Puji syukur kehadiran Allah SWT karena atas rahmatnya **Buku Laporan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien RSUD Dr. M. Zein Painan** telah dapat diselesaikan.



Mutu bersifat persepsi dan difahami berbeda oleh orang yang berbeda namun berimplikasi pada superioritas suatu hal. Pengukuran mutu melalui indikator mutu dapat digunakan untuk menilai mutu pada berbagai kondisi. Dan salah satu cara untuk mengetahui pelayanan sebuah rumah sakit sudah bermutu adalah dengan mengukur mutu pelayanan rumah sakit dengan menggunakan indikator mutu berdasarkan pendekatan ilmiah.

Oleh karena itu perlu dibuat suatu acuan berupa **Panduan Buku Laporan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien** di RSUD Dr. M. Zein Painan sebagai landasan gerak peningkatan mutu di rumah sakit.

Demikianlah sambutan kami, dengan terbitnya **Buku Panduan Buku Laporan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien** ini semoga kita dapat meningkatkan mutu layanan RSUD Dr. M. Zein Painan .

Painan, 5 Juli 2018

Ketua KMKP RSUD Dr. M. Zein Painan

dr. Ike Rahayu, Sp.M
NIP. 19760219 200501 2 006

TIM PENYUSUN

PENASEHAT

dr. H. Sutarman, MM (Direktur)

EDITOR DAN DESIGN LAY OUT

dr. Ike Rahayu, Sp.M

KONTRIBUTOR

- 1. dr. Reyantis Capanay**
- 2. Ns. Adek Imel Syam, S. Kep, MAP**
- 3. dr. Dona Hamrita**
- 4. Efrizal T, SKM**
- 5. Surya Zeni Leli, S.ST**
- 6. Ns. Delni Desastri, S. Kep**

DAFTAR ISI

Kata Pengantar Direktur	
Sambutan Ketua Komite Mutu dan Keselamatan Pasien	
Tim Penyusun	
Daftar Isi	
BAB I	Pendahuluan 1
BAB II	Kegiatan Pemantauan Indikator Mutu..... 3
	A. Kegiatan Pokok 3
	B. Kegiatan 5
	C. Jadwal Kegiatan 6
	D. Pencatatan dan Pelaporan 7
BAB III	Hasil Kegiatan..... 8
	A. Indikator Area Klinis..... 8
	B. Indikator Area Manajemen.....21
	C. Indikator Sasaran Keselamatan Pasien..... 33
	D. Indikator Internasional Library Of Measures..... 43
BAB IV	Pembahasan..... 52
BAB V	Penutup..... 54

BAB I PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

RSUD Dr. M. Zein Painan telah mencanangkan untuk menjadi rumah sakit yang terakreditasi berdasarkan Standar Akreditasi Rumah Sakit versi 2012 pada tahun 2019. Untuk mencapai tujuan tersebut, RSUD Dr. M. Zein Painan melakukan kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang sesuai dengan Standar Akreditasi. Kegiatan ini dilakukan di setiap unit kerja/instalasi terkait untuk mengukur kinerja pelayanan RS dan sebagai manajemen kontrol untuk mendukung pengambilan keputusan.

Untuk program peningkatan mutu dan keselamatan pasien, RSUD Dr. M. Zein Painan menetapkan indikator rumah sakit yang sesuai dengan standar *Quality Improvement and Patient Safety* (QPS). Berdasarkan standar QPS 3, dapat diklasifikasikannya indikator rumah sakit sebagai berikut: 10 indikator area klinik (indikator ke 11 yakni riset klinis tidak dapat diterapkan karena RS belum mempunyai LitBang dan juga bukan merupakan RS Pendidikan), 9 indikator area manajemen, 6 indikator mutu sasaran internasional keselamatan pasien, 5 indikator area prioritas dan 5 indikator *International Library of Measures* (dalam proses).

Selain pemantauan yang dilakukan oleh instalasi/unit kerja masing-masing, pemantauan juga dilakukan melalui program validasi data. 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.

Dalam pemaparan ini juga akan dilakukan *benchmark* hasil pemantauan indikator RSUD Dr. M. Zein Painan dengan rumah sakit lain dan standar nasional (yang sebagian besar ditetapkan dalam SPM).

Laporan ini dibuat dengan perkembangan antara data hasil pemantauan indikator mutu yang diambil oleh instalasi/unit kerja dari bulan April s.d Juni 2019 yang nanti akan dibandingkan (*benchmarking*) dengan dengan bulan Juli s.d September 2019 dan akan berlanjut dengan evaluasi triwulanan sampai akhir Desember 2019. Indikator yang dilihat perkembangannya berjumlah 30 indikator. Hal ini dilakukan untuk mempersiapkan data yang akurat sejak akhir tahun 2019 dalam melihat perkembangan kualitas pelayanan rumah sakit secara umum sesuai indikator yang ditetapkan.

B. TUJUAN

1. Tujuan Umum

Diketuainya mutu pelayanan dan penerapan keselamatan pasien di RSUD Dr. M. Zein Painan.

2. Tujuan Khusus

- a. Dievaluasinya peningkatan mutu RSUD Dr. M. Zein Painan melalui pemantauan indikator mutu yang diambil oleh instalasi/unit kerja dari bulan April s.d Juni 2019 yang nanti akan dibandingkan (*benchmarking*) dengan dengan bulan Juli s.d September 2019 dan berlanjut dengan evaluasi triwulanan sampai akhir Desember 2019 di tiap-tiap unit kerja terkait referensi dari Standar Pelayanan Minimal (SPM) Kemenkes RI.
- b. Dievaluasinya program keselamatan pasien dengan pemantauan insiden keselamatan pasien (IKP-RS).
- c. Didapatkannya rekomendasi dari *governing body* (Dewan Pengawas) mengenai program mutu pelayanan dan penerapan keselamatan pasien di RSUD Dr. M. Zein Painan.

BAB II
KEGIATAN PEMANTAUAN INDIKATOR MUTU RUMAH SAKIT BULAN
APRIL s.d JUNI TAHUN 2019

A. KEGIATAN POKOK

Seperti telah dijelaskan di atas, kegiatan pemantauan indikator mutu persiapannya dimulai pada awal April 2019, selanjutnya dilakukan kegiatan pemantauan indikator mutu sampai bulan Juni 2019 dan dilanjutkan dengan kegiatan validasi data mutu yang dilaksanakan berkesinambungan selama tiga bulan sekali. Pada laporan ini hanya akan disampaikan laporan April s.d Juni 2019 yang nantinya dibandingkan dengan data Juli s.d September 2019. Adapun indikator mutu yang dipantau adalah sebagai berikut:

1. Indikator Area Klinis (IAK)

KODE	RUANG LINGKUP	INDIKATOR	STANDAR
IAK-1	Assesment Pasien	Kelengkapan Assesmen Keperawatan di IGD	100%
IAK-2	Pelayanan Laboratorium	Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Laboratorium	≤ 140 Menit
IAK-3	Pelayanan Radiologi dan Pencitraan Diagnostik	Jumlah Film Rusak	≤ 2%
IAK-4	Prosedur Bedah	Infeksi Luka Operasi	≤ 1,5%
IAK-5	Penggunaan Antibiotik dan Obat-Obatan Lain	Penulisan Resep Obat Sesuai Formularium Oleh	≥ 80%
IAK-6	Kejadian Salah Obat dan dan Kejadian Nyaris	Kesalahan Penulisan Resep	0%
IAK-7	Penggunaan Anastesi dan Sedasi	Pengkajian Pre Anastesi Dilaksanakan Untuk Pasien Pra Operasi Elektif	100%
IAK-8	Penggunaan Darah dan Produk Darah	Kebutuhan Darah Bagi Setiap Pelayanan Tranfusi	100%
IAK-9	Ketersediaan Isi dan Penggunaan Rekam Medis	Ketepatan Pengembalian Rekam Medis Kurang dari 2 x 24 Jam sejak Setelah Pasien Pulang Rawat Inap	100%
IAK-10	Pencegahan dan Pengendalian Pengawasan dan Pelaporan Infeksi	Angka Kejadian Omfalitis Pada Bayi Baru Lahir	1,5%

2. Indikator Area Manajemen (IAM)

KODE	RUANG LINGKUP	INDIKATOR	STANDAR
IAM-1	Pengadaan Suplai Serta Obat-obatan Penting Bagi Pasien Yang Dibutuhkan Secara	Jumlah Kekosongan Stok Obat Essensial	0%
IAM-2	Pelaporan Kegiatan Seperti Diatur Oleh Undang-Undang dan Peraturan	Ketepatan Waktu Pengiriman Laporan RL 5 Ke Dinas Kesehatan Kabupaten Pesisir Selatan dan Kementrian	100%
IAM-3	Manajemen Risiko	Kejadian Pasien Pulang Atas Permintaan Sendiri	≤ 5%
IAM-4	Manajemen Penggunaan Sumber Daya	Pemanfaatan Alat Echocardiography Pada Pasien CHF	100%
IAM-5	Harapan dan Kepuasan Pasien dan Keluarga	Tingkat Kepuasan Pasien	≥ 80%
IAM-6	Harapan dan Kepuasan Staf	Kepuasan Pegawai	≥ 90%
IAM-7	Demografi Pasien dan Diagnosis Klinis Pasien	Demografi Pasien Dengan DHF	
IAM-8	Manajemen Keuangan	Cost Recovery Rate	≥ 40%
IAM-9	Pencegahan dan Pengendalian Peristiwa Yang Membahayakan Keselamatan Pasien, Keluarga Pasien dan Staf	Insiden Tertusuk Jarum	0%

3. Indikator Sasaran Keselamatan Pasien (ISKP)

KODE	RUANG LINGKUP	INDIKATOR	STANDAR
SKP-1	Ketepatan Identifikasi Pasien	Ketepatan Pemasangan Gelang Identitas Pasien	100%
SKP-2	Peningkatan Komunikasi Yang Efektif	Ketepatan Melakukan TBAK Saat Menerima Intruksi Verbal/ Via Telepon	100%
SKP-3	Peningkatan Keamanan Obat Yang Perlu Diwaspadai	Kepatuhan Pemberian Label Obat High Alert Oleh Farmasi di Gudang Obat Farmasi	100%

SKP-4	Ketepatan tepat Lokasi, Tepat Prosedur, Tepat Operasi Pasien	Kelengkapan Pengisian Format Check List Keselamatan Pasien	100%
SKP-5	Pengurangan Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan	Kepatuhan Petugas Kesehatan Dalam Melakukan Kebersihan Tangan Dengan Metode Enam Langkah dan Lima	≥ 80%
SKP-6	Pengurangan Risiko Jatuh	Insiden Pasien Jatuh Selama Perawatan Rawat Inap di Rumah Sakit	0 %

4. INDIKATOR INTERNASIONAL LIBRARY OF MEASURES (IIL)

KODE	RUANG LINGKUP	INDIKATOR	STANDAR
IIL-1	Stroke	Pasien Stroke yang Diperiksa untuk mendapatkan pelayanan	100%
IIL-2	Nursing Sensitive Care	Insiden Pasien Jatuh Selama Perawatan Rawat Inap di Rumah Sakit	0
IIL-3	Perinatal Care	Pelaksanaan Inisiasi Menyusui Dini (IMD) Pada Bayi Baru Lahir	100%
IIL-4	Nursing Sensitive Care	Angka kejadian Dekubitus Akibat Perawatan Di Rumah Sakit	≤ 1,5%
IIL-5	Children's Asma Care	Pemberian Kortikosteroid Untuk Pasien Asma Anak Yang Dirawat Di Rumah Sakit	100%

B. KEGIATAN

1. Menetapkan rencana kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien di RSUD Dr. M. Zein Painan, sesuai dengan Keputusan Direktur .
2. Menetapkan personalia Komite Mutu dan Keselamatan Pasien, Kebijakan, Pedoman, Panduan, dan Program Kerja seluruh kegiatan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien RSUD Dr. M. Zein Painan dengan Keputusan Direktur.
3. Melakukan sosialisasi tentang Kebijakan, Pedoman, Panduan, dan Program Kerja seluruh kegiatan Peningkatan Mutu dan

Keselamatan Pasien RSUD Dr. M. Zein Painan kepada seluruh staf di seluruh unit kerja yang ada di rumah sakit.

4. Melakukan pemantauan indikator mutu secara berkesinambungan.
5. Melakukan validasi data pemantauan indikator mutu.
6. Melakukan tabulasi terhadap data hasil pemantauan indikator mutu.
7. Melakukan penyampaian hasil pemantauan indikator mutu oleh masing masing instalasi/unit kerja.
8. Menyusun laporan hasil pemantauan indikator mutu.

C. JADWAL KEGIATAN

1. Menetapkan Rencana Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien, sesuai dengan Keputusan Direktur serta Dewan Pengawas RSUD Dr. M. Zein Painan, yang ditetapkan Bulan April 2016.
2. Menetapkan personalia Komite Mutu dan Keselamatan Pasien dengan Keputusan Direktur pada bulan Januari 2019.
3. Menetapkan Kebijakan, Pedoman, Panduan, dan Program Kerja seluruh kegiatan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien RSUD Dr. M. Zein Painan dengan Keputusan Direktur, pada bulan Januari 2019.
4. Melakukan sosialisasi kepada seluruh staf di unit kerja tentang indikator mutu yang dipantau tahun 2019, dilakukan pada bulan Januari 2019.
5. Melakukan penyampaian hasil pemantauan indikator mutu oleh masing-masing bagian/ unit serta sosialisasi tentang improvement program dengan teknik PDCA (*plan, do, check dan action*) kepada seluruh penanggung jawab indikator mutu rumah sakit, dilakukan bulan April s.d Juni 2019 dan dilanjutkan per triwulanan sampai Desember 2019.
6. Melakukan pemantauan indikator mutu serta validasi data yang dilaksanakan berkesinambungan dilakukan bulan Januari 2019 dan dilanjutkan per triwulanan sampai Desember 2019.
7. Melakukan tabulasi terhadap data hasil pemantauan indikator

mutu , dilaksanakan setiap bulan mulai Januari 2019.

8. Melakukan penyampaian hasil pemantauan indikator mutu dan validasi data mutu, dilaksanakan minggu pertama setiap bulan.
9. Menyusun laporan hasil pemantauan indikator mutu.

D. PENCATATAN DAN PELAPORAN

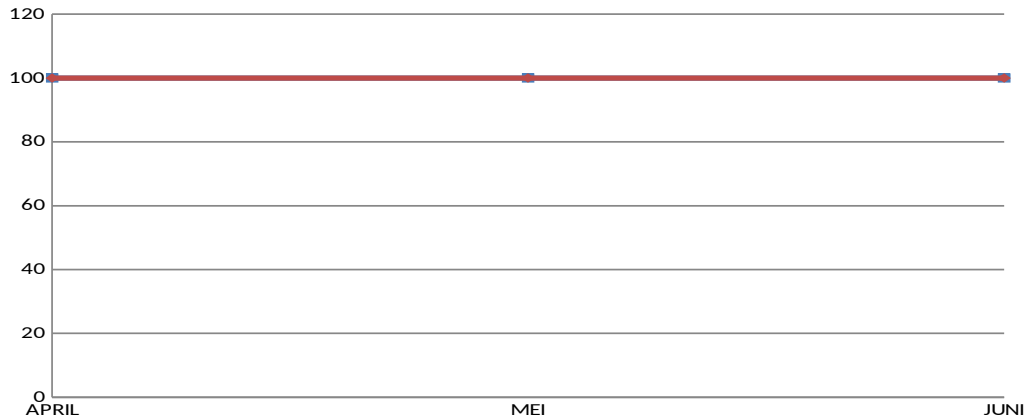
Data hasil pemantauan yang ditulis pada Form Pemantauan Indikator Mutu dan dikumpulkan di Komite Mutu dan Keselamatan Pasien dengan dilengkapi dengan laporan Improvement Program dengan teknik PDCA. Format PDCA agar dilengkapi setiap ditemukan suatu permasalahan di setiap unit kerja. Hasil pengolahan dan analisa data dituangkan dalam bentuk laporan yang kemudian akan dilaporkan kepada Direktur setiap 3 bulan sekali dalam Rapat Evaluasi Triwulan. Disamping itu evaluasi tahunan juga dilakukan guna merangkum hasil pencapaian semua instalasi dan unit kerja selama setahun. Evaluasi tahunan menghasilkan laporan tahunan yang disampaikan/dilaporkan kepada Direktur dalam Rapat Direksi.

BAB III HASIL KEGIATAN

A. INDIKATOR AREA KLINIS

1. IAK-1. Assesment Pasien

Kelengkapan Asesmen Perawat di IGD



Penilaian Periode April s.d Juni 2019

Interprestasi :

Riset kelengkapan assesmen keperawatan di IGD dengan tujuan Tergambarnya pemahaman dan kedisiplinan SDM Keperawatan dalam melakukan pengkajian / assesmen pada saat pasien masuk IGD.

Asesmen adalah proses yang terus menerus dan dinamis yang digunakan untuk mengumpulkan informasi dari data keadaan fisik, psikologis, sosial dan riwayat kesehatan pasien sebagai bahan analisis informasi dan data, termasuk hasil laboratorim dan “*imaging diagnostic*” (radiologi) untuk mengidentifikasi dan merencanakan kebutuhan pelayanan keperawatan pasien yang dilakukan saat pasien masuk IGD.

Tujuan assesmen pasien adalah untuk menegakkan diagnosis pasien dan dalam rangka membantu proses penyembuhan penyakit dan peningkatan mutu pelayanan kesehatan. Tanpa didukung suatu sistem assesmen pasien yang baik dan benar, maka penegakan diagnosis tidak akan berhasil. Sehingga kelengkapan assesmen pasien harus dipastikan dan dipatuhi untuk dilaksanakan.

Formula yang dipakai dalam riset ini adalah Jumlah lembaran catatan Assesmen keperawatan gawat darurat yang lengkap di isi oleh

staf keperawatan di IGD dalam 1 bulan: Jumlah pasien yang dilayani di IGD pada periode yang sama $\times 100\% =$ % dengan standart 100%.

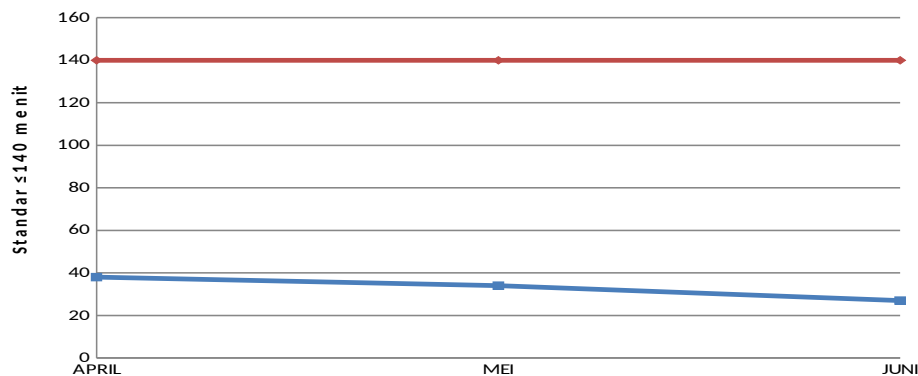
Berdasarkan data diatas dapat dilihat bahwa indikator pada bulan April sampai Juni 2019 sudah mencapai standar yang telah ditetapkan yaitu 100%. Untuk selanjutnya, indikator ini akan direkomendasikan terus dipantau secara rutin setiap bulan oleh IGD, dengan terus melaksanakan kegiatan peningkatan sesuai dengan tindakan PDCA yang telah dilakukan.

Rekomendasi yang diusulkan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien antara lain adalah tetap melakukan sosialisai secara berkesinambungan tentang pentingnya pelaksanaan asesmen keperawatan di IGD. Kemudian dalam rangka meningkatkan mutu rumah sakit dengan cara mempertahankan dan meningkatkan tindakan yang sudah sesuai standart. Follow up akan dilakukan saat pelaporan selanjutnya akhir September tahun 2019.

2. IAK-2. Pelayanan Laboratorium:

Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Laboratorium

Penilaian Periode April s.d Juni 2019



Interprestasi

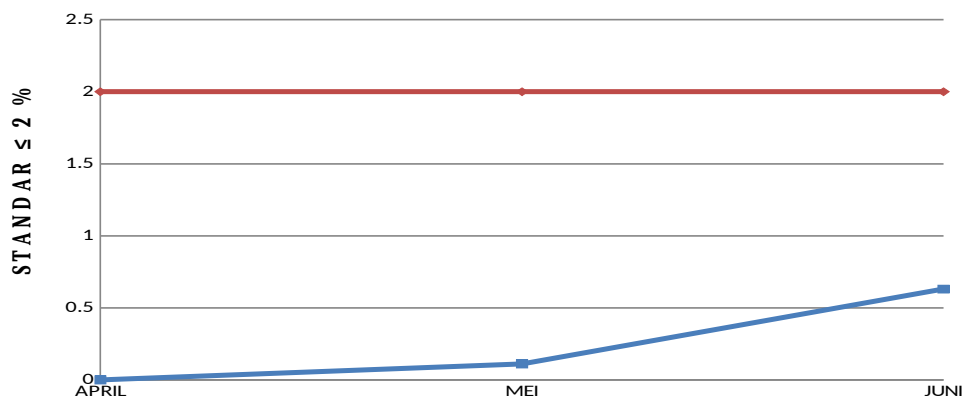
Formula yang dipakai dalam riset ini adalah Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pemeriksaan laboratorium patologi klinik untuk darah lengkap dan kimia klinik pasien dalam satu bulan : jumlah pasien yang diperiksa darah lengkap dan kimia klinik dalam bulan tersebut = menit.

Berdasarkan data diatas dapat dilihat bahwa indikator pada bulan April sampai Juni 2019 sudah mencapai target yang telah ditetapkan yaitu

≤ 140 menit. Untuk selanjutnya, indikator ini akan direkomendasikan terus dipantau secara rutin setiap bulan oleh petugas laboratorium, dengan terus memberikan pelayanan laboratorium yang sesuai dengan standar dan waktu yg seminimal mungkin serta terus melaksanakan kegiatan peningkatan sesuai dengan tindakan PDCA yang telah dilakukan.

Rekomendasi yang diusulkan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien antara lain adalah resosialisasi dalam rangka meningkatkan kepatuhan penggunaan SOP oleh petugas laboratorium dan mengoptimalkan persiapan pasien sebelum diberikan pelayanan laboratorium. Follow up akan dilakukan saat pelaporan selanjutnya akhir September tahun 2019.

3. IAK-3. Pelayanan Radiologi dan *Diagnostic Imaging* : Jumlah Film Rusak.



Penilaian Periode April s.d Juni 2019

Interprestasi :

Riset jumlah film rusak dilaksanakan dengan tujuan tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan radiologi. Film rusak adalah Foto Rontgen hasil pemotretan yang tidak dapat dibaca oleh Radiolog. Efektifitas dan efisiensi pelayanan radiologi dapat tergambar dari hasil pemotretan yang dilakukan oleh Radiografer. Hasil pemotretan yang tidak dapat dibaca oleh radiolog akan mempengaruhi mutu pelayanan yang diberikan.

Formula yang dipakai dalam riset ini adalah Jumlah film yang tidak dapat dibaca oleh radiolog dalam 1 bulan ÷ Jumlah seluruh pemeriksaan

foto rontgen dalam priode yang sama $\times 100\% =$ % dengan standart $\leq 2\%$.

Berdasarkan data diatas dapat dilihat bahwa indikator pada bulan April sampai Juni 2019 sudah mencapai standart yang ditetapkan yaitu $\leq 2\%$. Walaupun indikator ini sudah mencapai standar untuk selanjutnya indikator ini akan direkomendasikan untuk terus dipantau secara rutin setiap bulan oleh instalasi radiologi, dengan terus melaksanakan kegiatan peningkatan sesuai dengan tindakan PDCA yang telah dilakukan.

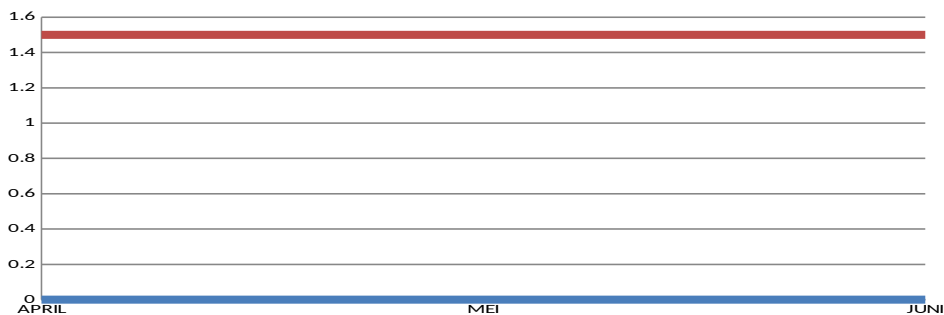
Rekomendasi yang diusulkan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien antara lain adalah resosialisasi dalam rangka meningkatkan kepatuhan penggunaan SOP oleh petugas radiologi, mengoptimalkan perisapan pasien sebelum foto rontgen, dan mengoptimalkan pemeliharaan alat.

Follow up akan dilakukan saat pelaporan selanjutnya akhir September tahun 2019.

4. IAK-4. Prosedur Bedah

Infeksi Luka Operasi

Penilaian Periode April s.d Juni 2019



Interprestasi :

Riset Infeksi luka operasi dilaksanakan dengan tujuan tergambaranya mutu pelayanan bedah. Infeksi luka operasi adalah infeksi nasokomial pada semua katagori luka sayatan operasi bersih yang dilaksanakan dirumah sakit ditandai dengan rasa panas, kemerahan, pengerasan dan keluarnya pus dalam waktu lebih dari 3 x 24 jam.

Infeksi luka operasi merupakan salah satu jenis infeksi nasokomial yang menunjukkan mutu keperawatan/pelayanan bedah. Angka kejadian

infeksi luka operasi merupakan salah satu indikator mutu rumah sakit yang ditetapkan oleh kementerian kesehatan untuk dilakukan pencatatan dan pelaporan secara berkala.

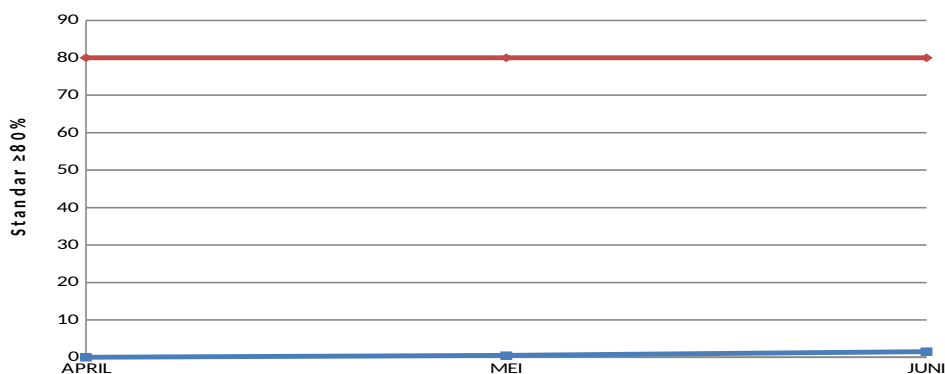
Formula yang dipakai dalam riset ini adalah banyaknya infeksi luka operasi bersih per bulan : total operasi bersih bulan tersebut x 100% = % dengan standart $\leq 1.5\%$.

Berdasarkan data diatas dapat dilihat bahwa indikator pada bulan April sampai Juni 2019 dibawah standar yaitu $\leq 1.5\%$. Dapat diartikan bahwa tidak ada angka kejadian infeksi luka operasi pada bulan April sampai Juni 2019. Untuk selanjutnya, walaupun sudah mencapai target indikator ini akan direkomendasikan terus dipantau secara rutin setiap bulan oleh tim PPI dengan terus melaksanakan kegiatan peningkatan sesuai dengan tindakan PDCA yang telah dilakukan.

Rekomendasi yang diusulkan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien antara lain adalah dengan tetap melakukan sosialisai secara berkesinambungan tentang pentingnya pemantauan dan pelaporan kejadian infeksi luka operasi. Kemudian dalam rangka meningkatkan mutu rumah sakit dengan cara mempertahankan dan meningkatkan tindakan yang sudah sesuai standart. Follow up akan dilakukan saat pelaporan selanjutnya akhir September tahun 2019.

5. IAK-5. Penggunaan Antibiotik dan Pengobatan lainnya:

Penulisan Resep Obat Sesuai Formularium Oleh Dokter



Penilaian Periode April s.d Juni 2019

Interprestasi :

Riset penulisan resep obat sesuai formularium oleh dokter dengan tujuan tergambar nya efisiensi pelayanan obat kepada pasien.

Penulisan Resep Obat yang Sesuai Formularium oleh Dokter adalah jumlah item (bukan jumlah pcs) nama/jenis obat yang ditulis dalam KKO/resep obat yang sesuai dengan formularium rumah sakit. Formularium obat adalah daftar obat yang digunakan di rumah sakit yang telah ditetapkan jumlah item nama/jenis obat

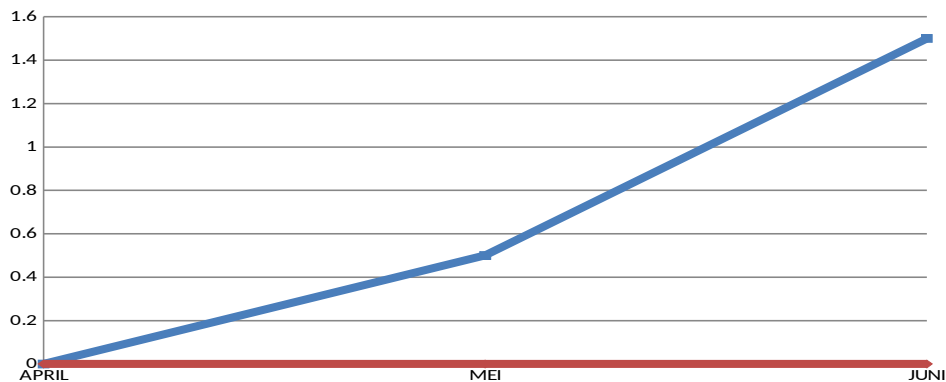
Formularium Rumah Sakit (FRS) adalah suatu daftar obat baku beserta peraturannya yang digunakan sebagai pedoman dalam pemakaian obat di suatu rumah sakit yang dipilih secara rasional, berdasarkan informasi obat yang sah dan kebutuhan pasien di rumah sakit.

Formula yang dipakai dalam riset ini adalah Jumlah item obat yang sesuai daftar formularium yang diorder dalam KKO setiap pasien dalam 1 bulan (buah) : Jumlah seluruh item obat yang diorder dalam KKO setiap pasien pada periode yang sama x 100% = % dengan standart $\geq 80\%$.

Berdasarkan data diatas dapat dilihat bahwa indikator pada bulan April sampai Juni 2019 sudah mencapai standart yang telah ditetapkan yaitu $\geq 80\%$. Walaupun demikian untuk selanjutnya, indikator ini akan direkomendasikan terus dipantau secara rutin setiap bulan oleh instalasi farmasi, dengan terus melaksanakan kegiatan peningkatan dan mempertahankan sesuai dengan tindakan PDCA yang telah dilakukan.

Rekomendasi yang diusulkan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien antara lain adalah pengawasan yang berkesinambungan peresepan obat formularium nasional dan formularium rumah oleh instalasi farmasi dan menjamin ketersediaan pengadaan obat formularium nasional dan formularium rumah sakit. Follow up akan dilakukan saat pelaporan selanjutnya akhir September tahun 2019.

6. IAK-6. Kejadian Salah Obat dan Kejadian Nyaris Cedera Kesalahan Penulisan Resep



Penilaian Periode April s.d Juni 2019

Interpretasi :

Riset kesalahan penulisan resep obat dilaksanakan dengan tujuan tergambaranya upaya rumah sakit dalam mencegah kesalahan penulisan resep, untuk mengantisipasi terjadinya kejadian nyaris cedera dalam pengobatan dan terwujudnya ketepatan penyiapan obat oleh instalasi farmasi dan keselamatan penggunaan obat.

Resep merupakan permintaan tertulis dari dokter kepada apoteker untuk menyiapkan obat dan alat kesehatan bagi pasien dan ditulis secara lengkap dan jelas sehingga tidak menimbulkan kesalahan interpretasi. Kesalahan penulisan resep adalah kesalahan penulisan resep oleh dokter yang meliputi ketidak lengkapan dan ketidak jelasan aturan pakai, bentuk sediaan, dosis dan paraf dokter.

Formula yang dipakai dalam riset ini adalah jumlah kesalahan penulisan resep dalam satu bulan : jumlah seluruh penulisan resep dalam bulan yang sama x 100% = % dengan standart 0%

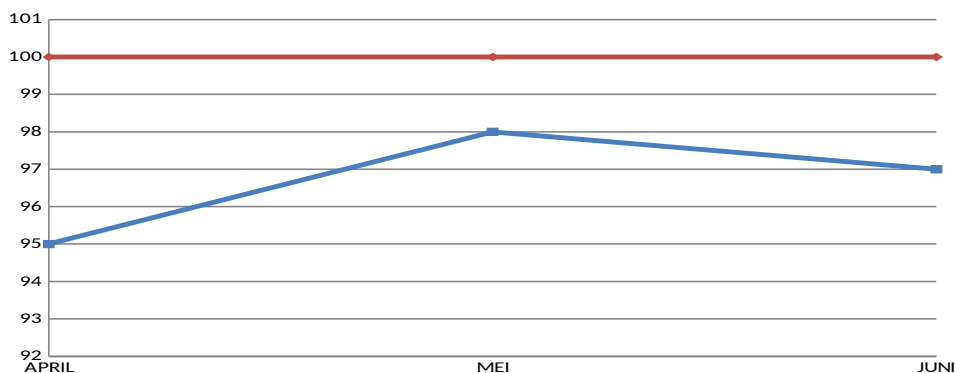
Berdasarkan data diatas dapat dilihat bahwa indikator pada pada bulan April sampai Juni 2019 dimana hasil kesalahan tertinggi terjadi pada bulan Juni 2019 (1,50%) ini belum sesuai dengan standar yang ditetapkan yakni 0 %. Beberapa hal yang diduga menyebabkan indikator ini belum tercapai adalah beban kerja yang tinggi, komitmen DPJP dan longgarnya sistem pengawasan. Untuk selanjutnya, indikator ini akan direkomendasikan terus dipantau secara rutin setiap bulan oleh instalasi

farmasi, dengan terus melaksanakan kegiatan peningkatan sesuai dengan tindakan PDCA yang telah dilakukan.

Rekomendasi yang diusulkan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien antara lain adalah resosialisasi kembali dalam rangka pencegahan medication error khususnya penulisan resep dengan melibatkan DPJP yang berwenang dalam penulisan resep, pengawasan berkesinambungan oleh instalasi farmasi dan penerapan sistem penghargaan dan sanksi yang jelas pada seluruh dokter DPJP. Follow up akan dilakukan saat pelaporan selanjutnya akhir September tahun 2019.

7. IAK-7. Penggunaan Anestesi dan Sedasi:

Pengkajian Pre Anastesi Dilaksanakan Untuk Pasien Pra Operasi Elektif



Penilaian Periode April s.d Juni 2019

Interpretasi :

Riset pengkajian pre anestesi dilaksanakan untuk pasien pra operasi elektif dengan tujuan Mengetahui kinerja dokter anestesi dalam melaksanakan prosedur persiapan pra-anestesi, untuk menghindari insiden keselamatan pasien dalam hal anestesi.

Pengkajian pra-anestesi adalah dimana ahli anesthesia melaksanakan penentuan status medis pasien, membuat rencana pengelolaan anesthesia dan member informasi tindakan anesthesia kepada pasien dan keluarganya. Seseorang yang memenuhi kualifikasi melaksanakan assesmen praanestesi, sebagai dasar untuk menentukan proses perencanaan anesthesia dan sedasi yang aman dan sesuai.

Perencanaan anesthesia yang baik dapat mengurangi insiden keselamatan pasien selama menjalani operasi.

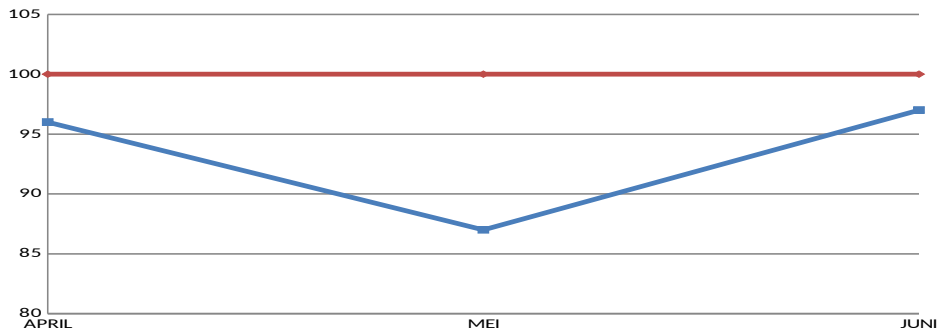
Formula yang dipakai dalam riset ini adalah Jumlah pengkajian pre-anestesi yang dilaksanakan untuk pasien pra- operasi elektif dengan anesthesia umum ÷ Jumlah seluruh pasien pra- operasi elektif dengan anesthesia umum dalam bulan yang sama × 100% dengan standart 100%.

Berdasarkan data diatas dapat dilihat bahwa indikator pada bulan April sampai Juni 2019 belum mencapai standart yang ditetapkan yaitu 100%. Beberapa hal yang diduga menyebabkan indikator ini belum tercapai adalah beban kerja perawat anasthesi yang berlebih karena jumlah SDM yang kurang, komitmen yang tidak adekuat pada seluruh personel anasthesi dalam melengkapi asesmen, sosialisasi tentang pentingnya kelengkapan asesmen belum adekuat. Walaupun demikian untuk selanjutnya, indikator ini akan terus dipantau secara rutin setiap bulan oleh anastesi, dengan terus melaksanakan kegiatan peningkatan sesuai dengan tindakan PDCA yang telah dilakukan.

Rekomendasi yang diusulkan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien antara lain adalah pelimpahan wewenang dari dokter anestesi ke dokter umum dan penguatan komitmen dokter anastesi dalam melakukan pengkajian pre anestesi pre operasi pada operasi elektif. Follow up akan dilakukan saat pelaporan selanjutnya akhir September tahun 2019.

8. IAK-8. Penggunaan Darah dan Produk Darah:

Kebutuhan Darah Bagi Setiap Pelayanan Transfusi



Penilaian Periode April s.d Juni 2019

Interpretasi :

Riset kebutuhan darah bagi setiap transfusi dilaksanakan dengan tujuan tergambaranya kemampuan UTDRS dalam menyediakan kebutuhan darah. Unit transfusi darah bertanggung jawab terhadap pelayanan transfusi darah dirumah sakit dan melakukan crossmatch sebelum darah diberikan kepada pasien. Unit ini harus selalu memiliki stoch darah yang aman (non reaktif pada uji saring) yang berasal dari Bank darah setempat. Ketersediaan produk darah harus dilakukan dengan manajemen yang baik, sehingga seluruh kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi darah dapat terpenuhi.

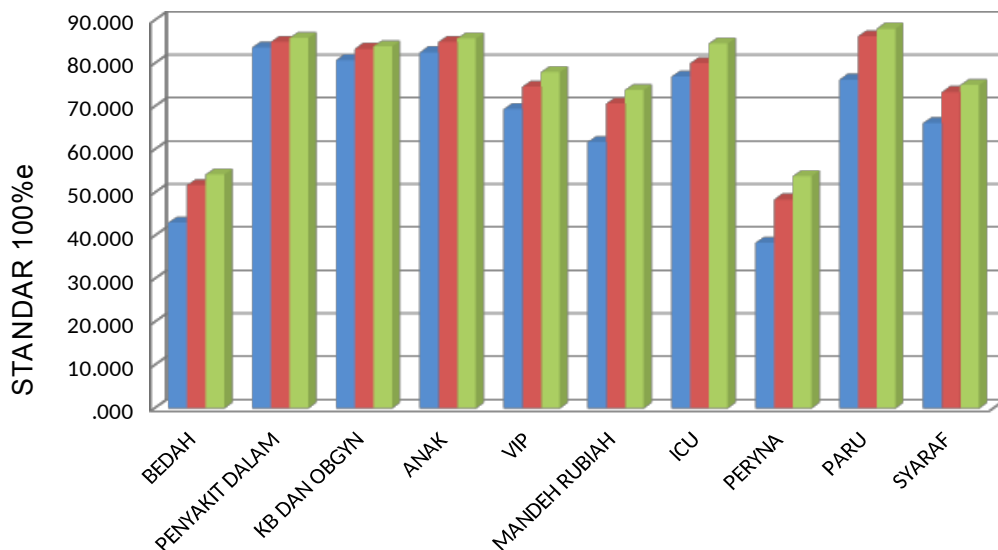
Formula yang dipakai dalam riset ini adalah jumlah permintaan kebutuhan darah yang dapat dipenuhi dalam satu bulan : jumlah seluruh permintaan darah dalam bulan yang sama x 100% = % dengan standart 100%.

Berdasarkan data diatas dapat dilihat bahwa indikator pada bulan April sampai Juni 2019 belum mencapai standart yang diitetapkan yaitu 100%. Beberapa hal yang diduga menyebabkan indikator ini belum tercapai adalah tidak terdapatnya bank darah di Kabupaten Pesisir Selatan, kurangnya kesadaran masyarakat untuk donor darah, kurangnya pengetahuan masyarakat tentang manfaat donor darah. Untuk selanjutnya, indikator ini akan direkomendasikan terus dipantau secara rutin setiap bulan oleh instalasi farmasi, dengan terus melaksanakan kegiatan peningkatan sesuai dengan tindakan PDCA yang telah dilakukan.

Rekomendasi yang diusulkan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien antara lain adalah dengan tetap melakukan sosialisasi secara berkesinambungan tentang pentingnya donor darah pada masyarakat dan keluarga pasien. Follow up akan dilakukan saat pelaporan selanjutnya akhir September tahun 2019.

**9. IAK-9. Ketersediaan, Isi, dan Penggunaan Rekam Medis Pasien:
Ketepatan Pengembalian Rekam Medis Kurang Dari 2 x 24 Jam
Sejak Setelah Pasien Pulang Rawat Inap**

Penilaian Periode April s.d Juni 2019



Interpretasi : _____

Riset ketepatan pengembalian RM lengkap kurang dari 2 x 24 jam setelah pasien pulang rawat inap dengan tujuan tergambaranya tanggung jawab staf medis dalam kelengkapan informasi rekam medis.

Rekam Medis yang lengkap adalah rekam medis yang lengkap diisi oleh staf medis yang meliputi : identitas pasien, riwayat keluar masuk, resume dan instruksi dokter (dinyatakan lengkap/tidak lengkap oleh petugas IRM). Rekam Medis harus disetor ke IRM selambat-lambatnya 2 x 24 jam setelah selesai pelayanan rawat inap.

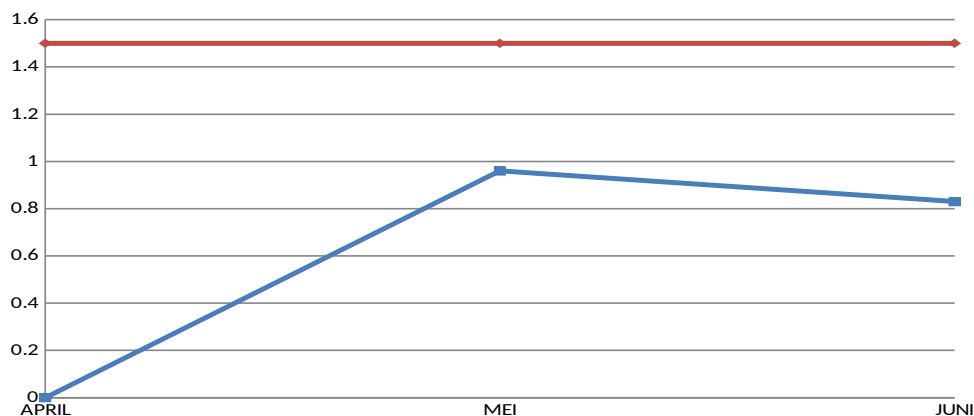
Sesuai dengan UU Hukum Kesehatan no 44 tahun 2008, UU praktek Kedokteran no 28 tahun 2008, UU Rekam Medik nomor 269 tahun 2008. Tujuan Rekam Medik adalah untuk menunjang tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan. Tanpa didukung suatu sistem pengelolaan rekam medis yang baik dan benar, maka tertib administrasi tidak akan berhasil. Sehingga kelengkapan rekam medis harus dipastikan dan dipatuhi untuk dilaksanakan.

Formula yang dipakai dalam riset ini adalah Jumlah rekam medis lengkap yang dikembalikan kurang dari 2 x 24 jam setelah pasien pulang rawat inap dalam satu bulan ÷ Jumlah pasien yang dinyatakan telah selesai pelayanan rawat inap dalam bulan yang sama × 100% = % dengan standart 100%.

Berdasarkan data diatas dapat dilihat bahwa indikator pada bulan April sampai Juni 2019 belum mencapai standart yang ditetapkan yaitu 100%. Beberapa hal yang diduga menyebabkan indikator ini belum tercapai adalah kurang pemahaman tentang pentingnya kelengkapan pengisian rekam medis kurang dari 2x24 jam setelah pasien pulang, beban kerja dan komitmen DPJP dan tidak adanya sistem penghargaan dan sangsi yang jelas pada seluruh ruangan rawat inap. Untuk selanjutnya, indikator ini akan direkomendasikan terus dipantau secara rutin setiap bulan oleh instalasi rekam medis, dengan terus melaksanakan kegiatan peningkatan sesuai dengan tindakan PDCA yang telah dilakukan.

Rekomendasi yang diusulkan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien antara lain adalah penguatan komitmen dan pemahaman kepada seluruh profesi akan pentingnya kelengkapan pengisian rekam medis kurang dari 2x24 jam setelah pasien pulang dan menerapkan sistem penghargaan dan sangsi yang jelas pada seluruh ruangan rawat inap. Follow up akan dilakukan saat pelaporan selanjutnya akhir September tahun 2019.

10. IAK-10. Pencegahan dan pengendalian infeksi, surveilans, dan Pelaporan : Angka Kejadian Omfalitis Pada Bayi Baru Lahir



Penilaian Periode April s.d Juni 2019

Interpretasi :

Riset angka kejadian omfalitis pada bayi baru lahir dengan tujuan tergambaranya kualitas pelayanan keperawatan di rumah sakit terhadap pencegahan infeksi.

Omfalitis merupakan bentuk infeksi pada tali pusat yang terjadi pada periode neonatal. Omfalitis muncul secara khusus sebagai suatu selulitis superficial yang mengenai dinding perut dan mungkin progresif menjadi fasciitis, mionekrosis atau penyakit sitemik. Omfalitis dapat dicegah dengan perawatan tali pusat setelah lahir. Angka kejadian omfalitis dapat menggambarkan kualitas perawatan tali pusat pada bayi baru lahir.

Formula yang dipakai dalam riset ini adalah Jumlah omfalitis pada bayi baru lahir akibat perawatan dirumah sakit yang lahir di bangsal kebidanan ÷ Jumlah seluruh bayi baru lahir yang lahir di bangsal kebidanan × 100% = % dengan standart 0%.

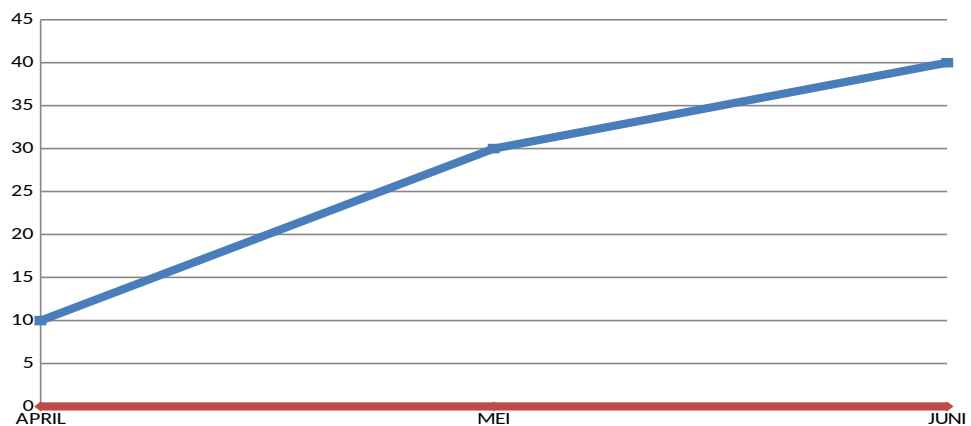
Berdasarkan data diatas dapat dilihat bahwa indikator pada bulan Februari 2019 sudah mencapai standart yang diitetapkan yaitu 1,5%. Walaupun indikator ini pada saat ini sudah memenuhi standar tetapi indikator ini masih perlu di perhatikan seperti kondisi bayi lahir dengan komplikasi, kebersihan perlengkapan bayi, personal hygienis yang kurang dari ibu dan keluarga bayi serta belum maksimal pelaksanaan cuci tangan baik oleh petugas maupun oleh keluarga pasien. Untuk selanjutnya, indikator ini akan direkomendasikan terus dipantau secara rutin setiap bulan oleh bidang keperawatan, dengan terus melaksanakan kegiatan peningkatan sesuai dengan tindakan PDCA yang telah dilakukan.

Rekomendasi yang diusulkan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien antara lain adalah edukasi kepada ibu dan keluarga tentang kebersihan air mandi dan perlengkapan bayi dan melakukan audit kepatuhan cuci tangan terhadap petugas dan keluarga. Follow up akan dilakukan saat pelaporan selanjutnya akhir September tahun 2019.

B. INDIKATOR AREA MANAJEMEN

1. IAM-1. Pengadaan Rutin Peralatan Kesehatan dan Obat Penting Untuk Memenuhi Kebutuhan Pasien: Jumlah Kekosongan Stok Obat Essensial

Penilaian Periode April s.d Juni 2019



Interpretasi :

Riset jumlah kekosongan stok obat essensial dengan tujuan Tergambarnya mutu manajemen obat dengan ketersediaan stok obat essensial Rumah Sakit. Obat essensial adalah obat terpilih yang paling dibutuhkan untuk pelayanan kesehatan mencakup upaya diagnosis, profilaksis, terapi dan rehabilitasi yang diupayakan tersedia pada unit pelasesuai dengan fungsi dan tingkatnya.

Jumlah kekosongan ini merupakan alat ukur untuk mengetahui manajemen obat yang dilaksanakan di rumah sakit. Apabila obat telah dipenuhi oleh rumah sakit maka keterlambatan pelayanan obat tidak akan terjadi.

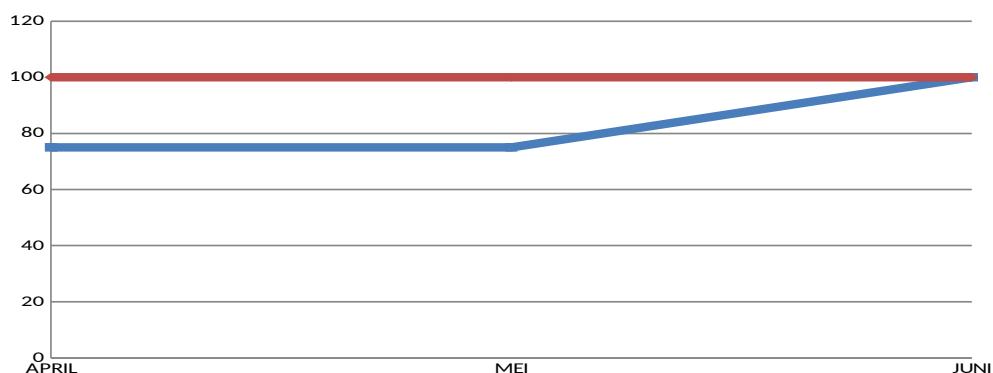
Formula yang dipakai dalam riset ini adalah Jumlah stok obat esensial yang kosong (item) dengan standart 0.

Berdasarkan data diatas dapat dilihat bahwa indikator pada bulan April sampai Juni 2019 belum mencapai standart yang diitetapkan yaitu 0. Beberapa hal yang diduga menyebabkan indikator ini belum tercapai adalah sistem pengadaan e-katalog, proses datangnya barang tidak bisa diprediksi, jumlah pasien yang meningkat, perubahan 10 penyakit terbanyak setiap bulannya. Untuk selanjutnya, indikator ini akan direkomendasikan terus dipantau secara rutin setiap bulan oleh instalasi farmasi, dengan terus melaksanakan kegiatan peningkatan sesuai dengan tindakan PDCA yang telah dilakukan.

Rekomendasi yang diusulkan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien antara lain adalah instalasi farmasi senantiasa melaksanakan identifikasi lebih lanjut tentang kekosongan obat esensial dan juga senantiasa melaksanakan identifikasi obat esensial yang berpotensi kosong di agen atau suplier.

Follow up akan dilakukan saat pelaporan selanjutnya akhir September tahun 2019.

2. IAM-2. Pelaporan Aktivitas Yang Diwajibkan Oleh Peraturan Perundang - Undangan: Ketepatan Waktu Pengiriman Laporan Ke Dinas Kesehatan Dan Kementrian Kesehatan



Penilaian Periode April s.d Juni 2019

Interpretasi :

Riset ketepatan waktu pengiriman laporan RL 5 ke Dinas Kesehatan Kabupaten Pesisir Selatan dan Kementerian Kesehatan dengan tujuan

tergambarnya ketepatan waktu pengiriman laporan sesuai dengan Standar Kementerian Kesehatan/Instansi terkait setiap tanggal 10 bulan berikutnya.

Jumlah laporan bulanan yang dapat dikirim tepat waktu (setiap tanggal 10 bulan berikutnya) ke Dinas Kesehatan Kabupaten Pesisir Selatan dan Kementerian Kesehatan. Ketepatan waktu pengiriman laporan merupakan kewajiban setiap rumah sakit sebagai bahan evaluasi penyelenggaraan pelayanan kesehatan pada unit kerja masing masing.

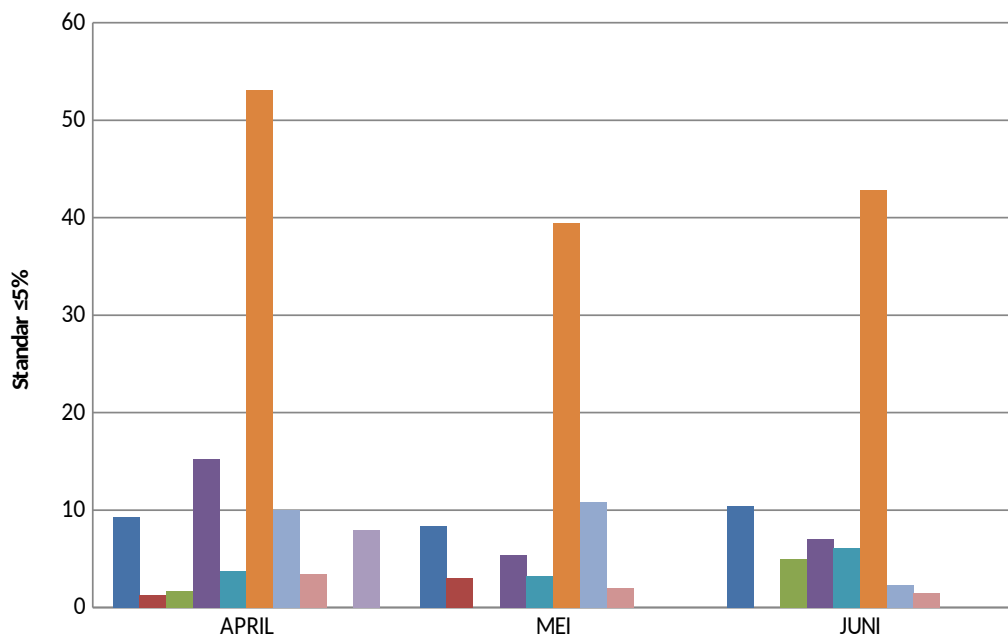
Formula yang dipakai dalam riset ini adalah Jumlah Laporan terkirim pada tgl 10 (pcs) ÷ Jumlah Laporan yang harus terkirim pada tanggal 10 (pcs) x 100% = % dengan standart 100 %.

Berdasarkan data diatas dapat dilihat bahwa indikator pada bulan Juni 2019 sudah mencapai standar yang ditetapkan yaitu 100%. Data laporan yang dikirim yaitu Laporan pengunjung rumah sakit, laporan kunjungan rawat jalan, laporan daftar 10 penyakit terbanyak dirawat inap dan laporan 10 penyakit terbanyak dirawat jalan. Untuk selanjutnya, indikator ini akan direkomendasikan terus dipantau secara rutin setiap bulan oleh bidang perencanaan, dengan terus melaksanakan kegiatan peningkatan sesuai dengan tindakan PDCA yang telah dilakukan.

Rekomendasi yang diusulkan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien antara lain bidang perencanaan senantiasa melaksanakan sosialisasi dalam pengumpulan laporan yang diminta bidang perencanaan ke unit unit terkait, menyusun standar prosedur yang jelas tentang proses pelaporan dan mengoptimalkan SIMRS. Follow up akan dilakukan saat pelaporan selanjutnya akhir September tahun 2019.

3. IAM-3. Manajemen Risiko:

Kejadian Pasien Pulang Atas Permintaan Sendiri



Penilaian Periode Januari s/d Maret 2019

Interpretasi :

Riset kejadian pasien pulang atas permintaan sendiri dengan tujuan Mengetahui peran manajemen rumah sakit dalam mengidentifikasi kejadian pasien pulang atas permintaan sendiri untuk mengevaluasi kualitas pelayanan.

Pasien pulang atas permintaan sendiri adalah pulangny pasien dari perawatan sebelum dinyatakan sembuh atau selesai penanganan Medis oleh dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP). Manajemen ini perlu dilaksanakan untuk mengetahui faktor yang menyebabkan pasien pulang atas permintaan sendiri guna mengevaluasi kualitas pelayanan yang diberikan.

Formula yang dipakai dalam riset ini adalah Jumlah pasien yang pulang atas permintaan sendiri dalam 1 bulan : Jumlah seluruh pasien rawatan pada periode yang sama X 100 % = % dengan standart ≤5%.

Berdasarkan data diatas dapat dilihat bahwa indikator pada bulan April sampai Juni 2019 pada ruang rawat inap VIP, Paru, Bedah, Kelas MR dan Kebidanan sudah mencapai standart yang telah ditetapkan yaitu ≤5%. Sedangkan pada ruang rawat inap Anak, Interne, Perinatologi, dan Neurologi belum mencapai standart yang ditetapkan. Kejadian pulang

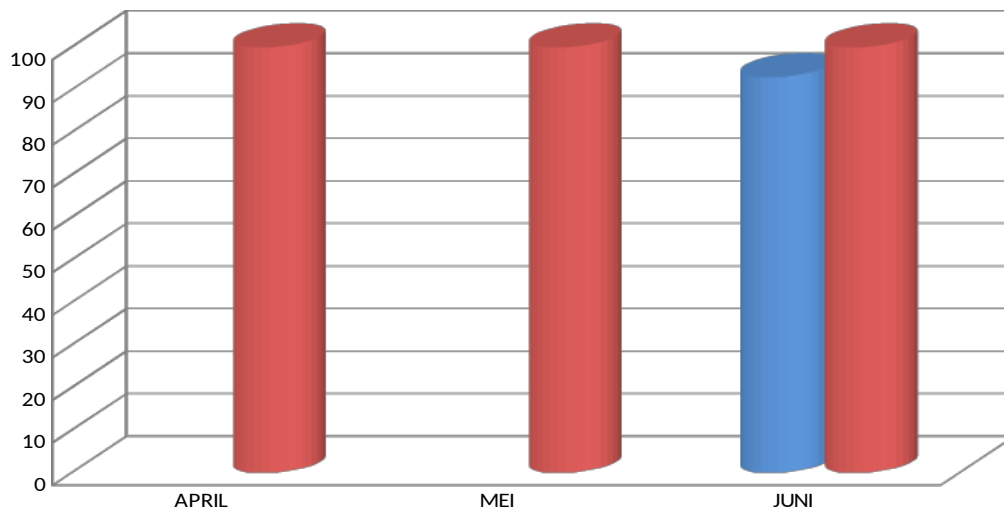
paksa atas permintaan sendiri paling tinggi terjadi di ruang rawat inap Perynatologi yaitu 54,05%. Beberapa hal yang diduga menyebabkan indikator ini belum tercapai adalah Kejadian pasien pulang atas permintaan sendiri diduga antara lain disebabkan ketidak sanggupan membayar biaya rumah sakit untuk pasien umum terutama pasien perynatologi yang dirawat di inkubator, lamanya dirawat dirumah sakit, keinginan keluarga pasien untuk berobat ke rumah sakit lain, serta pasien dan keluarga merasa kurang puas dengan pelayanan/sarana dan prasarana di rumah sakit. Untuk selanjutnya, indikator ini akan direkomendasikan terus dipantau secara rutin setiap bulan oleh bidang keperawatan, dengan terus melaksanakan kegiatan peningkatan sesuai dengan tindakan PDCA yang telah dilakukan.

Rekomendasi yang diusulkan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien adalah perlunya dilakukan survei atau penelusuran lebih lanjut tentang penyebab kejadian pasien pulang atas permintaan sendiri sehingga angka kejadiannya dapat ditekan seminimal mungkin. Follow up akan dilakukan saat pelaporan selanjutnya akhir September tahun 2019.

4. IAM-4. Manajemen Penggunaan Sumber Daya:

Pemanfaatan Alat Echocardiography Pada Pasien *Congestive Heart Failure* (CHF)

Penilaian Periode April s.d Juni 2019



Interpretasi :

Riset pemanfaatan alat echocardiography pada pasien *congestive heart failure* (CHF) atau gagal jantung kongestife dengan tujuan Mengetahui manajemen utilisasi alat yang efektif dan efisien.

Pemanfaatan alat echocardiography adalah angka yang menunjukkan jumlah pemakaian alat echocardiography sesuai dengan indikasi dan urgensi keperluan penggunaan alat echocardiography. Alat echocardiography yang digunakan memang benar- benar sesuai dengan indikasi perawatan yang dibutuhkan untuk melihat gambaran yang lebih baik dari foto konvensional. Dalam pengukuran indikator ini akan difokuskan untuk echocardiography pada pasien CHF.

Pemanfaatan alat echocardiography ini harus dipantau untuk mengurangi unit cost pengeluaran rumah sakit, sehingga sumber daya rumah sakit dapat dihemat secara efektif dan efisien. Formula yang dipakai dalam riset ini adalah Jumlah pasien CHF yang dilakukan pemeriksaan echocardiography dalam 1 bulan ÷ Jumlah seluruh pasien CHF dalam bulan yang sama × 100% = % dengan standart 100%.

Selama bulan April sampai Mei 2019 penilaian standar ini tidak bisa dilakukan dokter spesialis jantung belum ada di RSUD Dr. Muhammad Zein Painan dikarenakan dokter yang lama sudah habis masa dinasny di rumah sakit. Saat ini rumah sakit sedang menunggu kedatangan dokter ahli jantung yang akan aktif pada bulan Juni 2019. Pada bulan Juni 2019 indikator ini belum mencapai standar yang ditetapkan yaitu 100%. Untuk selanjutnya, indikator ini akan direkomendasikan terus dipantau secara rutin setiap bulan oleh manajemen, dengan terus melaksanakan kegiatan peningkatan sesuai dengan tindakan PDCA yang telah dilakukan.

Rekomendasi yang diusulkan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien adalah perlunya survey atau penelusuran lebih lanjut tentang penyebab rendahnya pemanfaatan alat echocardiography pada pasien CHF sehingga nantinya tingkat utilisasi bisa lebih optimal. Follow up akan dilakukan saat pelaporan selanjutnya akhir September tahun 2019.

5. IAM-5. Harapan dan Kepuasan Pasien dan Keluarga:

Tingkat Kepuasan Pasien Terhadap RSUD Dr. M. Zein Painan

Riset tingkat kepuasan pasien terhadap RSUD Dr. M. Zein Painan dengan tujuan Tergambarnya persepsi pasien terhadap mutu pelayanan berdasarkan elemen-elemen tingkat kepuasan pelanggan yang ditetapkan.

Kepuasan pasien adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan rumah sakit dengan berdasarkan elemen-elemen tingkat kepuasan pasien yang ditetapkan.

Kepuasan pasien menggambarkan kualitas pelayanan yang diberikan. Kualitas harus dimulai dari kebutuhan pelanggan dan berakhir pada persepsi pelanggan (Kottler, 1994). Hal ini berarti bahwa citra kualitas yang baik bukanlah berdasar sudut pandang atau persepsi pihak penyedia jasa, melainkan berdasarkan sudut pandang dan persepsi pasien. Persepsi pasien terhadap kualitas jasa merupakan penilaian menyeluruh atas keunggulan jasa.

Proses pengambilan data dilakukan dengan cara wawancara yang terstruktur Indikator Mutu yang dipakai dalam penilaian kepuasan pasien ini adalah :

1. Responsible (Kecepatan dan Ketanggapan dalam Penanganan)
2. Reliability (Ketepatan dan kemudahan akses dalam mendapatkan penanganan)
3. Assurance (Keterampilan petugas dalam pelaksanaan pelayanan)
4. Empathy (Keramahan dan pelibatan keluarga dalam pengambilan keputusan)
5. Tangible (Ketersediaan peralatan dan jenis pelayanan)

Tabel kinerja unit pelayanan

Nilai Interval Konversi IKM	Mutu Pelayanan	Kinerja Unit Pelayanan
25 - 43,75	D	Tidak Baik
43,76 - 62,50	C	Kurang Baik
62,51 - 81,25	B	Baik
81,26 - 100,00	A	Sangat Baik

Follow up akan dilakukan saat pelaporan selanjutnya akhir tahun 2019.

6. IAM-6. **Harapan** dan Kepuasan Staf: Kepuasan Pegawai

Riset tingkat kepuasan pegawai RSUD Dr. Muhammad Zein Painan dengan tujuan tergambarnya persepsi pegawai terhadap elemen “Keseluruhan kondisi lingkungan kerja” dalam mengetahui tingkat kepuasan petugas di RSUD Dr Muhammad Zein Painan.

Kepuasan pegawai adalah pernyataan puas oleh pegawai terhadap elemen “Keseluruhan kondisi lingkungan kerja” yang ditetapkan rumah sakit, sebagai berikut :

- a. Puas : Apabila 60% - 100% responden menyatakan sangat setuju dan setuju
- b. Tidak Puas : Apabila 60% - 100% responden menyatakan kurang setuju, tidak setuju dan sangat tidak setuju.

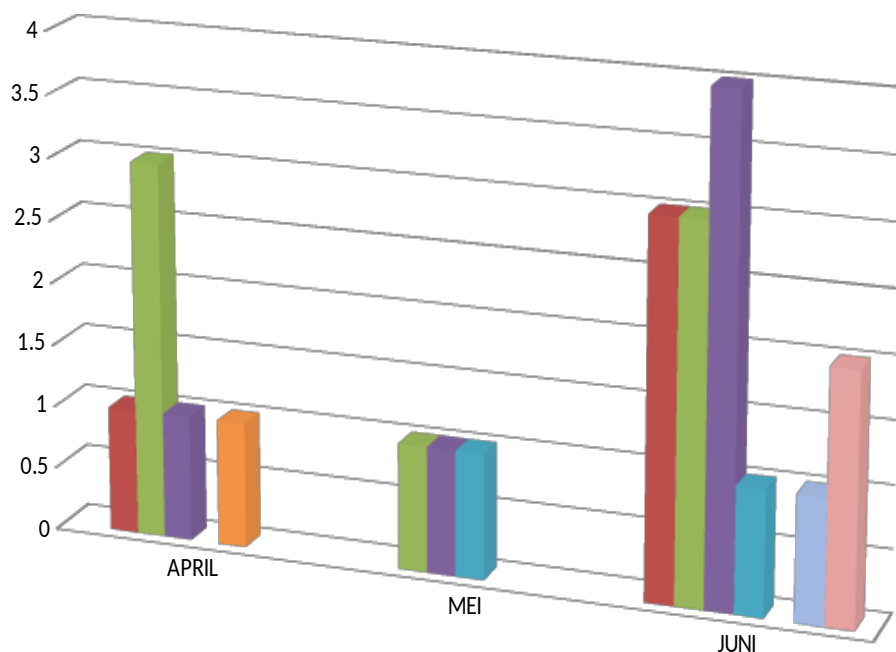
Pegawai yang dimaksud adalah pegawai yang telah bekerja minimal 1 tahun, tidak sedang cuti dan secara aktif masih bekerja di RSUD M Zein Painan.

Kepuasan kerja karyawan adalah terpenuhi atau tidaknya keinginan mereka terhadap pekerjaan. Apabila dalam lingkungan kerja seorang karyawan tidak mendapatkan apa yang diharapkan diantaranya peluang promosi yang adil, pendapat yang baik, rekan kerja dan atasan yang menyenangkan serta kepuasan terhadap pekerjaan itu sendiri maka dapat dipastikan kinerja karyawan akan buruk (Timmreck, 2001).

Rekapitulasi dan analisa sederhana dilaksanakan oleh Kepala Sub Bagian Kepegawaian sebagai informasi awal untuk unitnya, analisa dan pelaporan dilaksanakan Kepala Sub Bagian Kepegawaian.

Rekomendasi yang diusulkan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien adalah perlunya dilakukan survei atau penelusuran lebih lanjut tentang penyebab kejadian pasien pulang atas permintaan sendiri sehingga angka kejadiannya dapat ditekan seminimal mungkin. Follow up akan dilakukan saat pelaporan selanjutnya akhir tahun 2019.

7. IAM-7. Demografi Pasien dan Diagnosis Klinis :
Demografi Pasien Dengan *Dengue Hemoragic fever* (DHF)
Penilaian Periode April s.d Juni 2019



Interpretasi :

Riset demografi pasien dengan *dengue hemoragic fever* (DHF) atau demam berdarah dengan tujuan Tergambarnya data demografi pasien dengan DHF untuk dapat dilaksanakan pelaporan dengan cepat dan

tindak lanjutnya. Data demografi pasien dengan DHF pasien yang dirawat di RSUD M. Zein meliputi umur, jenis kelamin dan daerah asal.

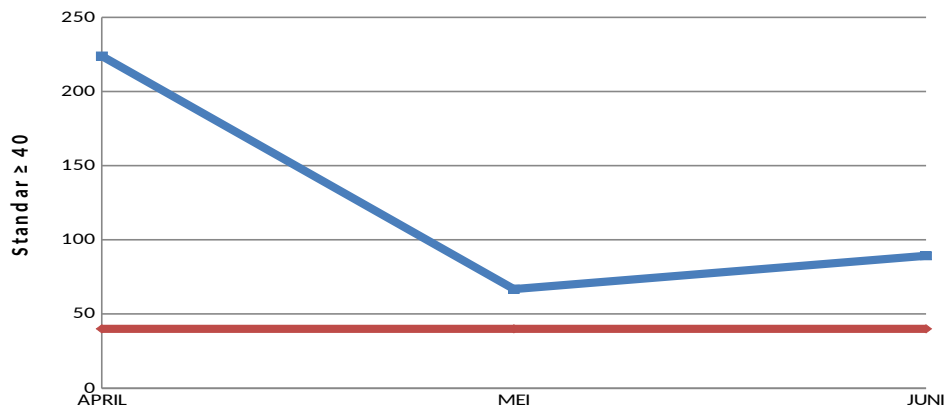
Pencatatan yang regular sangat diperlukan untuk memberikan informasi kepada unit kesehatan masyarakat dalam rangka kegiatan preventif untuk mengurangi penyebaran penyakit yang dapat terjadi.

Berdasarkan data yang didapat dapat disimpulkan bahwa pasien DHF yang dirawat di RSUD Dr. M. Zein Painan secara demografis lebih banyak berasal dari Painan 7 kasus dan Salido 10 kasus DHF. Angka kejadian selama bulan April – Juni 2019 sebanyak 23 kasus ini meningkat dari bulan Januari samapi Maret 2019 sebanyak 41 kasus. Hal ini dapat menjadi masukan bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Pesisir Selatan untuk mengantisipasi wabah DHF di agar tidak semakin meningkat dikemudian hari. Bagi RSUD Dr. M. Zein Painan bisa digunakan untuk kesiapan SDM baik dokter maupun keperawatan untuk menghadapi jika sewaktu- waktu terdapat lonjakan kasus DHF sehingga bisa berkoordinasi dengan Dinas Kesehatan terkait. Untuk selanjutnya, indikator ini akan direkomendasikan terus dipantau secara rutin setiap bulan oleh bidang keperawatan, dengan terus melaksanakan kegiatan peningkatan sesuai dengan tindakan PDCA yang telah dilakukan.

Rekomendasi yang diusulkan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien antara lain adalah memberikan feed back kepada Dinas Kesehatan terkait serta dijadikan dasar bagi manajemen dalam rangka kesiapan menghadapi potensial wabah DHF. Follow up akan dilakukan saat pelaporan selanjutnya akhir September tahun 2019.

8. IAM-8. Manajemen Keuangan:

Cost Recovery Rate



Penilaian Periode April s.d Juni 2019

Interpretasi :

Riset cost recovery dilaksanakan dengan tujuan Tergambarnya tingkat kesehatan keuangan rumah sakit. *Cost recovery* adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi dengan jumlah pembelanjaan operasional dalam periode waktu tertentu. Tersusunnya *Cost Recovery* manajemen keuangan yang transparan, akuntabel, dan terpercaya.

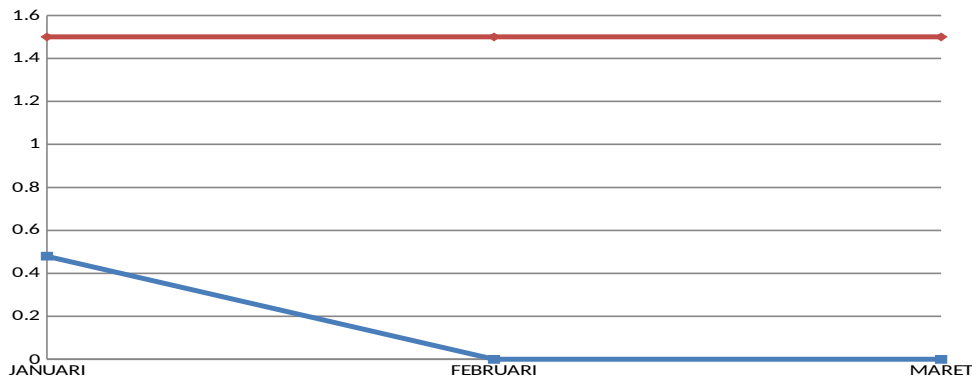
Formula yang dipakai dalam riset ini adalah Jumlah pendapatan operasional dalam satu bulan \div Jumlah biaya operasional dalam satu bulan $\times 100\% =$ % dengan standart $\geq 40\%$.

Berdasarkan data yang didapat dapat disimpulkan bahwa pencapaian indikator *Cost Recovery* RSUD Dr. M. Zein Painan turun naik ini bisa terlihat dari pendapatan meningkat diawal tahun dan mengalami penurunan pada bulan Mei dan Juni 2019 yang disebabkan karena belum masuknya pembayaran pengobatan pasien dari pihak BPJS, hal ini menunjukkan bahwa *Cost Recovery* RSUD Dr m Zein Painan sudah memenuhi standart yang ditetapkan yakni $\geq 40\%$. Hal ini secara tidak langsung menggambarkan tingkat kesehatan keuangan RSUD Dr. M. Zein Painan sudah cukup baik. Untuk selanjutnya, indikator ini akan direkomendasikan terus dipantau secara rutin setiap bulan oleh Bagian Anggaran dan Perbendaharaan, dengan terus melaksanakan kegiatan peningkatan sesuai dengan tindakan PDCA yang telah dilakukan.

Rekomendasi yang diusulkan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien antara lain adalah mempertahankan *Cost Recovery* ini dengan

senantiasa melaksanakan kegiatan manajemen keuangan yang transparan, akuntabel, dan terpercaya. Follow up akan dilakukan saat pelaporan selanjutnya akhir September tahun 2019.

9. IAM-9. Pencegahan dan Pengendalian Dari Kejadian Yang Dapat Menimbulkan Masalah Bagi Keselamatan Pasien, Keluarga Pasien Dan Staf: Insiden Tertusuk Jarum



Penilaian Periode April s.d Juni 2019

Interpretasi :

Riset insiden tertusuk jarum dilaksanakan dengan tujuan Mengetahui peran manajemen rumah sakit dalam mengidentifikasi insiden tertusuk jarum serta kualitas manajemen dalam perlindungan petugas.

Insiden tertusuk jarum adalah kondisi cedera yang tidak diinginkan yang beriko terjadi pada seluruh staf yang berada di RSUD M. Zein Painan baik staf medis, penunjang atau non medis. Penanganan ini sesuai dengan prosedur tindakan penanganan pajanan ditempat kerja oleh Risk Manajemen. Manajemen ini perlu dilaksanakan untuk mencegah terjadinya indiden yang terus menerus, dengan melaksanakan FMEA. Pencegahan ini dapat terlaksana jika data insiden ini dapat teridentifikasi secara rutin oleh Risk Manajemen.

Formula yang dipakai dalam riset ini adalah Jumlah insiden tertusuk jarum (orang) : Jumlah pegawai di unit pelayanan pasien X 100% = % dengan standart $\leq 1.5\%$.

Berdasarkan data diatas dapat dilihat bahwa indikator pada bulan April sampai Juni 2019 tidak ada insiden tertusuk jarum, pada bulan Maret 2019 terjadi 1 kasus insiden tertusuk jarum. Hal ini menunjukkan

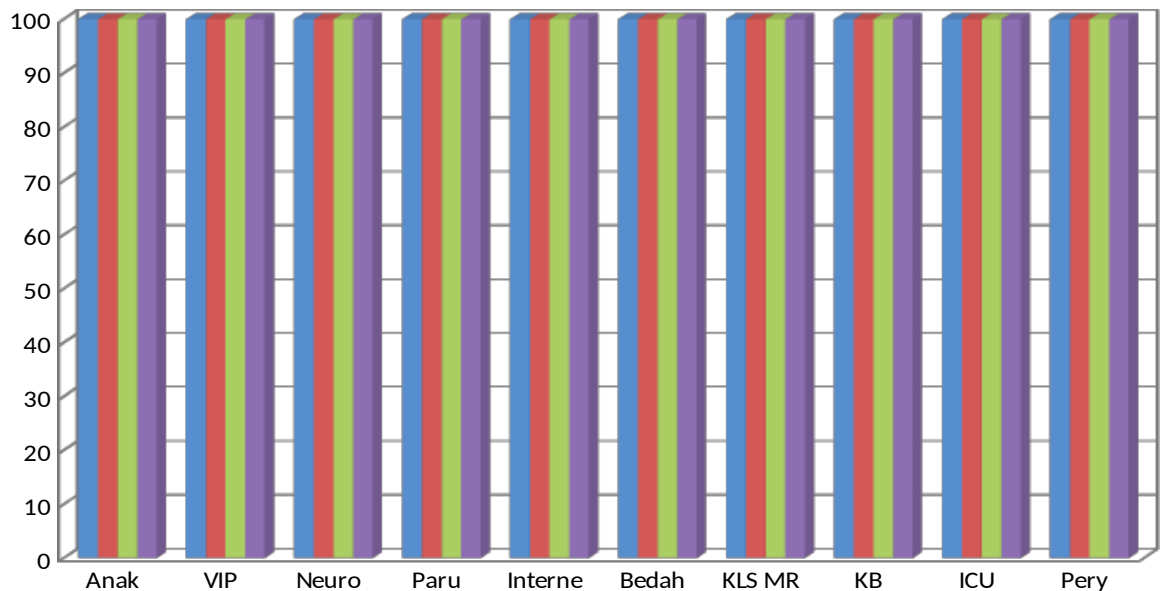
bahwa indikator tertusuk jarum sudah mencapai standart yang ditetapkan yakni $\leq 1.5\%$. Walaupun masih ada kejadiannya hal diduga karena adanya human error. Untuk selanjutnya, indikator ini akan direkomendasikan terus dipantau secara rutin setiap bulan oleh instalasi rawat inap, dengan terus melaksanakan kegiatan peningkatan sesuai dengan tindakan PDCA yang telah dilakukan.

Rekomendasi yang diusulkan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien antara lain adalah resosialisasi kembali dalam rangka pencegahan dan pengendalian hal-hal yang membahayakan khususnya kejadian tertusuk jarum bagi petugas dengan melibatkan pihak yang berwenang dalam memberikan edukasi *provider safety*. Follow up akan dilakukan saat pelaporan selanjutnya akhir September tahun 2019.

C. INDIKATOR SASARAN KESELAMATAN PASIEN (ISKP)

1. ISKP-1. Ketepatan Identifikasi Pasien:

Ketepatan Pemasangan Gelang Identitas Pasien



Penilaian Periode April s.d Juni 2019

Interpretasi :

Riset ketepatan pemasangan gelang identitas pasien pada pasien rawat inap dengan tujuan Tergambarnya upaya rumah sakit dalam menjaga keselamatan pasien, khususnya dalam prosedur pemberian identitas pasien.

Pelaksanaan standar identifikasi pasien pada pemberian identitas pasien untuk pasien rawat inap merupakan kegiatan untuk memastikan identitas pasien dengan menggunakan gelang identifikasi. Identitas pada gelang minimal tiga informasi yaitu nama lengkap, tanggal lahir dan Nama orang tua kandung. Warna gelang identifikasi yaitu : Biru : untuk pasien laki-laki, Pink : untuk pasien perempuan, Kancing Merah : untuk pasien risiko tinggi (alergi), Kancing Kuning : untuk pasien risiko jatuh, Kancing ungu : untuk pasien DNR. Semua standar identitas pasien harus dilakukan dengan tepat dan benar, apabila ada salah satu atau lebih elemen yang tidak dilaksanakan maka dinyatakan Kejadian Nyaris Cidera (KNC)

Kesalahan identifikasi pasien diakui sebagai masalah yang terbesar didalam organisasi kesehatan. Kesalahan mengidentifikasi pasien

merupakan salah satu resiko paling serius terhadap keselamatan pasien.

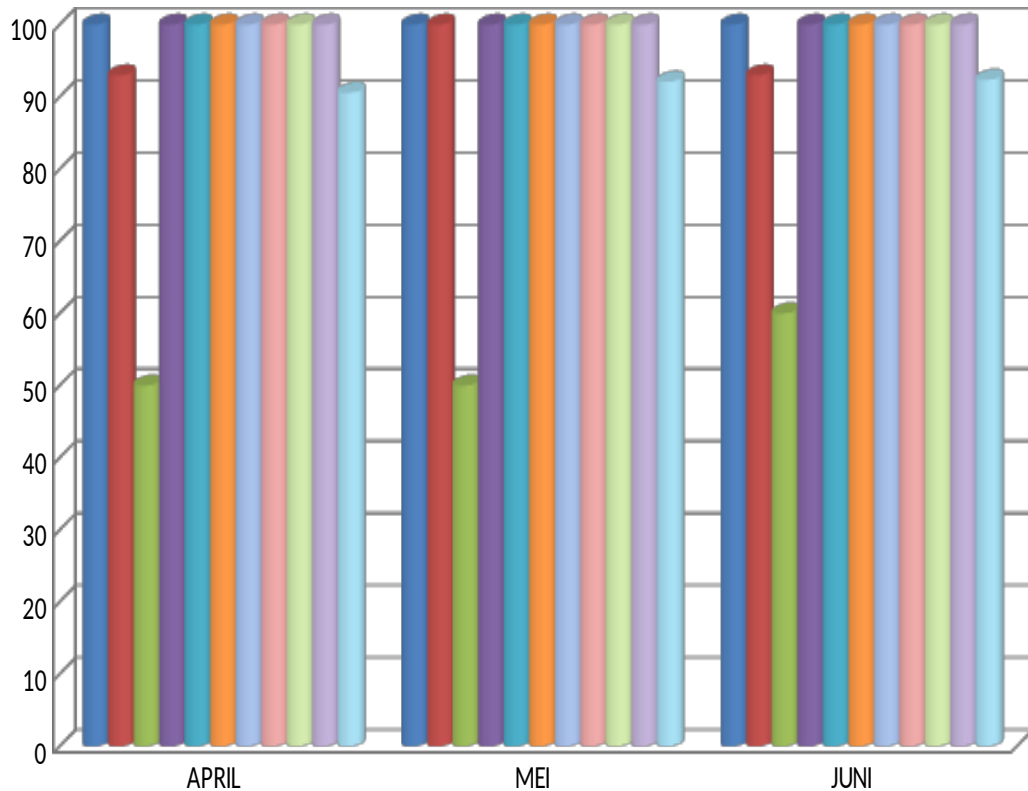
Formula yang dipakai dalam riset ini adalah Jumlah pasien yang dipasang gelang identitas dengan tepat diruang rawat inap dalam 1 bulan : Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam 1 bulan x 100% = % dengan standart 100%.

Berdasarkan data diatas dapat dilihat bahwa indikator pada bulan April sampai Juni 2019 sudah mencapai standart yang diitetapkan yaitu 100%. Walaupun masih ada dua ruangan yang belum memenuhi standar tapi sebagian besar ruangan rawat inap sudah memenuhi standar yang ada. Hal ini secara tidak langsung menggambarkan upaya rumah sakit dalam menjaga keselamatan pasien, khususnya dalam prosedur pemberian identitas pasien cukup baik. Untuk selanjutnya, indikator ini akan direkomendasikan terus dipantau secara rutin setiap bulan oleh Bagian Keperawatan, dengan terus melaksanakan kegiatan peningkatan sesuai dengan tindakan PDCA yang telah dilakukan.

Rekomendasi yang diusulkan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien antara lain adalah mempertahankan ketepatan pemasangan gelang identitas pasien dan resosialisai SPO serta pengawasan yang berkesinambungan oleh bagian keperawatan keseluruhan ruang rawat inap. Follow up akan dilakukan saat pelaporan selanjutnya akhir September tahun 2019.

2. ISKP-2. Peningkatan Komunikasi Yang Efektif:

Ketepatan Melakukan TBAK Saat Menerima Instruksi Verbal/ Via Telepon



Penilaian Periode April s.d Juni 2019

Interpretasi :

Riset ketepatan melakukan TBAK saat menerima instruksi verbal/ via telepon dengan tujuan tergambar upaya rumah sakit dalam menjaga keselamatan pasien dalam prosedur peningkatan komunikasi efektif.

Prosedur TBAK adalah kegiatan untuk memastikan setiap intruksi verbal agar dilakukan dengan benar dan sesuai instruksi, melalui kegiatan membacakan kembali instruksi; dan mengkonfirmasi bahwa apa yang sudah dituliskan dengan dibaca ulang dan / atau dengan ejaan huruf apabila instruksi dokter tentang obat yang bersifat *sound a like* / ucapan mirip, dilanjutkan dengan memberikan stempel TBAK pada catatan instruksi dan pemberi instruksi harus segera menandatangani intruksi tersebut paling lambat dalam 1x 24 jam.

Instruksi verbal merupakan tindakan yang sering dilakukan dalam pelayanan di rumah sakit, kegiatan ini memiliki risiko tinggi untuk

terjadinya kesalahan instruksi yang diterima, sehingga tindakan dapat membahayakan pasien. Prosedur TBAK adalah kegiatan untuk memastikan setiap intruksi verbal agar dilakukan dengan benar dan sesuai instruksi.

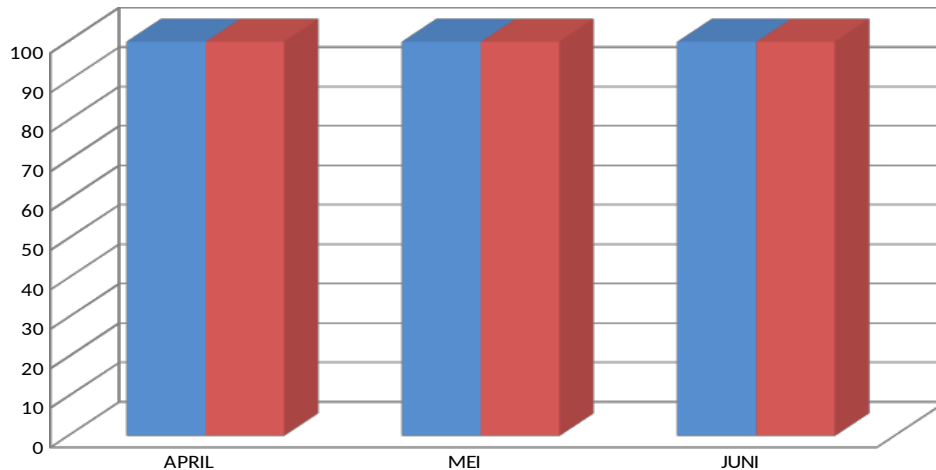
Formula yang dipakai dalam riset ini adalah Jumlah instruksi verbal yang diberi stempel TBAK dan diparaf oleh dokter pada catatan RM dalam 1 bulan : Jumlah seluruh instruksi verbal yang terdokumentasi dalam 1 bulan (kali) x 100% = % dengan standart 100%.

Berdasarkan data diatas dapat dilihat bahwa indikator pada bulan April sampai Juni 2019 masih ada dua ruangan yang belum mencapai standart yang diitetapkan 100% yaitu ruangan Perynatologi dan Anak. Beberapa hal diduga penyebab dari belum tercapainya indikator ini adalah kepatuhan penggunaan SPO oleh petugas, komitmen yang tidak adekuat dari petugas dan DPJP, sosialisasi tentang pentingnya ketepatan melakukan TBAK saat menerima instruksi verbal/via telepon belum adekuat dan belum adanya sistem penghargaan dan sangsi yang jelas bagi personel. Untuk selanjutnya, indikator ini akan direkomendasikan terus dipantau secara rutin setiap bulan oleh Bagian Keperawatan, dengan terus melaksanakan kegiatan peningkatan sesuai dengan tindakan PDCA yang telah dilakukan.

Rekomendasi yang diusulkan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien antara lain adalah penguatan komitmen pada seluruh petugas dan DPJP dalam melakukan TBAK saat menerima instruksi verbal/via telepon, resosialisasi tentang pentingnya melakukan TBAK saat menerima instruksi verbal/via telepon, dan menerapkan sistem penghargaan dan sangsi yang jelas bagi petugas. Follow up akan dilakukan saat pelaporan selanjutnya akhir September tahun 2019.

3. ISKP-3. Peningkatan Keamanan Obat Yang Perlu Diwaspadai: Kepatuhan Pemberian Label Obat High Alert Oleh Farmasi di

Gudang Obat Farmasi



Penilaian Periode April s.d Juni 2019

Interpretasi :

Riset kepatuhan pemberian label obat high alert oleh farmasi di gudang obat farmasi dengan tujuan Tergambarnya upaya rumah sakit dalam menjaga keselamatan pasien untuk labelisasi obat high alert.

Kepatuhan pemberian label obat high alert oleh farmasi yang dimaksud adalah ketepatan pemberian label obat high alert sesuai dengan standar yang ditetapkan rumah sakit dengan memperhatikan prinsip keselamatan pasien. Obat-obatan yang perlu diwaspadai (*high alert medication*) adalah obat yang sering menyebabkan terjadi kesalahan serius (*sentinel event*) dan obat yang beresiko tinggi menyebabkan dampak yang tidak diinginkan (*adverse event*) Yang termasuk obat *high alert* (lihat SPO Obat High Alert).

Obat high alert memiliki risiko lebih tinggi menyebabkan insiden ketika tidak dilakukan manajemen yang benar. Obat high alert memiliki risiko lebih tinggi menyebabkan insiden ketika tidak dilakukan manajemen yang benar. Pemberian label adalah langkah pertama mengidentifikasi obat high alert agar di diperlakukan sesuai dengan standar keamanan.

Formula yang dipakai dalam riset ini adalah Jumlah obat yang diberi

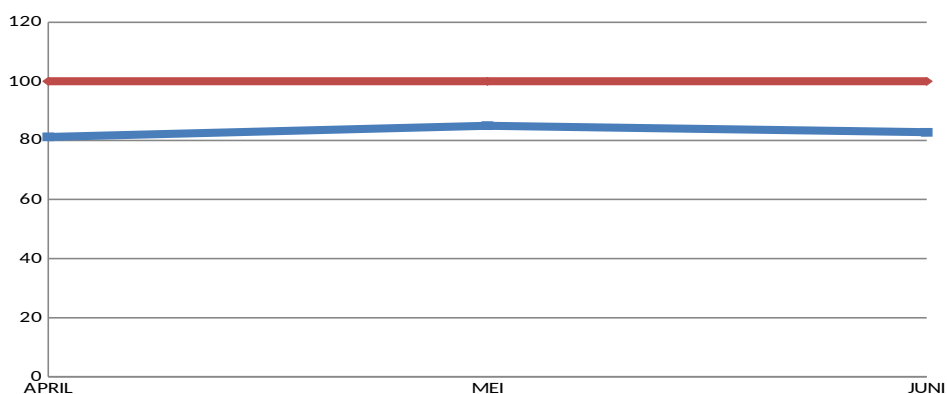
label high alert sesuai standar oleh farmasi dalam 1 bulan (pcs) : Jumlah seluruh obat high alert yang dipantau dalam 1 bulan (pcs) x 100 = % dengan standart 100%.

Berdasarkan data diatas dapat dilihat bahwa indikator pada bulan April sampai Juni 2019 sudah mencapai standart yang ditetapkan yaitu 100%. Hal ini secara tidak langsung menggambarkan upaya rumah sakit dalam menjaga keselamatan pasien untuk labelisasi obat high alert cukup baik. Untuk selanjutnya, indikator ini akan direkomendasikan terus dipantau secara rutin setiap bulan oleh instalasi farmasi, dengan terus melaksanakan kegiatan peningkatan sesuai dengan tindakan PDCA yang telah dilakukan.

Rekomendasi yang diusulkan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien antara lain adalah mempertahankan upaya yang telah dilakukan untuk labelisasi obat high alert.

Follow up akan dilakukan saat pelaporan selanjutnya akhir Maret tahun 2019.

4. ISKP-4. Ketepatan Tepat Lokasi, Tepat Prosedur, Tepat Operasi Pasien : Kelengkapan Pengisian Format Check List Keselamatan Pasien Operasi



Penilaian Periode April s.d Juni 2019

Interpretasi :

Riset kelengkapan pengisian format check list keselamatan pasien operasi dengan tujuan Tergambarnya kepedulian dan ketelitian staf terhadap keselamatan pasien tindakan operasi. Check list keselamatan pasien operasi terdiri dari pelaksanaan Sign in, time out dan sign out. Komponen yang harus dilengkapi pada check list tersebut adalah kolom identitas, waktu pelaksanaan tindakan sign in, time out dan sign out, check list masing – masing tindakan sign in, time out dan sign out dan nama serta tanda tangan petugas disetiap tindakan. Seluruh komponen diatas harus terisi lengkap, apabila salah satu/lebih komponen yang tidak terisi maka dinyatakan tidak lengkap.

Check list keselamatan pasien operasi yang tepat dan benar akan meminimalkan resiko insiden salah tempat operasi, meminimalkan resiko insiden prosedur yang salah yang dilakuka, menginformasikan dan membimbing ahli bedah untuk melaksanakan operasi dengan tepat dan benar sesuai rencana.

Formula yang dipakai pada riset ini adalah Jumlah check list keselamatan pasien operasi yang dinyatakan lengkap (hitung per format) ÷ Jumlah seluruh tindakan operasi dalam satu bulan (hitung per jumlah tindakan) × 100 % = ___% dengan standart 100%.

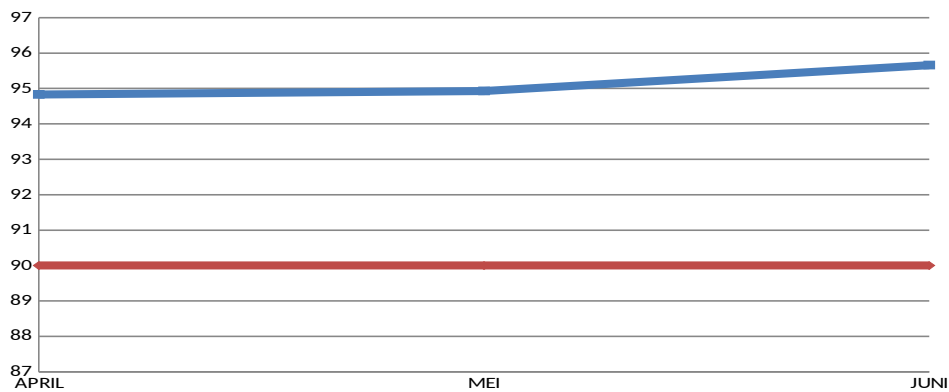
Berdasarkan data diatas dapat dilihat bahwa indikator pada bulan April sampai Juni 2019 belum mencapai standart yang diitetapkan yaitu 100%. Hal ini bisa disebabkan karena keterbatasan tenaga yang ada, jumlah operasi yang banyak, dan kepatuhan petugas dalam pelaksanaan pengisian *Surgical Safety Checklist*. Indikator ini akan direkomendasikan terus dipantau secara rutin setiap bulan oleh bidang keperawatan, dengan terus melaksanakan kegiatan peningkatan sesuai dengan tindakan PDCA yang telah dilakukan.

Rekomendasi yang diusulkan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien antara lain adalah resosialisasi SPO pengisian format check list keselamatan pasien operasi dan penguatan komitmen dan pemahaman

kepada seluruh petugas kamar operasi akan pentingnya pengisian format check list keselamatan pasien operasi. Follow up akan dilakukan saat pelaporan selanjutnya akhir September tahun 2019.

5. ISKP-5. Pengurangan Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan: Kepatuhan Petugas Kesehatan Dalam Melakukan Kebersihan Tangan Dengan Metode Enam Langkah dan Lima Momen di Rawat Inap (Perynatologi dan ICU)

Penilaian Periode April s.d Juni 2019



Interpretasi :

Riset Kepatuhan petugas kesehatan dalam melakukan kebersihan tangan dengan metode enam langkah dan lima momen dengan tujuan Tergambarnya upaya rumah sakit dalam menjaga keselamatan pasien khususnya infeksi nosokomial.

Kepatuhan cuci tangan adalah ketaatan petugas dalam melakukan prosedur cuci tangan dengan menggunakan metode 6 langkah dan lima momen. Lima moment yang dimaksud adalah sebelum kontak dengan pasien, sebelum melakukan tindakan aseptik, setelah kontak dengan pasien, setelah kontak dengan cairan tubuh pasien dan setelah kontak dengan alat dan lingkungan sekitar pasien.

Cuci tangan adalah salah satu prosedur yang paling penting dalam mencegah infeksi nosokomial. Tangan adalah instrument yang digunakan untuk menyentuh pasien, memegang alat, perabot rumah sakit dan juga keperluan pribadi seperti makan. Ignaz Semmelweis adalah orang pertama yang menunjukkan pentingnya penularan infeksi melalui tangan. Ketika ia menjadi staf dokter di rumah sakit di Vienna pada tahun 1840,

dia memperhatikan bahwa cuci tangan ternyata dapat mencegah penularan infeksi. Sejak itu ditunjang dengan penelitian, cuci tangan jadi komponen paling penting dalam pencegahan infeksi.

Formula yang dipakai dalam riset ini adalah Jumlah kumulatif kegiatan lima momen petugas yang diawali dengan melakukan kebersihan tangan metode enam langkah yang tepat dan benar dalam suatu periode survey (momen) ÷ Jumlah kumulatif kegiatan lima momen petugas yang seharusnya diawali dengan melakukan kebersihan tangan metode enam langkah yang tepat dan benar dalam suatu periode survey yang sama (momen) × 100 % = % dengan standart ≥ 90%.

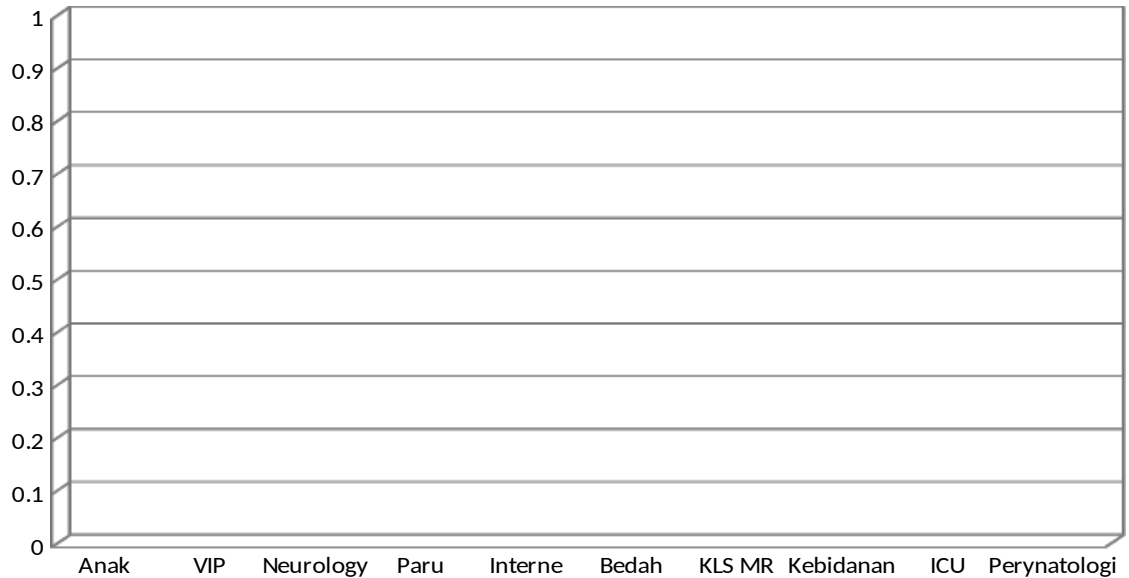
Berdasarkan data diatas dapat dilihat bahwa indikator pada bulan April sampai Juni 2019 sudah mencapai standart yang ditetapkan yaitu ≥ 90%. Dimana untuk *five moment* dan 6 langkah cuci tangan, rata-rata sudah memahami tetapi masih ada beberapa petugas yang belum patuh dalam melaksanakan *five moment* dan 6 langkah cuci tangan. Beberapa hal yang diduga menyebabkan indikator ini belum tercapai adalah masih belum optimalnya monitoring dan evaluasi serta audit kepatuhan cuci tangan. Untuk selanjutnya, indikator ini akan direkomendasikan terus dipantau secara rutin setiap bulan oleh bidang keperawatan, dengan terus melaksanakan kegiatan peningkatan sesuai dengan tindakan PDCA yang telah dilakukan.

Rekomendasi yang diusulkan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien antara lain adalah mengejar target kepatuhan cuci tangan dengan meningkatkan hal-hal sebagai berikut seperti; edukasi kepada perawat dalam memberikan pelayanan kesehatan yang aman untuk pasien sehingga keselamatan pasien dapat tercapai, melakukan audit kepatuhan cuci tangan, serta melakukan monitoring sarana dan prasarana untuk cuci tangan. Follow up akan dilakukan saat pelaporan selanjutnya akhir September tahun 2019.

6. ISKP-6. Pengurangan Risiko Jatuh:

Insiden Pasien Jatuh Selama Perawatan Rawat Inap di Rumah Sakit

Penilaian Periode April s.d Juni 2019



Interpretasi :

Riset Insiden pasien jatuh selama perawatan rawat inap di rumah sakit dengan tujuan Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman bagi pasien di ruang rawat inap bebas dari insiden pasien jatuh.

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

Perawat bertanggung jawab dalam mengidentifikasi pasien yang beresiko jatuh dan membuat suatu rencana perawatan untuk meminimalkan resiko. Kekurangan staf, perawat yang tidak berpengalaman, serta tidak memiliki pengetahuan yang cukup dapat membuat pasien beresiko untuk jatuh dan mengalami perlukaan. Salah satu upaya untuk mengurangi resiko pasien jatuh adalah menempatkan perawat professional pada bangsal – bangsal perawatan pasien.

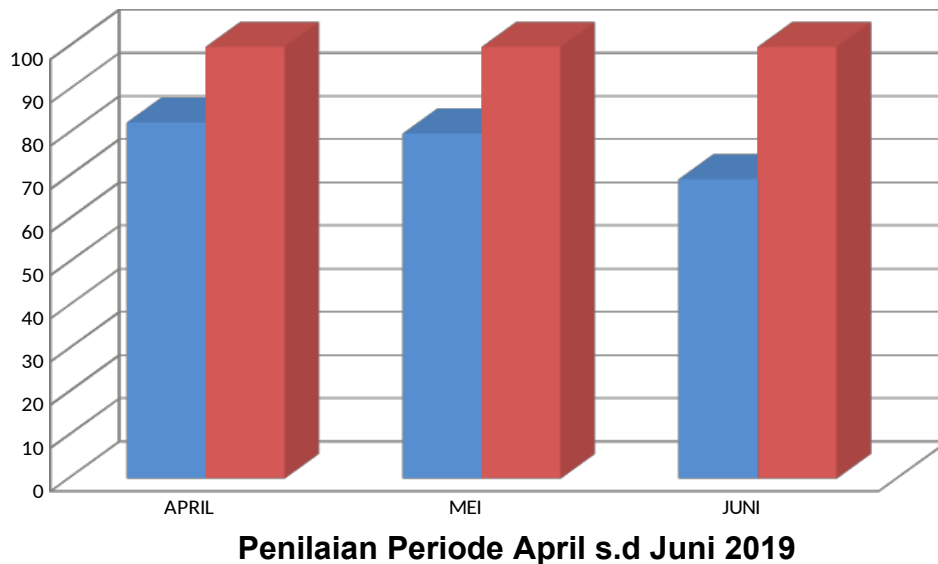
Formula yang dipakai dalam riset ini adalah Jumlah pasien jatuh selama 1 bulan kalender (orang) : jumlah hari pasien dirawat menurut bangsal perawatan dalam 1 bulan kalender (hari) X 100% = % dengan standart 0%.

Berdasarkan data diatas dapat dilihat bahwa indikator ada kejadian jatuh di ruang Kebidanan bulan April sampai Juni 2019 seluruh ruangan rawat inap sudah mencapai standart yang ditetapkan yaitu 0 %. Indikator pada rawat inap ini tercapai karena tidak adanya laporan dari ruang rawatan tentang insiden pasien jatuh, disebabkan oleh persepsi yang salah dari petugas dan kurangnya pemahaman tentang pentingnya pelaporan KTD. Untuk selanjutnya, indikator ini akan direkomendasikan terus dipantau secara rutin setiap bulan oleh IPCN dengan terus melaksanakan kegiatan peningkatan sesuai dengan tindakan PDCA yang telah dilakukan.

Rekomendasi yang diusulkan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien antara lain adalah resosialisai tentang sistem pelaporan KTD, penguatan komitmen dari seluruh petugas untuk melaporkan ke KMKP bila terjadi insiden pasien jatuh selama perawatan di rumah sakit. Follow up akan dilakukan saat pelaporan selanjutnya akhir September tahun 2019.

D. INDIKATOR INTERNASIONAL LIBRARY OF MEASURES (IIL)

1. IIL-1. Stroke : Pasien Stroke Yang Diperiksa Untuk Mendapatkan Pelayanan Rehabilitasi



Interpretasi :

Riset pasien stroke yang diperiksa untuk mendapatkan pelayanan rehabilitasi dengan tujuan Tergambarnya kegiatan pelayanan kepada pasien dengan stroke skemik dan stroke hemoragik untuk memberikan pelayanan rehabilitasi.

Stroke adalah penyebab utama disabilitas/kecacatan jangka panjang di semua negara. Banyak pasien-pasien stroke menjadi cacat fungsional sedang dan beberapa cacat parah. Lebih dari sebagian pasien yang pernah mengalami stroke atau cedera serius belum pernah menerima rehabilitasi.

Rehabilitasi stroke harus dilaksanakan sesegera mungkin setelah diagnosis stroke ditegakkan dan masalah-masalah yang mengancam kehidupan dapat ditentukan. Diantara sekian banyak prioritas utama untuk pasien stroke yang harus dikerjakan adalah memindahkan pasien dan menegakkan tindakan perawatan sesegera mungkin. Berbagai bukti medis telah membuktikan bahwa pasien yang menderita stroke akan memperoleh perkembangan medis yang lebih baik apabila mereka dirawat dengan pelayanan yang terkordinir, diberikan oleh multi disiplin ilmu yang berhubungan dengan stroke.

Formula yang dipakai dalam riset ini adalah Jumlah pasien dengan stroke iskemik atau hemoragik yang dilakukan Assesment rehabilitasi medis atau yang pernah menerima rehabilitasi ÷ Jumlah pasien dengan

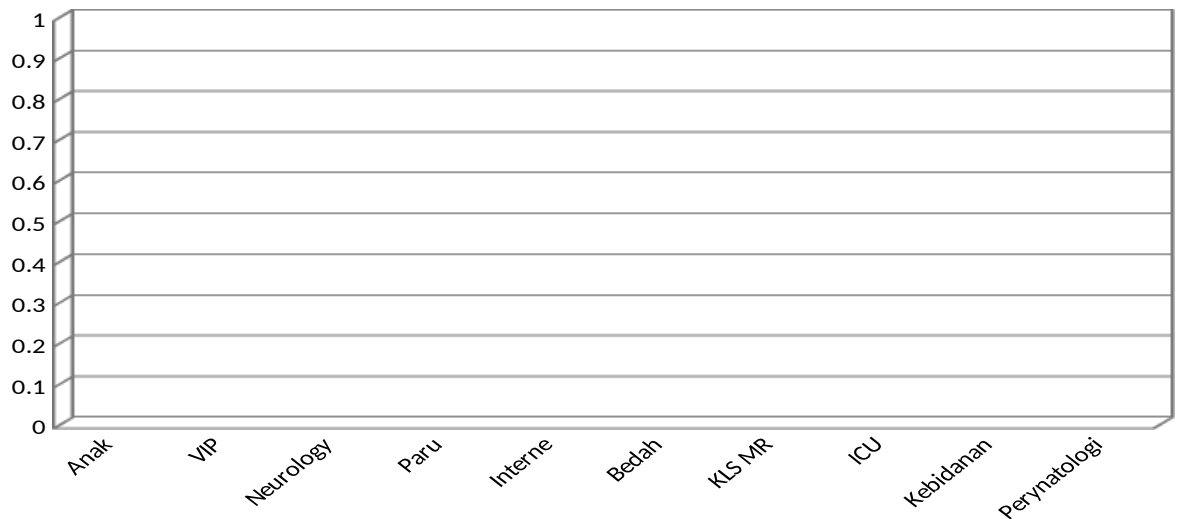
stroke iskemik atau stroke hemoragik yang berusia ≥ 18 tahun $\times 100\% =$ % dengan standart 100%.

Berdasarkan data diatas dapat dilihat bahwa indikator pada bulan April sampai Juni 2019 belum mencapai standart yang ditetapkan yakni 100%. Hal ini disebabkan karena pasien dengan stroke haemoragik tidak ada dilakukan rehabilitasi medik biasanya pasien sering dirujuk kepadang tetapi untuk store iskemik sudah dilakukan rehabilitasi medik sesuai standar. Hal ini secara tidak langsung dapat menggambarkan kegiatan pelayanan kepada pasien dengan stroke iskemik sudah baik tetapi untuk stroke hemoragik pelayanan rehabilitasi belum terlaksana. Untuk selanjutnya, indikator ini akan direkomendasikan terus dipantau secara rutin setiap bulan oleh instalasi rehabilitasi medik, dengan terus melaksanakan kegiatan peningkatan dan mempertahankan sesuai dengan tindakan PDCA yang telah dilakukan.

Rekomendasi yang diusulkan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien antara lain adalah mempertahankan upaya yang telah dilakukan untuk kegiatan pelayanan kepada pasien dengan stroke skemik dan stroke hemoragik untuk memberian pelayanan rehabilitasi. Follow up akan dilakukan saat pelaporan selanjutnya akhir September tahun 2019.

2. IIL-2 Nursing Sensitive Care :

Pendokumentasian Insiden Pasien Jatuh Selama Perawatan Rawat Inap



Penilaian Periode April s.d Juni 2019

Interpretasi :

Riset Insiden pasien jatuh selama perawatan rawat inap di rumah sakit dengan tujuan Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman bagi pasien di ruang rawat inap bebas dari insiden pasien jatuh.

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

Perawat bertanggung jawab dalam mengidentifikasi pasien yang beresiko jatuh dan membuat suatu rencana perawatan untuk meminimalkan resiko. Kekurangan staf, perawat yang tidak berpengalaman, serta tidak memiliki pengetahuan yang cukup dapat membuat pasien beresiko untuk jatuh dan mengalami perlukaan. Salah satu upaya untuk mengurangi resiko pasien jatuh adalah menempatkan perawat professional pada bangsal – bangsal perawatan pasien.

Formula yang dipakai dalam riset ini adalah Jumlah pasien jatuh selama 1 bulan kalender (orang) : jumlah hari pasien dirawat menurut bangsal perawatan dalam 1 bulan kalender (hari) X 100% = % dengan standart 0%

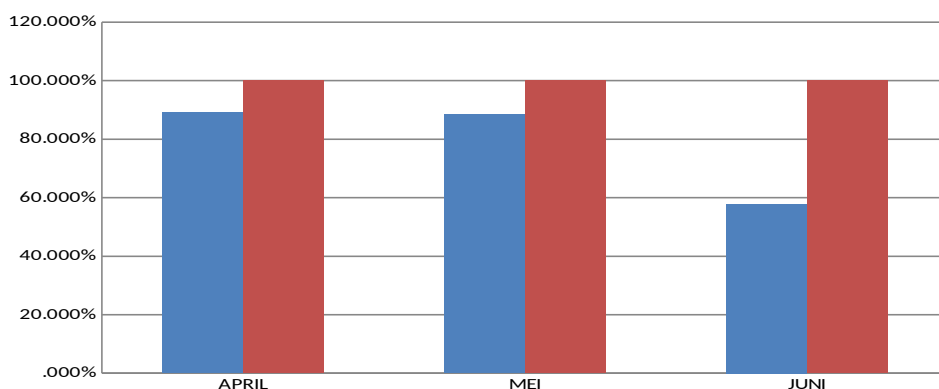
Berdasarkan data diatas dapat dilihat bahwa indikator ada kejadian jatuh di ruang Kebidanan bulan April sampai Juni 2019 seluruh ruangan

rawat inap sudah mencapai standart yang ditetapkan yaitu 0 %. Walaupun indikator ini telah mencapai standart yang telah ditetapkan namun harus tetap senantiasa dilakukan upaya pengawasan. Indikator ini tercapai karena tidak adanya laporan dari ruang rawatan tentang insiden pasien jatuh, disebabkan oleh persepsi yang salah dari petugas dan kurangnya pemahaman tentang pentingnya pelaporan KTD. Untuk selanjutnya, indikator ini akan direkomendasikan terus dipantau secara rutin setiap bulan oleh IPCN dengan terus melaksanakan kegiatan peningkatan sesuai dengan tindakan PDCA yang telah dilakukan.

Rekomendasi yang diusulkan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien antara lain adalah resosialisai tentang sistem pelaporan KTD, penguatan komitmen dari seluruh petugas untuk melaporkan ke KMKP bila terjadi insiden pasien jatuh selama perawatan di rumah sakit. Follow up akan dilakukan saat pelaporan selanjutnya akhir September tahun 2019.

3. IIL-3. Perinatal Care :

Pelaksanaan Inisiasi Menyusui Dini (IMD) Pada Bayi Baru Lahir



Penilaian Periode April s.d Juni 2019

Interpretasi :

Riset pelaksanaan IMD pada bayi baru lahir dengan tujuan Tergambarnya upaya rumah sakit dalam pelaksanaan IMD pada bayi baru lahir. Inisiasi Menyusui Dini (IMD) adalah segera menaruh bayi didada ibunya, kontak kulit dengan kulit (*skin to skin contact*) segera setelah lahir setidaknya satu jam atau lebih sampai bayi menyusu sendiri.

Melakukan IMD pada bayi baru lahir bertujuan untuk, untuk menurunkan angka kematian ibu, memberi rasa kasih sayang antara ibu dan bayi, mencegah terjadinya hipotermi pada bayi dan ASI lebih cepat keluar.

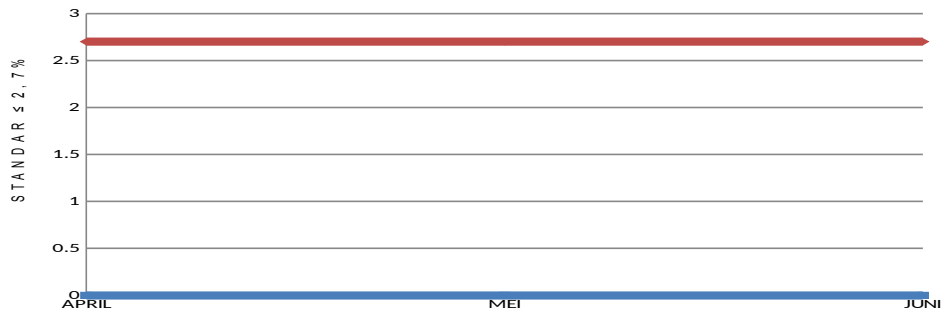
Formula yang dipakai dalam riset ini adalah Jumlah bayi baru lahir tanpa masalah yang dilakukan IMD : jumlah bayi baru lahir tanpa masalah X 100% = % dengan standart 100%.

Berdasarkan data diatas dapat dilihat bahwa indikator pada bulan April sampai Juni 2019 belum mencapai target yang telah ditetapkan yaitu 100%. Beberapa hal yang diduga menyebabkan indikator ini belum tercapai disebabkan karena pemberian IMD ini hanya bisa diberikan kepada bayi yang tidak bermasalah sedangkan bayi yang bermasalah tidak bisa dilakukan pemberian IMD sehingga setelah bayi lahir langsung diberikan tindakan sesuai SOP yang telah ada. Hal ini secara tidak langsung menggambarkan upaya rumah sakit dalam pelaksanaan IMD pada bayi baru lahir sudah cukup baik walaupun . Untuk selanjutnya, indikator ini akan direkomendasikan terus dipantau secara rutin setiap bulan oleh bidang keperawatan, dengan terus melaksanakan kegiatan peningkatan sesuai dengan tindakan PDCA yang telah dilakukan.

Rekomendasi yang diusulkan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien antara lain adalah mempertahankan pelaksanaan IMD pada bayi baru lahir. Follow up akan dilakukan saat pelaporan selanjutnya akhir September tahun 2019.

4. IIL-4. Nursing Sensitive Care :

Angka kejadian Dekubitus Akibat Perawatan Di Rumah Sakit



Penilaian Periode April s.d Juni 2019

Interpretasi :

Riset angka kejadian dekubitus akibat perawatan di rumah sakit dengan tujuan Tergambarnya kualitas pelayanan keperawatan di rumah sakit terhadap pencegahan insiden dekubitus.

Dekubitus merupakan sebuah ulkus akibat tekanan yang terlokalisasi pada kulit dan/atau pada dasar jaringan yang biasanya terjadi pada area tonjolan tulang, sebagai akibat dari tekanan atau tekanan yang dikombinasi dengan pergeseran dan/atau gesekan (*National Pressure Ulcer Advisory Panel, NPUAP, 2009*). Insiden dekubitus akibat perawatan di rumah sakit ditemukan atau didokumentasikan setelah 24 jam pertama sejak mulai waktu rawat inap.

Dekubitus merupakan insiden yang disebabkan oleh kualitas pelayanan keperawatan yang buruk, sehingga pemantauan sangat diperlukan untuk melaksanakan monitoring dan evaluasi kualitas pelayanan keperawatan, insiden dekubitus dilaporkan berkisar antara 2,7 persen sampai 29,5 % dalam berbagai studi klinis.

Formula yang dipakai dalam riset ini adalah Jumlah pasien dekubitus yang berusia ≥ 18 tahun dalam satu bulan \div Jumlah seluruh pasien baru yang berusia ≥ 18 tahun dalam bulan yang sama $\times 100\%$ = % dengan standart $\leq 1.5\%$.

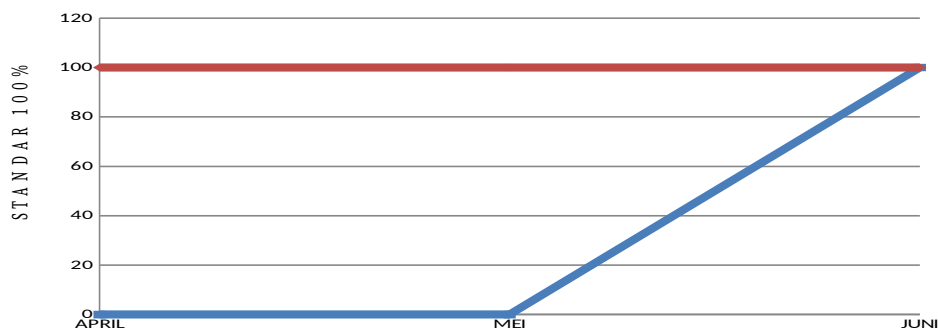
Berdasarkan data diatas dapat dilihat bahwa indikator pada bulan April sampai Juni 2019 tidak ada kejadian dekubitus ini menunjukkan indikator ini sudah mencapai target yang telah ditetapkan yaitu $\leq 2,7\%$. Hal ini secara tidak langsung dapat menggambarkan kualitas pelayanan

keperawatan di rumah sakit terhadap pencegahan insiden dekubitus cukup baik. Untuk selanjutnya, indikator ini akan direkomendasikan terus dipantau secara rutin setiap bulan oleh bidang keperawatan, dengan terus melaksanakan kegiatan peningkatan sesuai dengan tindakan PDCA yang telah dilakukan.

Rekomendasi yang diusulkan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien antara lain adalah dengan tetap melakukan sosialisai secara berkesinambungan tentang pentingnya pemantauan dan pelaporan kejadian dekubitus akibat perawatan rumah sakit. Kemudian dalam rangka meningkatkan mutu rumah sakit dengan cara mempertahankan dan meningkatkan tindakan yang sudah sesuai standart. Follow up akan dilakukan saat pelaporan selanjutnya akhir September tahun 2019.

5. IIL-5. Children's Asma Care :

Pemberian Kortikosteroid Untuk Pasien Asma Anak Yang Dirawat Di Rumah Sakit



Penilaian Periode April s.d Juni 2019

Interpretasi :

Riset pemberian kortikosteroid untuk pasien asma anak yang dirawat di Rumah Sakit dengan tujuan Tergambarnya kualitas pelayanan keperawatan di rumah sakit terhadap perawatan pasien asma anak yang mendapatkan kortokosteroid. Penggunaan kortikosteroid sistemik untuk pasien-pasien pediatric yang menjadi pasien rawat inap dengan penyakit asma.

Asma adalah penyakit kronis yang paling sering ditemukan pada anak-anak dan merupakan komponen utama dari angka kesakitan dan penyebab meningkatnya pembiayaan kesehatan secara nasional. Bagi anak-anak, asma adalah salah satu dari penyebab utama dirawat inap di rumah sakit. Penanganan asma yang tidak sesuai standar dianggap menjadi penyebab utama tingginya angka morbiditas dan mortalitas karena asma. Panduan-panduan klinis untuk diagnosis dan manajemen asma pada anak-anak menyarankan penggunaan kortikosteroid sistemik untuk memperoleh kendali terhadap penyebaran asma akut dan mengurangi tingkat keparahan penyakitnya secepat mungkin, dengan pengurangan pengobatan menjadi pengobatan yang seminimal mungkin yang diperlukan untuk menjaga kendali terhadap situasi dimaksud.

Formula yang dipakai dalam riet ini adalah Pasien anak-anak yang menerima kortikosteroid sistemik selama dirawat inap di rumah sakit ÷ Pasien pediatrik dengan asma (usia 2 tahun sampai 17 tahun) yang keluar rumah sakit dengan diagnosis utama asma x 100% dengan standart 100%.

Berdasarkan data diatas dapat dilihat bahwa indikator pada bulan April dan Mei 2019 angka capaian 0% karena pasien yang dirawat dengan asma tidak ada, bulan Juni 2019 indikator ini sudah mencapai standart yang telah ditetapkan yaitu 100%. Hal ini secara tidak langsung dapat menggambarkan kualitas pelayanan keperawatan di rumah sakit tentang pemberian kortikosteroid pada asma anak yang dirawat di Rumah Sakit sudah baik. Untuk selanjutnya, indikator ini akan direkomendasikan terus dipantau secara rutin setiap bulan oleh bidang keperawatan, dengan terus melaksanakan kegiatan peningkatan sesuai dengan tindakan PDCA yang telah dilakukan.

Rekomendasi yang diusulkan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien antara lain adalah mempertahankan tindakan yang sudah sesuai standart dan pengawasan yang berkesinambungan oleh keperawatan terhadap pemberian kortikosteroid untuk pasien asma anak yang dirawat

di Rumah Sakit. Follow up akan dilakukan saat pelaporan selanjutnya akhir September tahun 2019.

BAB IV PEMBAHASAN

A. PENCAPAIAN INDIKATOR MUTU

Jumlah total indikator mutu yang dipantau selama bulan April s.d Juni 2019 adalah 25 (dua puluh lima) indikator. Indikator untuk sasaran

internasional keselamatan pasien, 5 area prioritas dan indikator mutu klinik tentang layanan laboratorium dan indikator area manajerial tentang kepuasan pegawai dalam proses pengumpulan, pengolahan dan validasi data. Namun demikian tidak semua indikator mutu yang dipantau mencapai target atau sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Indikator mutu tersebut masih dilanjutkan dalam tahap pengumpulan data, validasi data dan analisis datanya untuk bulan April s.d Juni 2019

Penyebab pemantauan indikator yang tidak mencapai target adalah kurangnya supervisi dan monitoring terhadap pelaksanaan kegiatan pelayanan sehingga ketika dievaluasi melalui pemantauan indikator mutu, output yang diperoleh tidak sesuai standar yang telah ditetapkan.

B. BENCHMARK DATA HASIL PEMANTAUAN INDIKATOR MUTU

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*. RSUD Dr. M. Zein Painan melakukan *benchmark* dengan cara membandingkan dengan standar yang ditetapkan oleh WHO dan Standar Pelayanan Minimal (SPM) Departemen Kesehatan RI. Dan benchmark dengan RS setara sementara masih mencari RS pembanding.

C. REKOMENDASI DAN RENCANA TINDAK LANJUT

Berdasarkan hasil rapat “Pencapaian Mutu Rumah Sakit” pada bulan Juli 2019, maka Komite Mutu dan Keselamatan Pasien telah memberikan rekomendasi hasil riset indikator mutu RSUD Dr. M. Zein Painan bulan April s.d Juni 2019 dan melakukan rencana tindak lanjut.

Sementara pengumpulan data, validasi data dan analisis datanya untuk bulan April s.d Juni 2019 masih tetap dilanjutkan dan akan dilihat perbandingannya dengan dengan hasil bulan Juli s.d September 2019.

BAB V

PENUTUP

Kegiatan pemantauan indikator mutu dan validasi data mutu yang sesuai Standar Akreditasi sejak awal Januari 2019 sampai saat laporan ini dibuat secara garis besar kegiatan ini masih belum optimal dengan

berbagai kekurangan. Upaya perbaikan akan dilakukan sesuai dengan rekomendasi dan rencana tindak lanjut yang diberikan saat acara Pemaparan Hasil Pemantauan Indikator Mutu. Diharapkan dengan adanya aksi tindak lanjut dari instalasi/unit kerja terkait upaya perbaikan dapat berjalan dengan maksimal

Pemantauan indikator mutu setiap triwulanan akan dilaksanakan evaluasi tentang indikator mutu yang akan diganti atau direvisi. Meskipun demikian terdapat sejumlah perbaikan terhadap kertas kerja, alat ukur indikator, dan kalimat indikator sehingga diharapkan data yang diperoleh bisa lebih valid. Selain itu juga ketiadaan sumber data pada beberapa indikator mutu yang dipantau dapat dihindari.