



LAPORAN INDIKATOR MUTU RS TRIWULAN II 2020

PEMERINTAH KABUPATEN PACITAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. DARSONO

Jl. Jend. A. Yani No. 51 ☎ (0357) 881410 Fax. 883818 Pacitan 63511
<http://www.rsud.pacitankab.go.id>, Email : rsud@pacitankab.go.id

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 dilakukan 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 kerja yang 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 2020. 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 supervisi 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 APRIL s/d JUNI 2020

A. KEGIATAN POKOK

Kegiatan pemantauan indikator mutu RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan dimulai bulan Januari tahun 2020. 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 Laporan Hasil Tes Kritis Laboratorium
 - 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) Evaluasi ulang penandaan lokasi operasi baik obyek maupun rekam medis saat timbang terima
 - 2) Penundaan operasi elektif
 - b. Indikator mutu manajemen
 - 1) Kepatuhan petugas dalam pengisian form PRMRJ pasien poli bedah
 - 2) Ketersediaan linen dan alat steril di instalasi bedah sentral
 - c. Indikator sasaran keselamatan pasien
 - 1) Ketepatan Identifikasi pasien : Ketidaktepatan warna gelang, penulisan identitas pasien dan prosedur confirm;

- 2) Peningkatan komunikasi yang efektif : Ketidaktepatan prosedur komunikasi secara lisan lewat telepon sesuai SPO;
- 3) Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai : Ketidakpatuhan penandaan obat HighAlert dan NORUM/LASA;
- 4) Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien operasi : Ketidakpatuhan pengisian checklist keselamatan bedah oleh petugas;
- 5) Pengurangan resiko infeksi terkait pelayanan kesehatan : Kepatuhan cuci tangan (hand hygiene);
- 6) Pengurangan resiko pasien jatuh : Angka pasien jatuh di ruang rawat inap.

B. KEGIATAN

1. Menetapkan program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan, sesuai dengan Surat 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 dr. Darsono Kabupaten Pacitan.
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																																		
Denominator	Jumlah proses pelayanan yang di observasi																																		
Target	100%																																		
Hasil	Bulan	Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun																												
	2020	47,56	70,64	49,74	52,4	57,69	54,26																												
	2019	88,37	91,56	87,85	88,02	87,65	90,54																												
Grafik	<table border="1" style="display: none;"> <caption>Data for Patient Identification Compliance Graph</caption> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>Standar</th> <th>2019</th> <th>2020</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Jan</td> <td>100%</td> <td>88,37%</td> <td>47,56%</td> </tr> <tr> <td>Feb</td> <td>100%</td> <td>91,56%</td> <td>70,64%</td> </tr> <tr> <td>Mrt</td> <td>100%</td> <td>87,85%</td> <td>49,74%</td> </tr> <tr> <td>Apr</td> <td>100%</td> <td>88,02%</td> <td>52,40%</td> </tr> <tr> <td>Mei</td> <td>100%</td> <td>87,65%</td> <td>57,69%</td> </tr> <tr> <td>Jun</td> <td>100%</td> <td>90,54%</td> <td>54,26%</td> </tr> </tbody> </table>							Bulan	Standar	2019	2020	Jan	100%	88,37%	47,56%	Feb	100%	91,56%	70,64%	Mrt	100%	87,85%	49,74%	Apr	100%	88,02%	52,40%	Mei	100%	87,65%	57,69%	Jun	100%	90,54%	54,26%
Bulan	Standar	2019	2020																																
Jan	100%	88,37%	47,56%																																
Feb	100%	91,56%	70,64%																																
Mrt	100%	87,85%	49,74%																																
Apr	100%	88,02%	52,40%																																
Mei	100%	87,65%	57,69%																																
Jun	100%	90,54%	54,26%																																
Analisa	<p>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 II tahun 2020 sebesar 54,78%.</p> <p>Masih adanya ketidaktepatan identifikasi pasien di RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan di disebabkan karena :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kurangnya pemahaman petugas terhadap SPO identifikasi pasien <input type="checkbox"/> Petugas belum terbiasa mengecek gelang pasien 																																		
Rekomendasi	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Secara keseluruhan capaian Triwulan I 2020 didapatkan bahwa kepatuhan identifikasi pasien rawat inap masih dibawah sehingga hasil pencapaian harus ditingkatkan untuk bulan selanjutnya. <input type="checkbox"/> Melakukan sosialisasi ke PPA pentingnya dalam melakukan identifikasi pasien dengan benar. <input type="checkbox"/> PIC data mutu selaku penanggung jawab data melakukan money terhadap semua staf yang terlibat dalam pengumpulan sampai pelaporan hasil survei dalam bulanan sampai triwulan. 																																		

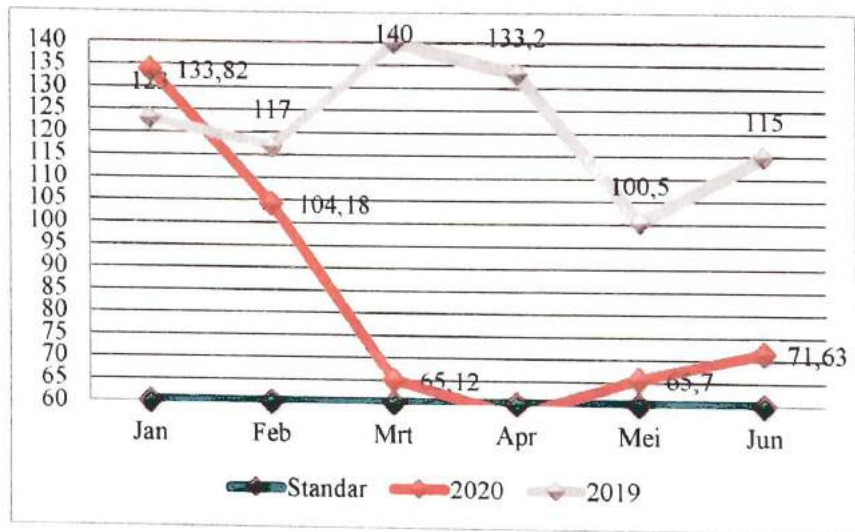
2. Emergency Respon Time ≤ 5 menit

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																																		
Denominator	Jumlah seluruh pasien pasien gawat, darurat, dan gawat-darurat yang mendapatkan pelayanan kegawatdaruratan																																		
Target	100%																																		
Hasil	Bulan	Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun																												
	2020	100	100	100	100	100	100																												
	2019	99,4	99,5	99,9	100	100	100																												
Grafik	<table border="1"> <caption>Data for Emergency Respon Time ≤ 5 minutes Graph</caption> <thead> <tr> <th>Tahun</th> <th>Jan</th> <th>Feb</th> <th>Mrt</th> <th>Apr</th> <th>Mei</th> <th>Jun</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Standar</td> <td>100,0%</td> <td>100,0%</td> <td>100,0%</td> <td>100,0%</td> <td>100,0%</td> <td>100,0%</td> </tr> <tr> <td>2020</td> <td>100,0%</td> <td>100,0%</td> <td>100,0%</td> <td>100,0%</td> <td>100,0%</td> <td>100,0%</td> </tr> <tr> <td>2019</td> <td>99,40%</td> <td>99,50%</td> <td>99,90%</td> <td>100,00%</td> <td>100,00%</td> <td>100,00%</td> </tr> </tbody> </table>							Tahun	Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun	Standar	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	2020	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	2019	99,40%	99,50%	99,90%	100,00%	100,00%	100,00%
Tahun	Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun																													
Standar	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%																													
2020	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%																													
2019	99,40%	99,50%	99,90%	100,00%	100,00%	100,00%																													
Analisa	<p>Indikator mutu emergency respon time ≤ 5 menit menggambarkan tingkat keselamatan pasien gawat darurat 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 II tahun 2020 yaitu sebesar 100%.</p>																																		
Rekomendasi	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mempertahankan capaian indikator dengan selalu melaksanakan asuhan pasien IGD sesuai dengan SPO yang ditetapkan rumah sakit <input type="checkbox"/> Meningkatkan kompetensi petugas IGD dengan melakukan pelatihan mengenai waktu tanggap penanganan pasien di IGD untuk mengurangi angka mortalitas dan morbiditas pasien di IGD <input type="checkbox"/> Melakukan sosialisasi ke dokter IGD untuk datang tepat waktu <input type="checkbox"/> Penempatan petugas yang selalu siap di IGD menerima kedatangan pasien 																																		

3. Waktu Tunggu Rawat Jalan

Indikator	Waktu Tunggu Rawat Jalan						
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvei						
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei						
Target	60 menit						
	Bulan	Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun
	2020	133,82 mnt	104,18 mnt	65,12 mnt	57,55 mnt	65,70 mnt	71,63 mnt
	2019	123 mnt	117 mnt	140 mnt	133,2 mnt	100,5 mnt	115 mnt

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 berkaitan 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 II tahun 2020 sebesar 64,96 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
- Memberikan himbauan kepada DPJP supaya dokter yang mendapatkan jadwal pelayanan di poliklinik datang tepat waktu
- DPJP dihimbau dalam memberikan pelayanan di poliklinik tepat waktu sesuai SPO.

4. Penundaan Operasi Elektif

Indikator	Penundaan Operasi Elektif																																		
Numerator	Jumlah pasien yang waktu jadwal operasinya berubah																																		
Denominator	Jumlah pasien yang di operasi elektif																																		
Target	5%																																		
Hasil	Bulan	Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun																												
	2020	21,43%	4,27%	0,86%	0%	5,56%	0,97%																												
	2019	2,33%	2,94%	2,13%	5,56%	5,97%	3,17%																												
Grafik	<table border="1"> <caption>Data for Grafik</caption> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>Standar</th> <th>2019</th> <th>2020</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Jan</td> <td>5%</td> <td>2,33%</td> <td>21,43%</td> </tr> <tr> <td>Feb</td> <td>5%</td> <td>2,94%</td> <td>4,27%</td> </tr> <tr> <td>Mrt</td> <td>5%</td> <td>2,13%</td> <td>0,86%</td> </tr> <tr> <td>Apr</td> <td>5%</td> <td>5,56%</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>Mei</td> <td>5%</td> <td>5,97%</td> <td>5,56%</td> </tr> <tr> <td>Jun</td> <td>5%</td> <td>3,17%</td> <td>0,97%</td> </tr> </tbody> </table>							Bulan	Standar	2019	2020	Jan	5%	2,33%	21,43%	Feb	5%	2,94%	4,27%	Mrt	5%	2,13%	0,86%	Apr	5%	5,56%	0%	Mei	5%	5,97%	5,56%	Jun	5%	3,17%	0,97%
Bulan	Standar	2019	2020																																
Jan	5%	2,33%	21,43%																																
Feb	5%	2,94%	4,27%																																
Mrt	5%	2,13%	0,86%																																
Apr	5%	5,56%	0%																																
Mei	5%	5,97%	5,56%																																
Jun	5%	3,17%	0,97%																																
Analisa	<p>Ketepatan dan kecepatan penanganan, mengindikasikan keefektifan dan efisiensi waktu tunggu operasi. Indikator mutu penundaan operasi elektif pada grafik diatas menunjukkan kasus penundaan operasi elektif sesuai standar dibawah 5%, dengan rata-rata di triwulan II tahun 2020 sebesar 2,18%. Penyebab angka penundaan operasi yang masih ada disebabkan karena :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Penurunan kondisi umum pasien <input type="checkbox"/> Perbaikan kondisi pasien 																																		
Rekomendasi	<p>Berdasarkan analisa diatas buat maka agar angka penundaan operasi elektif sesuai standar maka perlu dilakukan upaya :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pemenuhan sarana : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Memonitor kelayakan alat dikamar operasi secara berkala <input type="checkbox"/> Berkoordinasi dengan pihak terkait apabila ada kerusakan dikamar operasi b. Sumber Daya Manusia <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Meningkatkan SDM yang ada di rumah sakit khususnya untuk ruangan kamar operasi c. Prosedur : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sosialisasi SPO penundaan waktu operasi elektif. Penjadwalan operasi terintegrasi dari ruang rawat inap <input type="checkbox"/> Melakukan monitoring terhadap jadwal operasi elektif memberikan himbauan IBS dan seluruh staf terutama DPJP supaya mengutamakan pelayanan terkait dengan operasi elektif. <input type="checkbox"/> Koordinasi antara IBS, ruang rawat inap, operator, anastesi untuk persiapan pasien yang sudah akan dilakukan tindakan operasi. 																																		

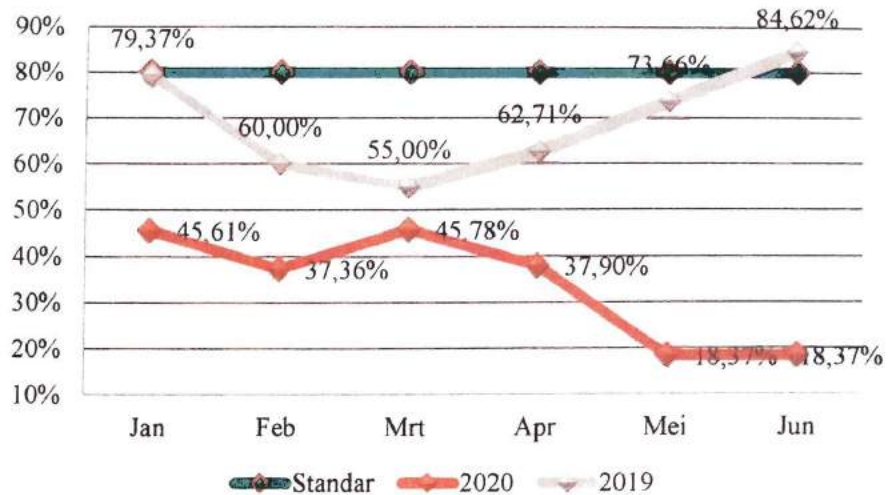
5. Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis

Indikator	Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis																																		
Numerator	Jumlah visite dokter spesialis sebelum jam 14:00 pada hari berjalan																																		
Denominator	Jumlah visite dokter spesialis pada hari berjalan																																		
Target	80%																																		
Hasil	Bulan	Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun																												
	2020	85,21	84,71	78,33	86,67	87,65	86,52																												
	2019	94,77	97,39	99,04	98,6	99,3	98,73																												
Grafik	<table border="1"> <caption>Data for Compliance Graph</caption> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>Standar</th> <th>2020</th> <th>2019</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Jan</td> <td>80%</td> <td>85,21%</td> <td>94,77%</td> </tr> <tr> <td>Feb</td> <td>80%</td> <td>84,71%</td> <td>97,39%</td> </tr> <tr> <td>Mrt</td> <td>80%</td> <td>78,33%</td> <td>99,04%</td> </tr> <tr> <td>Apr</td> <td>80%</td> <td>86,67%</td> <td>98,60%</td> </tr> <tr> <td>Mei</td> <td>80%</td> <td>87,65%</td> <td>99,30%</td> </tr> <tr> <td>Jun</td> <td>80%</td> <td>86,52%</td> <td>98,73%</td> </tr> </tbody> </table>							Bulan	Standar	2020	2019	Jan	80%	85,21%	94,77%	Feb	80%	84,71%	97,39%	Mrt	80%	78,33%	99,04%	Apr	80%	86,67%	98,60%	Mei	80%	87,65%	99,30%	Jun	80%	86,52%	98,73%
Bulan	Standar	2020	2019																																
Jan	80%	85,21%	94,77%																																
Feb	80%	84,71%	97,39%																																
Mrt	80%	78,33%	99,04%																																
Apr	80%	86,67%	98,60%																																
Mei	80%	87,65%	99,30%																																
Jun	80%	86,52%	98,73%																																
Analisa	<p>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%. Pada triwulan II tahun 2020 diperoleh angka rata-rata sebesar 86,94%.</p> <p>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.</p>																																		
Rekomendasi	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sarana <ul style="list-style-type: none"> Melengkapi fasilitas alat medis <input type="checkbox"/> Sumber Daya Manusia <ul style="list-style-type: none"> a. Mengupayakan formasi penambahan dokter spesialis sehingga mampu melayani sesuai kasus yang ada b. Diaturnya jadwal pada saat dokter spesialis sedang tugas luar c. Pertahankan kepatuhan jam visite DPJP namun juga perlu perbaikan pada beberapa DPJP yang terkadang masih melakukan visite diluar jam yang sudah ditetapkan. <input type="checkbox"/> Prosedur <ul style="list-style-type: none"> a. Sosialisasi SPO jam visite dokter kepada DPJP melalui Komite Medik b. Edaran di setiap KSM c. Supervisi jam visite dokter spesialis 																																		

6. Waktu Lapor Hasil Tes Kritis laboratorium

Indikator	Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Laboratorium						
Numerator	Jumlah pemeriksaan laboratorium kritis yang dilaporkan < 30 menit (kali)						
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium kritis (kali)						
Target	80%						
Hasil	Bulan	Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun
	2020	45,61	37,36	45,78	32,79	18,37	18,37
	2019	79,37	60	55	62,71	73,66	84,62

Grafik



Analisa

Indikator mutu waktu lapor hasil kritis laboratorium bertujuan untuk mendukung keselamatan pasien. Standar capaiananya sebesar 100%. Berdasarkan grafik diatas, pada triwulan II tahun 2020 belum mencapai standar dengan angka rata-rata sebesar 23,18%.

Rekomendasi

Berdasarkan grafik diatas indikator mutu waktu lapor hasil test kritis laboratorium perlu dilakukan upaya perbaikansebagai berikut :

- 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
 - Monitoring kepatuhan pelaporan hasil test kritis laboratorium melalui audit rekam medis.
 - Memberikan himbauan kepada analis laboratorium untuk melakukan pelaporan hasil kritis laborat sesuai standar waktu yang ditetapkan, melihat dari analisa yang diperoleh perlu dilakukan pelaporan lewat telephon maupun WA
 - Melakukan sosialisasi/refreshing pelaporan hasil kritis laboratorium ke petugas rawat jalan, rawat inap dan IGD.

7. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional

Indikator	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional																											
Numerator	Jumlah R/ yang patuh dengan formularium nasional (lembar)																											
Denominator	Jumlah seluruh R/ (lembar)																											
Target	80%																											
Hasil	Bulan	Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun																					
	2020	72,57	70,14	84,46	83,76	83,19	85,55																					
	2019	97,76	93,15	95,97	87,39	84,52	81,21																					
Grafik	<table border="1"> <caption>Data for Compliance with National Formulary (FORNAS)</caption> <thead> <tr> <th>Tahun</th> <th>Jan</th> <th>Feb</th> <th>Mrt</th> <th>Apr</th> <th>Mei</th> <th>Jun</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2019</td> <td>97,76%</td> <td>93,15%</td> <td>95,97%</td> <td>87,39%</td> <td>84,52%</td> <td>81,21%</td> </tr> <tr> <td>2020</td> <td>72,57%</td> <td>70,14%</td> <td>84,46%</td> <td>83,76%</td> <td>83,19%</td> <td>85,55%</td> </tr> </tbody> </table>							Tahun	Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun	2019	97,76%	93,15%	95,97%	87,39%	84,52%	81,21%	2020	72,57%	70,14%	84,46%	83,76%	83,19%	85,55%
Tahun	Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun																						
2019	97,76%	93,15%	95,97%	87,39%	84,52%	81,21%																						
2020	72,57%	70,14%	84,46%	83,76%	83,19%	85,55%																						
Analisa	<p>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 meningkat, dengan angka rata-rata pada triwulan II tahun 2020 sebesar 84,17%.</p> <p>Hal tersebut disebabkan karena :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kurangnya kedisiplinan staf medis dalam melakukan peresepan obat formularium nasional <input type="checkbox"/> Dalam petunjuk teknis 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	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Melakukan evaluasi kepatuhan peresepan formularium nasional <input type="checkbox"/> Melakukan sosialisasi secara terus menerus tentang obat-obat yang masuk dalam formularium nasional <input type="checkbox"/> Memberikan himbauan kepada Komite Medik supaya menerapkan Penulisan resep JKN sesuai dengan Formularium Nasional <input type="checkbox"/> Pertahankan capaian kepatuhan penggunaan formularium nasional. <input type="checkbox"/> Cegah terjadinya kekosongan obat yang terjadi di Instalasi Farmasi. 																											

8. Kepatuhan Penggunaan Formularium Rumah Sakit

Indikator	Kepatuhan Penggunaan Formularium Rumah Sakit																																		
Numerator	Jumlah R/ yang patuh dengan formularium RS (lembar)																																		
Denominator	Jumlah seluruh R/ (lembar)																																		
Target	80%																																		
Hasil	Bulan	Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun																												
	2020	98,28	90,80	86,68	90,58	81,26	87,37																												
	2019	98,62	97,22	98,55	99,13	99,68	100																												
Grafik	<table border="1"> <caption>Data for Compliance Graph</caption> <thead> <tr> <th>Tahun</th> <th>Jan</th> <th>Feb</th> <th>Mrt</th> <th>Apr</th> <th>Mei</th> <th>Jun</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2019</td> <td>98,62%</td> <td>97,22%</td> <td>98,55%</td> <td>99,13%</td> <td>99,68%</td> <td>100,00%</td> </tr> <tr> <td>2020</td> <td>98,28%</td> <td>90,80%</td> <td>86,68%</td> <td>90,58%</td> <td>81,26%</td> <td>87,37%</td> </tr> <tr> <td>Standar</td> <td>80%</td> <td>80%</td> <td>80%</td> <td>80%</td> <td>80%</td> <td>80%</td> </tr> </tbody> </table>							Tahun	Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun	2019	98,62%	97,22%	98,55%	99,13%	99,68%	100,00%	2020	98,28%	90,80%	86,68%	90,58%	81,26%	87,37%	Standar	80%	80%	80%	80%	80%	80%
Tahun	Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun																													
2019	98,62%	97,22%	98,55%	99,13%	99,68%	100,00%																													
2020	98,28%	90,80%	86,68%	90,58%	81,26%	87,37%																													
Standar	80%	80%	80%	80%	80%	80%																													
Analisa	<p>Formularium rumah sakit disusun mengacu pada FORNAS dimana formularium ini merupakan daftar obat yang disepakati oleh staf medis dan disusun oleh Komite Farmasi Terapi</p> <p>Pada grafik kepatuhan penggunaan formularium RS diatas trennya menurun meskipun sudah di atas standar 80%, dengan angka rata-rata pada triwulan II tahun 2020 sebesar 86,40%.</p>																																		
Rekomendasi	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mempertahankan capaian indikator dengan selalu melaksanakan pelayanan obat sesuai SPO. <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> Menyarankan agar Instalasi Farmasi menjamin ketersediaan obat-obat di dalam formularium RS. <input type="checkbox"/> 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						
Denominator	Jumlah kesempatan petugas melakukan hand hygiene						
Target	85%						
Hasil	Bulan	Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun
	2020	71,75	72,27	72,73	78,60	81,15	81,26
	2019	72,48	73,78	75,79	78,12	72,7	73,63
Grafik							
Analisa	<p>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 2020 namun masih belum mencapai standar, dengan angka rata-rata pada triwulan II tahun 2020 sebesar 80,34%.</p> <p>Masih adanya ketidakpatuhan cuci tangan di RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan di disebabkan karena :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kurangnya pemahaman dan kesadaran akan pentingnya cuci tangan <input type="checkbox"/> Kurangnya kepedulian individu 						
Rekomendasi	<p>Upaya perbaikan yang dapat dilakukan adalah sebagai berikut :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sarana <ul style="list-style-type: none"> a. Pemeliharaan dan perbaikan sarana cuci tangan secara berkala sehingga dapat berfungsi baik. b. Penyediaan handrub secara berkala oleh Instalasi Farmasi sehingga handrub terjamin kecukupannya. c. Penyediaan banner dan poster cuci tangan untuk meningkatkan kepatuhan cuci tangan. <input type="checkbox"/> Sumber daya manusia <p>Peningkatan pemahaman, kepedulian dan kesadaran pentingnya cuci tangan.</p> <input type="checkbox"/> Prosedur <ul style="list-style-type: none"> a. Audit kepatuhan pelaksanaan SPO hand hygiene b. Perlu diadakan pertemuan rutin untuk mendapatkan feedback laporan dari Komite PPI c. Supervisi Komite PPI, case manajer & kepala ruang 						

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																											
Denominator	Jumlah kasus semua pasien yang berisiko jatuh																											
Target	100%																											
Hasil	Bulan	Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun																					
	2020	99,62	81,40	82,56	79,25	93,01	84,03																					
	2019	100	100	100	100	100	100																					
Grafik	<table border="1"> <caption>Data for Grafik</caption> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>2020 (%)</th> <th>2019 (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Jan</td> <td>99,62</td> <td>100,00</td> </tr> <tr> <td>Feb</td> <td>81,40</td> <td>100,00</td> </tr> <tr> <td>Mrt</td> <td>82,56</td> <td>100,00</td> </tr> <tr> <td>Apr</td> <td>79,25</td> <td>100,00</td> </tr> <tr> <td>Mei</td> <td>93,01</td> <td>100,00</td> </tr> <tr> <td>Jun</td> <td>84,03</td> <td>100,00</td> </tr> </tbody> </table>							Bulan	2020 (%)	2019 (%)	Jan	99,62	100,00	Feb	81,40	100,00	Mrt	82,56	100,00	Apr	79,25	100,00	Mei	93,01	100,00	Jun	84,03	100,00
Bulan	2020 (%)	2019 (%)																										
Jan	99,62	100,00																										
Feb	81,40	100,00																										
Mrt	82,56	100,00																										
Apr	79,25	100,00																										
Mei	93,01	100,00																										
Jun	84,03	100,00																										
Analisa	Kepatuhan upaya pencegahan risiko cedera akibat pasien jatuh di rawat inap merupakan indikator keselamatan pasien, belum mencapai standar dengan angka rata-rata triwulan II tahun 2020 sebesar 85,43%.																											
Rekomendasi	<p>Upaya perbaikan yang dilakukan untuk mempertahankan capaian adalah :</p> <ol style="list-style-type: none"> Sarana : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Perbaikan tempat tidur masih ada yang rusak/tidak Pagar pengamannya <input type="checkbox"/> Perbaikan roda tempat tidur/brankar yang sudah aus/lepas bantalan karetnya Sumber daya manusia <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Peningkatan kesadaran perawat terhadap skrining pasien resiko jatuh <input type="checkbox"/> Peranan Kepala unit kerja / ruangan untuk memonitor pelaksanaan skrining pasien resiko jatuh Prosedur : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Peningkatan koordinasi unit kerja dengan dengan IPL-K3RS untuk manajemen faktor-faktor resiko di lingkungan rumah sakit. <input type="checkbox"/> Edukasi kepada petugas dan keluarga pasien di setiap unit kerja tentang pencegahan pasien resiko jatu <input type="checkbox"/> 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																																		
Denominator	Jumlah total kasus yang masuk dalam kriteria 5 clinical pathways yang ditetapkan																																		
Target	80%																																		
Hasil	Bulan	Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun																												
	2020	93,78	81,82	82,42	80	83,44	82,89																												
	2019	87,75	85,42	78,61	91,67	80,69	81,94																												
Grafik	<table border="1"> <caption>Data for Clinical Pathway Compliance Graph</caption> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>Standar</th> <th>2020</th> <th>2019</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Jan</td> <td>100%</td> <td>93,78%</td> <td>87,50%</td> </tr> <tr> <td>Feb</td> <td>100%</td> <td>81,82%</td> <td>85,42%</td> </tr> <tr> <td>Mrt</td> <td>100%</td> <td>82,42%</td> <td>78,61%</td> </tr> <tr> <td>Apr</td> <td>100%</td> <td>80,00%</td> <td>91,67%</td> </tr> <tr> <td>Mei</td> <td>100%</td> <td>83,44%</td> <td>80,69%</td> </tr> <tr> <td>Jun</td> <td>100%</td> <td>82,89%</td> <td>81,94%</td> </tr> </tbody> </table>							Bulan	Standar	2020	2019	Jan	100%	93,78%	87,50%	Feb	100%	81,82%	85,42%	Mrt	100%	82,42%	78,61%	Apr	100%	80,00%	91,67%	Mei	100%	83,44%	80,69%	Jun	100%	82,89%	81,94%
Bulan	Standar	2020	2019																																
Jan	100%	93,78%	87,50%																																
Feb	100%	81,82%	85,42%																																
Mrt	100%	82,42%	78,61%																																
Apr	100%	80,00%	91,67%																																
Mei	100%	83,44%	80,69%																																
Jun	100%	82,89%	81,94%																																
Analisa	<p>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.</p> <p>Berdasarkan grafik diatas menunjukkan kepatuhan terhadap clinical pathway pada triwulan II tahun 2020 dengan angka rata-rata sebesar 82,11%</p>																																		
Rekomendasi	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sarana <ul style="list-style-type: none"> Monitor ketersediaan format Clinical Pathway di setiap unit pelayanan <input type="checkbox"/> Sumber Daya Manusia <ul style="list-style-type: none"> Konsistensi pengisian Clinical Pathway oleh Profesional Pemberi Asuhan (PPA) <input type="checkbox"/> Tim dan Organisasi <ul style="list-style-type: none"> Komite medis mengadakan pertemuan rutin dengan KSM untuk melakukan evaluasi Clinical Pathway <input type="checkbox"/> Prosedur <ol style="list-style-type: none"> a. Komite medis mengadakan rapat rutin dengan KSM untuk melakukan evaluasi CP b. Mempertahankan capaian indikator dengan selalu melaksanakan asuhan pasien sesuai dengan clinical pathway yang ditetapkan rumah sakit c. Perlu diadakan pertemuan rutin untuk mendapatkan laporan rutin dari PJ data. 																																		

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)																																		
Denominator	Skala Maksimal Penilaian IKM. Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)																																		
Target	80%																																		
Hasil	Bulan	Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun																												
	2020	99,58	99,39	99,44	99,44	97,42	99,57																												
	2019	82	81,6	88,3	82,86	80	81,43																												
Grafik	<table border="1"> <caption>Data for Patient Satisfaction Graph</caption> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>Standar</th> <th>2020</th> <th>2019</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Jan</td> <td>80,00%</td> <td>99,58%</td> <td>82,00%</td> </tr> <tr> <td>Feb</td> <td>80,00%</td> <td>99,39%</td> <td>81,60%</td> </tr> <tr> <td>Mrt</td> <td>80,00%</td> <td>99,44%</td> <td>88,30%</td> </tr> <tr> <td>Apr</td> <td>80,00%</td> <td>99,44%</td> <td>82,86%</td> </tr> <tr> <td>Mei</td> <td>80,00%</td> <td>97,42%</td> <td>80,00%</td> </tr> <tr> <td>Jun</td> <td>80,00%</td> <td>99,57%</td> <td>81,43%</td> </tr> </tbody> </table>							Bulan	Standar	2020	2019	Jan	80,00%	99,58%	82,00%	Feb	80,00%	99,39%	81,60%	Mrt	80,00%	99,44%	88,30%	Apr	80,00%	99,44%	82,86%	Mei	80,00%	97,42%	80,00%	Jun	80,00%	99,57%	81,43%
Bulan	Standar	2020	2019																																
Jan	80,00%	99,58%	82,00%																																
Feb	80,00%	99,39%	81,60%																																
Mrt	80,00%	99,44%	88,30%																																
Apr	80,00%	99,44%	82,86%																																
Mei	80,00%	97,42%	80,00%																																
Jun	80,00%	99,57%	81,43%																																
Analisa	<p>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 triwulan II tahun 2020 sebesar 98,81%. Kepuasan pasien merupakan sebuah pencapaian rumah sakit dalam memberikan pelayanan prima.</p>																																		
Rekomendasi	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mempertahankan capaian indikator dengan selalu melaksanakan pelayanan sesuai SPO. <input type="checkbox"/> 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						
Denominator	Jumlah seluruh KKM, KKK dan KKH dalam 1 bulan						
Target	100%						
Hasil	Bulan	Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun
	2020	100	100	100	100	100	100
	2019	100	100	100	100	100	100
Grafik	<p>The graph displays the response speed percentage for each month from January to June. The y-axis represents the percentage, ranging from 80% to 100% in 2% increments. The x-axis lists the months: Jan, Feb, Mrt, Apr, Mei, and Jun. Three data series are shown: 'Standar' (Standard) represented by a green line with diamond markers, '2020' represented by a red line with diamond markers, and '2019' represented by a grey line with diamond markers. All three series are plotted at the 100% level for every month, indicating that the response speed consistently met the 100% target.</p>						
Analisa	Berdasarkan grafik indikator kecepatan respon terhadap komplain diatas telah mencapai standar 100%.						
Rekomendasi	<p>a. Sarana</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Peningkatan sarana Sie Informasi dan Pengaduan berupa penyediaan buku atau formulir complain <input type="checkbox"/> Monitoring lingkungan rumah sakit sehingga tercipta suasana lingkungan yang nyaman dan aman untuk pasien/keluarga <p>b. Sumber Daya Manusia</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Peningkatan kapasitas sumber daya manusia melalui pendidikan dan pelatihan sehingga petugas penanganan komplain mempunyai kompetensi <input type="checkbox"/> Melakukan komunikasi dan informasi efektif dengan pendekatan persuasife pada pasien dan keluarga <p>c. Prosedur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kepatuhan pelaksanaan SPO Penanganan Pengaduan Pasien/Keluarga <input type="checkbox"/> Pelaksanaan alur penyampaian dan penyelesaian komplain yang berjenjang <input type="checkbox"/> Melakukan edukasi prosedur dan peraturan yang berlaku kepada pasien dan keluarga untuk mempercepat pemahaman <input type="checkbox"/> Bagian informasi dan pengaduan selalu bekerjasama dengan unit lain yang terkait dalam menanggapi dan menangani complain tepat waktu. 						

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 bedah” sebagai prioritas pelayanan tahun 2020.

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

1. Pemilihan pelayanan bedah 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 bedah ini, maka RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan berharap akan mampu menyediakan pelayanan bedah yang prima sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan/ teknologi dan dapat menjadi pusat rujukan regional pasien-pasien pelayanan bedah.
 - b. Misi rumah sakit
2. Meningkatnya pelayanan kesehatan yang bermutu dan profesional dengan mengutamakan keselamatan pasien merupakan salah satu misi RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan. Upaya peningkatan mutu pelayanan bedah diharapkan mampu memberikan pelayanan bedah yang mengutamakan keselamatan pasien dengan didukung oleh tersedianya 2 tenaga dokter spesialis bedah di RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan
3. Data permasalahan yang ada di rumah sakit
Upaya peningkatan mutu pelayanan bedah juga berdasarkan adanya data yang ada di ruang Mawar sebagai ruang yang berfokus pada pelayanan tindakan bedah menyebutkan adanya penundaan operasi elektif dan adanya ketidaklengkapan dokumen pendukung penagihan. Kedua hal tersebut dapat berdampak baik langsung maupun tidak langsung terhadap kelancaran klaim
4. Perbaikan pelayanan bedah diharapkan dapat berdampak pada efisiensi. Pelayanan bedah merupakan pelayanan yang high cost karena seringnya melibatkan banyak tenaga dokter sesuai dengan kasus yang ditangani

C. ANALISA DATA INDIKATOR AREA PRIORITAS

1. Indikator Area Klinik

a. Evaluasi ulang penandaan lokasi operasi baik obyek maupun rekam medis saat timbang terima

Indikator	Evaluasi ulang penandaan lokasi operasi baik obyek maupun rekam medis saat timbang terima						
Numerator	Jumlah pasien pre operasi yang dilakukan evaluasi ulang penandaan lokasi operasi baik obyek maupun rekam medis saat timbang terima						
Denominator	Jumlah seluruh pasien operasi						
Target	100%						
Hasil	Bulan	Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun
	2020	100	100	100	100	100	100
	2019						
Grafik	<p>The graph displays the performance of the 'Evaluasi ulang penandaan lokasi operasi' indicator. The Y-axis represents the percentage, ranging from 96 to 100. The X-axis shows the months from January to June. A horizontal line at 100% represents the 'Standar' (Standard). Data points for 2020 (red diamonds) are plotted at 100% for every month. Data points for 2019 (grey triangles) are not visible, indicating 0% performance for that year.</p>						
Analisa	Pada grafik evaluasi ulang penandaan lokasi operasi baik obyek maupun rekam medis saat timbang terima sudah sesuai standar 100%, pada triwulan II tahun 2020.						
Rekomendasi	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mempertahan capaian <input type="checkbox"/> Memastikan tanda itu harus digunakan secara konsisten di seluruh unit rumah sakit; dan harus dibuat oleh orang yang akan melakukan tindakan; harus dibuat saat pasien terjaga dan sadar; jika memungkinkan, dan harus terlihat sampai pasien disiapkan dan diselimuti. <input type="checkbox"/> Tim operasi yang lengkap menerapkan dan mencatat prosedur “sebelum insisi/time-out” tepat sebelum dimulainya suatu prosedur/tindakan pembedahan 						

b. Penundaan Operasi Elektif

Indikator	Penundaan Operasi Elektif																											
Numerator	Jumlah pasien yang waktu jadwal operasinya berubah																											
Denominator	Jumlah pasien yang di operasi elektif																											
Target	5%																											
Hasil	Bulan	Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun																					
	2020	21,43%	4,27%	0,86%	0%	5,56%	0,97%																					
	2019	2,33%	2,94%	2,13%	5,56%	5,97%	3,17%																					
Grafik	<table border="1"> <caption>Data for Grafik: Penundaan Operasi Elektif</caption> <thead> <tr> <th>Tahun</th> <th>Jan</th> <th>Feb</th> <th>Mrt</th> <th>Apr</th> <th>Mei</th> <th>Jun</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2019</td> <td>2,33%</td> <td>2,94%</td> <td>2,13%</td> <td>5,56%</td> <td>5,97%</td> <td>3,17%</td> </tr> <tr> <td>2020</td> <td>21,43%</td> <td>4,27%</td> <td>0,86%</td> <td>0%</td> <td>5,56%</td> <td>0,97%</td> </tr> </tbody> </table>							Tahun	Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun	2019	2,33%	2,94%	2,13%	5,56%	5,97%	3,17%	2020	21,43%	4,27%	0,86%	0%	5,56%	0,97%
Tahun	Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun																						
2019	2,33%	2,94%	2,13%	5,56%	5,97%	3,17%																						
2020	21,43%	4,27%	0,86%	0%	5,56%	0,97%																						
Analisa	<p>Ketepatan dan kecepatan penanganan, mengindikasikan keefektifan dan efisiensi waktu tunggu operasi. Indikator mutu penundaan operasi elektif pada grafik diatas menunjukkan kasus penundaan operasi elektif sesuaiesuai standar dibawah 5%, dengan rata-rata di triwulan II tahun 2020 sebesar 2,18%. Penyebab angka penundaan operasi yang masih ada disebabkan karena :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Penurunan kondisi umum pasien <input type="checkbox"/> Perbaikan kondisi pasien 																											
Rekomendasi	<p>Berdasarkan analisa diatas buat maka agar angka penundaan operasi elektif sesuai standar maka perlu dilakukan upaya :</p> <ol style="list-style-type: none"> d. Pemenuhan sarana : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Memonitor kelayakan alat dikamar operasi secara berkala <input type="checkbox"/> Berkoordinasi dengan pihak terkait apabila ada kerusakan dikamar operasi e. Sumber Daya Manusia <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Meningkatkan SDM yang ada di rumah sakit khususnya untuk ruangan kamar operasi f. Prosedur : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sosialisasi SPO penundaan waktu operasi elektif. Penjadwalan operasi terintegrasi dari ruang rawat inap <input type="checkbox"/> Melakukan monitoring terhadap jadwal operasi elektif memberikan himbauan IBS dan seluruh staf terutama DPJP supaya mengutamakan pelayanan terkait dengan operasi elektif. <input type="checkbox"/> Koordinasi antara IBS, ruang rawat inap, operator, anestesi untuk persiapan pasien yang sudah akan dilakukan tindakan operasi. 																											

2. Indikator Area Manajemen

a. Kepatuhan Petugas dalam Pengisian Form PRMRJ Pasien Poli Bedah

Indikator	Kepatuhan petugas dalam pengisian form PRMRJ pasien poli bedah						
Numerator	Jumlah rekam medis pasien yang memenuhi kriteria PRMRJ yang terisi						
Denominator	Jumlah seluruh rekam medis yang memenuhi kriteria PRMRJ						
Target	100%						
Hasil	Bulan	Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun
	2020	100	100	100	100	100	100
	2019						
Grafik	<p>The graph displays compliance percentages for the PRMRJ form completion. The y-axis represents the percentage, ranging from 96 to 100 in increments of 0.5. The x-axis represents the months from January to June. A red line with diamond markers indicates the compliance for the year 2020, which remains constant at 100% for all months. A legend below the graph identifies the red line as '2020', a black line with diamonds as 'Standar' (Standard), and a grey line with triangles as '2019'.</p>						
Analisa	<p>Profil Ringkas Medis Rawat Jalan (PRMRJ) adalah suatu formulir yang berisikan ringkasan pasien yang ditemukan oleh pemeriksaan menyeluruh oleh dokter atau PPA lainnya di poliklinik dalam menunjang pelayanan kesehatan yang komprehensif, guna mewujudkan efektifitas dan efisiensi dalam pemberian pelayanan kepada pasien di unit rawat jalan dan sebagai koreksi terhadap system dalam rangka meningkatkan keselamatan dan kepuasan pasien di unit rawat jalan</p> <p>Pada grafik kepatuhan petugas dalam pengisian form PRMRJ pasien poli bedah sudah sesuai standar 100% pada triwulan II tahun 2020.</p>						
Rekomendasi	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mempertahankan capaian <input type="checkbox"/> Melakukan evaluasi formulir profil ringkas medis rawat jalan setiap 3 bulan sekali 						

b. Ketersediaan linen dan alat steril di Instalasi Bedah Sentral

Indikator	Ketersediaan linen dan alat steril di Instalasi Bedah Sentral						
Numerator	Jumlah penyediaan linen dan alat steril sesuai kebutuhan Instalasi Bedah Sentral (tanpa complain)						
Denominator	Jumlah operasi di Instalasi Bedah Sentral						
Target	100%						
Hasil	Bulan	Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun
	2020	98,41	99,55	100	100	100	100
	2019						
Grafik	<p>The graph displays the monthly availability percentage of linens and sterile instruments in the CSD for the second half of 2020. The standard is set at 100%. The 2020 data shows a slight dip in January (98.41%) and February (99.55%), followed by a consistent 100% availability from March through June. The 2019 data is not plotted on this graph.</p>						
Analisa	Indikator mutu ketersediaan linen dan alat steril di Instalasi Bedah Sentral berdasarkan grafik diatas pada triwulan II tahun 2020 mencapai hasil rata-rata sebesar 100%. Hal tersebut didebabkan karena pada bulan Januari dan Februari terjadi kebocoran pada sterilisator yang berakibat proses sterilisasi menjadi terhambat.						
Rekomendasi	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Melakukan maintenance alat sterilisator secara berkala. <input type="checkbox"/> Memperhatikan kepatuhan petugas pengelola linen dalam melaksanakan tugasnya sesuai dengan SOP pengelolaan linen di rumah sakit dan memberi <input type="checkbox"/> Melakukan evaluasi pengelolaan linen secara periodik 						

3. Indikator Sasaran Keselamatan Pasien (SKP)

a. SKP 1 : Ketidaktepatan Identitas Pasien

Indikator	Ketidaktepatan Identitas Pasien									
Numerator	Jumlah pasien mengalami ketidaktepatan warna gelang, penulisan identitas pasien dan prosedur konfirm									
Denominator	Jumlah pasien yang dirawat dalam satu hari									
Target	0%									
Hasil	Bulan	Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun			
	2020	0,07	0,19	0,14	0,058	0,025	0			
	2019	0,102	0,105	0,32	0,32	0,22	0,07			
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	<p>The graph displays the monthly error rates for patient identification. The y-axis represents the error rate from 0 to 1. The x-axis shows months from Jan to Jun. Three lines are plotted: a green line for the 0% standard, a red line for 2020 data, and a grey line for 2019 data. The 2020 data points are: Jan (0), Feb (0,19), Mrt (0,14), Apr (0,058), Mei (0,025), Jun (0). The 2019 data points are: Jan (0,102), Feb (0,105), Mrt (0,32), Apr (0,32), Mei (0,22), Jun (0,07).</p>									
	<p>Analisa</p> <p>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 triwulan II tahun 2020 sebesar 0,028%.</p>									
Rekomendasi	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sosialisasi kepatuhan SPO identifikasi pasien <input type="checkbox"/> Supervisi kepala unit <input type="checkbox"/> Pelatihan peningkatan mutu dan keselamatan pasien 									

b. SKP 2

1) Komunikasi Pertelpon Yang Kurang Efektif

Indikator	Komunikasi pertelpon yang kurang efektif									
Numerator	Jumlah pasien yang dilaporkan secara lisan tidak sesuai SPO lapor pasien lewat telepon									
Denominator	Jumlah pasien yang dilaporkan secara lisan dalam satu hari									
Target	0%									
Hasil	Bulan	Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt	Spt
	2020	0	0,65	0	0,59	0	0	0,35	0,88	0,99
	2019	0	0	0,25	0	0,43	0	0	0	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	0,99
2018	0	0	0,21	0	0,42	0,65	0	0	0	0
Grafik										
Analisa	<p>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 triwulan II tahun 2020 sebesar 0,2%.</p>									
Rekomendasi	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> Supervisi kepala unit/ruang <input type="checkbox"/> Pelatihan peningkatan mutu dan keselamatan pasien 									

2) Komunikasi Hand Over Yang Kurang Efektif

Indikator	Komunikasi hand over yang kurang efektif																											
Numerator	Jumlah ketidakpatuhan serah terima pasien antar unit																											
Denominator	Jumlah serah terima pasien antar unit																											
Target	0%																											
Hasil	Bulan	Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun																					
	2020	1,31	0,35	0,65	1,56	1,24	1,12																					
	2019	0	0	0	0	0	0																					
Grafik	<table border="1"> <caption>Data for Grafik</caption> <thead> <tr> <th>Tahun</th> <th>Jan</th> <th>Feb</th> <th>Mrt</th> <th>Apr</th> <th>Mei</th> <th>Jun</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2020</td> <td>1,31</td> <td>0,35</td> <td>0,65</td> <td>1,56</td> <td>1,24</td> <td>1,12</td> </tr> <tr> <td>2019</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>							Tahun	Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun	2020	1,31	0,35	0,65	1,56	1,24	1,12	2019	0	0	0	0	0	0
Tahun	Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun																						
2020	1,31	0,35	0,65	1,56	1,24	1,12																						
2019	0	0	0	0	0	0																						
Analisa	<p>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 triwulan II tahun 2020 sebesar 1,31%.</p>																											
Rekomendasi	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> Supervisi kepala unit/ruang <input type="checkbox"/> Pelatihan peningkatan mutu dan keselamatan pasien 																											

3) Ketidapatuhan Handover Operan Jaga

Indikator	Ketidapatuhan handover operan jaga																																		
Numerator	Jumlah pasien yang tidak dioperkan, stempel operan jaga tidak lengkap (tidak ada tanggal, jam, nama)																																		
Denominator	Jumlah pasien yang dioperkan dalam satu hari																																		
Target	0%																																		
Hasil	Bulan	Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun																												
	2020	3,88	0,9	0,42	1,96	0,35	0																												
	2019	0	0	0	0	0	0																												
Grafik	<p>The graph displays the number of patients with incomplete handover stamps over a six-month period in 2020. The y-axis represents the number of patients, ranging from 0 to 4. The x-axis represents the months from January to June. The 2020 data points are: Jan (3,88), Feb (0,9), Mrt (0,42), Apr (1,96), Mei (0,35), and Jun (0). The 2019 data points are all 0. A green line at the 0 level represents the standard (0%).</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>2020</th> <th>2019</th> <th>Standar</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Jan</td> <td>3,88</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Feb</td> <td>0,9</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Mrt</td> <td>0,42</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Apr</td> <td>1,96</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Mei</td> <td>0,35</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Jun</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>							Bulan	2020	2019	Standar	Jan	3,88	0	0	Feb	0,9	0	0	Mrt	0,42	0	0	Apr	1,96	0	0	Mei	0,35	0	0	Jun	0	0	0
Bulan	2020	2019	Standar																																
Jan	3,88	0	0																																
Feb	0,9	0	0																																
Mrt	0,42	0	0																																
Apr	1,96	0	0																																
Mei	0,35	0	0																																
Jun	0	0	0																																
Analisa	<p>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 triwulan II tahun 2020 sebesar 0,77%.</p>																																		
Rekomendasi	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> Supervisi kepala unit/ruang <input type="checkbox"/> Pelatihan peningkatan mutu dan keselamatan pasien 																																		

c. SKP 3 : Peningkatan Keamanan Obat yang Perlu Diwaspadai

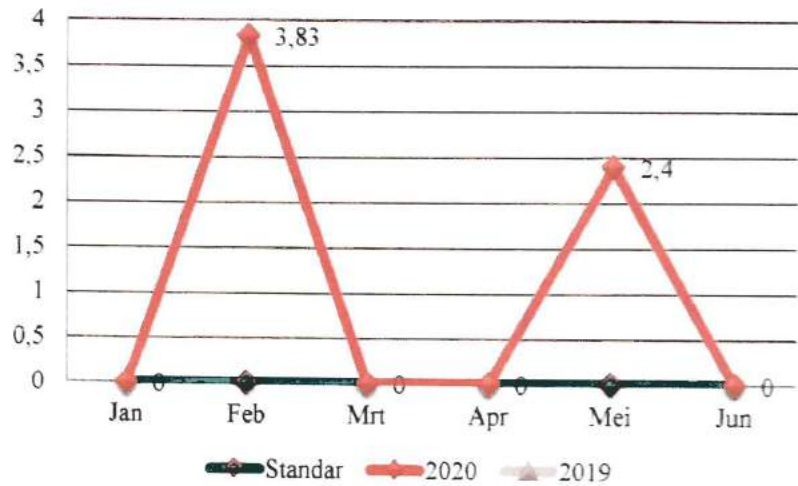
Indikator	Ketidakpatuhan pemberian label obat high alert oleh farmasi																																		
Numerator	Jumlah obat yang di ruangan yang tidak ditandai high alert dan NORUM/LASA																																		
Denominator	Jumlah obat di ruangan yang perlu diwaspadai (Hingh Allert dan NORUM/LASA)																																		
Target	0%																																		
Hasil	Bulan	Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun																												
	2020	0,16	1,02	0	0,05	0	0																												
	2019	0	0	0	0	0	0																												
Grafik	<table border="1"> <caption>Data for Grafik</caption> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>2020</th> <th>2019</th> <th>Standar</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Jan</td> <td>0,16</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Feb</td> <td>1,02</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Mrt</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Apr</td> <td>0,05</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Mei</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Jun</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>							Bulan	2020	2019	Standar	Jan	0,16	0	0	Feb	1,02	0	0	Mrt	0	0	0	Apr	0,05	0	0	Mei	0	0	0	Jun	0	0	0
Bulan	2020	2019	Standar																																
Jan	0,16	0	0																																
Feb	1,02	0	0																																
Mrt	0	0	0																																
Apr	0,05	0	0																																
Mei	0	0	0																																
Jun	0	0	0																																
Analisa	<p>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)</p> <p>Pada grafik diatas ketidaktepatan pemberian label obat oleh Farmasi belum sesuai standar yaitu sebesar 0,016%.</p>																																		
Rekomendasi	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mempertahankan capaian <input type="checkbox"/> Supervisi kepala unit <input type="checkbox"/> Pelatihan peningkatan mutu dan keselamatan pasien <input type="checkbox"/> Sosialisasi ulang SOP penyimpanan dan pemberian Label pada obat LASA <input type="checkbox"/> Supervisi oleh kepala Instalasi atau kepala ruang. <input type="checkbox"/> Melakukan Ronde Keselamatan ke Ins. Farmasi 																																		

d. SKP 4 : Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur dan tepat pasien operasi

1) Kepatuhan Penandaan Lokasi Operasi

Indikator	Ketidakpatuhan penandaan lokasi operasi						
Numerator	Jumlah pasien pre operasi yang tidak ditandai form penandaan tidak lengkap (tidak ada TTD operator)						
Denominator	Jumlah pasien yang di operasi dalam satu hari						
Target	0%						
Hasil	Bulan	Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun
	2020	0	3,83	0	0	2,4	0
	2019	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 untuk pelaksanaan prosedur site marking pada pasien yang akan dilakukan tindakan operasi, pada triwulan II tahun 2020 mancapai angka 0,08%.

Rekomendasi

- Mempertahankan capaian
- Meningkatkan kepatuhan kepatuhan petugas perlu ditingkatkan agar pelaksanaan sasaran keselamatan pasien khususnya pasien operasi dapat berjalan optimal
- Supervisi kepala unit

2) Ketidapatuhan Pengisian Checklist Keselamatan Bedah

Indikator	Ketidapatuhan pengisian checklist keselamatan bedah						
Numerator	Jumlah ketidaklengkapan pengisian checklist keselamatan bedah oleh petugas						
Denominator	Jumlah pasien yang di lakukan operasi						
Target	0%						
Hasil	Bulan	Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun
	2020	0	0,45	0	0	0	0
	2019	0	0	0	0	0	0
Grafik							
Analisa	Surgical safety checklist (SSC) yang merupakan sebagai alat komunikasi atau sistem informasi yang diharapkan dapat mencegah kesalahan prosedur operasi, kesalahan pasien operasi ataupun kesalahan area yang dilakukan di ruang operasi, yang merupakan alat komunikasi untuk keselamatan pasien yang digunakan oleh tim profesional di ruang operasi. Pada grafik diatas untuk triwulan II tahun 2020 sudah sesuai standar 0%						
Rekomendasi	<input type="checkbox"/> Mempertahankan capaian <input type="checkbox"/> Meningkatkan kepatuhan kepatuhan petugas perlu ditingkatkan agar pelaksanaan sasaran keselamatan pasien khususnya pasien operasi dapat berjalan optimal <input type="checkbox"/> Supervisi kepala unit						

e. SKP 5 : Pengurangan resiko infeksi terkait pelayanan kesehatan

Indikator	Kepatuhan Cuci Tangan																																		
Numerator	Jumlah kepatuhan petugas dalam melakukan hand hygiene																																		
Denominator	Jumlah kesempatan petugas melakukan hand hygiene																																		
Target	85%																																		
Hasil	Bulan	Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun																												
	2020	71,75	72,27	72,73	78,60	81,15	81,26																												
	2019	72,48	73,78	75,79	78,12	72,7	73,63																												
Grafik	<table border="1"> <caption>Data for Hand Hygiene Compliance Graph</caption> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>Standar</th> <th>2020</th> <th>2019</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Jan</td> <td>85%</td> <td>71,75%</td> <td>72,48%</td> </tr> <tr> <td>Feb</td> <td>85%</td> <td>72,27%</td> <td>73,78%</td> </tr> <tr> <td>Mrt</td> <td>85%</td> <td>72,73%</td> <td>75,79%</td> </tr> <tr> <td>Apr</td> <td>85%</td> <td>78,60%</td> <td>78,12%</td> </tr> <tr> <td>Mei</td> <td>85%</td> <td>81,15%</td> <td>72,70%</td> </tr> <tr> <td>Jun</td> <td>85%</td> <td>81,26%</td> <td>73,63%</td> </tr> </tbody> </table>							Bulan	Standar	2020	2019	Jan	85%	71,75%	72,48%	Feb	85%	72,27%	73,78%	Mrt	85%	72,73%	75,79%	Apr	85%	78,60%	78,12%	Mei	85%	81,15%	72,70%	Jun	85%	81,26%	73,63%
Bulan	Standar	2020	2019																																
Jan	85%	71,75%	72,48%																																
Feb	85%	72,27%	73,78%																																
Mrt	85%	72,73%	75,79%																																
Apr	85%	78,60%	78,12%																																
Mei	85%	81,15%	72,70%																																
Jun	85%	81,26%	73,63%																																
Analisa	<p>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 2020 namun masih belum mencapai standar, dengan angka rata-rata pada triwulan II tahun 2020 sebesar 80,34%.</p> <p>Masih adanya ketidakpatuhan cuci tangan di RSUD dr. Darsono Kabupaten Pacitan di disebabkan karena :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kurangnya pemahaman dan kesadaran akan pentingnya cuci tangan <input type="checkbox"/> Kurangnya kepedulian individu 																																		
Rekomendasi	<p>Upaya perbaikan yang dapat dilakukan adalah sebagai berikut :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sarana <ul style="list-style-type: none"> a. Pemeliharaan dan perbaikan sarana cuci tangan secara berkala sehingga dapat berfungsi baik. b. Penyediaan handrub secara berkala oleh Instalasi Farmasi sehingga handrub terjamin kecukupannya. c. Penyediaan banner dan poster cuci tangan untuk meningkatkan kepatuhan cuci tangan. <input type="checkbox"/> Sumber daya manusia <p>Peningkatan pemahaman, kepedulian dan kesadaran pentingnya cuci tangan.</p> <input type="checkbox"/> Prosedur <ul style="list-style-type: none"> a. Audit kepatuhan pelaksanaan SPO hand hygiene b. Perlu diadakan pertemuan rutin untuk mendapatkan feedback laporan dari Komite PPI c. Supervisi Komite PPI, case manajer & kepala ruang 																																		

f. SKP 6 : Pengurangan resiko pasien terjatuh

Indikator	Kejadian pasien jatuh																											
Numerator	Jumlah pasien yang jatuh																											
Denominator	Jumlah pasien yang mempunyai resiko jatuh (skala morse) lebih dari 45 untuk dewasa (skala humpty dumty)																											
Target	0%																											
Hasil	Bulan	Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun																					
	2020	0,11	0	0,09	0	0	0																					
	2019	0	0	0	0	0	0																					
Grafik	<table border="1"> <caption>Data for Patient Fall Incidents Graph</caption> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>2019</th> <th>2020</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Jan</td> <td>0</td> <td>0,11</td> </tr> <tr> <td>Feb</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Mrt</td> <td>0</td> <td>0,09</td> </tr> <tr> <td>Apr</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Mei</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Jun</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>							Bulan	2019	2020	Jan	0	0,11	Feb	0	0	Mrt	0	0,09	Apr	0	0	Mei	0	0	Jun	0	0
Bulan	2019	2020																										
Jan	0	0,11																										
Feb	0	0																										
Mrt	0	0,09																										
Apr	0	0																										
Mei	0	0																										
Jun	0	0																										
Analisa	<p>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.</p> <p>Pada grafik diatas masih diatas standar, dimana angka rata-rata pada triwulan II 2020 sebesar 0% kasus jatuh.</p>																											
Rekomendasi	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Melakukan asesmen resiko jatuh <input type="checkbox"/> Menempatkan pasien resiko jatuh sesuai dengan SPO/aturan yang berlaku <input type="checkbox"/> Memasang kancing resiko jatuh <input type="checkbox"/> Melakukan edukasi kepada pasien dan keluarga tentang resiko jatuh <input type="checkbox"/> Mengintensifkan sosialisasi dan supervisi oleh kepala ruang <input type="checkbox"/> Pengecekan status pada pasien yang baru oleh kepala ruang <input type="checkbox"/> Audit status pasien secara berkala oleh kepala ruang 																											

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. Kedisiplinan 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, Juli 2020
KETUA KOMITE
PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN
RSUD dr. DARSONO KABUPATEN PACITAN

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