

BAB I PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Rumah Sakit adalah suatu institusi pelayanan kesehatan yang kompleks, padat pakar dan padat modal. Kompleksitas ini muncul karena pelayanan di rumah sakit menyangkut berbagai fungsi pelayanan, pendidikan dan penelitian, serta mencakup berbagai tingkatan maupun jenis disiplin. Agar rumah sakit harus memiliki sumber daya manusia yang profesional baik di bidang teknis medis maupun administrasi kesehatan. Untuk menjaga dan meningkatkan mutu, rumah sakit harus mempunyai suatu ukuran yang menjamin peningkatan mutu dan keselamatan pasien di semua tingkatan. Oleh karena itu Rumah Sakit wajib memiliki laporan dari hasil monitoring dan evaluasi untuk memperbaiki proses pelayanan terhadap pasien, agar kejadian tidak diinginkan dapat dicegah melalui rencana pelayanan yang komprehensif.

Komite Mutu RS yang selanjutnya disebut Komite Mutu adalah unsur organisasi non struktural yang membantu Direktur RS dalam mengelola dan memandu program peningkatan mutu dan keselamatan pasien, serta mempertahankan standar pelayanan RS. Setiap RS wajib menyelenggarakan tata kelola mutu. Tata kelola mutu dilakukan untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien RS dan mempertahankan standar pelayanan RS

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 kerja yang terkait yang nantinya dipakai sebagai ukuran kinerja pelayanan RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan dan sebagai manajemen kontrol untuk pengambilan keputusan. Untuk mencapai tujuan, ditetapkan 5 (lima) sasaran sebagai berikut :

1. Terlaksananya pengelolaan kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
2. Terlaksananya pemilihan, pengumpulan, analisis dan validasi data indikator mutu;
3. Terlaksananya pelaporan dan analisis Insiden Keselamatan Pasien (IKP);

4. Terlaksananya pencapaian dan mempertahankan perbaikan;;
5. Terlaksananya manajemen risiko RS.

Penyelenggaraan tata kelola mutu selanjutnya akan dievaluasi dan dilaporkan secara berkala oleh Komite Mutu kepada Direktur dan dilaporkan kepada Dewan Pengawas RS. Laporan berkala yang disusun terdiri atas Laporan Triwulan, Semester dan Laporan Tahunan dimana keduanya merupakan laporan pelaksanaan tugas dan fungsi yang memuat perkembangan dan hasil pencapaian kinerja Komite Mutu RS dalam kurun waktu satu semester maupun satu tahun.

Laporan berkala ini merupakan bentuk pertanggungjawaban kinerja Komite Mutu RS yang dapat menjadi media informasi, umpan balik (feedback), dan menjadi bahan evaluasi terhadap penyelenggaraan tata kelola mutu RS. Laporan ini dimaksudkan untuk mengetahui dan menilai sejauh mana pencapaian kinerja dan progres program yang terlaksana di setiap periodenya.

B. TUJUAN

Laporan triwulan III tahun 2022 Komite Mutu RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan merupakan rangkuman dari suatu proses penyelenggaraan tata kelola mutu di masing-masing unit kerja RS. Laporan ini dapat memberikan gambaran tentang pencapaian penyelenggaraan mutu RS dengan memperhatikan 7 (tujuh) dimensi mutu, yaitu : aman, adil, berorientasi pasien, tepat waktu, efektif, dan efisien.

Laporan yang disajikan memberi gambaran tentang kondisi yang dicapai saat ini, kendala dan permasalahan yang terjadi dalam upaya pencapaian kinerja, upaya- upaya yang sudah dilakukan, dan rencana tindak lanjut sebagai dasar continuous quality improvement.

C. RUANG LINGKUP

Ruang lingkup laporan ini adalah laporan tentang penyelenggaraan tata kelola mutu di RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan terkait upaya peningkatan mutu, keselamatan pasien dan manajemen risiko RS dalam kurun waktu Juli-September 2022.

BAB II ANALISIS SITUASI AWAL TAHUN

A. HAMBATAN TAHUN LALU

Dampak pandemi Covid-19 juga dirasakan oleh Komite Mutu RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan. RS menghadapi tantangan pada perubahan kondisi yang tiba-tiba di masa pandemi ini. Komite Mutu RS dituntut untuk tanggap dan mampu beradaptasi dengan cepat pada masa perubahan ini. Pada pelaksanaannya Komite Mutu mengalami hambatan-hambatan sehingga kegiatan tidak berjalan dengan baik.

Hambatan-hambatan dalam pelaksanaan program mutu tahun 2021 adalah:

1. Subkomite Mutu

- a. Belum seluruh unit kerja menyusun program peningkatan mutu;
- b. Belum seluruh petugas memiliki pemahaman yang sama tentang mutu;
- c. Pengukuran dan pelaporan indikator kinerja belum akurat dan tepat waktu dilakukan oleh seluruh unit kerja;
- d. Belum ada SK penunjukan PIC data yang baru di unit kerja;
- e. Sosialisasi, edukasi, dan pendampingan unit kerja belum optimal;
- f. Pemantauan pelaksanaan PMKP dan supervisi berjenjang belum optimal;
- g. Audit medik dan audit klinik belum kolaboratif antar Profesional Pemberi Asuhan (PPA);
- h. Belum terlaksananya manajemen data terintegrasi berbasis IT.

2. Subkomite Keselamatan Pasien

- a. Belum seluruh petugas memiliki pemahaman yang sama tentang keselamatan pasien dan budaya keselamatan RS;
- b. Pelaporan insiden keselamatan pasien belum tepat waktu;
- c. Monitoring dan evaluasi keselamatan pasien belum optimal;
- d. Supervisi berjenjang belum optimal;
- e. Budaya mutu dan keselamatan pasien belum optimal.

3. Subkomite Manajemen Risiko

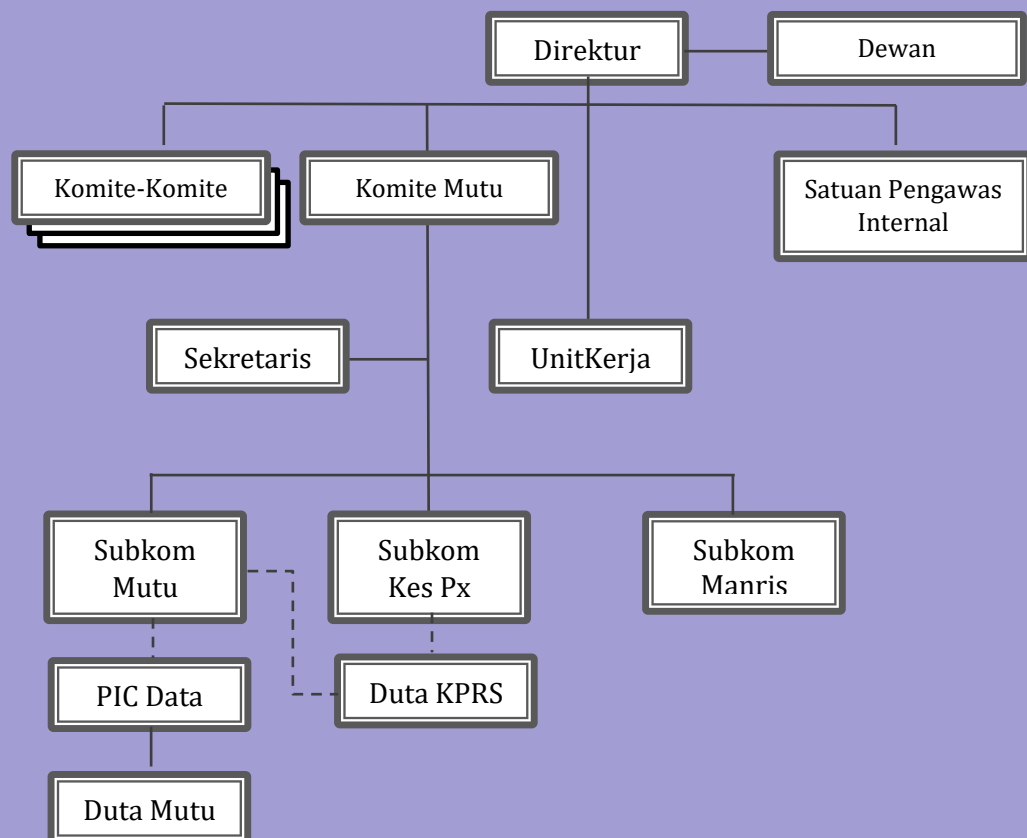
- a. Belum seluruh unit kerja menyusun program manajemen risiko;

- b. Belum adanya sosialisasi PMK nomor 25 tahun 2019 tentang "Penerapan Manajemen Risiko Terintegrasi di Lingkungan Kementerian Kesehatan RI";
- c. Program manajemen risiko unit kerja belum terlaksana;
- d. Manajemen risiko yang telah dibuat tahun sebelumnya tidak dilakukan pengelolaan dan pemantauan;
- e. Pendampingan manajemen risiko unit kerja tidak optimal;
- f. Manajemen risiko di unit kerja belum terdokumentasi dengan baik.

B. KELEMBAGAAN

Komite Mutu RSUD dr. Darsono Kab Pacitan dibentuk dan ditetapkan dengan Surat Keputusan Direktur nomor 188/102/KEP/408.51/2021. Komite Mutu RS berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.

1. Struktur Organisasi



2. Tugas dan Fungsi

Komite Mutu RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan bertugas membantu Direktur RS dalam pelaksanaan dan evaluasi peningkatan mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko di rumah sakit.

C. SUMBERDAYA

1. Sumber Daya Manusia

Komite Mutu RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan dipilih, diangkat, dan diberhentikan oleh Direktur terdiri dari :

- a. Ketua;
- b. Sekretaris;
- c. Ketua, sekretaris, dan anggota Subkomite Mutu;
- d. Ketua, sekretaris, dan anggota Subkomite Keselamatan Pasien;
- e. Ketua, sekretaris, dan anggota Subkomite Manajemen Risiko.

Keanggotaan Komite Mutu RS terdiri atas : tenaga medis; tenaga keperawatan; tenaga kesehatan lain; dan tenaga non kesehatan, yang merupakan tenaga paruh waktu.

2. Sarana dan Prasarana

Komite Mutu berada di lantai III Gedung Kantor RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan yang dilengkapi dengan sarana dan prasarana untuk menunjang penyelenggaraan tata kelola mutu di RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan.

BAB III STRATEGI PELAKSANAAN

A. STRATEGI PELAKSANAAN

Strategi-strategi umum yang dilakukan Komite Mutu RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan adalah :

1. Meningkatkan akses pelayanan kesehatan yang bermutu dan mengutamakan keselamatan pasien-masyarakat;
2. Meningkatkan kepatuhan terhadap standar mutu klinis dan keselamatan pasien- masyarakat;
3. Mendorong budaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien pada pelaksanaan program RS;
4. Memberdayakan pasien, keluarga dan masyarakat;
5. Memperkuat regulasi, tata kelola, struktur organisasi, sumber daya dan peran seluruh komponen sistem kesehatan lainnya;
6. Meningkatkan komitmen mutu;
7. Mendorong pengukuran mutu, penelitian dan pemanfaatan informasi strategis.

Strategi khusus untuk mempertahankan mutu dan keselamatan pasien RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan adalah:

1. Pimpinan berperan aktif dalam proses penentuan serta penilaian komponen/indikator mutu;
2. Penyesuaian indikator mutu dengan komponen kesiapsiagaan RS dalam menghadapi pandemi Covid-19;
3. Optimalisasi SDM dan sistem yang bersinergi dalam penyediaan data untuk pengukuran /indikator mutu;
4. Pemusatan data dan informasi yang memudahkan dalam pencarian serta penyediaan data dengan menggunakan aplikasi SISMADAK;
5. Penyederhanaan profil indikator;
6. Penguatan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) seluruh pegawai RS yang berkelanjutan;
7. Webinar, pelatihan, dan workshop yang diselenggarakan secara daring dan luring, yaitu :

- a. Workshop eksternal PMKP dengan tema “Tehnik Penyusunan dan Implementasi Aplikatif SP2KPRS, Investigasi Insiden (RCA), Manajemen Risiko : Daftar Risiko, Profil Risiko, Peta Risiko, Penanganan dan Pemantauan Risiko, FMEA di Rumah Sakit” pada tanggal 9 -10 Juni 2022;
- b. Kelas online PMKP dengan tema “Strategi Penerapan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) dan Analisis Data Sesuai Standar Akreditasi RS Kementerian Kesehatan RI” pada tanggal 14-15 Juni 2022;

B. HAMBATAN DALAM PELAKSANAAN TUJUAN

Komite Mutu RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan berusaha menjalankan program /kegiatan dengan baik, efektif, dan efisien agar lancar dan tercapai tujuan. Strategi-strategi yang disusun dalam upaya mempertahankan mutu dan keselamatan pasien telah dilaksanakan, namun dalam pelaksanaannya ada beberapa hambatan yang ditemui, antara lain :

1. Man :
 - a. Pelaporan indikator mutu RS belum real time;
 - b. Implementasi SISMADAK/SIDOKAR belum optimal;
 - c. Pemahaman terkait mutu, budaya keselamatan, dan manajemen risiko belum optimal;
 - d. Budaya pelaporan IKP belum optimal dan tidak tepat waktu;
 - e. Perubahan ruangan yang cepat, sehingga penempatan dan keberadaan Duta KPRS tidak sesuai lagi dengan SK yang ditetapkan, ada ruangan yang Duta-nya 2 atau 3, dan ada ruangan yang sama sekali tidak ada Duta KPRS;
 - f. Apabila Duta KPRS cuti, sakit, dll, tidak lapor ke atasan langsung, sehingga pelaporan terlambat /harus diingatkan
2. Method :
 - a. Pendampingan ke unit kerja secara daring dan luring belum optimal;
 - b. Sosialisasi dan edukasi belum optimal;
 - c. Metode edukasi keselamatan pasien belum optimal;
 - d. Supervisi mutu dan keselamatan pasien belum terlaksana;

- e. Pengelolaan dan pemantauan manajemen risiko belum terlaksana.
- 3. Machines:
 - a. Aplikasi SIDOKAR masih dalam tahap uji coba;
 - b. Pelaporan KPRS dan pelaporan IKP belum terintegrasi (masih menggunakan spreadsheet);
 - c. Dukungan hardware belum sesuai standar.
- 4. Materials :

Adanya transisi demografi dan new emerging dan reemerging disease;

C. UPAYA TINDAK LANJUT

Untuk meminimalkan hambatan dalam pelaksanaan strategi dilakukan beberapa upaya antara lain adalah :

- 1. Man:
 - a. Optimalisasi SISMADAK/SIDOKAR real time;
 - b. Sosialisasi dan edukasi tentang mutu, keselamatan pasien, budaya keselamatan, dan manajemen risiko;
 - c. Sosialisasi manajemen risiko sesuai PMK nomor 25 tahun 2019;
 - d. Optimalisasi pendampingan dan monev Subkomite sesuai dengan pembagian area yang ada;
 - e. Meningkatkan kesadaran pentingnya pelaporan IKP tepat waktu;
 - f. Terkait Duta KPRS, Kepala ruangan diminta untuk menunjuk petugas baru untuk menjadi Duta KPRS baru sehingga monev di ruangan tetap dapat dilaksanakan;
 - g. Peningkatan kompetensi Komite Mutu dalam rangka optimalisasi capaian program melalui seminar, workshop, pelatihan, dll;
- 2. Method :
 - a. Pendampingan dan supervisi unit kerja terkait pelaporan IKP;
 - b. Pendampingan mutu ke unit kerja secara daring dan luring;
 - c. Modifikasi kegiatan sosialisasi dan edukasi melalui media cetak, elektronik, maupun daring;
 - d. Supervisi mutu dan keselamatan pasien dijadwalkan per triwulan;
 - e. Pengelolaan dan pemantauan manajemen risiko dilaksanakan setiap bulan oleh Subkomite Manajemen Risiko sesuai pembagian areanya;

- f. Optimalisasi pelaksanaan budaya mutu dan keselamatan pasien di seluruh unit kerja RS;
3. Machines:
- a. Implementasi aplikasi SISMADAK/SIDOKAR untuk mutu dan keselamatan pasien dan dilakukan evaluasi tiap bulan;
 - b. Usulan hardware untuk seluruh unit kerja;
4. Materials :
- a. Optimalisasi layanan RS dan layanan Covid-19 sesuai standar;
 - b. Menyusun standar sarana, prasarana dan alat kesehatan sebagai pedoman dalam pemenuhan kebutuhan unit kerja.

BAB IV HASIL KERJA

A. REALISASI PROGRAM MUTU RS

NO	PROGRAM	REALISASI
1	Pemilihan dan penetapan prioritas perbaikan mutu RS dan indikator mutu prioritas	<ul style="list-style-type: none">◇ Prioritas perbaikan mutu meliputi seluruh area rumah sakit◇ Pelayanan klinis prioritas RS tahun 2022 ditetapkan pelayanan bedah;◇ Pengukuran indikator dilakukan setiap bulan dan dilaporkan kepada Direktur dan Dewan Pengawas beserta rekomendasinya tiap 3 bulan.
2	Pengumpulan data, analisis capaian, validasi dan pelaporan data indikator mutu	<ul style="list-style-type: none">◇ Analisis capaian dilakukan pada indikator yang belum stabil capaiannya, indikator yang belum mencapai target, dan indikator yang sangat sulit tercapai;◇ Pelaporan data unit kerja sebagian sudah dilakukan tepat waktu meskipun ada beberapa unit yang pelaporannya belum tepat waktu
3	<i>Failure Mode Effect Analysis</i> (FMEA) dilakukan satu tahun sekali	FMEA telah dilakukan pada bulan September 2022 dengan topik "Pemeriksaan dan Konsultasi Terintegrasi Pra Operasi Untuk Operasi Elektif Yang Efektif dan Efisien "
4	Evaluasi dan monitoring <i>Clinical Pathways</i> (CP)	<ul style="list-style-type: none">◇ Perlu ditingkatkan kepatuhan PPA untuk mengisi clinical pathways◇ Monitoring pelaksanaan CP dilakukan oleh Sub Komite Mutu
5	Pelaporan dan analisis insiden keselamatan pasien (IKP)	<ul style="list-style-type: none">◇ Pelaporan insiden keselamatan pasien dilaksanakan melalui http://indikator.rsudpacitan.go.id◇ Terdapat 41 kasus insiden keselamatan pasien selama periode bulan Juli-September.◇ Laporan insiden keselamatan pasien sudah diinput ke aplikasi Kemenkes RI.
6	Penerapan sasaran	<ul style="list-style-type: none">◇ Sub Komite Keselamatan Pasien

	keselamatan pasien	dan champion keselamatan pasien unit memandu penerapan keselamatan pasien ◇ Pelaporan 6 indikator sasaran keselamatan pasien dilakukan melalui: http://indikator.rsudpacitan.go.id
7	Evaluasi kontrak klinis dan kontrak manajemen	Evaluasi kontrak klinik dengan staf medis dilakukan 1 tahun sekali
8	Pemantauan pelaksanaan program/ indikator peningkatan mutu lainnya	◇ Laporan dari komite lain yang telah dilaporkan kepada Komite mutu adalah dari Komite PPI
9	Penilaian kinerja professional	Penilaian kinerja professional untuk tahun 2022 akan dilakukan pada bulan Desember 2022
10	Pelaksanaan audit medis dan atau audit klinis	Belum ada pelaksanaan audit medis pada triwulan III 2022
11	Evaluasi program PMKP dengan Komite Medik, Komite lainnya dan kepala unit	<ul style="list-style-type: none"> ◇ Koordinasi dan komunikasi dilakukan pada seluruh unit kerja; ◇ Koordinasi dengan Komite-komite, pimpinan RS dan unit membahas tentang review, pencapaian indikator, dan integrasi dengan komite lain; ◇ Rapat koordinasi dilaksanakan setiap 3 bulan; ◇ Feedback unit kerja dilakukan pada setiap 3 bulan.
12	<i>Root Cause Analysis (RCA)</i> dilaksanakan sesuai insiden sentinel dan KTD	Tidak ada kasus yang di RCA pada triwulan III
13	Penerapan dan pengukuran budaya keselamatan	<ul style="list-style-type: none"> ◇ Telah dilakukan orientasi dan pembekalan mutu dan keselamatan pasien terhadap karyawan baru dan peserta didik ◇ Hasil dari survei budaya keselamatan pasien terdiri dari : <ol style="list-style-type: none"> a. Dimensi unit / area kerja (75,14%), b. Dimensi supervisor, manajer, atau pemimpin klinis (77,21%), c. Dimensi komunikasi (57,65%), d. Dimensi pelaporan insiden keselamatan pasien (21,46%), e. Dimensi peringkat / level keselamatan pasien (74,18%) dan f. Dimensi rumah sakit (80,17%).

14	Penyelenggaraan pelatihan peningkatan mutu dan keselamatan pasien	<p>Pelatihan eksternal dilakukan secara luring dan daring sebagai berikut, yaitu:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◇ Workshop eksternal PMKP dengan tema “Tehnik Penyusunan dan Implementasi Aplikatif SP2KPRS, Investigasi Insiden (RCA), Manajemen Risiko : Daftar Risiko, Profil Risiko, Peta Risiko, Penanganan dan Pemantauan Risiko, FMEA di Rumah Sakit” ; ◇ Kelas online PMKP dengan tema “Strategi Penerapan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) dan Analisis Data Sesuai Standar Akreditasi RS Kementerian Kesehatan RI”;
15	Pelaporan manajemen resiko	<ul style="list-style-type: none"> ◇ Pelaporan pemantauan risiko rumah sakit di sampaikan kepada Direktur tiap 6 bulan sekali dalam laporan yang berbeda

B. REALISASI INDIKATOR PELAYANAN RAWAT INAP RUMAH SAKIT

NO	INDIKATOR	STANDAR	CAPAIAN TRIWULAN III 2022
1	BOR (persentase pemakaian tempat tidur pada satu tahun waktu tertentu)	60-85%	51,02 %
2	ALOS (rata rata lama perawatan seorang pasien) (hari)	6-9 hari	2,43 hari
3	BTO (Frekuensi pemakaian tempat tidur dalam satu satuan waktu tertentu) (kali)	40-50 kali	20,22 kali
4	TOI (rata rata hari tempat tidur tidak ditempati dari saat terisi sampai berikutnya) (hari)	1-3 hari	2,23 hari
5	NDR (angka kematian > 48 jam setelah dirawat untuk tiap-tiap 1000 penderita keluar) (%o)	<2,5%	1,45 %
6	GDR (angka kematian umum untuk tiap-tiap 1000 penderita keluar) (%o)	<4,5%	3,99 %
7	Tingkatan Kelulusan Akreditasi RS	Paripurna	Utama

--	--	--	--

Berdasarkan tabel di atas diketahui bahwa realisasi indikator pelayanan rumah sakit adalah sebesar 42,86%, dimana ada 3 indikator yang tercapai yaitu TOI, NDR dan GDR. Sedangkan 4 indikator lain belum tercapai sesuai standar yaitu BOR, ALOS, BTO dan tingkatan kelulusan akreditasi, hal tersebut dipengaruhi oleh :

1. BOR banyak dipengaruhi oleh pemakaian tempat tidur yang rendah akibat kunjungan pasien menurun, hal ini disebabkan karena pandemic covid-19 yang meningkat lagi dalam dua bulan yaitu bulan Februari dan Maret 2022, sehingga pemakaian tempat tidur di rumah sakit menurun. BOR juga dipengaruhi oleh kurangnya kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan RSUD dr. Darsono, sarana dan prasarana rumah sakit dan promosi rumah sakit.
2. ALOS rumah sakit masih cenderung rendah dibawah standar, disebabkan karena rata-rata perawatan pasien di RSUD dr. Darsono Kab Pacitan rendah, terutama untuk pasien di ruang perawatan obsgyn dan bedah yang lama perawatannya berada di bawah 3 hari. Bisa juga dipengaruhi oleh adanya pasien dirujuk, APS dan pasien meninggal kurang atau lebih dari 48 jam.
3. Angka BTO dipengaruhi oleh angka BOR dan ALOS, sehingga jika angka BOR dan ALOS rendah maka frekuensi pemakaian tempat tidur dalam satu satuan waktu tertentu (BTO) menjadi rendah.

Agar memperoleh nilai realisasi indikator pelayanan rawat inap dapat sesuai standar sehingga menimbulkan efisiensi pelayanan dapat dilakukan melalui:

1. Meningkatkan promosi kepada masyarakat dan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan terhadap pasien sehingga dapat meningkatkan kepercayaan masyarakat terhadap RSUD dr. Darsono
2. Penambahan sarana dan prasarana yang menunjang pelayanan kepada pasien
3. Perluasan area rumah sakit dan menciptakan lingkungan yang nyaman untuk pasien

4. Melakukan perbaikan standar pelayanan mencakup indikasi perawatan rumah sakit, prosedur dan proses pelayanan yang selayaknya harus dilaksanakan, serta sistem pembiayaan;
5. Peningkatan kualitas SDM dan penambahan SDM;

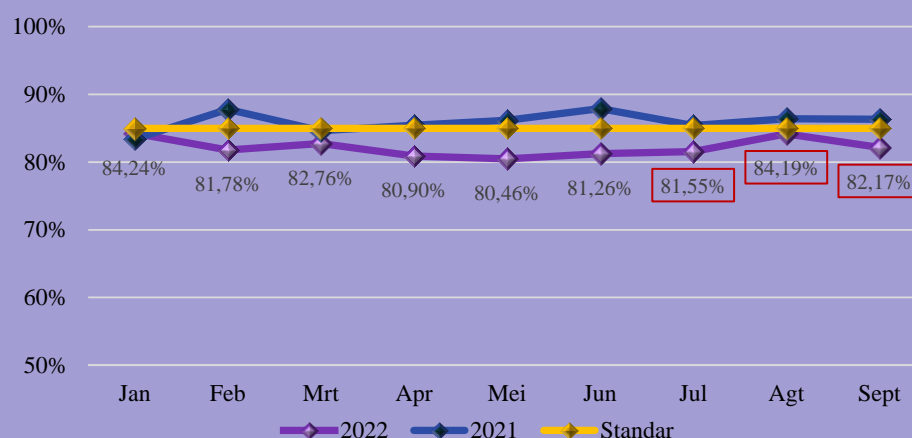
C. REALISASI INDIKATOR NASIONAL MUTU

Hasil pengukuran INM triwulan III tahun 2022 adalah sebagai berikut :

1. Kepatuhan kebersihan tangan

Numerator	Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan					
Denominator	Jumlah total peluang kebersihan tangan					
Target	≥85%					
Realisasi	Bulan	\bar{x} TW I	\bar{x} TW II	Jul	Agt	Sept
	2022	82,93	80,78	81,55	84,19	82,17
	2021	85,28	86,51	85,4	86,42	86,34

Grafik 5.1
INM 1 : Kepatuhan Kebersihan Tangan TW III TA 2022
RSUD dr. Darsono Kab Pacitan



Berdasarkan hasil supervisi pada triwulan III tahun 2022 angka kepatuhan cuci tangan belum mencapai target. Realisasi rata-rata angka kepatuhan cuci tangan sebesar 82,64% pada periode Juli-September, hal ini disebabkan karena masih kurangnya kesadaran petugas kesehatan baik medis maupun penunjang medis untuk melakukan cuci tangan sesuai dengan SPO.

Rekomendasi :

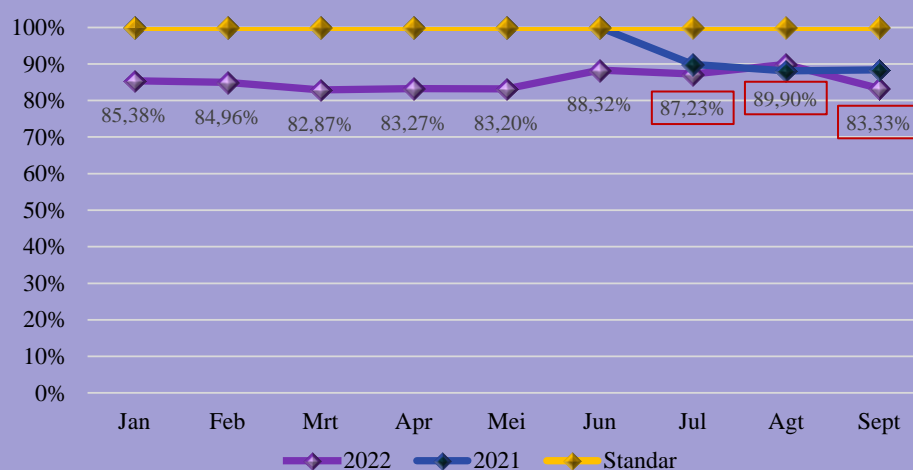
- ◇ Sosialisasi cuci tangan sesuai SPO di unit pelayanan maupun pelayanan penunjang, baik kepada karyawan klinis maupun non klinis;
- ◇ Mengevaluasi kebutuhan sarana prasarana cuci tangan;

- ◇ Melakukan audit kepatuhan cuci tangan secara berkala kepada semua tenaga kesehatan terutama yang bersentuhan dengan pasien.

2. Kepatuhan Penggunaan APD

Numerator	Jumlah petugas yg patuh menggunakan APD sesuai indikasi					
Denominator	Jumlah seluruh petugas yg terindikasi menggunakan APD					
Target	100%					
Realisasi	Bulan	\bar{x} TW I	\bar{x} TW II	Jul	Agt	Sept
	2022	84,4	84,93	87,23	89,90	83,33
	2021	100	100	89,9	88,11	88,36

Grafik 5.2
INM 2 : Kepatuhan Penggunaan APD TW III TA 2022
RSUD dr. Darsono Kab Pacitan



Meskipun masa pandemi Covid-19 mulai berakhir, kepatuhan penggunaan dan pelepasan APD yang baik dan benar sesuai standar harus tetap dilaksanakan. Angka kepatuhan penggunaan APD petugas pada triwulan III tahun 2022 belum mencapai target yang diharapkan yaitu 100%, dengan rerata realisasi sebesar 86,82%, lebih tinggi dari capaian triwulan sebelumnya. Hal ini menunjukkan bahwa kepatuhan petugas dalam menggunakan alat pelindung diri sudah mulai meningkat meskipun belum mencapai standar.

Rekomendasi :

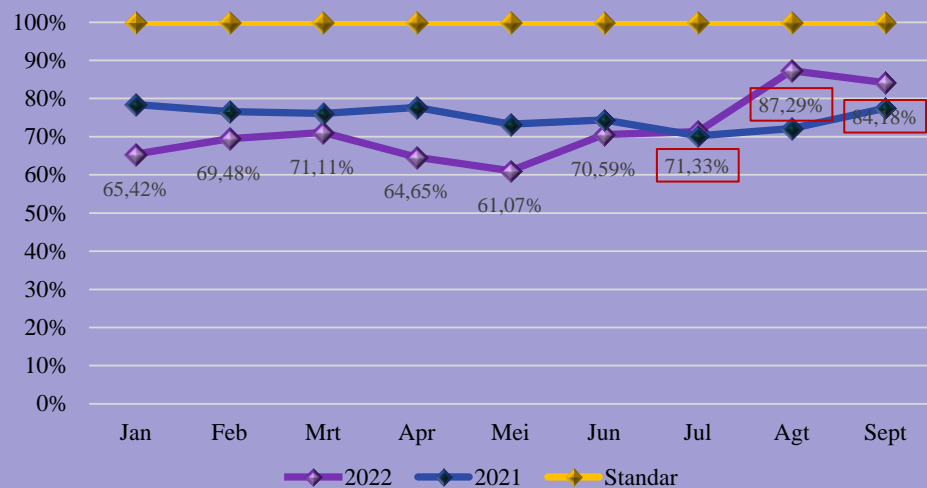
- ◇ Melakukan monitoring kepatuhan penggunaan APD dalam pelayanan secara berkesinambungan;

- ◇ Fasilitas APD di Rumah Sakit agar tetap dilengkapi di masing-masing unit kerja sesuai kebutuhannya;
- ◇ Edukasi penggunaan APD sesuai SPO

3. Kepatuhan Identifikasi Pasien

Numerator	Jumlah pemberi pelayanan yang melakukan identifikasi pasien secara benar					
Denominator	Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi					
Target	100%					
Realisasi	Bulan	\bar{x} TW I	\bar{x} TW II	Jul	Agt	Sept
	2022	68,67	65,44	71,33	87,29	84,18
	2021	77,01	75,14	70,21	72,12	77,5

Grafik 5.3
INM 3 : Kepatuhan Identifikasi Pasien TW III TA 2022
RSUD dr. Darsono Kab Pacitan



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 di RSUD dr. Darsono Kab Pacitan masih dibawah standar 100% dengan rerata realisasi pada triwulan III tahun 2022 adalah 80,93%. Ada tren naik realisasi kepatuhan identifikasi pasien dibandingkan triwulan I dan II

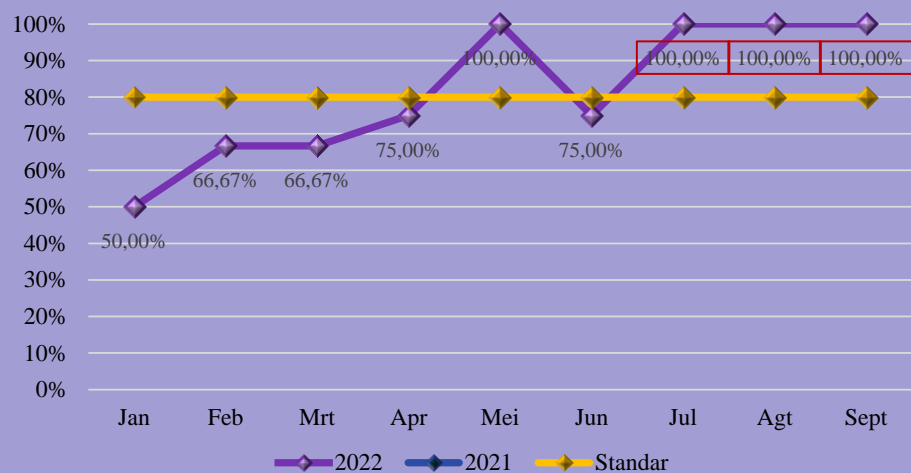
Rekomendasi :

- ◇ Menekankan tanggung jawab petugas dalam menjelaskan pentingnya identifikasi pasien;
- ◇ Mewajibkan petugas selalu memasang gelang identitas sebelum mulai melakukan tindakan di IGD.
- ◇ Setiap akan melakukan tindakan/pengobatan selalu cek gelang identitas pasien.
- ◇ Monitoring kepatuhan identifikasi pasien

4. Waktu Tanggap Seksio Cesaria Emergency

Numerator	Jumlah pasien yg diputuskan tindakan SC emergensi kategori I (satu) yg mendapatkan tindakan SC emergensi <= 30 menit					
Denominator	Jumlah px yg diputuskan tindakan SC emergensi katagori I					
Target	80%					
Realisasi	Bulan	\bar{x} TW I	\bar{x} TW II	Jul	Agt	Sept
	2022	61,11	83,33	100	100	100
	2021					

Grafik INM 4 : Waktu Tanggap Seksio Cesaria Emergency TW III TA 2022 RSUD dr. Darsono Kab Pacitan



Seksio sesaria sering diterapkan sebagai suatu usaha preventif terhadap terjadinya efek lanjutan akibat asfiksia perinatal. Seksio sesaria (SC) pada ibu hamil dapat dilakukan secara terencana dengan berbagai indikasi atau dilakukan secara emergensi (darurat) atas indikasi ibu atau janin dan atau keduanya. Berdasarkan grafik di atas diketahui bahwa pada triwulan III telah mencapai standar dengan realisasi sebesar 100%, trennya meningkat dari triwulan I dan II, hal menunjukkan transfer pasien dari ruangan ke kamar operasi serta pemeriksaan laboratorium sudah

mengalami perbaikan sehingga waktu tanggap SC emergency menjadi lebih singkat.

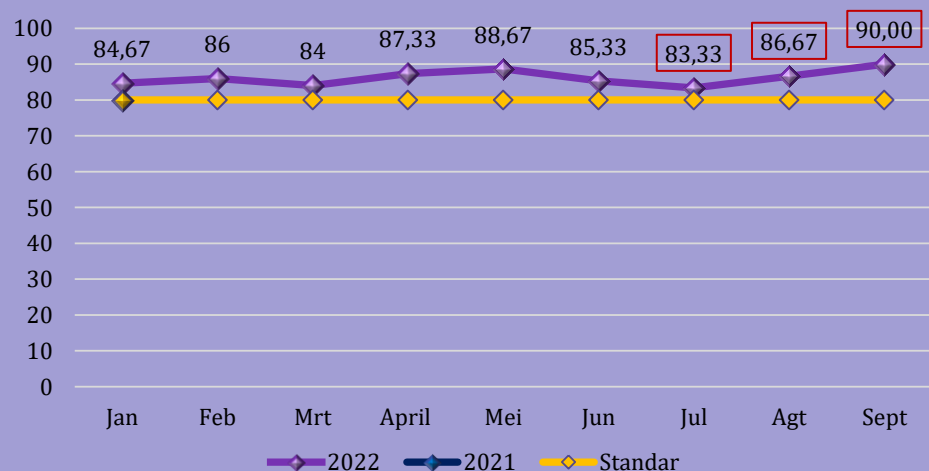
Rekomendasi :

Dokter jaga IGD beserta unit terkait memberikan prioritas pemeriksaan kepada pasien yang akan dilakukan tindakan sectio cesaria emergency.

5. Waktu Tunggu Rawat Jalan

Numerator	Jumlah pasien rawat jalan dengan waktu tunggu <= 60 menit					
Denominator	Jumlah pasien rawat jalan yang diamati					
Target	>=80%					
Realisasi	Bulan	\bar{x} TW I	\bar{x} TW II	Jul	Agt	Sept
	2022	84,89	87,11	83,33	86,67	90

Grafik 5.5
INM 5 : Waktu Tunggu Rawat Jalan TW III TA 2022
RSUD dr. Darsono Kab Pacitan



Indikator mutu Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ) 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 Peraturan Menteri Kesehatan RI 129/Menkes/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, waktu tunggu rawat jalan adalah ≤ 60 menit. Berdasarkan grafik diatas didapatkan bahwa waktu tunggu rawat jalan

sudah sesuai standar diatas 80% dengan realisasi pada triwulan III sebesar 86,67%.

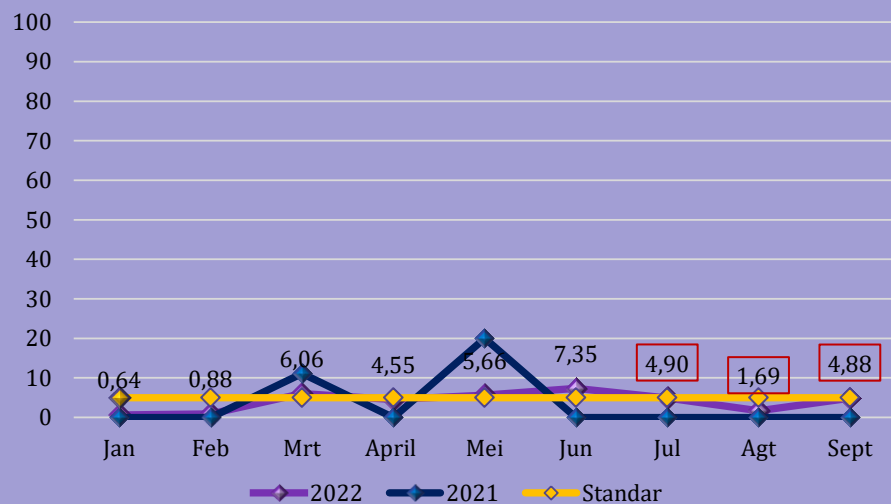
Rekomendasi :

- ◇ Mempertahankan capaian indikator dengan selalu melaksanakan pelayanan pendaftaran pasien rawat jalan sesuai SPO;
- ◇ Melakukan asuhan pasien rawat jalan sesuai SPO;
- ◇ Melakukan inovasi prosedur pendaftaran menggunakan tehnologi informasi terkini.

6. Penundaan Operasi Elektif

Numerator	Jumlah pasien yg jadwal operasinya tertunda lebih dari 1 jam					
Denominator	Jumlah pasien operasi elektif					
Target	<5%					
Realisasi	Bulan	\bar{x} TW I	\bar{x} TW II	Jul	Agt	Sept
	2022	2,53	5,85	4,9	1,69	4,88
	2021	3,7	6,67	0	0	0

Grafik 5.6
INM 6 : Penundaan Operasi Elektif TW III TA 2022
RSUD dr. Darsono Kab Pacitann



Ketepatan dan kecepatan penanganan mengindikasikan keefektifan dan efisiensi waktu tunggu operasi. Indikator mutu penundaan operasi elektif pada grafik diatas menunjukkan realisasi penundaan operasi elektif sudah sesuai standar < 5%. Rerata realisasi pada triwulan III tahun 2022 sebesar 3,82%

Rekomendasi :

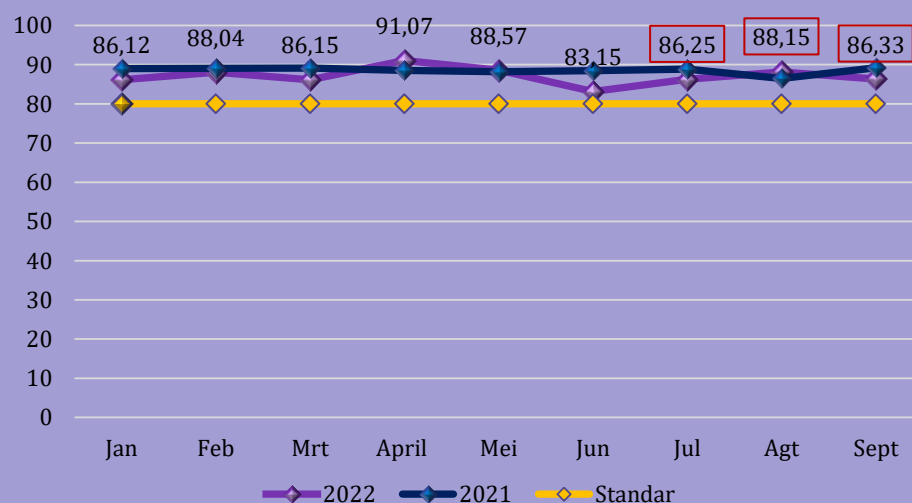
- ◇ Memonitor kelayakan alat dikamar operasi secara berkala dan berkoordinasi dengan pihak terkait apabila ada kerusakan dikamar operasi
- ◇ Meningkatkan SDM yang ada di rumah sakit khususnya untuk ruangan kamar operasi
- ◇ Sosialisasi SPO Penundaan waktu operasi elektif. Penjadwalan operasi terintegrasi dari ruang rawat inap

7. Kepatuhan Waktu Visite Dokter Spesialis

Numerator	Jumlah pasin yang di-visit Doktor pada pukul 06.00 - 14.00					
Denominator	Jumlah pasien yang diamati					
Target	>=80%					
Realisasi	Bulan	\bar{x} TW I	\bar{x} TW II	Jul	Agt	Sept
	2022	86,77	87,6	86,25	88,15	86,33
	2021	89,07	88,41	88,89	86,47	89,2

Grafik 5.7

INM 7 : Kepatuhan Waktu Visite Dokter Spesialis TW III TA 2022
RSUD dr. Darsono Kab Pacitan



Pengukuran indikator kepatuhan jam visite Dokter Spesialis bertujuan untuk mendapatkan gambaran kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu memberikan pelayanan medis kepada pasien yang menjadi tanggung jawabnya, dengan standar realisasi adalah 80%.

Berdasarkan grafik diatas kepatuhan jam visite dokter spesialis pada triwulan III 2022 sudah sesuai standar, dengan realisasi rata-rata sebesar 86,91%

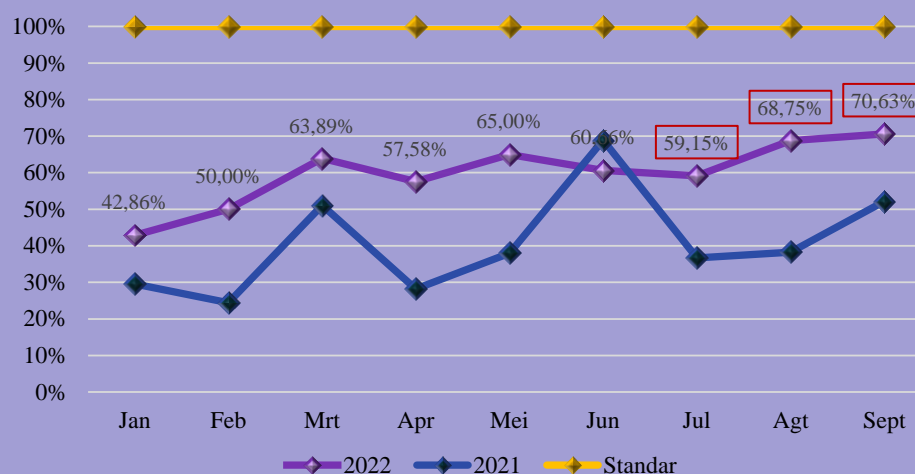
Rekomendasi :

- ◇ Melakukan sosialisasi tentang ketentuan jam visite kepada para DPJP;
- ◇ Mengupayakan formasi penambahan dokter sub spesiaalis sehingga mampu melayani sesuai kasus yang ada;
- ◇ Mempertahankan capaian.

8. Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium

Numerator	Jumlah hasil kritis laboratorium yg dilaporkan <= 30 menit					
Denominator	Jumlah hasil kritis laboratorium yg diobservasi					
Target	100%					
Realisasi	Bulan	\bar{x} TW I	\bar{x} TW II	Jul	Agt	Sept
	2022	52,25	61,08	59,15	65,63	70,63
	2021	35,03	45,03	35,71	38,24	52,17

Grafik 5.8
INM 8 : Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium TW III TA 2022
RSUD dr. Darsono Kab Pacitan



Pengukuran indikator mutu waktu lapor hasil kritis laboratorium bertujuan untuk mendukung keselamatan pasien dengan tandar sebesar 100% . Berdasarkan grafik diatas realisasi belum mencapai standar bahkan meskipun ada tren kenaikan hasilnya, dengan realisasi rata-rata pada triwulan III tahun 2022 sebesar 66,18%. Hal ini disebabkan karena

kurangnya disiplin petugas dalam mencatat hasil tes kritis laboratorium di buku register

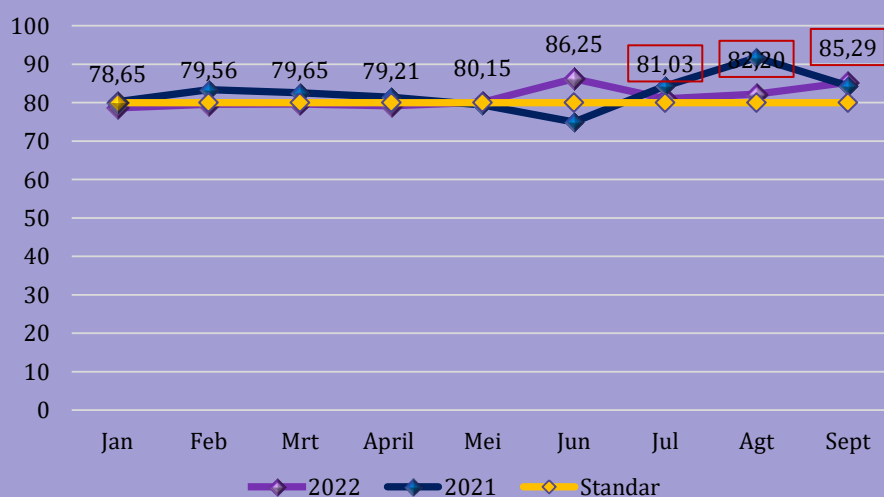
Rekomendasi :

- ◇ Meningkatkan disiplin petugas dalam mencatat hasil test kritis laboratorium di buku register
- ◇ Review jumlah tenaga laboratorium patologi klinik sesuai beban kerja
- ◇ Review regulasi dan SPO pelaporan hasil test kritis laboratorium oleh analis kesehatan ke dokter penanggung jawab laboratorium dan DPJP
- ◇ Ada bukti tindak lanjut pelaporan hasil test kritis laboratorium secara kolaboratif
- ◇ Monitoring kepatuhan pelaporan hasil test kritis laboratorium melalui audit rekam medis

9. Kepatuhan Penggunaan Fornas

Numerator	Jumlah R/ recipe dalam lembar resep yg sesuai dgn furnas					
Denominator	Jumlah R/ recipe dalam lembar resep					
Target	>=80%					
Realisasi	Bulan	\bar{x} TW I	\bar{x} TW II	Jul	Agt	Sept
	2022	79,29	81,87	81,03	82,86	85,29
	2021	82,08	78,59	84,32	91,73	84,41

Grafik 5.9
INM 9 : Kepatuhan Penggunaan Fornas TW III TA 2022
RSUD dr. Darsono Kab Pacitan



Indikator kepatuhan terhadap penggunaan formularium nasional menggambarkan efisiensi pelayanan obat kepada pasien JKN sehingga terwujudnya penyelenggaraan system pelayanan kefarmasian berbasis mutu dan keselamatan pasien. Realisasi angka kepatuhan penggunaan

FORNAS sudah sesuai dengan standar $\geq 80\%$. Realisasi rata-rata pada triwulan III tahun 2022 sebesar 83,06%.

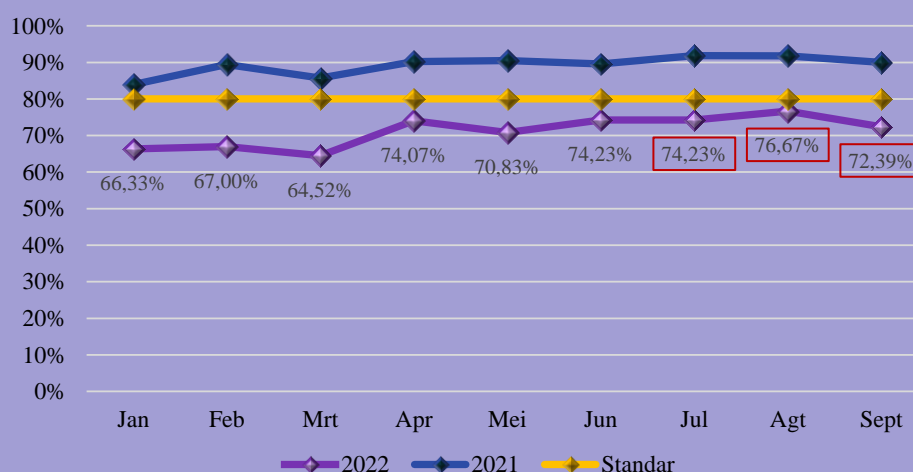
Rekomendasi :

- ◇ Mempertahankan capaian indikator dengan selalu melaksanakan pelayanan sesuai SPO.
- ◇ Koordinasi dengan kepala Instalasi Farmasi untuk kesediaan obat formularium nasional
- ◇ Koordinasi dengan Kepala Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan untuk kepatuhan dokter spesialis terhadap pemakaian obat formularium nasional
- ◇ Monitoring kepatuhan pemakaian obat formularium nasional
- ◇ Pertahankan capaian indikator mutu

10. Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway

Numerator	Jumlah pelayanan oleh PPA yang sesuai dengan CP					
Denominator	Jumlah seluruh pelayanan oleh PPA					
Target	$\geq 80\%$					
Realisasi	Bulan	\bar{x} TW I	\bar{x} TW II	Jul	Agt	Sept
	2022	65,95	74,26	74,23	76,67	72,39
	2021	86,37	90,1	91,89	91,8	90

Grafik 5.10
INM 10 : Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway TW III TA 2022
RSUD dr. Darsono Kab Pacitan



Kepatuhan terhadap clinical 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 clinical pathways belum sesuai standar, meskipun angkanya meningkat dibandingkan triwulan sebelumnya, dengan realisasi rata-rata pada triwulan III tahun 2022 sebesar 74,43%

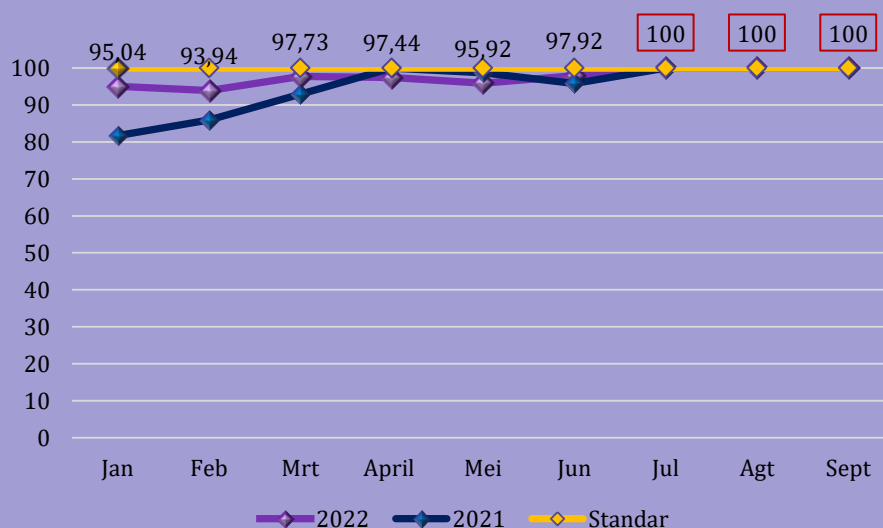
Rekomendasi :

- ◇ Komite medis mengadakan pertemuan rutin dengan KSM untuk melakukan evaluasi clinical pathway
- ◇ Monitor ketersediaan format Clinical Pathway di setiap unit pelayanan
- ◇ Konsistensi pengisian clinical pathway oleh profesional pemberi asuhan (PPA)

11. Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh

Numerator	Jumlah px rawat inap berisiko tinggi jatuh yg mendapatkan ketiga upaya pencegahan risiko jatuh					
Denominator	Jumlah px rawat inap berisiko tinggi jatuh					
Target	100%					
Realisasi	Bulan	\bar{x} TW I	\bar{x} TW II	Jul	Agt	Sept
	2022	95,57	97,09	98,18	100	100
	2021	86,86	98,19	100	100	100

Grafik 5.11
INM 11 : Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh TW III TA 2022
RSUD dr. Darsono Kab Pacitan



Upaya pencegahan risiko pasien jatuh dilakukan untuk mengurangi angka insiden jatuh pada pasien di rawat inap. Pencegahan risiko pasien jatuh dimulai dengan penilaian awal risiko jatuh, penilaian berkala setiap

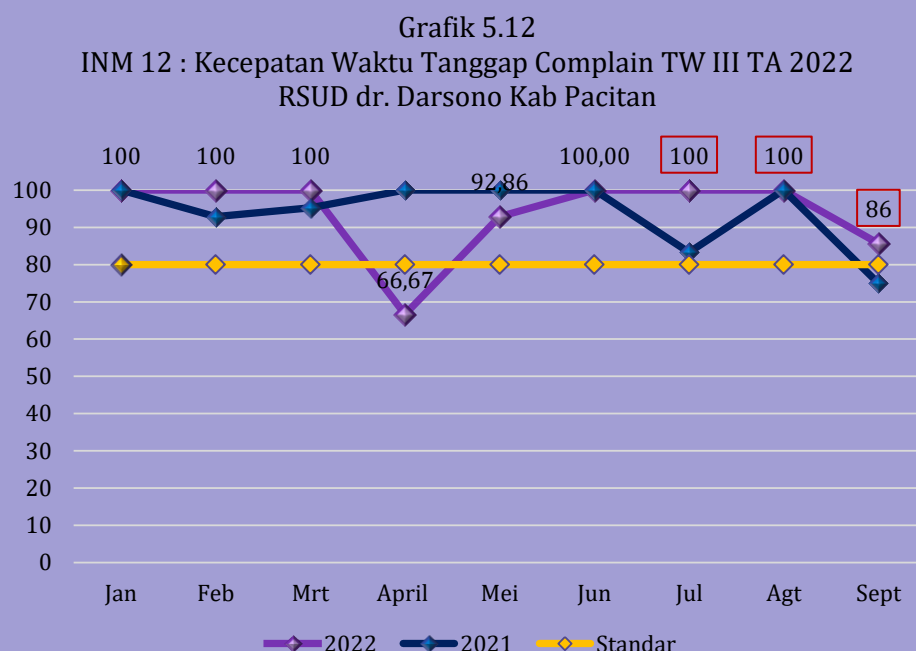
ada perubahan kondisi pasien, serta melaksanakan langkah-langkah pencegahan pada pasien berisiko jatuh. Kepatuhan upaya pencegahan risiko cedera akibat pasien jatuh di rawat inap sudah mencapai standar 100%.

Rekomendasi :

- ◇ Perbaiki dan memelihara sarana dan prasarana;
- ◇ Peningkatan kesadaran perawat terhadap skrining pasien resiko jatuh;
- ◇ Monitoring kepatuhan pelaksanaan skrining pasien resiko jatuh;
- ◇ Edukasi tentang pencegahan pasien resiko jatuh dan meningkatkan pemahaman dan kesadaran keluarga untuk berperan serta dalam pencegahan cedera pada pasien resiko jatuh

12. Kecepatan Waktu Tanggap Complain

Numerator	Jumlah komplain yang ditanggapi dan ditindaklanjuti sesuai waktu yang ditetapkan berdasarkan grading					
Denominator	Jumlah komplain yang disurvei					
Target	>=80%					
Realisasi	Bulan	\bar{x} TW I	\bar{x} TW II	Jul	Agt	Sept
	2022	100	86,51	100	100	85,71
	2021	96,03	100	83,33	100	75



Kecepatan respon terhadap komplain adalah kecepatan rumah sakit dalam menanggapi komplain baik tertulis, lisan atau melalui media yang sudah diidentifikasi tingkat risiko dan dampak risiko dengan penetapan

grading/dampak risiko. Berdasarkan grafik indikator kecepatan respon terhadap komplain diatas terlihat sudah mencapai standar $\geq 80\%$. Realisasi rata-rata triwulan III sebesar 95,24%.

Rekomendasi :

- ◇ Peningkatan sarana pengaduan masyarakat berupa penyediaan buku atau formulir complain
- ◇ Menciptakan lingkungan yang nyaman dan aman untuk pasien/keluarga
- ◇ Peningkatan kapasitas sumber daya manusia melalui pendidikan dan pelatihan penanganan komplain sehingga mempunyai kompetensi :
 - 1) Bersikap netral, tidak memihak pasien, keluarga pasien maupun rumah sakit
 - 2) Berpenampilan rapi , bersikap ramah, komunikatif dan agresif dalam koordinasi.
 - 3) Mendengarkan dan menghargai pendapat pasien/keluarga pasien
 - 4) Melakukan komunikasi dan informasi efektif dengan pendekatan persuasive pada pasien dan keluarga
 - 5) Koordinasi segera dengan bidang terkait materi complain
- ◇ Prosedur :
 - 1) Kepatuhan pelaksanaan panduan dan SPO Penanganan Pengaduan Pasien/Keluarga
 - 2) Pelaksanaan alur penyampaian dan penyelesaian komplain yang berjenjang
 - 3) Membuka jalur penyampaian komplain dengan teknologi informasi dan elektronik lainnya.
 - 4) Melakukan edukasi prosedur dan peraturan yang berlaku kepada pasien dan keluarga untuk mempercepat pemahaman.

13. Kepuasan Pasien dan Keluarga

Survey kepuasan masyarakat dilakukan untuk mengukur kepuasan masyarakat sebagai pengguna layanan dan meningkatkan kualitas penyelenggaraan pelayanan publik secara berkala di RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan sebagai evaluasi kegiatan dan bahan untuk menetapkan kebijakan dalam rangka peningkatan kualitas pelayanan selanjutnya. Survei

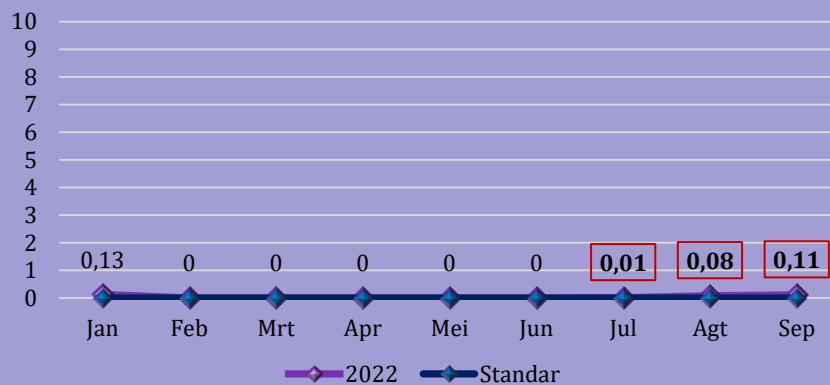
kepuasan terhadap pelayanan di RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan dilakukan tiap semester/ 6 bulan sekali.

D. REALISASI INDIKATOR MUTU PRIORITAS RUMAH SAKIT

1. INDIKATOR SASARAN KESELAMATAN PASIEN

SKP 1 - Kepatuhan Identifikasi Pasien

Grafik 5.13
Ketidaktepatan Identitas Pasien TW III TA 2022
RSUD dr. Darsono Kab Pacitan



Berdasarkan hasil laporan indikator sasaran keselamatan pasien triwulan III tahun 2022, dapat dilihat bahwa ketidaktepatan identifikasi pasien sedikit mengalami kenaikan, dengan realisasi rata-rata sebesar 0,07%. Petugas loket pendaftaran IGD sekarang sudah patuh untuk meminta KTP pasien saat mendaftar sehingga turut menurunkan angka ketidaktepatan identifikasi.

Masih adanya ketidaktepatan identifikasi pasien RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan di selama triwulan III tahun 2022, disebabkan karena :

- ◇ Petugas lupa memasang gelang identitas;
- ◇ Kurangnya kepatuhan petugas mengecek gelang identitas pasien.

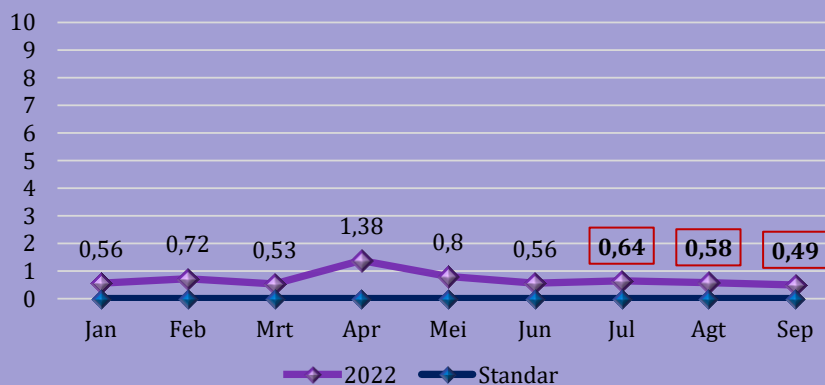
Rekomendasi :

- ◇ Mewajibkan petugas selalu memasang gelang identitas sebelum mulai melakukan tindakan di IGD;
- ◇ Setiap akan melakukan tindakan/pengobatan selalu cek gelang pasien;
- ◇ Monitoring kepatuhan identifikasi pasien

SKP 2 – Peningkatan Komunikasi Efektif

Grafik 5.13

Komunikasi Per Telpn yang Kurang Efektif
TW III TA 2022 RSUD dr. Darsono Kab Pacitan



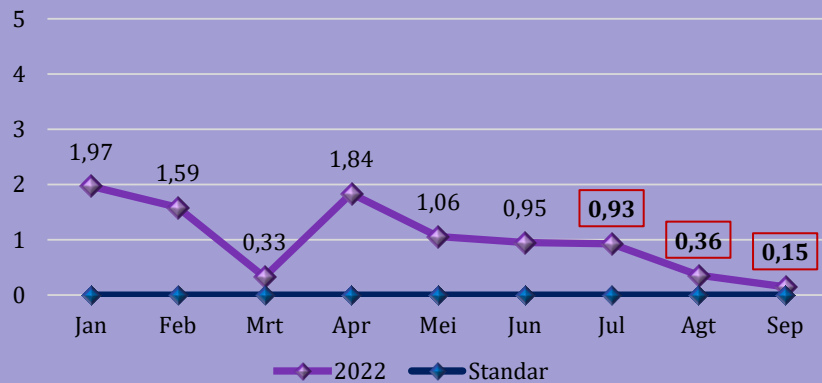
Pada grafik angka ketidaktepatan komunikasi lisan/melalui telepon diatas trennya menurun meskipun masih berada diatas standar 0%, realisasi terendah di bulan September sebesar 0,49%. RTealisasi rata-rata pada triwulan III tahun 2022 sebesar 0,57%, lebih baik angkanya dibandingkan dengan capaian TW II sebesar 0,65%, meskipun masih ada ketidaktepatan komunikasi lisan pertelfon pada triwulan III.

Rekomendasi :

- ◇ Selalu mengingatkan DPJP untuk tanda tangan setelah memberikan perintah lisan pada saat visite;

- ◇ Meningkatkan kepatuhan pelaksanaan SBAR konsultasi via telp ;
- ◇ Sosialisasi ulang komunikasi efektif

Grafik 5.13
Ketidaktepatan Handover Transfer Pasien
TW III TA 2022 RSUD dr. Darsono Kab Pacitan



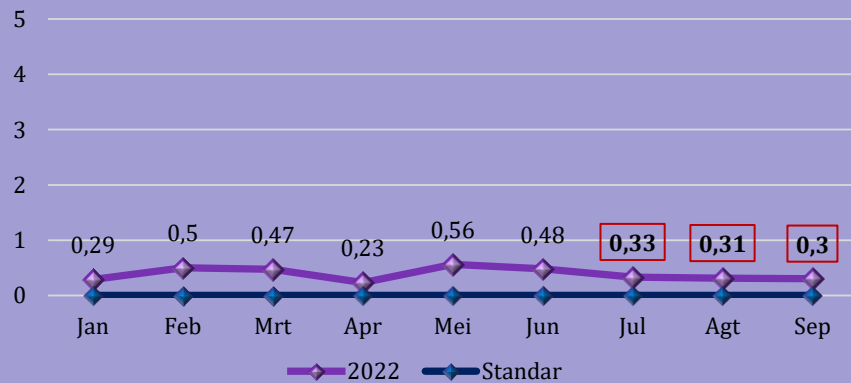
Handover ini bertujuan untuk menyampaikan informasi dari setiap pergantian shift serta memastikan efektifitas dan keamanan dalam perawatan pasien. Pada grafik angka ketidaktepatan handover transfer pasien antar ruangan diatas trennya semakin menurun dan masih berada diatas standar 0%. Realisasi rata-rata triwulan III tahun 2022 sebesar 0,48% , trennya belum mencapai standar 0%. Masih ada ketidaktepatan handover transfer pasien antar ruangan disebabkan karena :

- ◇ Formulir timbang terima tidak ada tanda tangan yang menyerahkan atau yang menerima;
- ◇ Obat dan Tindakan di formulir timbang terima belum di tanda tangani yang menerima;
- ◇ Hand over transfer pasien di lakukan hanya di nurse station tidak di samping bed pasien di rawat

Rekomendasi :

- ◇ Handover transfer pasien jangan hanya dilaksanakan di nurse station tapi di samping bed pasien di rawat;
- ◇ Meningkatkan kepatuhan pelaksanaan pengisian formulir timbang terima saat transfer pasien;
- ◇ Sosialisasi ulang komunikasi efektif.

Grafik 5.13
Ketidaktepatan Handover Operan Jaga TW III TA 2022
RSUD dr. Darsono Kab Pacitan



Rekomendasi WHO untuk memperbaiki pola komunikasi pada saat melakukan operan jaga (handover) harus menggunakan suatu standar yang strategis yaitu dengan menggunakan metode komunikasi SBAR, sebagai upaya untuk menurunkan insiden keselamatan pasien.

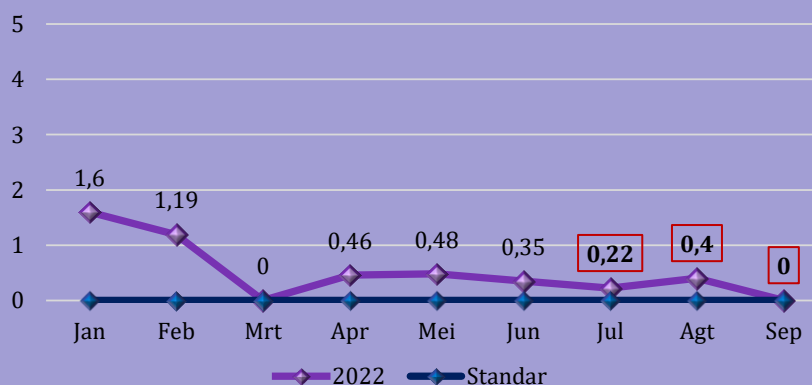
Pada grafik angka ketidaktepatan handover operan jaga diatas trennya bersifat fluktuatif dan masih berada diatas standar 0%. Realisasi rata-rata pada triwulan III tahun 2022 sebesar 0,31%. Masih ditemukan ketidaktepatan handover operan jaga, disebabkan karena operan jaga tidak ditulis tanggal, jam operan dan catatan yang di operkan.

Rekomendasi :

- ◇ Meningkatkan kepatuhan pelaksanaan pengisian tanggal operan, jam operan, dan mengisi catatan yang perlu dioperkan;
- ◇ Sosialisasi ulang komunikasi efektif.

SKP 3 - Peningkatan Keamanan Obat Yang Perlu Diwaspadai

Grafik 5.13
Ketidaktepatan Penandaan Obat High Allert
TW III TA 2022 RSUD dr. Darsono Kab Pacitan



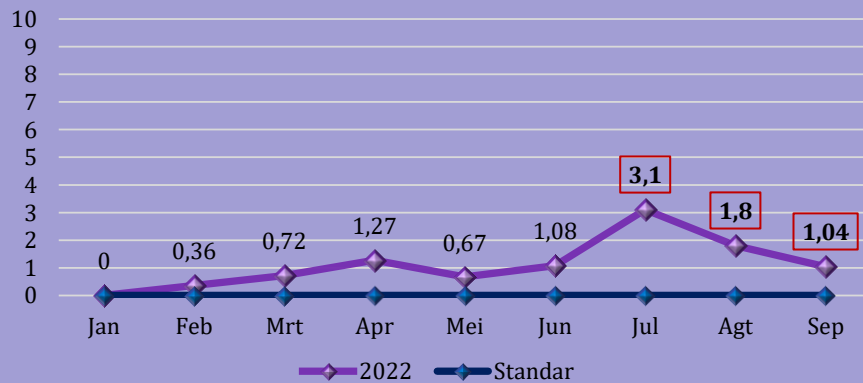
Pada grafik diatas angka ketidaktepatan penandaan obat high allert trennya menurun tapi masih berada diatas standar 0%. Realisasi rata-rata triwulan III tahun 2022 angka ketidaktepatan penandaan obat high allert sebesar 0,21%, trennya semakin turun dan pada bulan September sudah mencapai standar, dengan realisasi 0%.

Rekomendasi :

- a. Menyediakan stiker high alert di semua depo farmasi (tidak hanya di gudang farmasi) karena masih ada obat injeksi yang terlewat belum di tandai stiker high alert dari gudang farmasi;
- b. Meningkatkan kedisiplinan petugas farmasi untuk memberikan tanda pada obat-obat high allert dan NORUM/NASA sesuai dengan panduan high alert agar dapat menjamin keselamatan pasien yang dirawat.

SKP 4 - Kepastian Tepat Lokasi, Tepat Prosedur dan Tepat Pasien Operasi

Grafik 5.13
Ketidapatuhan Pengisian Checklist Keselamatan Bedah
TW III TA 2022
RSUD dr. Darsono Kab Pacitan

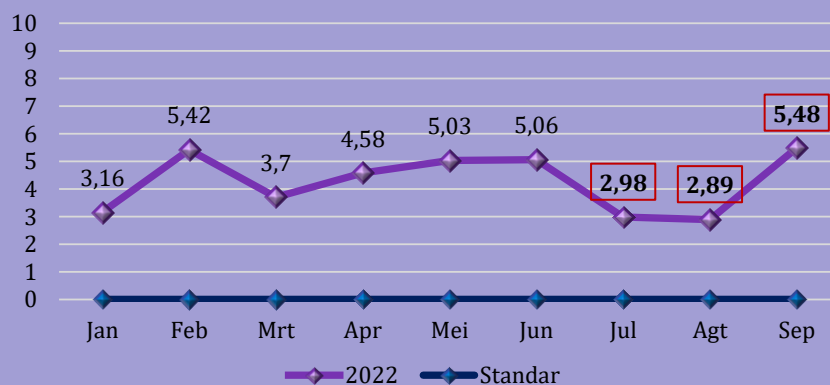


Pada grafik angka ketidapatuhan pengisian checklist keselamatan bedah diatas trennya bersifat fluktuatif naik diatas standar 0%. Realisasi rata-rata triwulan III tahun 2022 sebesar 1,98% , trennya masih di atas standar 0%. Masih ada ketidapatuhan pengisian checklist keselamatan bedah, disebabkan karena tanda tangan operator masih ada yang kosong di sign out, tidak menulis tanggal dan jam.

Rekomendasi :

- ◇ Meningkatkan kedisiplinan petugas untuk melaksanakan checklist keselamatan bedah dan mengisi dengan lengkap jam dan tanda tangan operator agar dapat menjamin keselamatan pasien yang di operasi.
- ◇ Sosialisasi ulang pelaksanaan checklist keselamatan bedah

Grafik 5.13
Ketidapatuhan Penandaan Lokasi Operasi
TW III TA 2022 RSUD dr. Darsono Kab Pacitan



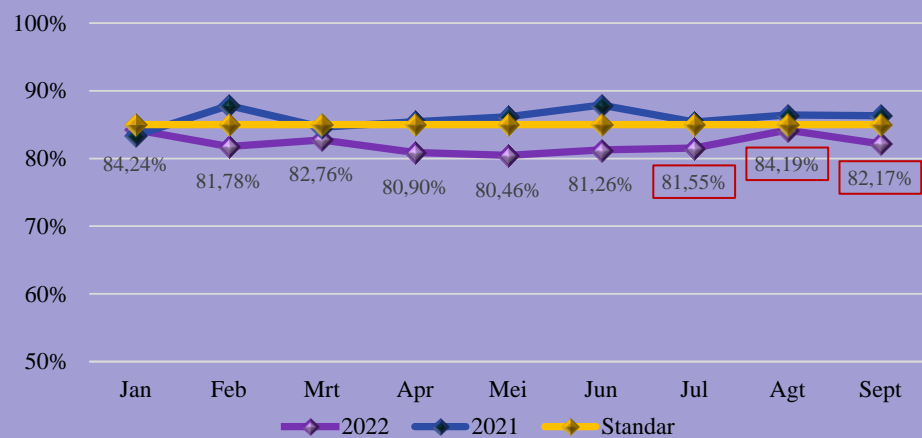
Pada grafik angka ketidakpatuhan penandaan lokasi operasi diatas trennya bersifat fluktuatif diatas standar 0%. Realisasi rata-rata triwulan III tahun 2022 sebesar 3,78%. Masih ada ketidakpatuhan penandaan lokasi operasi, disebabkan karena tanda tangan pasien/keluarga kosong di form penandaan, tidak menulis tanggal dan jam penandaan.

Rekomendasi :

- ◇ Meningkatkan kedisiplinan petugas untuk melaksanakan tepat lokasi dengan penandaan lokasi operasi yang melibatkan pasien agar dapat menjaga keselamatan pasien yang di operasi;
- ◇ Monitoring kelengkapan pengisian formulir penandaan termasuk jam dan tanggalnya;
- ◇ Sosialisasi penandaan lokasi operasi

SKP 5 – Pengurangan Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan

Grafik 5.20
Kepatuhan Kebersihan Tangan TW III TA 2022
RSUD dr. Darsono Kab Pacitan



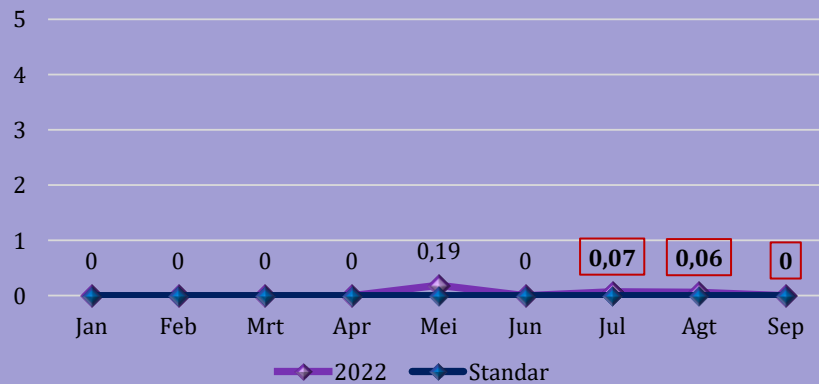
Berdasarkan hasil supervisi pada triwulan III tahun 2022 angka kepatuhan cuci tangan belum sesuai standar. Realisasi tertinggi angka kepatuhan cuci tangan pada bulan Agustus yaitu sebesar 84,19% dengan rata-rata pada triwulan III sebesar 82,64%

Rekomendasi :

- a. Sosialisasi cuci tangan sesuai SPO di unit pelayanan maupun pelayanan penunjang, baik kepada karyawan klinis maupun non klinis;
- b. Mengevaluasi kebutuhan sarana prasarana cuci tangan;
- c. Melakukan audit kepatuhan cuci tangan

SKP 6 – Penurunan Risiko Pasien Jatuh

Grafik 5.13
Kejadian Pasien Jatuh TW III TA 2022
RSUD dr. Darsono Kab Pacitan



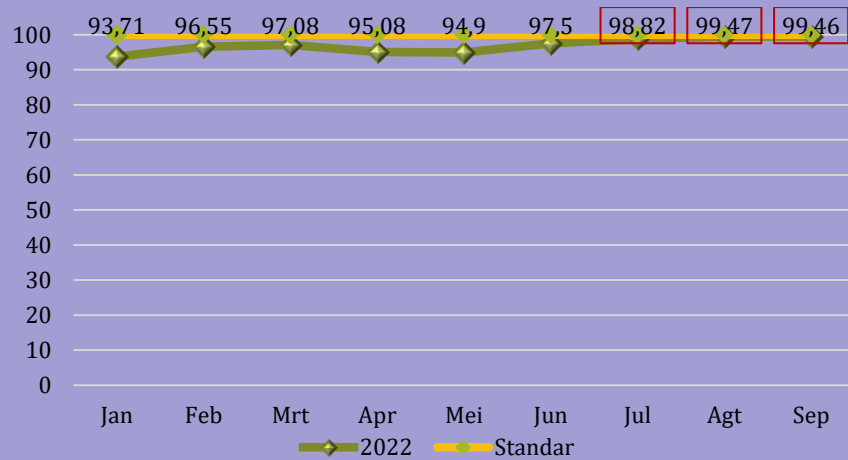
Pada triwulan III tahun 2022 ada dua kejadian pasien jatuh pada bulan Juli 2022, pasien terjatuh di drop zone IGD karena petugas perujuk terburu-buru menurunkan pasien dari ambulance dan pada bulan Agustus 1 kasus jatuh di ruang Melati B karena lantai kamar mandi licin.

Rekomendasi :

- ◇ Melakukan perbaikan sistem transportasi dan briefing petugas tentang keselamatan pasien termasuk proses rujukan;
- ◇ Memotivasi keluarga untuk melakukan pendampingan pasien ke kamar mandi
- ◇ Memasang tanda risiko jatuh untuk pasien
- ◇ Meminta cleaning service untuk rutin membersihkan kamar mandi

2. INDIKATOR PELAYANAN KLINIS PRIORITAS

Grafik 5.23
Ketepatan Waktu Jadwal Operasi Pasien Bedah TW III TA 2022
RSUD dr. Darsono Kab Pacitan



Pada grafik triwulan III tahun 2022, ketepatan waktu jadwal operasi di IBS masih fluktuatif dengan rerata sebesar 99,25%, hal ini disebabkan karena :

- Penjadwalan operasi sebenarnya sudah dilakukan sedemikian rupa dengan memperhatikan kegiatan yang dilakukan oleh dokter operator pada hari itu, namun pada kondisi tertentu tetap saja ada keterlambatan pelaksanaan pembedahan;
- Pelaksanaan operasi sangat tergantung keberadaan dokter operator di IBS, walaupun tim bedah dan anestesi sudah stand by dan siap melaksanakan operasi kalau dokter operator belum berada di IBS maka operasi juga belum bisa dimulai;
- Dokter operator yang terbatas dan memiliki aktivitas di beberapa tempat di RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan (Poliklinik, Bangsal dan IBS) seringkali pada kondisi tertentu dimana kegiatan di satu tempat yang memerlukan waktu lebih lama menyebabkan kehadiran di IBS menjadi mundur, sehingga kegiatan pembedahan mengalami keterlambatan.

Rekomendasi :

- Penjadwalan operasi tetap dilakukan dengan memperhatikan kegiatan yang dilakukan oleh dokter operator pada hari itu dengan tetap melakukan konfirmasi dengan dokter operator;
- Lakukan komunikasi secara efektif dengan dokter operator untuk selalu menepati jadwal operasi yang telah disepakati

- c. Konsultasi dan koordinasi dengan Komite Medik untuk mencari solusi pemecahan masalah penjadwalan operasi

3. INDIKATOR SESUAI TUJUAN STRATEGIS RUMAH SAKIT (KPI)

- a. Angka kepuasan pasien

Survey kepuasan masyarakat dilakukan untuk mengukur kepuasan masyarakat sebagai pengguna layanan dan meningkatkan kualitas penyelenggaraan pelayanan publik secara berkala di RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan sebagai evaluasi kegiatan dan bahan untuk menetapkan kebijakan dalam rangka peningkatan kualitas pelayanan selanjutnya. Survei kepuasan terhadap pelayanan di RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan dilakukan tiap semester/ 6 bulan sekali

- b. Angka pengunjung ke rumah sakit

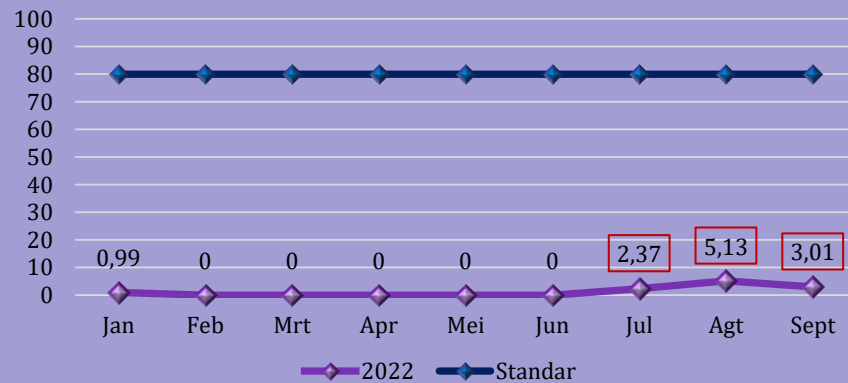
Jumlah pengunjung atau masyarakat yang memanfaatkan RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan pada periode Januari-September 2022 mencapai angka sebesar 14,87% dari jumlah penduduk Pacitan. Jumlah ini sesuai mencapai target dari tujuan strategis Rumah Sakit sebagai Rumah sakit Rujukan dimana target capaian jumlah pengunjung adalah sebesar 10% dari jumlah penduduk Pacitan.

Rekomendasi :

- 1) Pelatihan Komunikasi Efektif
- 2) Perbaikan dan peningkatan sarpras RS
- 3) Pengembangan SDM
- 4) Memberikan reward kepada petugas yang berjasa atau berprestasi
- 5) Memberikan/ menyediakan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan masyarakat Pacitan

4. INDIKATOR TERKAIT PERBAIKAN SISTEM

Grafik 5.23
Ketepatan Pengisian Rekonsiliasi Obat pada Dokumen
RM Pasien TW III TA 2022



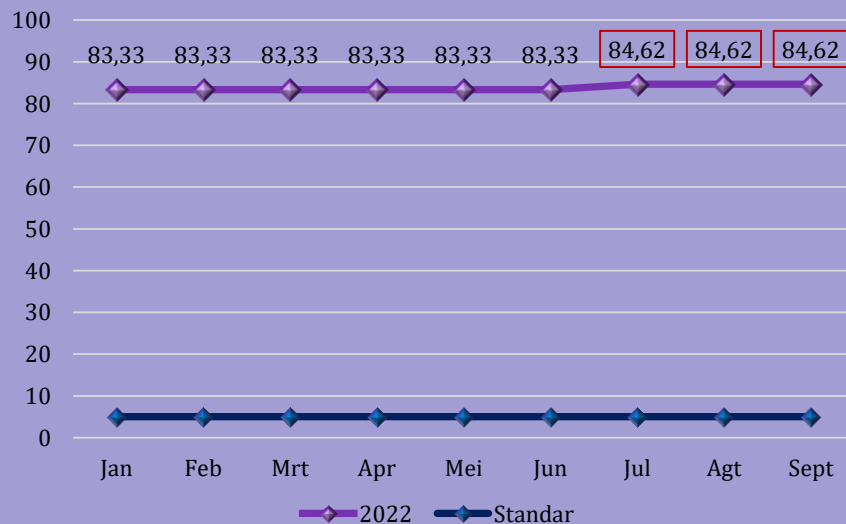
Rekonsiliasi obat adalah kegiatan membandingkan instruksi penggunaan obat dengan obat yang diperoleh pasien. Proses ini dapat mencegah adanya *medication error* seperti adanya obat yang tidak diberikan, dosis obat yang tidak sesuai, duplikasi obat, interaksi antar obat ataupun kontraindikasi obat. Rekonsiliasi obat pada pasien rawat inap diperlukan untuk mendapatkan terapi pengobatan yang rasional. Pada grafik diatas dapat dilihat bahwa proses dokumentasi rekonsiliasi obat di RM pasien masih rendah meskipun sebenarnya proses rekonsiliasi obat sudah dilakukan. Realisasi rata-rata pada triwulan III sebesar 3,5%

Rekomendasi :

- 1) Audit kelengkapan pengisian rekam medis pasien
- 2) Sosialisasi pelaksanaan rekonsiliasi obat sesuai SPO
- 3) Penambahan tenaga petugas, proses rekonsiliasi obat sebenarnya merupakan tanggungjawab apoteker rumah sakit, namun demikian karena keterbatasan jumlah apoteker, maka rekonsiliasi obat dilakukan oleh perawat.

5. INDIKATOR TERKAIT MANAJEMEN RISIKO

Grafik 5.24
Keluhan Ruangan terhadap Keterlambatan Hasil Bacaan
Pemeriksaan Radiologi TW III TA 2022
RSUD dr. Darsono Kab Pacitan



Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax menurut standar pelayanan minimal di Instalasi Radiologi dalam Kepmenkes No. 129/Menkes/SK/II/2008 yaitu ≤ 3 jam mulai dari pasien dipanggil untuk pemeriksaan sampai hasil siap diambil oleh pasien. Berdasarkan grafik di atas di peroleh rata-rata keluhan ruangan terhadap keterlambatan hasil bacaan pemeriksaan radiologi pada triwulan III sebesar 84,62%

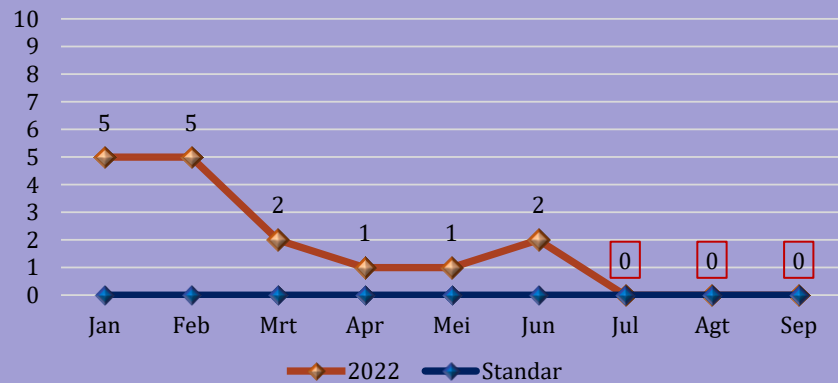
Faktor yang dapat menjadi penyebab keluhan ruangan adalah hasil bacaan radiologi yang terlambat diterima oleh ruangan. Lamanya waktu tunggu pelayanan yaitu pasien yang datang pada waktu yang bersamaan, kurangnya sumber daya manusia (SDM) serta jumlah dan kesibukan dokter spesialis radiologi yang stand by di ruang radiologi saat jam kerja.

Rekomendasi :

- Sosialisasi tentang SPM dan SOP waktu tunggu hasil bacaan radiologi;
- Mengingatkan kembali tentang dampak dari keterlambatan waktu hasil bacaan radiologi
- Audit kepatuhan waktu tunggu penyerahan hasil pemeriksaan radiologi

6. INDIKATOR TERKAIT PROGRAM PENDIDIKAN KEDOKTERAN

Grafik 5.25
Ketidakpatuhan Penyerahan Nilai Peserta Didik
TW III TA 2022



RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan merupakan rumah sakit pendidikan satelit yang menerima peserta didik PPDS neurologi, PPDS bedah, perawat dan bidan serta tenaga kesehatan lain. Tingkat kedisiplinan masing-masing CI dalam kegiatan pencatatan dan pelaporan nilai peserta didik berbeda-beda, dapat dilihat dari grafik di atas bahwa realisasi rata-rata ketidakpatuhan penyerahan nilai peserta didik oleh CI kepada subbag KPSDM pada triwulan III tahun 2022 sedag sesuai standar yaitu sebesar 0% Rekomendasi :

- 1) Penyusunan SPO pencatatan dan pelaporan nilai peserta didik
- 2) Sosialisasi SPO terhadap semua *Clinical Instructure* (CI)
- 3) Meningkatkan kedisiplinan CI dalam menyerahkan nilai peserta didik
- 4) Mempertajankan capaian

E. REALISASI MUTU PPI

Hasil realisasi indikator mutu Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) triwulan III tahun 2022 adalah sebagai berikut :

1. Angka Kepatuhan Cuci Tangan (85%)

Uraian	Realisasi (%)					\bar{x} TW III (%)
	TW I	TW II	Jul	Agt	Sept	
Kepatuhan	82,93	80,87	84,24	82,45	82,52	83,07
Berdasarkan momen :						
◇ Momen I	44,10	46,12	40	42,22	41,67	41,3
◇ Momen II	55,93	48,38	31,25	39,66	55,26	42,06
◇ Momen III	100	100	100	100	100	100
◇ Momen IV	100	100	100	100	97	99
◇ Momen V	76,45	64,79	66,3	65	73,83	68,38
Berdasarkan profesi :						
◇ Dokter	84,2	82,46	82,52	81,25	83,61	82,46
◇ Perawat/bidan	83,13	81,33	81,02	80,67	82,31	81,33
◇ Nakes lain	81,12	81,32	80,77	82,31	82,59	81,89

Pada triwulan III tahun 2022 capaian tertinggi angka kepatuhan cuci tangan secara umum pada bulan Juli yaitu 84,24%, berdasarkan 5 momen cuci tangan capaian paling rendah adalah momen ke 1 (sebelum bersentuhan dengan pasien) yaitu 41,3% dan paling tinggi di momen ke 3 (setelah terpapar darah dan cairan tubuh) dengan capaian 100%, sedangkan profesi yang paling patuh melakukan cuci tangan yaitu dokter dengan capaian 82,46%. Capaian secara keseluruhan angka kepatuhan cuci tangan belum mencapai target yaitu 85%.

Rencana tindak lanjut :

- a. Sosialisasi cuci tangan di unit pelayanan maupun pelayanan penunjang, baik kepada karyawan klinis maupun non klinis
- b. Mengevaluasi kebutuhan sarana prasarana cuci tangan
- c. Melakukan audit kepatuhan cuci tangan

2. Angka Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri

Kepatuhan Penggunaan APD	Realisasi (%)					\bar{x} TW III (%)
	TW I	TW II	Jul	Agt	Sept	
Capaian	84,4	82,72	82,52	82,76	83,33	82,87
Standar	100	100	100	100	100	

Angka kepatuhan penggunaan APD petugas pada triwulan III tahun 2022 belum mencapai target yang diharapkan yaitu belum mencapai 100%, realisasi rata-rata sebesar 82,87%. Hal ini menunjukkan bahwa kepatuhan petugas dalam menggunakan Alat Pelindung Diri masih kurang karena masih didapatkan petugas yang menggunakan sarung tangan pada saat menulis di RM pasien.

Rencana tindak lanjut :

- a. Monitoring penggunaan APD
- b. Edukasi penggunaan APD sesuai SPO

3. Monitoring Kepatuhan Pengelolaan Benda Tajam

Monitoring kepatuhan pengelolaan benda tajam pada triwulan III hampir mencapai 100%, akan tetapi terkait safety box yang isinya hampir penuh , ditemukan di beberapa ruang rawat inap, hal ini mengakibatkan tempat limbah benda tajam dan jarum tampak penuh sesak

Rencana Tindak Lanjut

- a. Monitoring kepatuhan PPI terkait pengelolaan benda tajam
- b. Edukasi terkait pemilahan limbah benda tajam

4. Kepatuhan PPI di Instalasi Gizi

Dari hasil monitoring di Instalasi Gizi, menunjukkan kepatuhan dalam pencegahan dan pengendalian infeksi pada triwulan III menunjukkan di bak II : Pembilasan/rinse (merendam alat makan ke dalam air panas dengan suhu 82°C selama 2 menit atau suhu 100°C selama 1 menit) tidak tercapai sama sekali. Dari 4 kali supervisi pemanas air tidak mencapai suhu 80°C, selain itu kepatuhan melakukan kebersihan tangan hanya mencapai 50%, dan diketahui bahwa kepatuhan petugas menjamah makanan matang hanya mencapai 50%, sedangkan kepatuhan penggunaan APD hanya mencapai 25%, permukaan lingkungan agak kotor dan licin di area pengolahan makanan karena air dari tempat mencuci piring dan sayur terpercik di lantai, akan tetapi oleh petugas segera dibersihkan saat lantai kotor, capaian hanya 25% dan Trolley pengangkutan makanan saat dilakukan supervise agak berdebu, capaiannya 75%.Tindak lanjut :

- a. Monitoring di Instalasi Gizi
- b. Melakukan edukasi tentang PPI kepada unit
- c. Rekomendasi untuk perbaikan atau usulan pengadaan pemanas air

5. Angka Hai's

Angka Hai's	Standar	Realisasi (%)					x̄ TW III (%)
		TW I	TW II	Jul	Agt	Sept	
IDO	1,5%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Phlebitis	1‰	3,44‰	3,75‰	4‰	12,22‰	5,71‰	7,23‰
VAP	5,8‰	0‰	0‰	0‰	0‰	0‰	0‰
HAP	1‰	0‰	0‰	0‰	0‰	0‰	0‰
Decubitus	5,8‰	0‰	0‰	0‰	0‰	0‰	0‰
IADP	3,5‰	0‰	0‰	0‰	0‰	0‰	0‰
ISK	4,7‰	0‰	0‰	0‰	0‰	0‰	0‰

Surveilans HAIs yang dilakukan IPCL menunjukkan pada bulan triwulan III angka kejadian plebitis tertinggi pada bulan Agustus yaitu 12,22‰. Hampir di semua ruangan selama triwulan III terdapat HAI's plebitis. Kenaikan angka phlebitis dibandingkan triwulan sebelumnya adalah beberapa pasien mendapatkan cairan yang hipertonis sehingga kepekatannya lebih tinggi daripada cairan isotonik sehingga mengakibatkan peradangan pada pembuluh darah. Realisasi rata-rata pada triwulan III sebesar 7,23‰.

Rekomendasi :

- a. Edukasi petugas tentang SPO pemasangan infus;
- b. Koordinasi dengan bagian farmasi dan bagian pengembangan (SDM) untuk melakukan pelatihan terapi cairan;
- c. Monitoring lingkungan penyimpanan obat intravena dan ruang pencampuran obat secara berkala dan rutin
- d. Monitoring surveilans HAI's;
- e. Perlu adanya edukasi yang berkesinambungan terkait kegiatan PPI di semua unit pelayanan dalam menurunkan angka HAI's;

F. REALISASI INDIKATOR SPM

1. REALISASI INDIKATOR BIDANG YANMED & KEPERAWATAN

NO	JUDUL INDIKATOR	STANDAR	TW III	KET TERCAPAI (1)/TIDAK TERCAPAI (0)
PELAYANAN GAWAT DARURAT				
1	Kemampuan menangani live saving anak dan dewasa	100%	100%	1
2	Jam buka pelayanan IGD	24 jam	24 jam	1
3	Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD	100%	100%	1
4	Ketersediaan tim penanggulangan bencana	1 Tim	1 Tim	1
5	Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat	<5 Menit	3,15 mnt	1
6	Kematian pasien ≤ 24 jam	< 2/1000	11,49‰	0
7	Kepuasan pelanggan pada gawat darurat	≥ 70%	79,85%	1
8	Tidak ada pasien yg diharuskan membayar uang muka	100%	100%	1

PELAYANAN RAWAT JALAN				
1	Dokter pemberi pelayanan di poliklinik spesialis	100% dokter spesialis	100%	1
2	Ketersediaan pelayanan rawat jalan	Tersedia 4 poli spesialis dasar	100%	1
3	Jam buka pelayanan	08.00 sd 13.00, jumat 08.00 sd 11.00	100%	1
4	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	≤60 menit	63 mnt	0
5	Kepuasan Pelanggan Pada Rawat Jalan	≥ 85 %	80,1%	0
6	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	60%	100%	1

PELAYANAN RAWAT INAP				
1	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit di rawat inap	a. Dr spesialis, b. Perawat D3	Tersedia	1
2	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100%	100%	1
3	Ketersediaan pelayanan rawat inap	Tersedia 4 rawat inap sp dasar	Tersedia	1
4	Jam visite dokter spesialis	08.00 sd 14.00 setiap hari kerja	87,18%	0
5	Kejadian infeksi pasca operasi	<1.5%	0%	1
6	Kejadian infeksi nosokomial	<,1.5%	0,72%	1
7	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/ kematian	100%	100%	1
8	Kematian pasien > 48 jam	0.24%	1,45%	0
9	Kejadian pulang paksa	< 5%	0,9%	1
10	Kepuasan pelanggan rawat inap	>90%	80,75%	0

PELAYANAN BEDAH				
1	Waktu tunggu operasi elektif	≤ 2 hari	1,4 hr	1
2	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	≤1%	0%	1
3	Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100%	100%	1
4	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100%	100%	1
5	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi	100%	100%	1
6	Komplikasi anestesi karena <i>overdosis</i> , reaksi anestesi dan salah penempatan <i>endotracheal tube</i>	≤ 6%	0%	1
7	Kejadian kematian di meja operasi	≤1 %	0%	1

PELAYANAN PERSALINAN DAN PERINATOLOGI				
1	Pemberi pelayanan persalinan normal	dr SpOG, dr umum terlatih, bidan	100%	1

2	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	Tim ponek terlatih	Tim PONEK	1
3	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	100%	100%	1
4	Kemampuan menangani BBLR 1500 -2500 gr	100%	100%	1
5	Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria	≤20 %	34,57%	0
6	Kejadian kematian ibu karena persalinan (perdarahan)	≤ 1%	0%	1
7	Kejadian kematian ibu karena persalinan (preeklampsia/ eklampsia)	≤ 30%	0%	1
8	Kejadian kematian ibu karena persalinan (sepsis)	≤ 0,2%	0%	1
9	Kepuasan Pelanggan pada Persalinan dan Perinatologi	≥80 %	82,5%	1
10	Persentase KB (vasektomi & tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga kompeten dr. Sp.OG, dr. Sp.B, dr. Sp.U, dokter umum terlatih)	100%	100%	1
11	Persentase peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap oleh bidan terlatih	100%	100%	1

PELAYANAN INTENSIF

1	Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan Intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	≤3 %	0,68%	1
2	Pemberi pelayanan unit intensif	100%	78,12%	0

2. REALISASI INDIKATOR MUTU BIDANG PELAYANAN PENUNJANG

NO	JUDUL INDIKATOR	STANDAR	TW III	KET TERCAPAI (1)/TIDAK TERCAPAI (0)
PELAYANAN RADIOLOGI				
1	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	≤ 3 jam	1 jam 35 mnt	1
2	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan rontgen	Dokter Sp.Rad	100%	1
3	Kejadian kegagalan pelayanan rontgen	<2%	0%	1
4	Kepuasan pelanggan pada radiologi	≥ 80 %	92,52%	1

PELAYANAN LABORATORIUM				
1	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium	≤ 140 menit kimia darah & darah rutin	122,33 mnt	1
2	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium	Dokter Sp. PK	100%	1
3	Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium	100%	100%	1
4	Kepuasan pelanggan pada laboratorium klinik	≥80%	87,75%	1

PELAYANAN REHABILITASI MEDIK				
1	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100%	100%	1
2	Kejadian <i>drop out</i> pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan	≤50 %	2,64%	1
3	Kepuasan pelanggan pada rehabilitasi medik	≥80 %	96%	1

PELAYANAN FARMASI				
1	Penulisan resep sesuai formularium	100%	100%	1
2	Waktu tunggu pelayanan obat jadi	< 30 menit	16,98 mnt	1
3	Waktu tunggu pelayanan obat racikan	≤60 menit	42,26 mnt	1
4	Kepuasan pelanggan	>80%	86,34	1
5	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100%	100%	1

PELAYANAN GIZI				
1	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	≥90 %	100%	1
2	Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet	100%	100%	1
3	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	< 20%	22,75%	1

PELAYANAN TRANFUSI DARAH				
1	Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	100% terpenuhi	100%	1
2	Kejadian reaksi transfusi	< 0,01%	1,3%	0

PELAYANAN GAKIN				
1	Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	100% terpenuhi	100%	1

PELAYANAN REKAM MEDIK				
1	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	≤ 10 menit	9,15 mnt	1
2	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	≤15 menit	13,45 mnt	1
3	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100%	100%	1
4	Kelengkapan infomed consent setelah mendapatkan informasi yang jelas	100%	100%	1

PENGELOLAAN LIMBAH				
1	Baku Mutu Limbah Cair	100%	100%	1
2	Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan	100%	78,95%	1

PELAYANAN AMBULANCE/KERETA JENAZAH				
1	Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah	24 Jam	24 jam	1
2	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance /kereta jenazah di rumah sakit	79,96%	100%	1

PENGELOLAAN PEMULASARAAN JENAZAH				
1	Waktu tanggap (response time) pelayanan pemulasaraan jenazah	<2 Jam	1 jam 39 mnt	1

PENGELOLAAN LAUNDRY				
1	Tidak ada kejadian linen yang hilang	100%	100%	1
2	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	100%	100%	1

PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT				
1	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	≥80%	94,28%	1
2	Ketepatan waktu pemeliharaan alat	100%	95,20%	0

3	Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	100%	100%	1
---	--	------	------	---

3. PENCAPAIAN KINERJA BIDANG KEUANGAN

NO	JUDUL INDIKATOR	STANDAR	SEM I	KET TERCAPAI (1)/TIDAK TERCAPAI (0)
1	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100%	100%	1
2	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	< 2 jam	21 mnt	1
3	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100%	100%	1
4	<i>Cost recovery Rate (CRR)</i>	≥ 60%	107,45%	1

4. REALISASI INDIKATOR MUTU BAGIAN TATA USAHA

NO	JUDUL INDIKATOR	STANDAR	TW III	KET TERCAPAI (1)/TIDAK TERCAPAI (0)
1	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	100%	100%	1
2	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100%	100%	1
3	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%	100%	1
4	Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	100%	100%	1
5	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun	> 60%	2,07%	0

Capaian indikator SPM rumah sakit pada triwulan II tahun 2022 sebesar 85,87%, terdapat 13 indikator dari 92 indikator SPM yang belum mencapai standar yaitu : kematian pasien ≤ 24 jam; waktu tunggu rawat jalan; kepuasan pelanggan rawat jalan; jam visite dokter spesialis; kematian pasien >48 jam;

kepuasan pelanggan rawat inap; pertolongan persalinan melalui seksio cesaria; pemberi pelayanan unit intensif; sisa makanan yang tidak termakan pasien; kejadian reaksi transfusi; pengelolaan limbah padat infeksius sesuai aturan; ketepatan waktu pemeliharaan alat; dan karyawan yang mendapat pelatihan minimal 2 jam pertahun.

Indikator - indikator yang belum tercapai tersebut terkait berbagai penyebab antara lain kuantitas maupun kualifikasi sumber daya manusia, pola kebijakan, anggaran yang tersedia dan sumber daya serta sarana prasarana yang pada akhirnya juga mempengaruhi pelayanan yang diberikan. Rekomendasi sebagai strategi penyelesaian indikator yang belum mencapai standar adalah sebagai berikut :

- a. Sosialisasi kepada masyarakat tentang SIPON ceria sebagai bentuk upaya untuk mempercepat peyanan pendaftaran di rawat jalan dan meningkatkan kepuasan pasien;
- b. Menyediakan anggaran untuk peningkatan kemampuan para tenaga kesehatan dan atau pegawai dengan mengikuti seminar/pelatihan atau *inhouse training*;
- c. Menciptakan kenyamanan, kebersihan dan kerapian lingkungan tempat pelayanan bagi masyarakat
- d. Pemutahiran dan pemeliharaan serta peningkatan kelengkapan sarana dan prasarana untuk mendukung waktu proses pelayanan;
- e. Meningkatkan kedisiplinan tenaga medis maupun tenaga penunjang medis untuk melakukan pelayanan sesuai dengan SPO

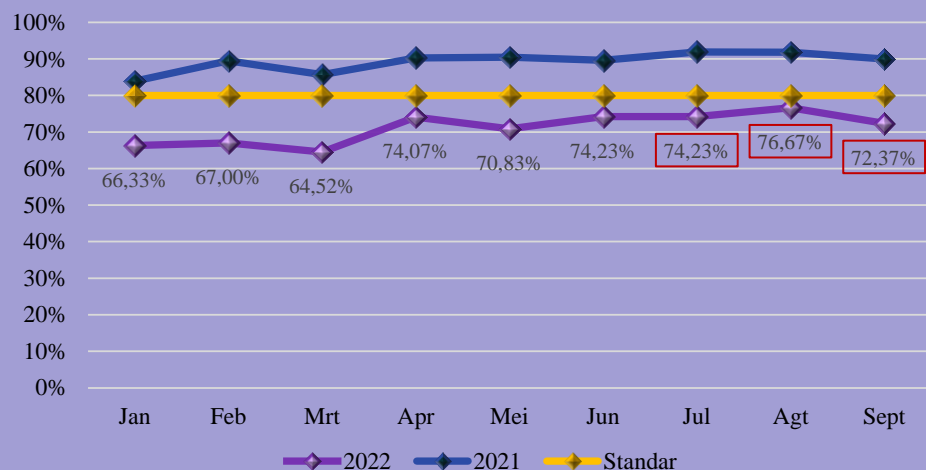
G. EVALUASI PANDUAN PRAKTEK KLINIK (PPK) / CLINICAL PATHWAYS (CP)

Standarisasi asuhan klinik diukur dengan indikator kepatuhan terhadap PPK/CP. PPK adalah prosedur yang dilaksanakan oleh sekelompok profesi yang mengacu pada Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK) yang dibuat oleh organisasi profesi dan disahkan oleh pimpinan rumah sakit (Permenkes RI, 2014). Sedangkan CP dibuat dengan mengintegrasikan PPK terhadap suatu penyakit tertentu yang dibuat oleh organisasi profesi dan literatur berdasarkan studi berbasis bukti. Hal ini kemudian disesuaikan dengan keadaan setempat dan dibutuhkan kolaborasi berbagai bidang (dokter, keperawatan dan tenaga kesehatan lainnya).

Audit kepatuhan PPK/CP dilakukan pada kasus-kasus sebagai berikut :

- a. Fraktur Tulang Panjang Tertutup Shaf Femur
- b. Abses Maksilofasial
- c. Benign Prostate Hyperplasia
- d. Katarak
- e. Bedah Caesar
- f. DHF dan Dengue Berat Pada Anak
- g. Pneumonia
- h. Sindrom Koroner Akut Dengan Elevasi Segmen St (Stemi)
- i. Stroke Iskemik
- j. Tuberculosis
- k. Krisis Hypertensi

Grafik 5.26
Evaluasi Kepatuhan PPK/CP TW III TA 2022
RSUD dr. Darsono Kab Pacitan



Pada triwulan III TA 2022 rerata kepatuhan PPK/CP adalah 73,04%. Capaian tertinggi terjadi di bulan Juni 2022 sebesar 74,4%, masih adanya ketidakpatuhan terhadap PPK disebabkan karena ketidakpatuhan DPJP dalam memberikan terapi, obat-obatan yang diberikan tidak tercantum pada CP yang telah ditetapkan Direktur

Kendala dan permasalahan :

1. PPK/CP belum direvisi;
2. CP yang dievaluasi belum kolaboratif antar profesi.

Rekomendasi :

1. Review dan revisi dokumen PPK/CP oleh Komite Mutu, Komite Medik, Komite Keperawatan, dan Komite Nakes Lain;
2. Monev kepatuhan pengisian CP lebih komprehensif;
3. CP dapat digunakan untuk mengukur indikator kinerja PPA.
4. Monitor ketersediaan format Clinical Pathway di setiap unit pelayanan
5. Konsistensi pengisian clinical pathway oleh profesional pemberi asuhan (PPA)

I. MANAJEMEN RISIKO RUMAH SAKIT

Kondisi yang dicapai saat ini :

1. Pengumpulan manajemen risiko unit kerja mencapai 90%;
2. Pendampingan ke unit kerja dilakukan oleh Subkomite Manajemen Risiko;
3. SubKom Manajemen Risiko telah membuat profil risiko RS dan rencana penanganan ;
4. Melakukan koordinasi dengan seluruh unit kerja untuk pengelolaan dan pemantauan risiko;
5. Telah tersusun program manajemen risiko RS
6. Melakukan sosialisasi ulang PMK nomor 25 tahun 2019 tentang Manajemen Risiko;
7. Koordinasi dengan unit kerja untuk melakukan pengelolaan dan pemantauan risiko;

Kendala dan permasalahan:

1. Pemahaman tentang manajemen risiko belum merata di seluruh unit kerja;
2. Sosialisasi PMK nomor 25 tahun 2019 belum optimal;
3. Pengelolaan dan pemantauan risiko belum dilakukan oleh seluruh unit kerja;
4. Manajemen risiko unit kerja belum terdokumentasi dengan baik.

Rencana pemecahan masalah :

1. Optimalisasi sosialisasi dan pendampingan ke unit kerja;
2. Pembuatan FMEA, HVA, HSI;
3. Penguatan program manajemen risiko unit kerja;
4. Optimalisasi pengelolaan dan pemantauan risiko unit kerja dengan dipandu oleh Subkomite Manajemen Risiko;
5. Meningkatkan keterlibatan semua pihak dalam pengelolaan risiko;
6. Pemantauan dan pelaporan manajemen risiko dilakukan secara berkala;
7. Feedback dan pembelajaran ke unit kerja untuk pengelolaan risiko

BAB IV PENUTUP

Komite Mutu RSUD dr. Darsono Kab Pacitan selalu berupaya melaksanakan tugas dan fungsi dalam upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien RS. Dukungan seluruh staf dan manajemen dalam proses pelaksanaan menjadi penyemangat Komite Mutu dalam meningkatkan kinerja. Keberhasilan atas pencapaian kinerja pada triwulan III TA 2022 hendaknya dapat dipertahankan dan ditingkatkan serta dapat menjadi parameter untuk pencapaian kinerja selanjutnya. Hal-hal yang menjadi kendala dan permasalahan untuk mencapai target dan rencana kinerja diharapkan diselesaikan melalui proses continuous quality improvement dengan cara memperbaiki, mencari solusi, dan alternatif penyelesaiannya.

A. KESIMPULAN

1. Program Komite Mutu sebagian besar sudah terlaksana. Peran aktif dari 3 (tiga) Subkomite memberikan sumbangan untuk tercapainya program;
2. Kesadaran pegawai terhadap mutu sudah meningkat. Pemahaman tentang mutu, keselamatan pasien, budaya keselamatan, dan manajemen risiko belum optimal. Perlu sosialisasi berkala dan pendampingan secara intens oleh masing- masing Subkomite;
3. Realisasi Indikator Pelayanan Rawat Inap
Realisasi indikator pelayanan rawat inap pada triwulan III yaitu sebesar 42,86% atau hanya 3 indikator yang mencapai target dari 7 indikator yang ada. Realisasi indikator yang mencapai target adalah indikator TOI, NDR dan GDR.
4. Realisasi Indikator Nasional Mutu (INM)
Realisasi Indikator Mutu Nasional sebesar 50% atau 6 indikator mencapai target dari 12 indikator yang digunakan untuk pengukuran. Realisasi dari indikator yang belum mencapai target disebabkan oleh kurangnya kepatuhan petugas terhadap hal-hal yang menjadi ukuran dari indikator ini.
5. Realisasi Indikator Mutu Prioritas RS (IMP-RS)

Realisasi IMP -RS masih rendah, hal ini disebabkan masih rendahnya etos kerja petugas, kurangnya pengetahuan dan pemahaman terhadap aturan yang berlaku dan kurangnya sarana operasional pendukung tercapainya prioritas rumah sakit.

6. Penerapan budaya mutu dan keselamatan pasien perlu dipandu oleh Subkomite Mutu dan Subkomite Keselamatan Pasien;
7. Hasil capaian indikator belum sepenuhnya digunakan sebagai dasar untuk memperbaiki performa unit kerja;
8. Monev dan supervisi berjenjang belum berjalan Optimal;
9. Audit PPK/CP masih pada belum komprehensif melibatkan semua PPA;
10. Pelayanan di RSUD dr. Darsono Kab Pacitan tetap memprioritaskan mutu dan keselamatan pasien. Semua dokumen, regulasi, dan implementasi dilakukan berdasarkan perundang-undangan yang berlaku.

B. REKOMENDASI

Pelaksanaan kegiatan dan pengawasan tetap harus dilakukan agar program dapat dicapai. Rekomendasi dari Laporan Komite Mutu triwulan III TA 2022 adalah:

1. Meningkatkan koordinasi dan sosialisasi untuk pelaksanaan program dan kegiatan secara menyeluruh dan berkesinambungan;
2. Meningkatkan monev dan supervisi secara berjenjang dan berkala untuk melihat kegiatan yang dilaksanakan sudah sesuai dengan standar yang ditetapkan;
3. Feedback dan pembelajaran terhadap capaian indikator mutu RS;
4. Melaksanakan review dan revisi PPK/CP dengan melibatkan Komite Medik, Komite Keperawatan, dan Komite Nakes Lain;
5. Melaksanakan audit medik dan audit klinik secara komprehensif;
6. Meningkatkan implementasi budaya keselamatan;