

LAPORAN

PLAN DO STUDY ACTION (PDSA) **INDIKATOR MUTU WAKTU TANGGAP** **OPERASI SEKSIO SESAREA** **TAHUN 2022**



Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Muhammad Zein Painan

Jl. Dr. A. Rivai, Painan 25611
Phone : (0756) 21428-21518, Fax. 0756- 21398



PEMERINTAH KABUPATEN PESISIR SELATAN
RSUD Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN

Jalan Dr. A. Rivai Painan (Kode Pos 25611)
Telp. (0756) 21428–21518 Fax. (0756) 21398, email : rsudpainan@ymail.com



KEPUTUSAN DIREKTUR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN
NOMOR : SK/010/PMKP/RSUD/2022

TENTANG
TIM PELAKSANA *PLAN DO STUDY ACTION* (PDSA) INDIKATOR MUTU
WAKTU TANGGAP OPERASI SEKSIO SESAREA EMERGENSI
DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN
TAHUN 2022

DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN,

- Menimbang : a bahwa dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Muhammad Zein Painan, maka diperlukan suatu Tim Pelaksana *Plan Do Study Action* (PDSA) Indikator Mutu Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi.
- b bahwa untuk standarisasi penatalaksanaan pelayanan, maka dipandang perlu Tim Pelaksana *Plan Do Study Action* (PDSA) Indikator Mutu Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi.
- c bahwa berdasarkan pertimbangan sebagai mana dimaksud point a dan b, perlu Tim Pelaksana *Plan Do Study Action* (PDSA) Indikator Mutu Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi.
- Mengingat : 1 Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran.
- 2 Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
- 3 Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
- 4 Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan;
- 5 Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 159b/Menkes/Per/II/1998 tentang Rumah Sakit.
- 6 Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1691/Menkes/Per/VIII/2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit.
- 7 Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 251/Menkes/Per/VII/2012 tentang Program Keselamatan Pasien Rumah Sakit.
- 8 Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1333/Menkes/SK/XII/1999 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit.

- 9 Standar Akreditasi Rumah Sakit Kementrian Kesehatan Republik Indonesia dengan Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS) 2011.
- 10 Pedoman Peningkatan Mutu Pelayanan Rumah Sakit Departemen Kesehatan RI 1994.
- 11 Pedoman Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (*Patient Safety*) Kementrian Kesehatan RI Edisi III 2015.
- 12 Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (*Patient Safety Incident Report*) Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit 2015.
- 13 Peraturan Daerah Kabupaten Pesisir Selatan Nomor 12 Tahun 2010 tentang Pembentukan Struktur Organisasi dan Tata Kerja Lembaga Teknis Daerah Kabupaten Pesisir Selatan.
- 14 Peraturan Daerah Kabupaten Pesisir Selatan Nomor 5 Tahun 2014 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Lembaga Teknis Daerah.
- 15 Peraturan Bupati Pesisir Selatan Nomor 1 Tahun 2015 tentang Pedoman Teknis Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah pada Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Muhammad Zein Painan.

MEMUTUSKAN :

- Menetapkan :**
- KESATU :** KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN TENTANG RUMAH SAKIT MEMPUNYAI TIM PELAKSANA *PLAN DO STUDY ACTION* (PDSA) INDIKATOR MUTU WAKTU TANGGAP OPERASI SEKSIO SESAREA EMERGENSI.
- KEDUA :** Yang dimaksud *Plan Do Study Action* (PDSA) adalah model yang digunakan untuk perbaikan dengan menyediakan kerangka kerja untuk mengembangkan, menguji, dan mengimplementasikan perubahan yang mengarah ke perbaikan.
Yang dimaksud Indikator Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi adalah waktu yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan tindakan seksio sesarea emergensi sejak diputuskan operasi sampai dimulainya insisi operasi di kamar operasi yaitu ≤ 30 menit
- KETIGA :** Langkah-langkah *Plan Do Study Action* (PDSA) tercantum dalam Lampiran I Keputusan ini.
- KEEMPAT :** Pelaksanaan *Plan Do Study Action* (PDSA) dilaksanakan oleh tim *Plan Do Study Action* (PDSA) Indikator Mutu Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi.
- KELIMA :** Susunan Tim Pelaksana *Plan Do Study Action* (PDSA) tercantum dalam Lampiran II surat keputusan ini.
- KEENAM :** Keputusan ini mulai berlaku sejak tanggal ditetapkan dan akan

dilakukan perbaikan sebagaimana mestinya apabila di kemudian hari terdapat kekeliruan dalam penetapan ini.

Ditetapkan di Painan
Pada Bulan Mei 2022

DIREKTUR



HAREFA

Lampiran I : KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN
Nomor : SK/010/PMKP/RSUD/2022
Bulan : MEI 2022
Tentang : TIM PELAKSANA *PLAN DO STUDY ACTION* (PDSA)
INDIKATOR MUTU WAKTU TANGGAP OPERASI SEKSIO
SESAREA EMERGENSI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr.
MUHAMMAD ZEIN PAINAN TAHUN 2022

Langkah-Langkah Melaksanakan PDSA:

1. *Plan*

Pada tahap ini sampaikan latar belakang dan garis besar rencanakan intervensi/upaya perbaikan, serta target terukur.

2. *Do*

Lakukan perencanaan rinci dengan 5W +1 H.

3. *Study*

Pelajari dan analisis hasil yang didapatkan, catat masalah yang timbul selama uji coba.

4. *Action*

Tarik kesimpulan apakah intervensi ini berhasil atau butuh modifikasi dan butuh pengulangan.



DIREKTUR

HAREFA

Lampiran II : KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN
Nomor : SK/010/PMKP/RSUD/2022
Bulan : MEI 2022
Tentang : TIM PELAKSANA *PLAN DO STUDY ACTION* (PDSA)
INDIKATOR MUTU WAKTU TANGGAP OPERASI SEKSIO
SESAREA EMERGENSI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr.
MUHAMMAD ZEIN PAINAN TAHUN 2022

A. Tim *Plan Do Study Action* (PDSA) Indikator Mutu Waktu Tanggap Operasi Seksio
Sesarea Emergensi:

Ketua : dr. Muslim Nur, Sp.OG (K)

Sekretaris : Surya Zeni Leli, S.ST

Anggota :

1. dr. Kurniady, Sp.B
2. dr. Muhammad Alam Patria, Sp.OG
3. dr. Susanti Apriani, Sp.OG
4. dr. Nofriyeni
5. dr. Evi Sovianty, Sp.PK
6. Ns. Meksi Yurindo, S.Kep
7. Ns. Delni Desastri, S.Kep
8. Sri Mulyati, S.SiT
9. Ns. Zaiyar Efrita, M.Kep
10. Allafni, S.Kep

B. Pelaksanaan PDSA

Pelaksanaan *Plan Do Study Action* (PDSA) Indikator Mutu Waktu Tanggap Operasi
Seksio Sesarea Emergensi: akan dilakukan pada bulan Mei tahun 2022

 DIREKTUR

HAREFA

I. LATAR BELAKANG

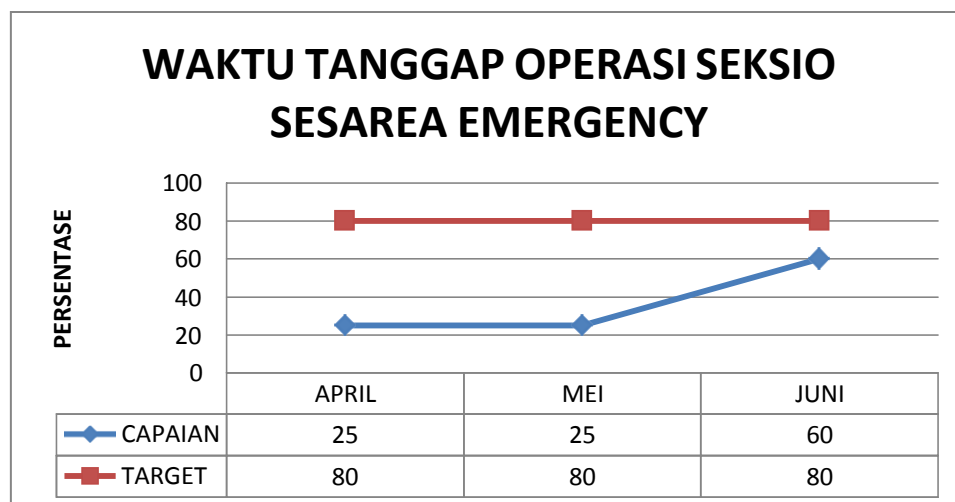
Rumah sakit merupakan sarana kesehatan sarana kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan meliputi pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat (Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/Menkes/SK/11/2008 tentang Standar Minimal Rumah Sakit). Seiring dengan berkembangnya pengetahuan dan teknologi maka tuntutan masyarakat akan kualitas pelayanan kesehatan membuat rumah sakit bersaing dalam meningkatkan kualitas mutu pelayanannya.

Salah satu upaya yang dilakukan oleh RSUD Dr. Muhammad Zein Painan untuk meningkatkan mutu layanannya adalah dengan menetapkan indicator-indikator mutu untuk menilai mutu layanan dan melakukan perbaikan dengan menggunakan metode *PDSA (plan do study action)*.

II. RUMUSAN MASALAH

Berdasarkan rekapan data indicator mutu terkait Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesaria Emergency pada bulan Mei 2022 terdapat angka capaian indicator mutu Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesaria Emergency (25%) jauh dibawah target yang telah ditetapkan ($\geq 80\%$). Menindaklanjuti masalah ini, maka perlu dilakukan evaluasi penyebab tidak tercapainya target Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesaria Emergency tersebut untuk perbaikan pencapaian indicator mutu berikutnya.

Grafik 1 : Pencapaian data indicator mutu Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesaria Emergency Triwulan II



III. PENYELESAIAN MASALAH DENGAN METODE PDSA

A. Judul Rencana

Evaluasi penyebab tidak tercapainya indicator Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesaria Emergency

B. Tujuan

Meningkatkan pencapaian target Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesaria Emergency

C. Akar Masalah

1. Semua pasien yang akan di seksio sesaria (SC) harus diperiksa waktu pembekuan darah, sedangkan waktu pemeriksaan waktu pembekuan darah (60 mnt)
2. Semua pasien yang akan dilakukan SC cyto dari IGD dimasukan dalam sampel
3. Petugas IGD tidak mencantumkan jam keluar order SC di rekam medis pasien, sehingga waktu dihitung mulai pasien masuk IGD
4. Pasien tidak didampingi oleh petugas IGD ke poklinik untuk pemeriksaan USG, sehingga pasien menunggu lama di poliklinik.

D. Kegiatan bulan Juli 2022

INDIKATOR : WAKTU TANGGAP SEKSIO SESARIA EMERGENCY		
SIKLUS 1		
PLAN	Saya merencanakan untuk	Meningkatkan Pencapaian target Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesaria Emergency
	Saya berharap	Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesaria Emergency target $\geq 80\%$
	Tindakan yang akan dilakukan	Mengevaluasi penyebab tidak tercapainya Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesaria Emergency
DO	Hasil pengamatan kami	Menjadwalkan rapat dengan DPJP OBGYN, Tim PONEK, Laboratorium dan Manajemen
		Lakukan resosialisasi dan evaluasi kepatuhan petugas dalam mengisi jam order di rekam medis oleh kepala ruangan IGD
		Kepala ruangan dan MOD melakukan pemantauan terhadap pasien yang di USG
STUDY	Hasil pengamatan disesuaikan dengan	Rapat telah dilaksanakan dengan DPJP OBGYN, Tim PONEK, Laboratorium dan Manajemen

	tujuan	Sebagian besar petugas tidak menulis jam keluar order operasi, lakukan monitoring dan evaluasi oleh kepala ruangan
		Sebagian besar pasien tidak didampingi oleh petugas untuk USG dipoliklinik karena banyak pasien di IGD, bicarakan dengan manajemen dan DPJP tentang kebijakan pemeriksaan USG di ranap
ACTION	Kesimpulan dalam siklus ini	Capaian implementasi dalam siklus ini belum berhasil, dilanjutkan siklus ke-2 sesuai implementasi siklus 1
		Capaian indikator Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesar Emergency bulan Juli (66.7%)

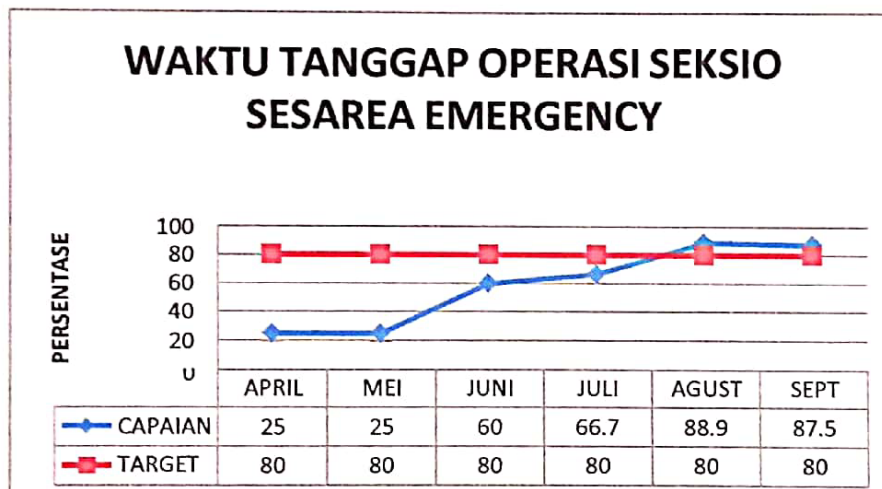
E. Kegiatan bulan Agustus 2022

INDIKATOR : WAKTU TANGGAP SEKSIO SESARIA EMERGENCY		
SIKLUS 1		
PLAN	Saya merencanakan untuk	Meningkatkan Pencapaian target Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesar Emergency
	Saya berharap	Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesar Emergency target $\geq 80\%$
	Tindakan yang akan dilakukan	Mengevaluasi penyebab tidak tercapainya Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesar Emergency
DO	Hasil pengamatan kami	Sebagian besar petugas sudah mengisi jam keluar order SC emergency di status pasien
		Pemeriksaan USG dilakukan di rawat inap sehingga pasien tidak lama menunggu. Tidak semua pasien yang masuk IGD harus di USG, tergantung kasus (diagnosa)
		Lakukan resosialisasi dan sepakati dengan DPJP diagnose dengan kategori 1 yang masuk dalam kriteria inklusi
		Untuk pasien emergency, pemeriksaan waktu pembekuan darah dimasukkan dalam pemeriksaan

		rutin, tidak menunggu order DPJP
STUDY	Hasil pengamatan disesuaikan dengan tujuan	Petugas sudah mengisi jam keluar order operasi di status pasien
		Untuk kasus emergency Residen OBGYN yang ke IGD adalah Residen senior, sehingga bisa menegakan diagnosa klinik
ACTION	Kesimpulan dalam siklus ini	Capaian implementasi dalam siklus ini sudah berhasil
		Capaian indikator Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesaria Emergency bulan Agustus (88.9%)

F. HASIL KEGIATAN

Grafik 2 : Pencapaian data indicator mutu Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesaria Emergency Triwulan III



Berdasarkan data diatas dapat dilihat bahwa capaian indicator Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesaria Emergency pada bulan Agustus (88.9%) dan September 2022 (87.5%) sudah mencapai target (80%)

Painan, 10 Oktober 2022

Ketua Komite Mutu

RSUD MUHAMMADIYAH
PAINAN
KOMITE MUTU

dr. Ike Rahayu, Sp. M

