LAPORAN
INDIKATOR MUTU RS
RSUD dr. DARSONO

TRIWULAN III
2019

PEMERINTAH KABUPATEN PACITAN

RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. DARSONO

Jl. A. Yani No. 51 Telp. (0357) 881410 Fax. (0357) 883818 PACITAN

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, puji syukur kehadirat Allah Yang Maha Esa atas rahmat dan hidayahNya sehingga seluruh penyusunan Laporan Indikator Mutu Rumah Sakit Umum Daerah dr. Darsono Kabupaten Pacitan Triwulan III Tahun 2019 dapat berjalan dengan baik.

Indikator adalah petunjuk atau tolak ukur, pelayanan kesehatan di rumah sakit. Petunjuk ini dapat diukur, sehingga indikator merupakan fenomena yang dapat diukur. Indikator mutu kesehatan atau pelayanan kesehatan dapat mengacu pada indikator yang relevan berkaitan dengan struktur, proses dan outcomes.

Indikator mutu rumah sakit akan mencerminkan mutu pelayanan dari rumah RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan. Fungsi dari penetapan indikator tersebut antara lain sebagai alat untuk melaksanakan manajemen kontrol dan alat untuk mendukung pengambilan keputusan dalam rangka perencanaan kegiatan untuk masa yang akan datang.

Akhir kata, kami dari Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan mengucapkan terimakasih kepada semua pihak yang telah membantu terlaksananya seluruh indikator mutu RS sehingga tersusunnya laporan Indikator Mutu RS RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan triwulan III tahun 2019. Semoga dengan adanya laporan ini kita dapat meningkatkan mutu layanan RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan.

Penyusun

Komite PMKP

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL i

KATA PENGANTAR ii

DAFTAR ISI iii

BAB I Pendahuluan .....

A. Latar Belakang 1

B. Tujuan 2

BAB II Kegiatan PMKP 3

A. Kegiatan Pokok 3

B. Kegiatan 4

C. Pencatatan dan Pelaporan 5

BAB III Hasil Kegiatan 6

A. Analisa Data Indikator Mutu Wajib 6

B. Pemilihan Pelayanan Area Prioritas 19

C. Analisa Data Indikator Area Prioritas 20

BAB IV Penutup 31

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Tujuan Pembangunan Kesehatan adalah tercapainya kemampuan untuk hidup sehat bagi setiap penduduk agar dapat mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Pelayanan Rumah Sakit (RS) ikut bertanggung jawab dalam mewujudkan derajat kesehatan masyarakat dengan meningkatkan mutu pelayanan yang menjadi prioritas utama di pelayanan RS.

Sesuai dengan misi Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) dr. Darsono Kabupaten Pacitan untuk dapat memberikan pelayanan bermutu dengan mengutamakan keselamatan pasien, untuk itu RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan melakukan kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang sesuai dengan standar akreditasi SNARS Edisi I. Kegiatan ini di lakukan di setiap unit kerja / instalasi terkait untuk mengukur kinerja pelayanan RS dan sebagai manajemen kontrol untuk mendukung pengambilan keputusan.

Dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan pasien dan menjamin keselamatan pasien maka RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan mempunyai program peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang menjangkau ke seluruh unit kerjayang terkait yang nantinya dipakai sebagai ukuran kinerja pelayanan RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan dan sebagai manajemen kontrol untuk pengambilan keputusan.

Direktur RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan bersama sama dengan pimpinan unit pelayanan dan pimpinan manajemen memilih dan menetapkan pengukuran mutu disetiap unit pelayanan ataupun unit kerja dan menetapkan mutu pelayanan prioritas RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan periode tahun 2019. Berdasarkan hasil rapat koordinasi RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan, Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan dan pimpinan – pimpinan unit pelayanan dan unit kerja di RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan, maka ditetapkan indikator mutu yang dilakukan pengukuran mutu. Dari indikator mutu yang telah ditetapkan terdiri dari indikator mutu rumah sakit , indikator mutu prioritas yaitu pelayanan saraf dan indikator mutu unit kerja. Dalam proses pengukuran indikator mutu RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan ini dikelompokkan menjadi 3 yaitu

indikator mutu area klinis , indikator mutu area manajemen dan indikator mutu keselamatan pasien. Setiap indikator dibuat profil indikatornya oleh komite PMKP bekerja sama dengan unit terkait. Pengumpulan data dilakukan oleh Penanggung Jawab Data unit terkait. Pemantauan data dilakukan oleh unit kerja / instalasi masing-masing yaitu supervise oleh kepala instalasi/unit. Selain pemantauan yang dilakukan oleh instalasi/ unit kerja masing masing, pemantauan juga dilakukan melalui supervisi dan validasi data oleh anggota komite PMKP.

Upaya–upaya untuk meningkatkan mutu pelayanan di RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan sudah dilakukan namun dalam pelaksanaannya masih ditemukan kendala-kendala, sehingga dibutuhkan evaluasi program peningkatan mutu dan keselamatan pasien secara berkelanjutan. Evaluasi program dilakukan agar dapat diketahui adanya kendala – kendala dalam pelaksanaannya sehingga dapat diambil langkah – langkah tindak lanjut dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan.

B. TUJUAN

1. Tujuan Umum

   Tergambarnya peningkatan mutu pelayanan dan penerapan keselamatan pasien di RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan.

2. Tujuan Khusus

   a. Dilakukan evaluasi peningkatan mutu RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan melalui pemantauan indikator mutu prioritas yang telah ditetapkan oleh rumah sakit.

   b. Dilakukan evaluasi program keselamatan pasien dengan pemantauan Insiden Keselamatan Pasien Rumah Sakit (IKP-RS).

   c. Dievaluasinya pelaksanaan program mutu spesifik lain yang dilakukan oleh tim/komite /unit terkait dengan peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

   d. Didapatkannya rekomendasi dan *governing body* (dewan pengawas) mengenai program mutu pelayanan dan penerapan keselamatan pasien di RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan.

BAB II
KEGIATAN PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN
PERIODE JULI s/d SEPTEMBER 2019

A. KEGIATAN POKOK

Kegiatan pemantauan indikator mutu RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan dimulai bulan Januari tahun 2019. Kegiatan pemantauan ini akan berkesinambungan. Adapun indikator mutu yang dipantau adalah sebagai berikut :

1. Indikator Mutu Wajib
   a. Kepatuhan Identifikasi Pasien
   b. Emergency Respon Time (Waktu Tanggap Pelayanan Gawat Darurat ≤ 5 menit
   c. Waktu Tunggu Rawat Jalan
   d. Penundaan Operasi Elektif
   e. Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis
   f. Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Labratorium
   g. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional
   h. Kepatuhan Penggunaan Formularium Rumah Sakit
   i. Kepatuhan Cuci Tangan
   j. Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko Cidera Akibat Pasien Jatuh Pada Pasien Rawat Inap
   k. Kepatuhan Terhadap Clinical Pathways
   l. Kepuasan Pasien dan Keluarga
   m. Kecepatan Respon Terhadap Komplain
2. Indikator mutu area prioritas pelayanan terdiri dari :
   a. Indikator mutu klinis
      1) Penulisan resep pelayanan saraf dapat terbaca;
      2) Infeksi luka infus (ILI/Plebitis);
      3) Infeksi saluran kemih (ISK);
      4) Kejadian decubitus selama masa perawatan;
   b. Indikator mutu manajemen
      Ketidaklengkapan dokumen pendukung penagihan pelayanan saraf
   c. Indikator sasaran keselamatan pasien
      1) Ketepatan identifikasi pasien;

2) Peningkatan komunikasi yang efektif;
3) Peningkatan kewaspadaan terhadap obat high allert
4) Peningkatan kepatuhan cuci tangan;
5) Pengurangan resiko pasien jatuh

B. KEGIATAN

1. Menetapkan program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan, sesuai dengan keputusan Direktur.
2. Membuat konsep regulasi yaitu Kebijakan, Pedoman, Panduan serta program kerja seluruh kegiatan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan yang ditetapkan oleh Direktur.
3. Melakukan sosialisasi tentang Kebijakan, Pedoman, Panduan dan Program Kerja Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien kepada seluruh staf di seluruh unit pelayanan dan unit kerja yang ada di RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan
4. Membuat usulan anggota Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan untuk mengikuti pelatihan eksternal PMKP yang diselenggarakan oleh KARS
5. Bersama dengan bidang diklat menyelenggarakan pelatihan Penanggungjawab Data (PJ) data, workshop Analisa dan Validasi Data dan pelatihan PMKP internal untuk seluruh penanggung jawab (PJ) data dan seluruh staf rumah sakit yang terlibat dalam kegiatan PMKP RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan secara bertahap.
6. Melakukan sosialisasi tentang pelaporan insiden keselamatan pasien di semua unit kerja di RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan.
7. Melakukan pemantauan indikator mutu secara berkesinambungan
8. Melakukan validasi data yang dikumpulkan oleh penanggungjawab data data unit dan melakukan pengolahan analisa data bersama sama dengan instalasi/unit kerja terkait di Rumah Sakit Umum Daerah Ulin Banjarmasin.
9. Melakukan penyampaian hasil pemantauan indikator mutu oleh masing masing instalasi/unit kerja.
10. Menyusun laporan hasil pemantauan indikator mutu

C. PENCATATAN DAN PELAPORAN

Data hasil pemantauan indikator mutu rumah sakit dicatat oleh petugas unit terkait dalam sensus harian, direkap oleh penanggung jawab data unit, di supervisi oleh kepala Instalasi/unit kerja terkait, di validasi oleh Tim Validasi Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan. Validasi data dilakukan sesuai dengan panduan validasi data. Analisa data dilakukan oleh unit terkait bekerjasama dengan Komite PMKP.

Analisa data dilengkapi dengan improvement program dan data dituangkan dalam bentuk laporan yang kemudian akan dilaporkan kepada Direktur dalam bentuk Laporan Triwulan.

BAB III

HASIL KEGIATAN

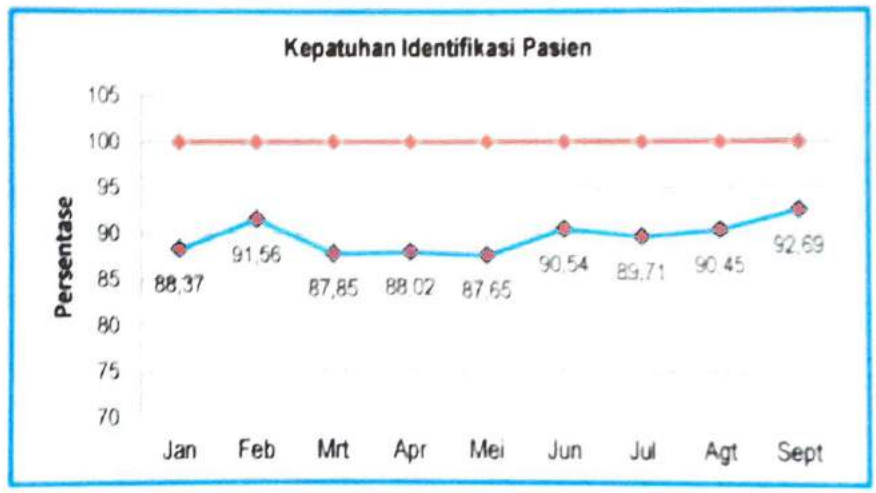
A. ANALISA DATA INDIKATOR MUTU WAJIB

1. Kepatuhan Identifikasi Pasien

Indikator	Kepatuhan Identifikasi Pasien
Numerator	Jumlah proses yang telah dilakukan identifikasi secara benar
Denumerator	Jumlah seluruh pasien rawat inap
Target	100%
Hasil	

Bulan	Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt	Spt
Hasil	88.37	91.56	87.85	88.02	87.65	90.54	89.71	90.45	92.69

Grafik



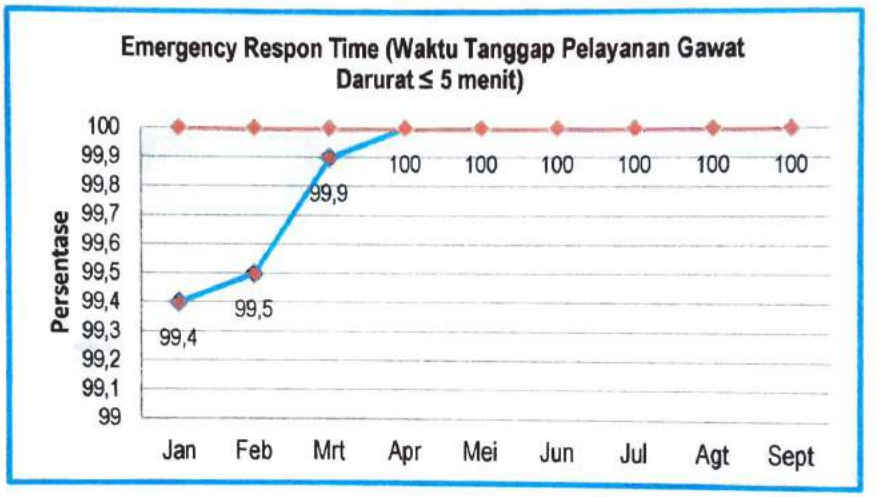
Analisa	Identifikasi pasien merupakan upaya rumah sakit menjamin keselamatan pasien. Identifikasi pasien yang benar akan menghindarkan pasien terhadap resiko kesalahan prosedur tindakan, kesalahan pemberian obat dan lainnya. Berdasarkan grafik diatas dapat dilihat bahwa kepatuhan identifikasi pasien triwulan III sebesar 90,95%. Masih adanya ketidaktepatan identifikasi pasien di RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan di disebabkan karena : - Kurangnya pemahaman petugas terhadap SPO identifikasi pasien - Petugas belum terbiasa mengecek gelang pasien
Rekomendasi	- Mempertahankan capaian indikator dengan selalu melaksanakan pelayanan sesuai SPO - Supervisi kepala unit - Pelatihan peningkatan mutu dan keselamatan pasien

2. Emergency Respon Time ≤ 5 menit

Indikator	Emergency Respon Time (Waktu Tanggap Pelayanan Gawat Darurat ≤ 5 menit)
Numerator	Jumlah pasien gawat, darurat, dan gawat-darurat yang mendapatkan pelayanan kegawatdaruratannya dalam waktu ≤ 5 menit
Denumerator	Jumlah seluruh pasien pasien gawat, darurat, dan gawat-darurat yang mendapatkan pelayanan kegawatdaruratan
Target	100%
Hasil	

Bulan	Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt	Spt
Hasil	99,4	99,5	99,9	100	100	100	100	100	100

Grafik



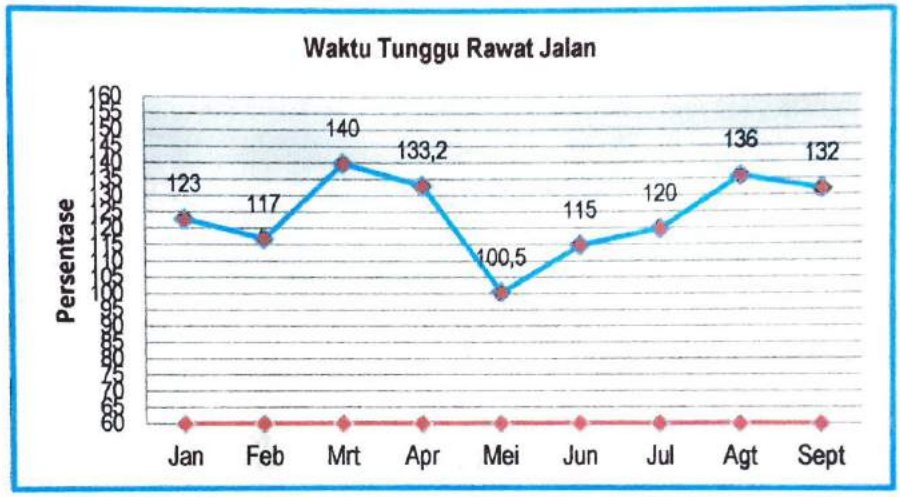
Analisa	Indikator mutu emergency respon time ≤ 5 menit menggambarkan tingkat keselamatan pasien gawat darurat secara eksponensial berbanding lurus dengan waktu yang dibutuhkan pasien sehingga mendapatkan pertolongan medis yang tepat. Berdasarkan grafik hasil analisa data indikator mutu Emergency Respon time ≤ 5 menit pada triwulan III sesuai standar yaitu 100%.
Rekomendasi	☐ Mempertahankan capaian indikator dengan selalu melaksanakan asuhan pasien IGD sesuai dengan SPO yang ditetapkan rumah sakit ☐ Meningkatkan kompetensi petugas IGD ☐ Melakukan pelatihan mengenai waktu tanggap penangangan pasien di IGD untuk mengurangi angka mortalitas dan morbiditas pasien di IGD

3. Waktu Tunggu Rawat Jalan

Indikator	Waktu Tunggu Rawat Jalan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvey
Denumerator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvey
Target	60 menit
Hasil	

Bulan	Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt	Spt
Hasil	123	117	140	133,2	100,5	115	120	136	132

Grafik



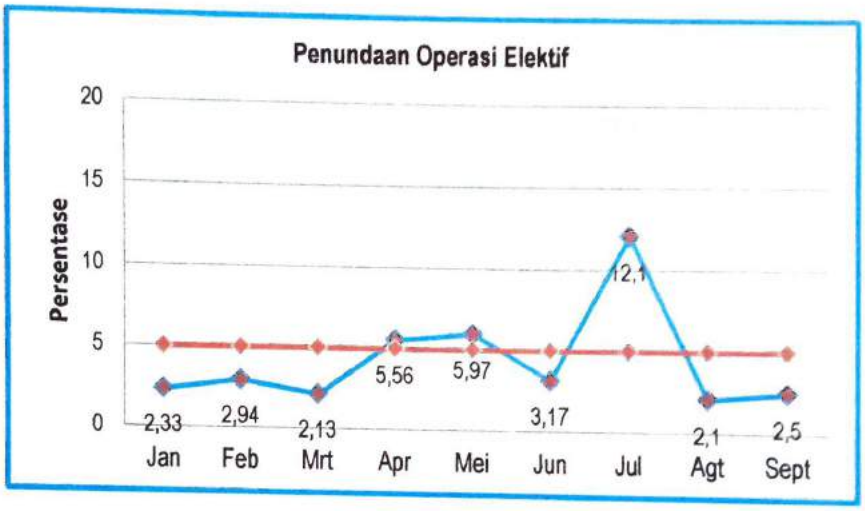
Analisa	Waktu Tunggu Rawat Jalan bertujuan untuk mengetahui waktu tunggu pelayanan pasien di rawat jalan sehingga terselenggaranya pelayanan poliklinik pada hari kerja yang mudah dan cepat diakses oleh pasien. WTRJ ini penting karena berakitan dengan kepuasan pasien terhadap pelayanan rumah sakit. Berdasarkan grafik diatas didapatkan bahwa waktu tunggu rawat jalan belum sesuai standar, dengan angka rata-rata di triwulan III 2019 sebesar 129, 3 menit.
Rekomendasi	☐ Menurunkan capaian indikator dengan selalu melaksanakan pelayanan pendaftaran pasien rawat jalan sesuai SPO ☐ Melakukan asuhan pasien rawat jalan sesuai SPO dan melakukan inovasi prosedur pendaftaran menggunakan tehnologi informasi terkini

4. Penundaan Operasi Elektif

Indikator	Penundaan Operasi Elektif
Numerator	Jumlah pasien yang waktu jadwal operasinya berubah
Denumerator	Jumlah pasien yang di operasi elektif
Target	5%
Hasil	

Bulan	Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt	Spt
Hasil	2,33	2,94	2,13	5,56	5,97	3,17	12,1	2,1	2,5

Grafik



Analisa

Ketepatan dan kecepatan penanganan, mengindikasikan keefektifan dan efisiensi waktu tunggu operasi. Indikator mutu penundaan operasi elektif pada grafik diatas menunjukkan kasus penundaan operasi elektif sudah sesuai standar dibawah 5 %, meskipun ada dibulan juli 2019, dengan rata-rata di triwulan III sebesar 5,57%. Penyebab angka penundaan operasi yang masih ada disebabkan karena :

- Penurunan kondisi umum pasien
- Perbaikan kondisi pasien

Rekomendasi

Berdasarkan analisa diatas buat maka agar angka penundaan operasi elektif sesuai standar maka perlu dilakukan upaya :

a. Pemenuhan sarana :
   - Memonitor kelayakan alat dikamar operasi secara berkala
   - Berkoordinasi dengan pihak terkait apabila ada kerusakan dikamar operasi
   - Melakukan pemeriksaan/inspeksi secara berkala ketersedian/penampungan air

b. Sumber Daya Manusia
   - Meningkatkan SDM yang ada di rumah sakit khususnya untuk ruangan kamar operasi

c. Prosedur :
   - Sosialisasi SPO penundaan waktu operasi elektif. Penjadwalan operasi terintegrasi dari ruang rawat inap

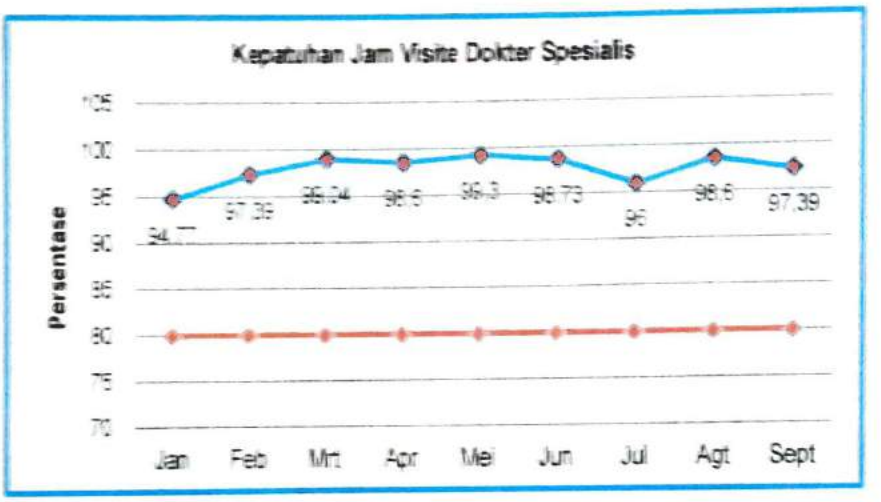
5. Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis

Indikator	Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis
Numerator	Jumlah visite dokter spesialis sebelum jam 14:00 pada hari berjalan
Denumerator	Jumlah visite dokter spesialis pada hari berjalan
Target	80%

Hasil

Bulan	Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt	Spt
Hasil	94,77	97,39	99,04	98,6	99,3	98,73	96	98,6	97,39

Grafik



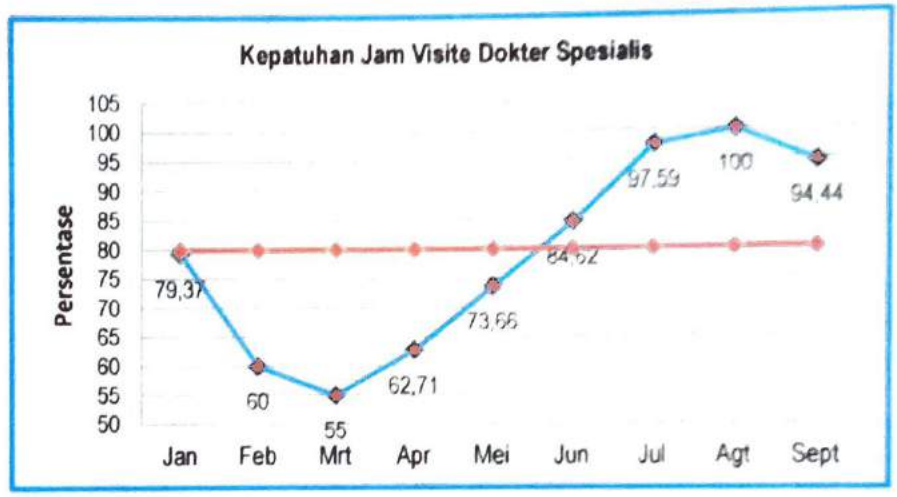
Analisa	Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis bertujuan untuk mendapatkan gambaran kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu memberikan pelayanan medis kepada pasien yang menjadi tanggungjawabnya, dengan standar capaian adalah 80%, dengan rata-rata pada trimester III sebesar 97,33%. Dokter spesialis yang jumlahnya terbatas harus memberikan pelayanan di Instalasi Rawat Jalan, Rawat Inap dan Bedah Sentral maupun unit tindakan lainnya sehingga terlambat melakukan visite.
Rekomendasi	- Melakukan sosialisasi tentang ketentuan jam visite kepada para DPJP - Mengupayakan formasi penambahan dokter spesiaalis sehingga mampu melayani sesuai kasus yang ada - Sosialisasi SPO jam visite dokter - Supervisi jam visite dokter spesialis - Edaran jam visite ke setiap KSM

6. Waktu Lapor Hasil Tes Kritis laboratorium

Indikator	Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Laboratorium
Numerator	Jumlah pemeriksaan laboratorium kritis yang dilaporkan < 30 menit (kali)
Denumerator	Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium kritis (kali)
Target	80%
Hasil	

Bulan	Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt	Spt
Hasil	79,37	60	55	62,71	73,66	84,62	97,59	100	94,44

Grafik



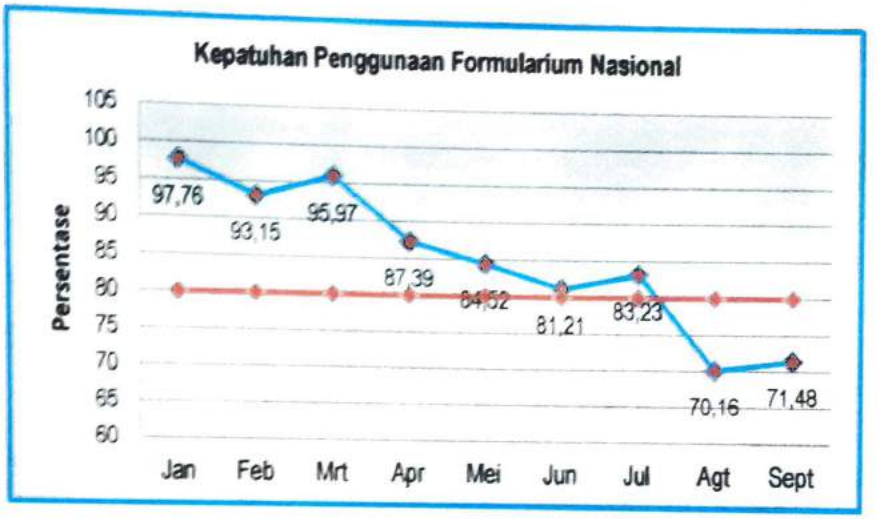
Analisa	Indikator mutu waktu lapor hasil kritis laboratorium bertujuan untuk mendukung keselamatan pasien. Standar capaiananya sebesar 100% . Berdasarkan grafik diatas, pda triwulan III sudah mencapai standar dengan angka rata-rata pada sebesar 97,34%.
Rekomendasi	Berdasarkan diagram tulang ikan yang telah dibuat maka agar indikator mutu waktu lapor hasil test kritis laboratorium sesuai standar maka perlu dilakukan upaya perbaikan-perbaikan sarana, sumber daya manusia dan prosedur yaitu : a. Sarana - Penyediaan kelengkapan alat laboratorium. b. Sumber Daya Manusia : - Review jumlah tenaga laboratorium patologi klinik sesuai beban kerja c. Prosedur : - Review SPO pelaporan hasil test kritis laboratorium oleh analis kesehatan ke dokter penanggung jawab laboratorium - Review SPO pelaporan hasil test kritis laboratorium ke DPJP - Review regulasi tentang pelaporan hasil test kritis laboratorium - Ada bukti tindak lanjut pelaporan hasil test kritis laboratorium secara kolaboratif - Monitoring kepatuhan pelaporan hasil test kritis laboratorium melalui audit rekam medis.

7. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional

Indikator	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional
Numerator	Jumlah R/ yang patuh dengan formularium nasional (lembar)
Denumerator	Jumlah seluruh R/ (lembar)
Target	80%
Hasil	

Bln	Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt	Spt
Hsl	97,76	93,15	95,97	87,39	84,52	81,21	83,23	70,16	71,48

Grafik



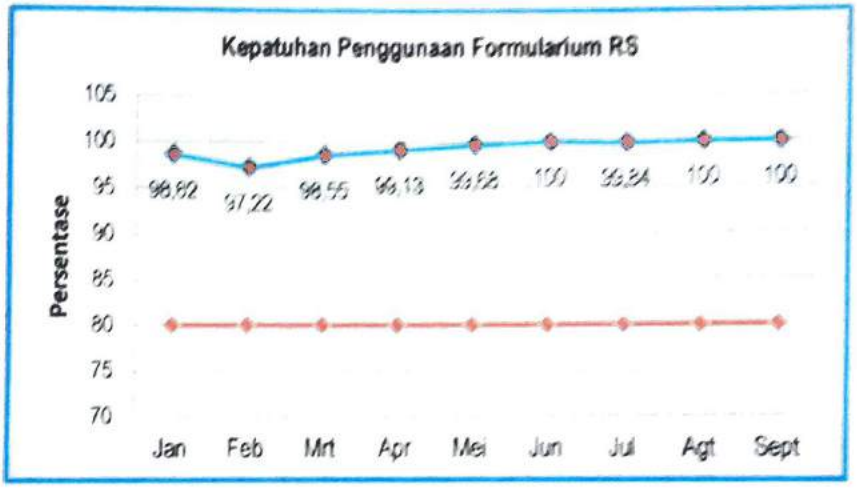
Analisa	Indikator mutu kepatuhan terhadap penggunaan formularium nasional menggambarkan efisiensi pelayanan obat kepada pasien JKN sehingga terwujudnya penyelenggaraan system pelayanan kefarmasian berbasis mutu dan keselamatan pasien. Kepatuhan penggunaan FORNAS pada grafik diatas trennya menurun dibawah standar 80%, dengan angka rata-rata pada trimester III tahun 2019 sebesar 74,96%. Hal tersebut disebabkan karena : - Kurangnya kedisiplinan staf medis dalam melakukan peresepan obat formularium nasional - Dalam petunjuk tehnis pelayanan farmasi bagi peserta JKN disebutkan bahwa pemberian obat fornas diperbolehkan atas indikasi medis di IGD dan untuk pelayanan lanjutan setelah pasien pulang, maksimal 2 jenis obat
Rekomendasi	- Melakukan evaluasi kepatuhan peresepan formularium nasional - Melakukan sosialisi secara terus menerus tentang obat-obat yang masuk dalam formularium nasional

8. Kepatuhan Penggunaan Formularium Rumah Sakit

Indikator	Kepatuhan Penggunaan Formularium Rumah Sakit
Numerator	Jumlah R/ yang patuh dengan formularium RS (lembar)
Denumerator	Jumlah seluruh R/ (lembar)
Target	80%
Hasil	

Bulan	Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt	Sept
Hasil	98,62	97,22	98,55	99,13	99,58	100	99,84	100	100

Grafik



Analisa	Formularium rumah sakit disusun mengacu pada FORNAS dimana formularium ini merupakan daftar obat yang disepakati oleh staf medis dan disusun oleh Komite Farmasi Terapi Pada grafik kepatuhan pengunaan formularium RS diatas trennya meningkat dan sudah di atas standar 80%, dengan angka rata-rata pada trimester III tahun 2019 sebesar 99,95%.
Rekomendasi	- Mempertahankan capaian indikator dengan selalu melaksanakan pelayanan obat sesuai SPO. - Meningkatkan peran aktif staf medis mulai dari penyusunan, pelaksanaan, pemeliharaan dan pengawasan formularium. Komite Farmasi Terapi dalam menyusun formularium meminta feed back dari dokter sehingga benar-benar disepakati oleh semua pihak. - Menyarankan agar Instalasi Farmasi menjamin ketersediaan obat-obat di dalam formularium RS. - Melakukan sosialisasi terus menerus semua kebijakan dan prosedur yang berkaitan dengan formularium yang sudah ada.

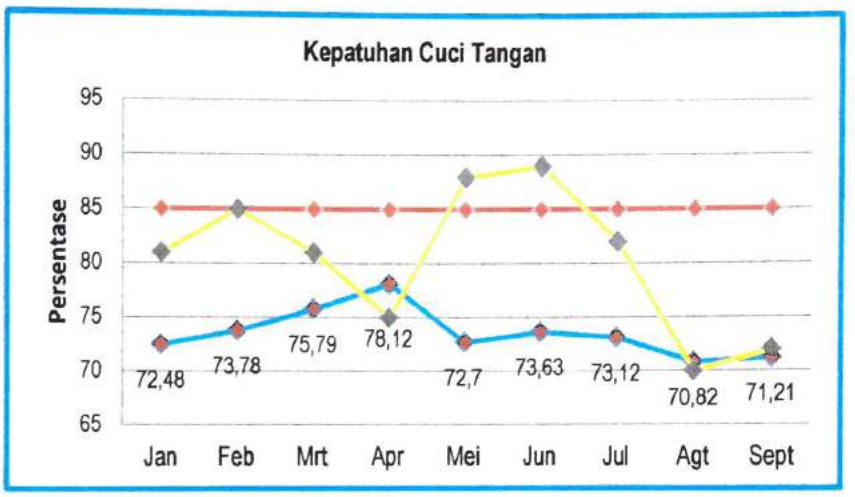
9. Kepatuhan Cuci Tangan

Indikator	Kepatuhan Cuci Tangan
Numerator	Jumlah kepatuhan petugas dalam melakukan hand hygiene
Denumerator	Jumlah kesempatan petugas melakukan hand hygiene
Target	85%

Hasil

Bulan	Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt	Spt
2109	72,48	73,78	75,79	78,12	72,7	73,63	73,12	70,82	71,21
2018	85	85	81	75	88	89	82	70	72

Grafik



Analisa

Target capaian indikator mutu kepatuhan cuci tangan sebesar 85%. Berdasarkan grafik diatas kepatuhan cuci tangan belum mencapai standar, Terdapat peningkatan kepatuhan cuci tangan sejak bulan Februari 2019 namun masih belum mencapai standar, dengan angka rata-rata pada trimester III tahun 2019 sebesar 71,72%.

Masih adanya ketidakpatuhan cuci tangan di RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan di disebabkan karena :

- Kurangnya pemahaman dan kesadaran akan pentingnya cuci tangan
- Kurangnya keperdulian individu

Rekomendasi

Berdasarkan diagram tulang ikan yang telah dibuat maka agar indikator mutu kepatuhan cuci tangan sesuai standar maka perlu dilakukan upaya perbaikan-perbaikan sarana, sumber daya manusia dan prosedur yaitu :

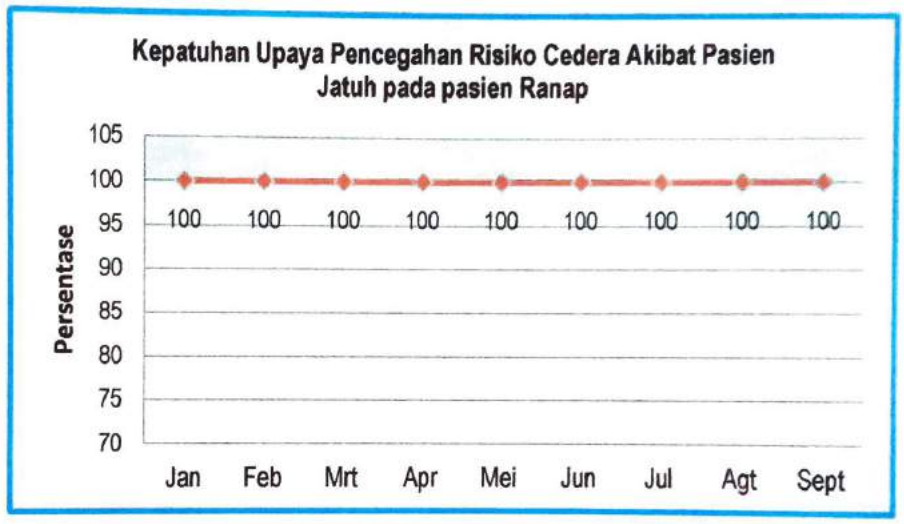
- Sarana
  a. Pemeliharaan dan perbaikan sarana cuci tangan secara berkala sehingga dapat berfungsi baik.
  b. Penyediaaan handrub secara berkala oleh Instalasi Farmasi sehingga handrub terjamin kecukupannya.
  c. Penyediaan banner dan poster cuci tangan untuk meningkatkan kepatuhan cuci tangan.
- Sumber daya manusia
  Peningkatan pemahaman, kepedulian dan kesadaran pentingnya cuci tangan.
- Prosedur
  Audit kepatuhan pelaksanaan SPO hand hygiene

10. Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Cedera Akibat Pasien Jatuh pada pasien Ranap

Indikator	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Cedera Akibat Pasien Jatuh pada pasien Ranap
Numerator	Jumlah kasus yang mendapatkan ketiga upaya pencegahan pasien jatuh
Denumerator	Jumlah kasus semua pasien yang berisiko jatuh
Target	100%
Hasil	

Bulan	Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt	Spt
Hasil	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Grafik



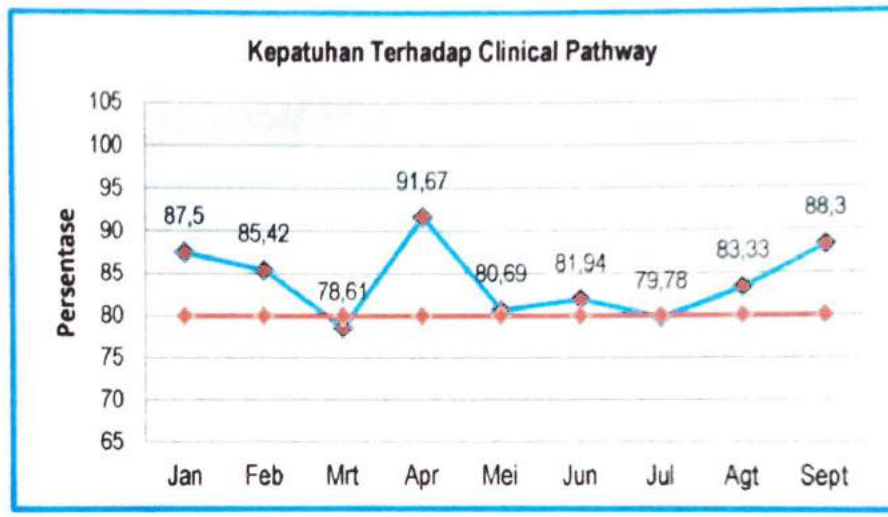
Analisa	Kepatuhan upaya pencegahan risiko cedera akibat pasien jatuh di rawat inap merupakan indikator keselamatan pasien, sudah mencapai standar 100%.
Rekomendasi	Upaya perbaikan yang dilakukan untuk mempertahankan capaian adalah : a. Sarana : □ Perbaikan tempat tidur masih ada yang rusak/tidak Pagar pengamannya □ Perbaikan roda tempat tidur/brankar yang sudah aus/lepas bantalan karetnya b. Sumber daya manusia □ Peningkatan kesadaran perawat terhadap skrining pasien resiko jatuh □ Peranan Kepala unit kerja / ruangan untuk memonitor pelaksanaan skrining pasien resiko jatuh c. Prosedur : □ Peningkatan koordinasi unit kerja dengan dengan Instalasi Kesehatan dan keselamatan Kerja Rumah Sakit untuk manajemen faktor-faktor resiko di lingkungan rumah sakit. □ Edukasi kepada petugas dan keluarga pasien di setiap unit kerja tentang pencegahan pasien resiko jatu □ Monitor kualitas pagar pengaman/roda tempat tidur/brankar

11. Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway

Indikator	Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway
Numerator	Jumlah kasus yang penanganannya patuh dengan kriteria 5 clinical pathways
Denumerator	Jumlah total kasus yang masuk dalam kriteria 5 clinical pathways yang ditetapkan
Target	80%
Hasil	

Bulan	Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt	Spt
Hasil	87,5	85,42	78,61	91,67	80,69	81,94	79,78	83,33	88,3

Grafik



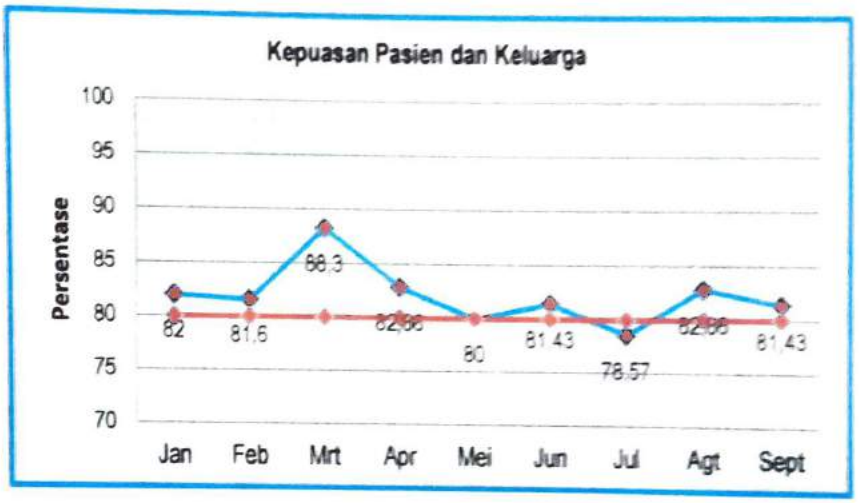
Analisa	Kepatuhan terhadap clincal pathway menggambarkan terselenggaranya standarisasi proses asuhan klinis, mengurangi resiko proses asuhan klinis, mengurangi adanya variasi asuhan klinis dan memberikan asuhan klinis yang tepat waktu serta penggunaan sumber daya yang efisien dan konsisten sehingga menghasilkan mutu pelayanan yang tinggi dengan menggunakan praktek klinik yang berbasis bukti. Berdasarkan grafik diatas menunjukkan kepatuhan terhadap clincal pathway meningkat sesuai standar, namun terjadi penurunan sedikit di bulan Juli sebesar 79,78%
Rekomendasi	☐ Konsistensi pengisian CP oleh Case Manager ☐ Komite medis mengadakan rapat rutin dengan KSM untuk melakukan evaluasi CP ☐ Monitoring ketersediaan format CP di setiap unit pelayanan ☐ Mempertahankan capaian indikator dengan selalu melaksanakan asuhan pasien sesuai dengan clincal pathway yang ditetapkan rumah sakit

12. Kepuasan Pasien dan Keluarga

Indikator	Kepuasan Pasien dan Keluarga
Numerator	Hasil Penilaian IKM. Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denumerator	Skala Maksimal Penilaian IKM. Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Target	80%
Hasil	

Bln	Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt	Spt
Hsl	82	81,6	88.3	82.86	80	81.43	78.57	82.86	81.43

Grafik



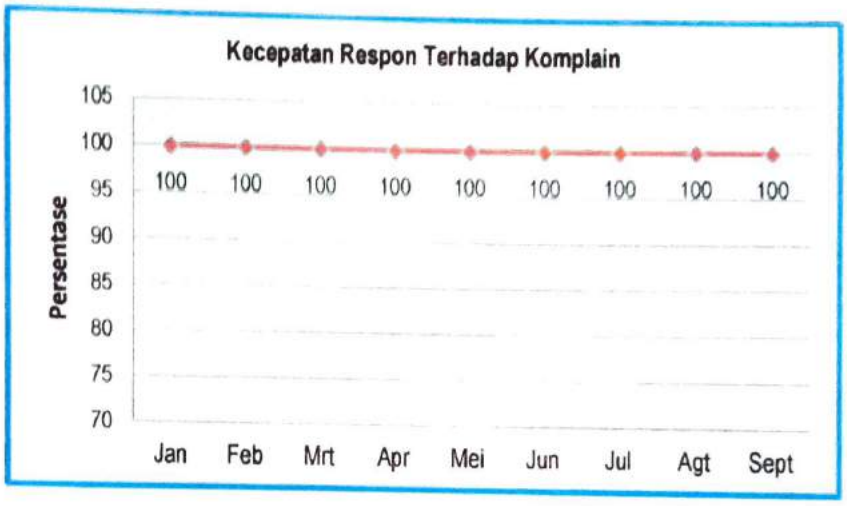
Analisa	Kepuasan adalah tingkat keadaan yang dirasakan seseorang yang merupakan hasil dari membandingkan pelayanan yang diberikan dengan harapan. Berdasarkan garfik diatas tampak kepuasan pasien sudah mencapai standar, dengan angka rata-rata pada trimester III tahun 2019 sebesar 80,95%. Kepuasan pasien merupakan sebuah pencapaian rumah sakit dalam memberikan pelayanan prima.
Rekomendasi	- Mempertahankan capaian indikator dengan selalu melaksanakan pelayanan sesuai SPO. - Meningkatkan kualitas pelayanan pada unsur penilaian kepuasan pasien dan keluarga

13. Kecepatan Respon Terhadap Komplain

Indikator	Kecepatan Respon Terhadap Komplain
Numerator	Jumlah KKM, KKK dan KKH yang sudah ditanggapi dan ditindaklanjuti dalam 1 bulan
Denumerator	Jumlah seluruh KKM, KKK dan KKH dalam 1 bulan
Target	100%
Hasil	

Bln	Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt	Spt
Hsl	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Grafik



Analisa	Berdasarkan grafik indikator kecepatan respon terhadap komplain diatas telah mencapai standar 100%.
Rekomendasi	a. Sarana - Peningkatan sarana Sie Informasi dan Pengaduan berupa penyediaan buku atau formulir complain - Monitoring lingkungan rumah sakit sehingga tercipta suasana lingkungan yang nyaman dan aman untuk pasien/keluarga b. Sumber Daya Manusia - Peningkatan kapasitas sumber daya manusia memalui pendidikan dan pelatihan sehingga petugas penanganan komplain mempunyai kompetensi - Melakukan komunikasi dan informasi efektif dengan pendekatan persuasife pada pasien dan keluarga c. Prosedur : - Kepatuhan pelaksanaan SPO Penanganan Pengaduan Pasien/Keluarga - Pelaksanaan alur penyampaian dan penyelesaian komplain yang berjenjang - Melakukan edukasi prosedur dan peraturan yang berlaku kepada pasien dan keluarga untuk mempercepat pemahaman

B. PEMILIHAN PELAYANAN AREA PRIORITAS

Area Prioritas pelayanan ditetapkan dalam rapat Komite bersama Direktur dan Kepala Bidang di RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan, dengan keputusan menetapkan "pelayanan saraf' sebagai prioritas pelayanan tahun 2019.

Latar belakang penetapan pelayanan saraf sebagai area prioritas upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien di RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan adalah :

1. Pemilihan pelayanan saraf sebagai upaya pemenuhan visi dan misi rumah sakit
   a. Visi rumah sakit adalah terwujudnya RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan yang berkualitas, profesional, dan terpercaya dalam pelaksanaan kesehatan di Kabupaten Pacitan 2021. Dengan pemilihan upaya peningkatan mutu pelayanan saraf ini, maka RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan berharap akan mampu menyediakan pelayanan saraf yang prima sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan/ teknologi dan dapat menjadi pusat rujukan regional pasien-pasien pelayanan saraf
   b. Misi rumah sakit
      1) Meningkatnya pelayanan kesehatan yang bermutu dan profesional dengan mengutamakan keselamatan pasien merupakan salah satu misi RSUD dr. darsono Kabupaten Pacitan. Upaya peningkatan mutu pelayanan saraf diharapkan mampu memberikan pelayanan saraf yang mengutamakan keselamatan pasien mengingat hanya terdapat 1 (satu) orang dokter spesialis saraf, sedangkan jumlah kunjungan pasien pelayanan saraf merupakan jumlah kunjungan tertinggi dibanding dengan pelayanan lainnya, yaitu sebanyak 15.105 pasien atau 18,76% dari jumlah total pasien yang berkunjung ke rawat jalan RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan pada tahun 2018.
2. Data permasalahan yang ada di rumah sakit

   Upaya peningkatan mutu pelayanan saraf juga berdasarkan adanya data yang ada di instalasi farmasi rumah sakit pada tahun 2018 dimana dari 750 lembar resep pasien pelayanan saraf hanya terdapat 70,33% yang

terbaca. Hal ini masih bearada di bawah standar. Target jumlah resep pasien pelayanan saraf yang terbaca adalah sebanyak 100%.

3. Perbaikan pelayanan saraf diharapkan dapat berdampak pada efisiensi. Pelayanan saraf merupakan pelayanan yang high cost

C. ANALISA DATA INDIKATOR AREA PRIORITAS

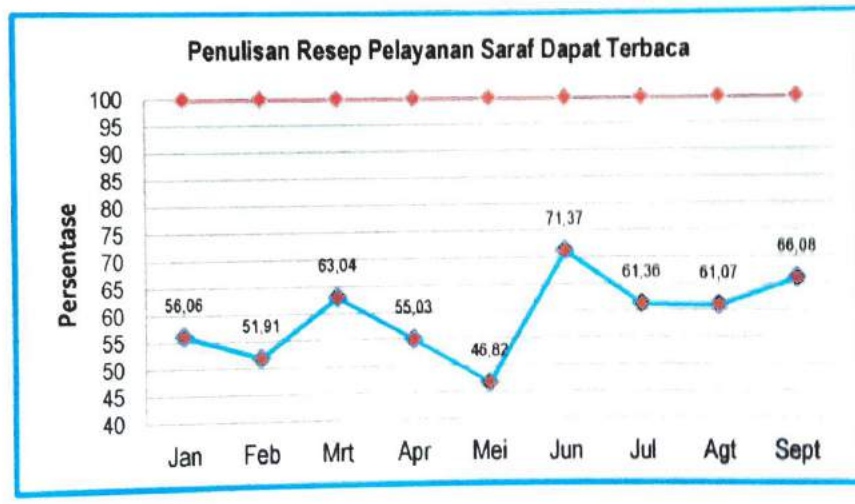
1. Indikator Area Klinik

a. Penulisan Resep Pelayanan Saraf Dapat Terbaca

Indikator	Penulisan Resep Pelayanan Saraf Dapat Terbaca
Numerator	Jumlah penulisan resep pelayanan saraf dapat terbaca
Denumerator	Jumlah seluruh resep pelayanan saraf
Target	100%
Hasil	

Bulan	Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt	Spt
Hasil	56,06	51,91	63,04	55,03	46,82	71,37	61,36	61,07	66,08

Grafik



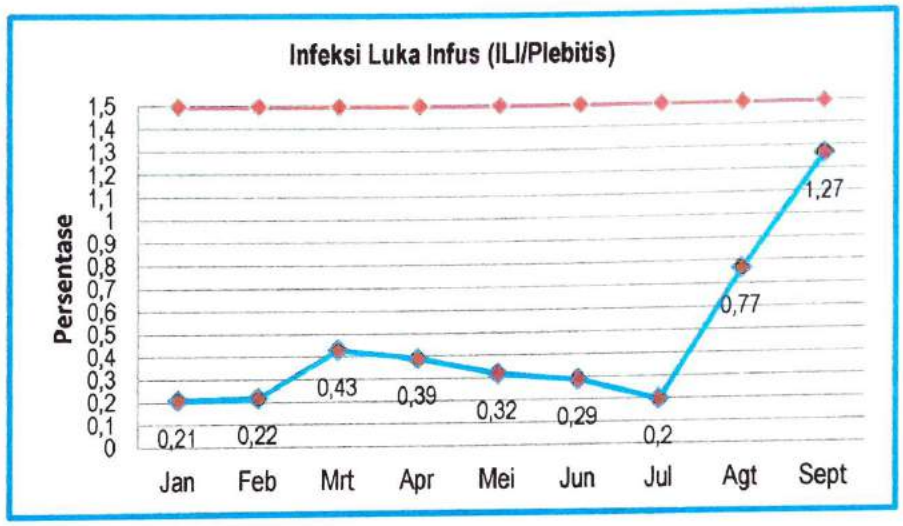
Analisa	Pada grafik penulisan resep pelayanan saraf dapat terbaca diatas trennya meningkat dan meskipun masih dibawah standar 100%, dengan angka rata-rata pada trimester III tahun 2019 sebesar 62,84%.
Rekomendasi	Mengusulkan penambahan staf medis pelayanan saraf Penulisan resep dilakukan dengan huruf lengkap Mengupayakan penggunaan e-resep untuk meminimalkan resep tidak terbaca

b. Infeksi Luka Infus (ILI/Plebitis)

Indikator	Infeksi Luka Infus (ILI/Plebitis)
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami infeksi luka infus (phlebitis)
Denumerator	Jumlah hari pemasangan infus
Target	1,5%
Hasil	

Bulan	Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt	Spt
Hasil	0,21	0,22	0,43	0,39	0,32	0,29	0,2	0,77	1,27

Grafik



Analisa

Infeksi luka infus/phlebitis merupakan inflamasi vena, yang ditandai dengan adanya daerah merah, nyeri dan pembengkakan pada daerah penusukan atau sepanjang vena.

Pada grafik Infeksi Luka Infus (ILI/Plebitis) diatas trennya meningkat namun sudah di dibawah standar 1,5%, dengan angka rata-rata pada trimester III tahun 2019 sebesar 0,75%

Rekomendasi

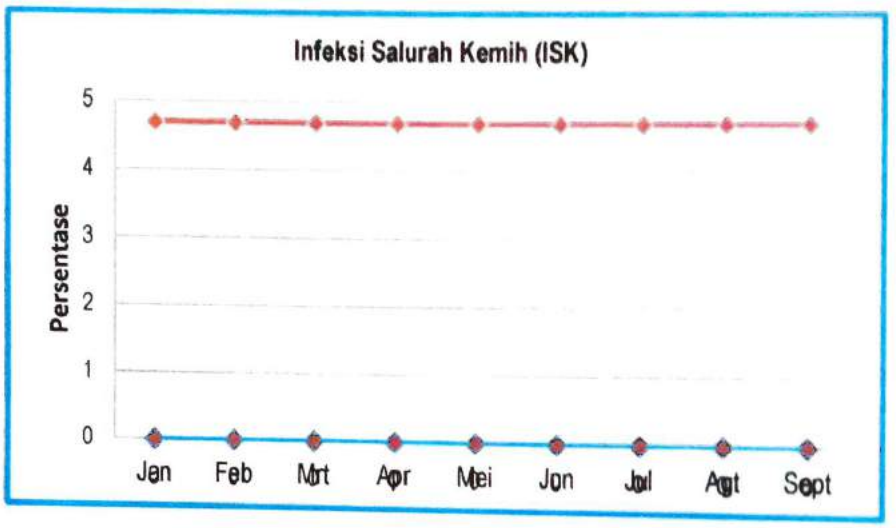
- ☐ Memberikan pemahaman pemasangan IV catheter dengan tehnik yang benar
- ☐ Melakukan monitoring IV catheter setiap operan dinas perawat dan bila sudah 3 hari segera dipindah ke lokasi lain
- ☐ Memberikan penjelasan pada pasien dan keluarga
- ☐ Melakukan edukasi / sosialisasi bundles Plebitis
- ☐ Melakukan monitoring dan surveillan HAIs secara rutin

c. Infeksi Salurah Kemih (ISK)

Indikator	Infeksi Salurah Kemih (ISK)
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami infeksi salurah kemih (ISK)
Denumerator	Jumlah seluruh pasien yang terpasang cateter urin
Target	4,7%
Hasil	

Bulan	Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt	Spt
Hasil	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Grafik



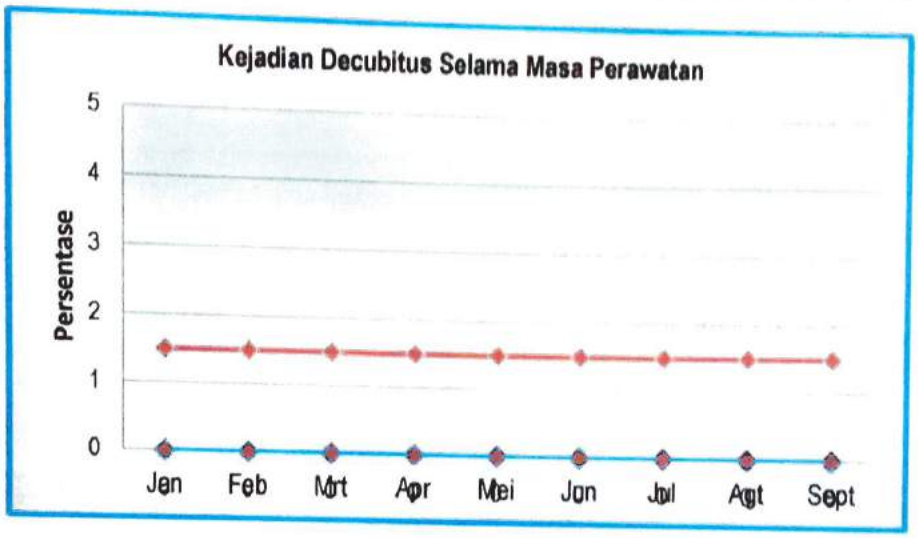
Analisa	Indikator mutu Infeksi Saluran Kemih (ISK) bertujuan untuk mendukung upaya pencegahan dan pengendalian infeksi rumah sakit. Standar capaiannya di bawah 4,7%. Berdasarkan grafik diatas kejadian Penumonia Akibat Pemakaian Infeksi Saluran Kemih (ISK) masih sesuai standar dengan angka rata-rata sebesar 0%
Rekomendasi	☐ Mempertahankan capaian indikator dengan selalu melaksanakan pelayanan sesuai SPO. ☐ Surveilan secara rutin oleh IPCN dan IPCLN agar upaya pencegahan dan pengendalian infeksi rumah sakit berjalan dengan baik

d. Kejadian Decubitus selama Masa Perawatan

Indikator	Kejadian decubitus selama masa perawatan
Numerator	Jumlah kejadian decubitus
Denumerator	Jumlah hari tirah baring
Target	1,5%
Hasil	

Bulan	Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt	Spt
Hasil	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Grafik



Analisa	Dekubitus merupakan masalah akut yang sering terjadi pada situasi perawatan pemulihan. Gangguan ini terjadi pada individu yang mengalami tirah baring lama serta mengalami gangguan tingkat kesadaran. Ketika dekubitus terjadi maka lama perawatan dan biaya perawatan rumah sakit akan meningkat. Pada grafik diatas sudah mencapai standar, dengan angka pada trimester III tahun 2019 sebesar 0%
Rekomendasi	☐ Mempertahankan capaian dengan konsisten melaksanakan Standar Operasional Prosedur (SOP) pencegahan dekubitus khususnya pada pasien yang berisiko sampai dengan total care

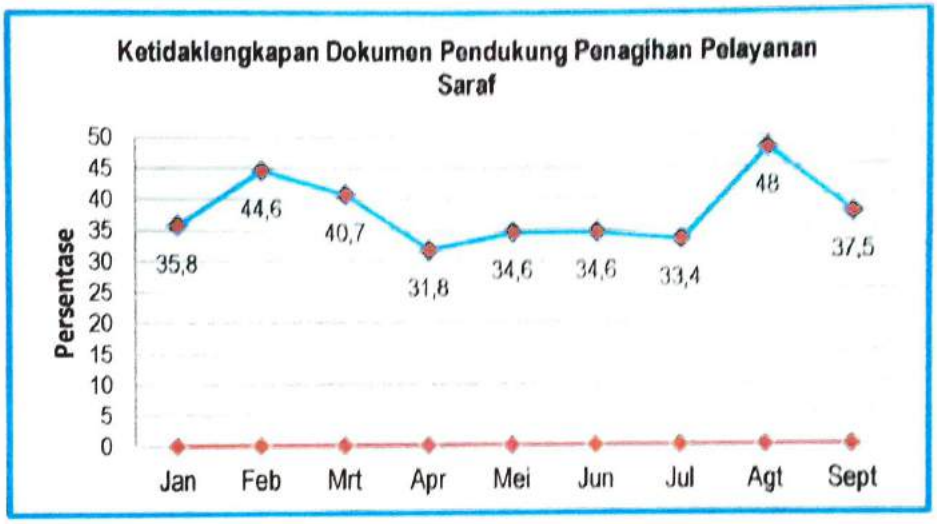
2. Indikator Area Manajemen

Ketidaklengkapan Dokumen Pendukung Penagihan Pelayanan Saraf

Indikator	Ketidaklengkapan Dokumen Pendukung Penagihan Pelayanan Saraf
Numerator	Jumlah dokumen pendukung penagihan pelayanan saraf yang tidak lengkap
Denumerator	Jumlah seluruh dokumen pendukung penagihan pelayanan saraf
Target	0%
Hasil	

Bulan	Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt	Spt
Hasil	35,8	44,6	40,7	31,8	34,6	34,6	33,4	48	37,5

Grafik



Analisa	Dokumen pendukung penagihan adalah dokumen yang harus disertakan didalam proses penagihan pada pihak asuransi/ perusahaan sesuai dengan permintaan yang tercantum di dalam surat perjanjian kerjasama. Dokumen pendukung penagihan meliputi surat jaminan, foto copy kartu peserta asuransi, resume medis, hasil laboratorium, hasil radiologi. Pada grafik diatas trennya meningkat dan masih di atas standar 0%, dengan angka rata-rata pada trimester III tahun 2019 sebesar 39,63%
Rekomendasi	☐ Meningkatkan kedisiplinan petugas untuk mengingatkan pihak terkait dalam melengkapi dokumen pendukung penagihan

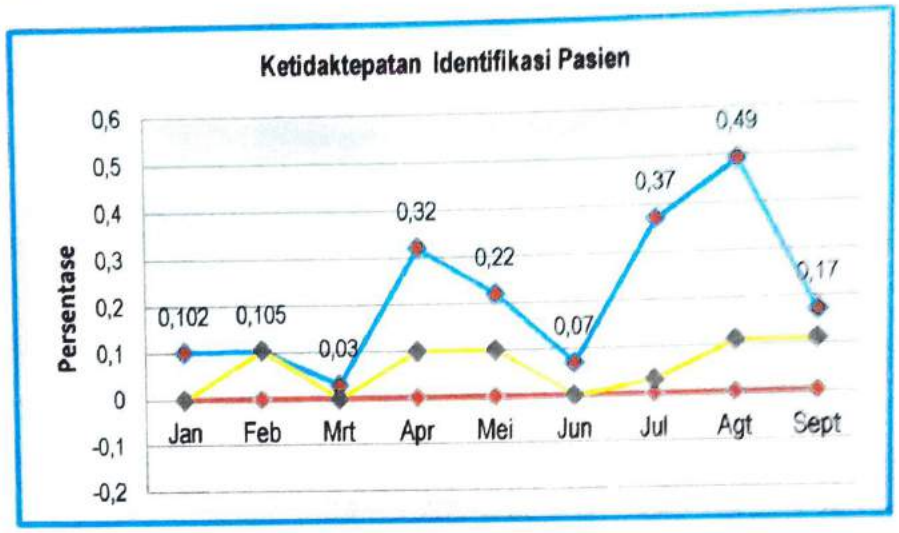
3. Indikator Sasaran Keselamatan Pasien (SKP)

a. Ketidaktepatan Identifikasi Pasien

Indikator	Ketidaktepatan Identifikasi Pasien
Numerator	Jumlah ketidaktepatan identifikasi pasien melalui gelang pasien
Denumerator	Jumlah seluruh identifikasi pasien melalui gelang pasien
Target	0%
Hasil	

Bulan	Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt	Spt
Hasil 2019	0,102	0,105	0,03	0,32	0,22	0,07	0,37	0,49	0,17
2018	0	0,105	0	0,1	0,1	0	0,03	0,11	0,1

Grafik



Analisa	Proses kegiatan identifikasi adalah dengan memasang gelang identifikasi pasien rawat inap tercantum nama, tanggal lahir dan nomor rekam medis. Ketersediaan gelang identitas pasien sangat penting, sehingga dapat meminimalkan risiko terjadi kesalahan dalam mengidentifikasi pasien pada saat tindakan, prosedur diagnostik, dan terapeutik. Pada grafik ketidaktepatan identifikasi pasien pada gelang pasien diatas trennya meningkat dan masih dibawah standar 0%, dengan angka rata-rata pada trimester III tahun 2019 sebesar 0,34%.
Rekomendasi	☐ Sosialisasi kepatuhan SPO identifikasi pasien ☐ Supervisi kepala unit ☐ Pelatihan peningkatan mutu dan keselamatan pasien

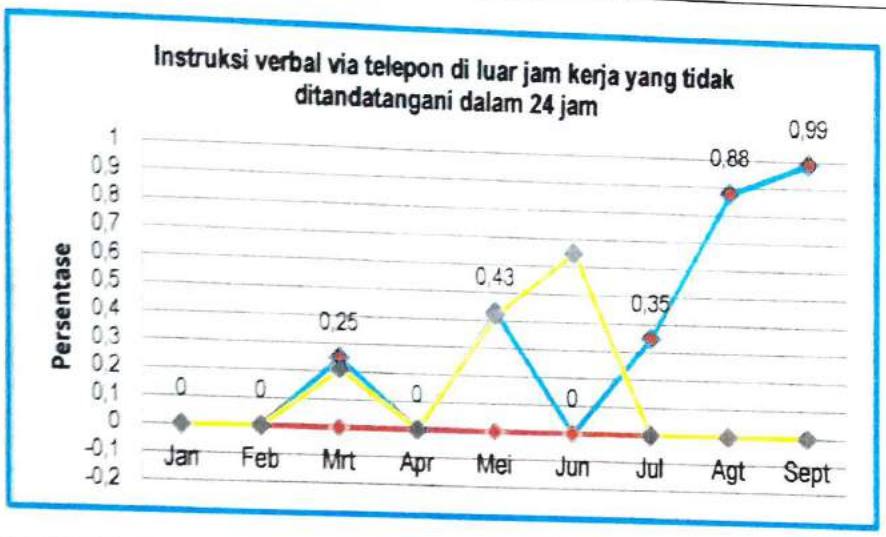
b. Peningkatan Komunikasi Efektif

Indikator	Instruksi verbal via telepon di luar jam kerja yang tidak ditandatangani dalam 24 jam
Numerator	Jumlah instruksi verbal via telepon di luar jam kerja yang tidak ditandatangani dalam 24 jam
Denumerator	Jumlah seluruh verbal via telepon di luar jam kerja
Target	0%

Hasil

Bulan	Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt	Spt
Hasil 2019	0	0	0,25	0	0,43	0	0,35	0,88	0,99
2018	0	0	0,21	0	0,42	0,65	0	0	0

Grafik



Analisa

Komunikasi efektif yang tepat waktu, akurat, lengkap jelas dan dipahami oleh pasien akan mengurangi kesalahan dan dapat meningkatkan keselamatan pasien. Komunikasi dapat berbentuk lisan dan tertulis.

Pada grafik diatas trennya meningkat dan masih dibawah standar 0%, dengan angka rata-rata pada trimester III tahun 2019 sebesar 0,74%.

Rekomendasi

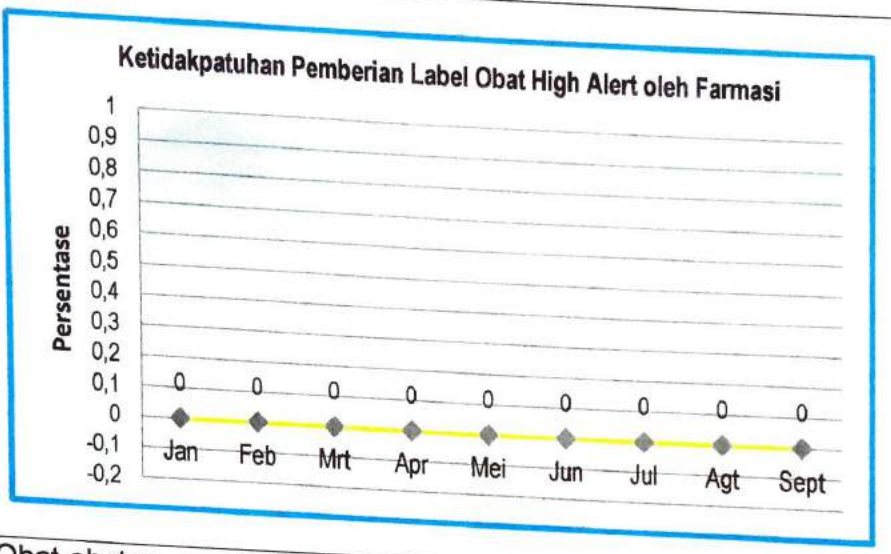
- Meningkatkan kepatuhan SPO instruksi verbal via telp, agar informasi yang disampaikan oleh perawat ke dokter dapat akurat dan tepat, dalam rangka pengambilan keputusan terhadap situasi klinis yang dihadapi pasien, dapat menggunakan standarisasi komunikasi melalui metode Situation Background Assessment Recommendation (SBAR)
- Supervisi kepala unit/ruang
- Pelatihan peningkatan mutu dan keselamatan pasien

c. Peningkatan Keamanan Obat yang Perlu Diwaspadai

Indikator	Ketidakpatuhan pemberian label obat high alert oleh farmasi
Numerator	Jumlah pemberian label obat high alert yang tidak patuh
Denumerator	Jumlah seluruh pemberian label obat high alert
Target	0%
Hasil	

Bulan	Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt	Spt
Hasil 2019	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2018	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Grafik



Analisa

Obat-obatan menjadi bagian dari rencana pengobatan pasien, manajemen harus berperan secara kritis untuk memastikan keselamatan pasien. Obat-obatan yang perlu diwaspadai (high alert medications) adalah obat yang sering menyebabkan terjadinya kesalahan serius (sentinel event). Obat yang berisiko tinggi menyebabkan dampak yang tidak diinginkan seperti obat-obatan yang terlihat mirip Nama Obat Rupa Mirip (NORUM) atau Look Alike Sound Alike (LASA)

Pada grafik diatas ketidaktepatan pemberian label obat oleh Farmasi sudah sesuai standar yaitu 0%.

Rekomendasi

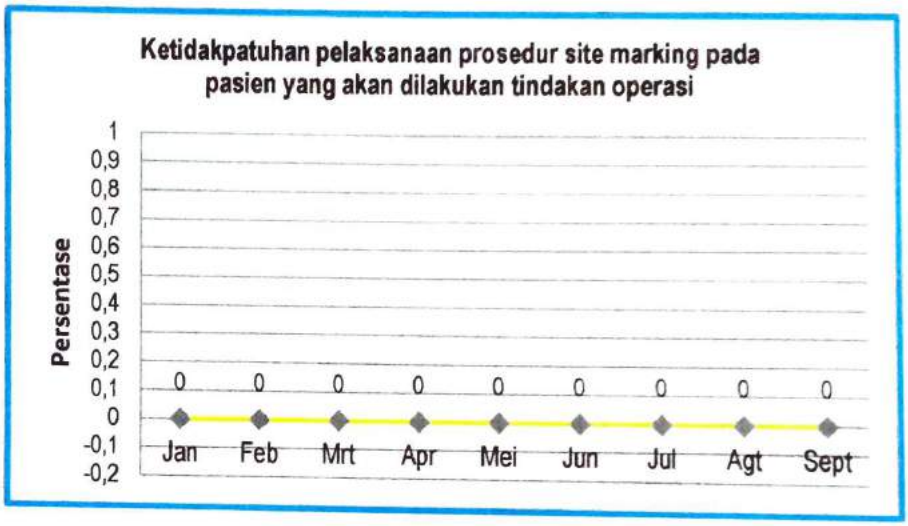
- ☐ Mempertahankan capaian
- ☐ Supervisi kepala unit
- ☐ Pelatihan peningkatan mutu dan keselamatan pasien

d. Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur dan tepat pasien operasi

Indikator	Ketidakpatuhan pelaksanaan prosedur site marking pada pasien yang akan dilakukan tindakan operasi
Numerator	Jumlah ketidakpatuhan pelaksanaan prosedur site marking pada pasien yang akan dilakukan tindakan operasi
Denumerator	Jumlah seluruh pelaksanaan prosedur site marking pada pasien yang akan dilakukan tindakan operasi
Target	0%
Hasil	

Bulan	Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt	Spt
Hasil 2019	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2018	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Grafik



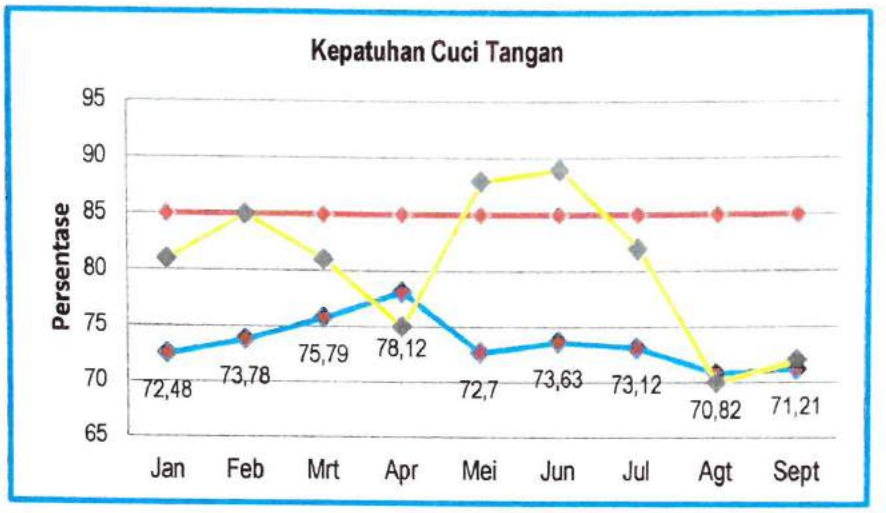
Analisa	Salah lokasi, salah prosedur dan salah pasien operasi adalah sesuatu yang mengkhawatirkan dan tidak jarang terjadi di rumah sakit. Kesalahan ini merupakan akibat dari komunikasi yang tidak efektif antara anggota tim bedah, kurang/tidak melibatkan pasien didalam penandaan lokasi (site marking) dan tidak ada prosedur untuk verifikasi lokasi operasi. Pada grafik diatas sudah sesuai standar, untuk pelaksanaan prosedur site marking pada pasien yang akan dilakukan tindakan operasi.
Rekomendasi	☐ Mempertahankan capaian ☐ Meningkatkan kepatuhan kepatuhan petugas perlu ditingkatkan agar pelaksanaan sasaran keselamatan pasien khususnya pasien operasi dapat berjalan optimal ☐ Supervisi kepala unit

e. Pengurangan resiko infeksi terkait pelayanan kesehatan

Indikator	Kepatuhan petugas kesehatan dalam melakukan kebersihan tangan dengan metode enam langkah dan lima momen
Numerator	Jumlah kepatuhan petugas dalam melakukan hand hygiene
Denumerator	Jumlah kesempatan petugas melakukan hand hygiene
Target	0%
Hasil	

Bulan	Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt	Spt
2109	72,48	73,78	75,79	78,12	72,7	73,63	73,12	70,82	71,21
2018	85	85	81	75	88	89	82	70	72

Grafik



Analisa

Pokok dari eliminasi infeksi adalah cuci tangan (hand hygiene) yang tepat. Pedoman hand hygiene yang berlaku secara internasional bias diperoleh dari World Health Organization (WHO), rumah sakit mempunyai proses kolaboratif untuk mengembangkan kebijakan dan/atau prosedur yang menyesuaikan atau mengadopsi pedoman hand hygiene yang diterima secara umum untuk implementasi pedoman itu di rumah sakit

Pada grafik diatas masih dibawah standar 80%, dengan angka rata-rata pada trimester III tahun 2019 sebesar 71,72%. Hal ini di disebabkan karena :

- Kurangnya pemahaman dan kesadaran akan pentingnya cuci tangan.
- Kurangnya keperdulian individu

Rekomendasi

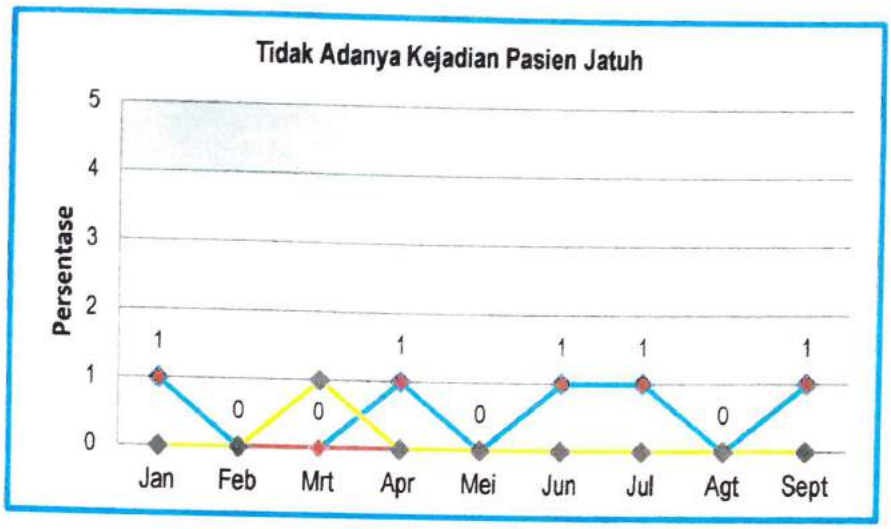
- Sarana
  a. Pemeliharaan dan perbaikan sarana cuci tangan secara berkala sehingga dapat berfungsi baik.
  b. Penyediaaan handrub secara berkala oleh Instalasi Farmasi sehingga handrub terjamin kecukupannya.
  c. Penyediaan banner dan poster cuci tangan untuk meningkatkan kepatuhan cuci tangan.
- Sumber daya manusia
  Peningkatan pemahaman, kepedulian dan kesadaran pentingnya cuci tangan.
- Prosedur
  Audit kepatuhan pelaksanaan SPO hand hygiene

f. Pengurangan resiko pasien terjatuh

Indikator	Tidak adanya kejadian pasien jatuh
Numerator	Jumlah insiden kejadian pasien jatuh
Denumerator	-
Target	0%
Hasil	

Bulan	Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt	Spt
Hasil 2019	1	0	0	1	0	1	1	0	1
2018	0	0	1	0	0	0	0	0	0

Grafik



Analisa	Pasien yang pada asesmen awal dinyatakan berisiko rendah untuk jatuh dapat mendadak berubah menjadi berisiko tinggi. Hal ini disebabkan oleh operasi dan/atau anestesi, perubahan mendadak kondisi pasien, serta penyesuaian pengobatan. Pada grafik diatas masih diatas standar, dimana pada triwulan III 2019 terdapat 2 kasus jatuh.
Rekomendasi	☐ Melakukan asesmen resiko jatuh ☐ Menempatkan pasien resiko jatuh sesuai dengan SPO/aturan yang berlaku ☐ Memasang kancing resiko jatuh ☐ Melakukan edukasi kepada pasien dan keluarga tentang resiko jatuh

BAB IV
PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Upaya peningkatan mutu yang dilakukan oleh RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan saat ini sudah mendapatkan dukungan yang maksimal dari Direktur dan seluruh staf Rumah sakit. Akan tetapi masih butuh koordinasi dan tata kelola yang baik dalam sistemika kerjanya.
2. Kedisiplanan dalam pelaporan mutu juga harus ditingkatkan. Kompetensi dan pengetahuan seluruh anggota Komite PMKP dan Penanggung Jawab Mutu Unit tentang upaya peningkatan mutu harus selalu di update dan dilaksanakan.

B. Saran

1. Memaksimalkan pertemuan rutin Komite PMKP sebagai upaya sosialisasi seluruh program peningkatan mutu kepada kepala unit maupun penanggung jawab mutu di unit.
2. Peningkatan pemahaman unit kerja tentang PMKP melalui pelatihan internal PMKP secara bertahap.untuk seluruh pegawai rumah sakit .
3. Penataan dan pendistribusian ulang seluruh dokumen PMKP yang berupa program, Panduan dan SPO sehingga setiap pegawai lebih memahami upaya peningkatan mutu di RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan.
4. Mengoptimalkan upaya validasi data mutu sehingga data mutu dapat ditampilkan dan pertanggungjawabkan di publik.
5. Melakukan peninjauan kembali terhadap profil indikator mutu yang telah dibuat untuk mendapat hasil penilaian mutu yang tidak bias dan berkualitas

Pacitan, Oktober 2019
KETUA KOMITE
PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN
RSUD dr. DARSONO KABUPATEN PACITAN

RSUD dr. DARSONO
KOMITE PMKP
KABUPATEN PACITAN

dr. AZHAR NUR FATHONI, Sp.THT-KL
NIP. 19751117 200604 1 010