

## **BAB I**

### **I. PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

Visi Rumah Sakit Vita Insani adalah Menjadi Rumah Sakit Kelas B Non Pendidikan Terbaik Tahun 2020 di Pematangsiantar, maka diperlukan suatu upaya untuk meningkatkan pelayanan kepada pasien dan masyarakat pada umumnya. Peningkatan mutu dan Keselamatan pasien merupakan suatu bagian yang sangat penting, dalam rangka meningkatkan pelayanan medis dan keperawatan.

Untuk itu Rumah Sakit Vita Insani Pematangsiantar melakukan kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang sesuai dengan standar akreditasi KARS versi 2012. Kegiatan ini dilakukan di setiap unit kerja / instalasi terkait untuk mengukur kinerja pelayanan Rumah Sakit dan sebagai manajemen kontrol untuk mendukung pengambilan keputusan. Hasil dari laporan indikator mutu dilaporkan kepada Direktur Utama untuk dapat melakukan tindak lanjut dari hasil analisis dan rekomendasi yang telah dilakukan oleh unit terkait dengan didampingi tim PMKP.

#### **B. Maksud**

Maksud dari laporan ini adalah untuk memberikan gambaran kegiatan peningkatan mutu pelayanan kesehatan dan keselamatan pasien di Rumah Sakit Vita Insani

#### **C. Tujuan**

Tujuan Umum :

Terlaksananya peningkatan mutu pelayanan rumah sakit secara berkelanjutan dan berkesinambungan kepada pasien yang memenuhi standar pelayanan dan keselamatan dan memberikan kepuasan kepada pasien.

Tujuan Khusus :

1. Di evaluasinya peningkatan mutu Rumah Sakit Vita Insani melalui pemantauan indikator mutu yang diambil dari instalasi / unit kerja.
2. Didapatkannya rekomendasi mengenai program mutu pelayanan dan penerapan keselamatan pasien di Rumah Sakit Vita Insani

**BAB II**  
**KEGIATAN PEMANTAUAN INDIKATOR MUTU RUMAH SAKIT**  
**BULAN JANUARI 2017 SAMPAI DENGAN DESEMBER 2017**

A. Kegiatan Pokok

Kegiatan pemantauan indikator mutu dimulai pada September 2016 s.d November 2016, selanjutnya dilakukan kegiatan pemantauan indikator mutu pada Desember 2016 s.d Februari 2017 dan dilanjutkan secara berkesinambungan selama tiga bulan sekali. Pada laporan ini akan disampaikan laporan Januari 2017 s.d Desember 2017. Adapun indikator mutu yang dipantau adalah sebagai berikut:

1. Indikator Area Klinis

No	Indikator	Judul Indikator	Pengumpul data
1.	Asesmen Pasien	Angka kelengkapan pengkajian awal pasien baru < 24 jam	Instalasi Rawat Inap
2.	Pelayanan Laboratorium	Angka pelaporan nilai kritis hasil laboratorium	Instalasi Laboratorium
3.	Pelayanan Radiologi dan pencitraan diagnostic	Angka pelaporan nilai kritis Radiologi	Instalasi Radiologi
4.	Prosedur Bedah	Angka kepatuhan proses time out pre operasi	Instalasi Kamar Bedah
5.	Penggunaan antibiotik dan pengobatan lainnya	Angka operasi bersih tanpa antibiotik	Instalasi Kamar Bedah
6.	Kesalahan medis ( <i>medication error</i> ) dan kejadian nyaris cedera	Angka kelengkapan penulisan peresepan obat	Instalasi Farmasi
7.	Anestesi dan penggunaan sedasi	Angka kelengkapan asesmen preanestesi	Instalasi Kamar Bedah
8.	Penggunaan darah dan produk darah	Angka kejadian reaksi transfuse darah	Instalasi Rawat Inap
9.	Ketersediaan, isi dan penggunaan catatan medic	Angka kelengkapan pengisian dan pencatatan medik 1x24 jam	Instalasi Rekam Medis

10.	Pencegahan & Pengendalian Infeksi, Surveilans, dan Pelaporan	Angka Phlebitis	PPI
11.	Pencegahan & Pengendalian Infeksi, Surveilans, dan Pelaporan	Angka Ventilator Acquired Pneumonia (VAP)	PPI

## 2. Indikator Area Manajemen

No	Indikator	Judul Indikator	Pengumpul data
1	Pengadaan rutin peralatan kesehatan dan obat untuk memenuhi kebutuhan pasien	Angka ketersediaan obat atau alkes emergensi di setiap unit perawatan	Instalasi Rawat Inap
2	Pelaporan yang diwajibkan oleh peraturan perundang-undangan	Pelaporan RL 5	Instalasi Rekam Medis
3	Manajemen Risiko	Kejadian pasien pulang atas permintaan sendiri	Instalasi Rawat Inap
4	Manajemen Penggunaan Sumber Daya	Angka kepatuhan kehadiran pegawai	SDM
5	Harapan dan kepuasan pasien dan keluarga	Angka kepuasan pasien rawat inap	Mutu Keperawatan
6	Harapan dan kepuasan staf	Angka kepuasan pegawai	SDM
7	Demografi pasien dan diagnosis klinis	Sepuluh penyakit rawat inap terbanyak	Instalasi Rekam Medis
8	Manajemen Keuangan	Angka Cost Recovery Rate	Bagian Keuangan

9	Pencegahan dan pengendalian dari kejadian yang dapat menimbulkan masalah bagi keselamatan pasien dan keluarga pasien	Angka kepatuhan kebersihan tangan pasien dan keluarga pasien	PPI
---	--	--	-----

### 3. Indikator Mutu Sasaran Internasional Keselamatan Pasien

No	Sasaran	Judul Indikator	Pengumpul data
1	Mengidentifikasi pasien dengan benar	Terpasang gelang identitas pasien rawat inap	Instalasi Rawat Inap
2	Meningkatkan komunikasi yang efektif	Kepatuhan pelaksanaan tehnik komunikasi SBAR	Instalasi Rawat Inap
3	Meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai	Angka penggunaan label peringatan High Alert Medicine (HAM)	Instalasi Rawat Inap
4	Memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang benar	Kepatuhan pelaksanaan surgical checklist	Instalasi Kamar Bedah
5	Mengurangi risiko infeksi akibat perawatan kesehatan	Angka kepatuhan cuci tangan petugas	PPI

6	Mengurangi risiko cedera pasien akibat jatuh	Kepatuhan pengisian asesmen awal pasien risiko jatuh	Instalasi Rawat Inap
---	--	--	----------------------

#### 4. International Library of Measures Set (ILMS)

No	Indikator	Judul indikator	Pengumpul data
1	Acute Myocardial	Penggunaan aspilet pada kasus AMI di IGD	IGD
2	Heart Failure	Penggunaan Furosemide pada kasus Heart Failure di ruang rawat inap	Instalasi Rawat Inap
3	Nursing sensitive care	Angka flebitis	PPI
4	Perinatal care	Pelaksanaan inisiasi menyusui dini (IMD)	Instalasi Perina
5	Stroke	Pemeriksaan CT Scan pada kasus stroke	Instalasi Rawat Inap

#### B. Kegiatan

1. Melakukan pemantauan indikator mutu secara berkesinambungan
2. Melakukan validasi data pemantauan indikator mutu klinik
3. Melakukan tabulasi terhadap data hasil pemantauan indikator mutu
4. Melakukan penyampaian hasil pemantauan indikator mutu oleh masing-masing bagian/ unit.
5. Melakukan perbandingan data dengan rumah sakit lainnya
6. Menyusun laporan hasil pemantauan indikator mutu

#### C. Jadwal Kegiatan

1. Melakukan pelaporan hasil pemantauan indikator mutu oleh masing-masing bagian/ unit dilakukan setiap bulan menyusun program perbaikan mutu

2. Melakukan pemantauan indikator mutu serta validasi data dilaksanakan berkesinambungan
3. Melakukan tabulasi terhadap data hasil pemantauan indikator mutu (dilaksanakan setiap bulan)
4. Melakukan penyampaian hasil pemantauan indikator mutu dan validasi data mutu setiap tiga bulan
5. Menyusun laporan hasil pemantauan indikator mutu dan keselamatan pasien rumah sakit setiap tiga bulan.

#### D. Pencatatan dan Pelaporan

Pencatatan dilakukan oleh petugas pengumpul data, kemudian dilakukan rekapitulasi dan analisa oleh penanggung jawab pengumpul data. Data hasil pemantauan ditulis pada form pemantauan indikator mutu dan dikumpulkan dengan dilengkapi laporan tindak lanjut program untuk indikator yang belum sesuai dengan standar yang ditetapkan atau setiap ditemukan suatu permasalahan disetiap unit kerja.

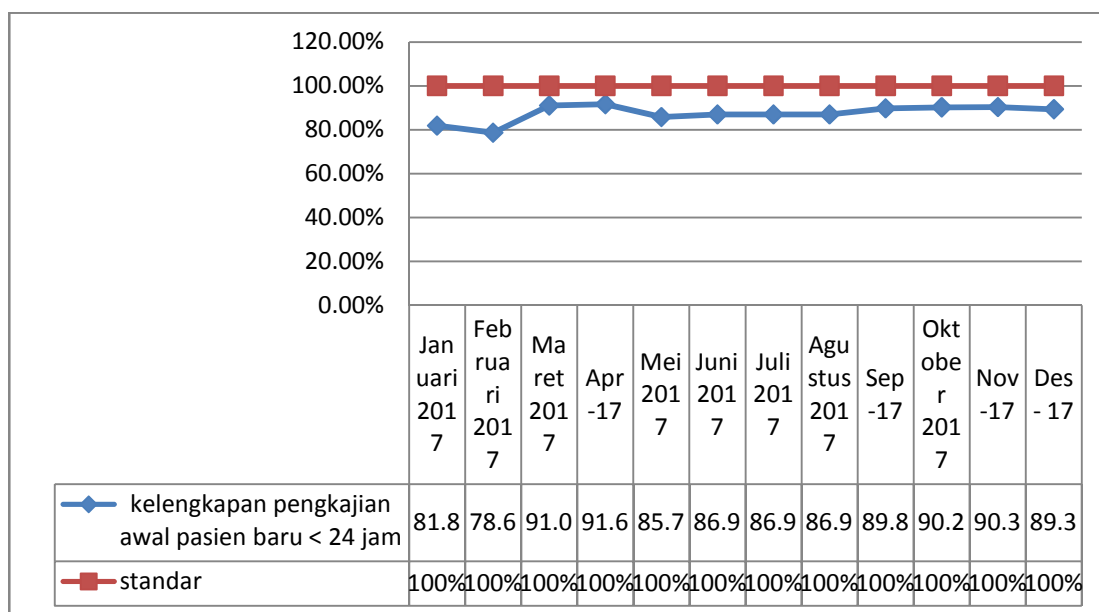
Hasil pengolahan dan analisa data dituangkan dalam laporan tertulis kemudian akan dilaporkan kepada direktur setiap 3 bulan sekali.

### BAB III HASIL KEGIATAN

#### A. Indikator Area Klinis

##### 1. Asesmen Pasien

Angka kelengkapan pengkajian awal medis pasien baru < 24 jam



Interpretasi :

Kelengkapan pengkajian awal medis pasien baru adalah lengkapnya pengisian informasi asesmen awal medis pasien baru yang dicatat pada rekam medis pasien (RI 03).

Formula kalkulasinya adalah :

$$= \frac{\text{Jumlah asesmen awal medis yang terisi lengkap}}{\text{Jumlah berkas catatan medis seluruhnya}} \times 100\%$$

Berdasarkan data diatas dapat dilihat bahwa indikator pada bulan Januari 2017 s/d Desember 2017 belum mencapai target 100%.

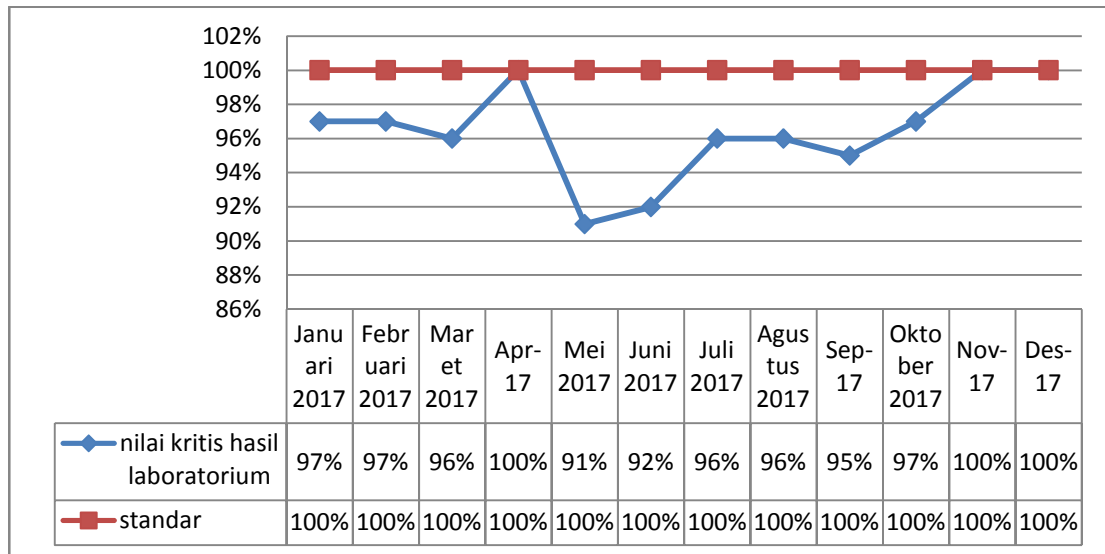
Beberapa hal yang diduga menyebabkan indikator ini belum tercapai adalah belum optimalnya komitmen dokter dalam melengkapi lembar asesmen awal medis sebelum 1x24 jam, belum optimalnya sosialisasi tentang pentingnya kelengkapan asesmen awal medis. Untuk selanjutnya indikator ini terus dipantau secara rutin setiap bulannya.

Rekomendasi yang diusulkan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien adalah penguatan komitmen pada seluruh dokter dalam melengkapi assesmen awal medis, resosialisasi tentang pentingnya kelengkapan assesmen awal medis.

Diharapkan di evaluasi akhir tahun nanti pencapaian target 100% bisa tercapai

## 2. Pelayanan Laboratorium

Angka pelaporan nilai kritis hasil laboratorium < 30 menit



Interpretasi :

Angka pelaporan nilai kritis hasil laboratorium < 30 menit adalah tergambaranya kecepatan pelaporan hasil tes laboratorium yang membutuhkan intervensi klinis segera, dan harus dilaporkan ke DPJP dalam waktu  $\leq 30$  menit.

Formula kalkulasinya adalah :

$$= \frac{\text{Jumlah pelaporan nilai kritis hasil laboratorium } \leq 30 \text{ menit}}{\text{Jumlah semua pemeriksaan nilai kritis hasil laboratorium}} \times 100\%$$

Berdasarkan data diatas dapat dilihat bahwa indikator pada bulan Januari 2017 s/d Desember 2017 telah mencapai target 100% dibulan November dan Desember.

Untuk selanjutnya indikator ini terus dipantau secara rutin setiap bulannya.

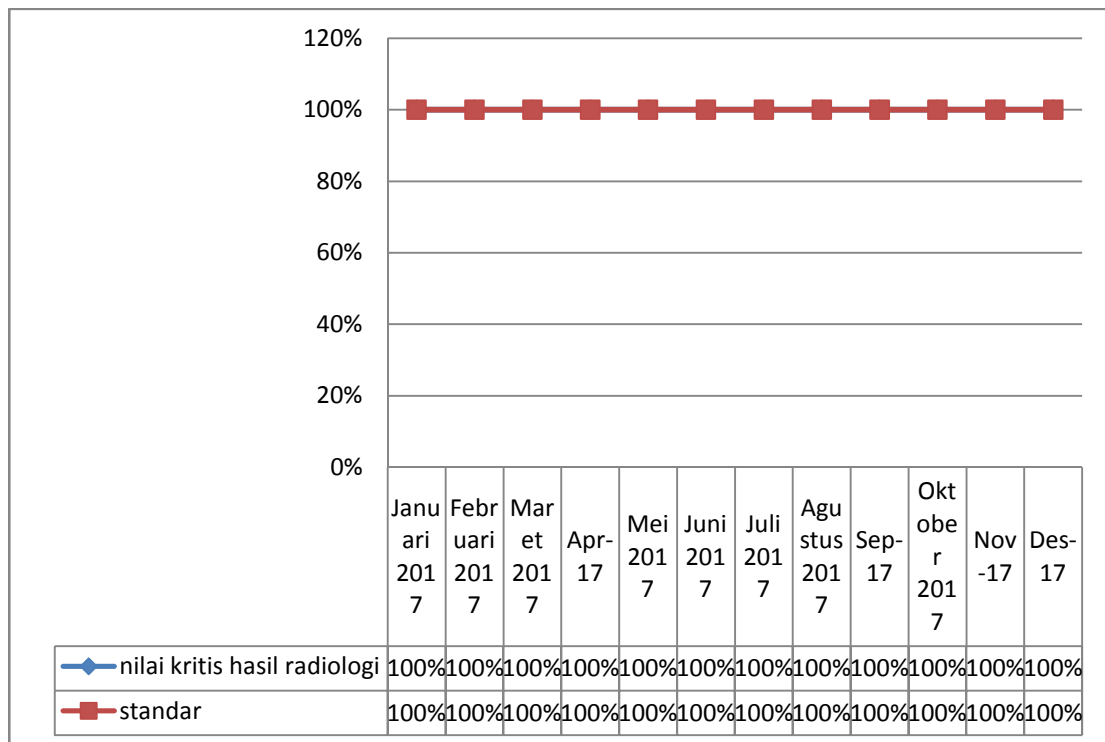
Rekomendasi yang diusulkan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien adalah meningkatkan monitoring pelaksanaan pelaporan nilai kritis hasil laboratorium  $\leq 30$  menit.

Diharapkan di evaluasi akhir tahun nantipelaporan nilai kritis hasil laboratorium  $\leq 30$  menit tetap bisa tercapai.



### 3. Pelayanan Radiologi

Angka pelaporan nilai kritis hasil radiologi < 15 menit



Interpretasi :

Angka pelaporan nilai kritis hasil radiologi  $\leq$  15menit adalah tergambaranya kecepatan pelaporan nilai kritis hasil radiologi oleh analis ke dokter atau ruangan yang meminta pemeriksaan radiologi dalam waktu kurang dari 15menit

Formula kalkulasinya adalah :

$$= \frac{\text{Jumlah pelaporan nilai kritis hasil radiologi}}{\text{Jumlah semua pemeriksaan nilai kritis hasil radiologi}} \times 100\%$$

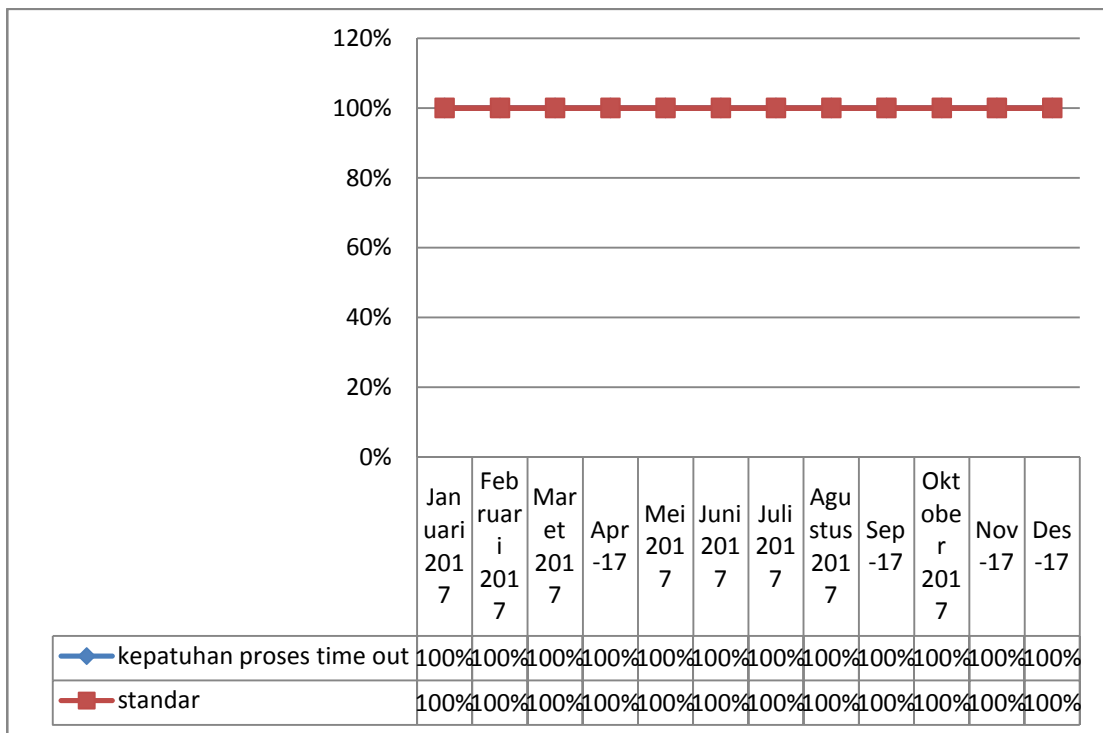
Berdasarkan data diatas dapat dilihat bahwa indikator pada bulan Januari 2017 s/d Desember 2017 mencapai target 100%. Untuk selanjutnya indikator ini terus dipantau secara rutin setiap bulannya.

Rekomendasi yang diusulkan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien adalah tetap memonitoring pelaporan nilai kritis hasil radiologi < 15menit.

Diharapkan di evaluasi akhir tahun nantipelaporan nilai kritis hasil radiologi  $\leq$  15 menit tetap bisa tercapai.

#### 4. Prosedur Bedah

##### Angka kepatuhan proses time out pre operasi



Interpretasi :

Angka kepatuhan proses time out pre-operasi adalah tergambaranya kepatuhan dalam melakukan proses time out sebelum operasi. Dengan tujuan tergambaranya tanggung jawab staf medis dalam melakukan proses time out pre operasi.

Formula kalkulasinya adalah :

$$= \frac{\text{Jumlah cheklist time out pre operasi yang terisi lengkap}}{\text{Jumlah tindakan bedah dalam 1 bulan}} \times 100\%$$

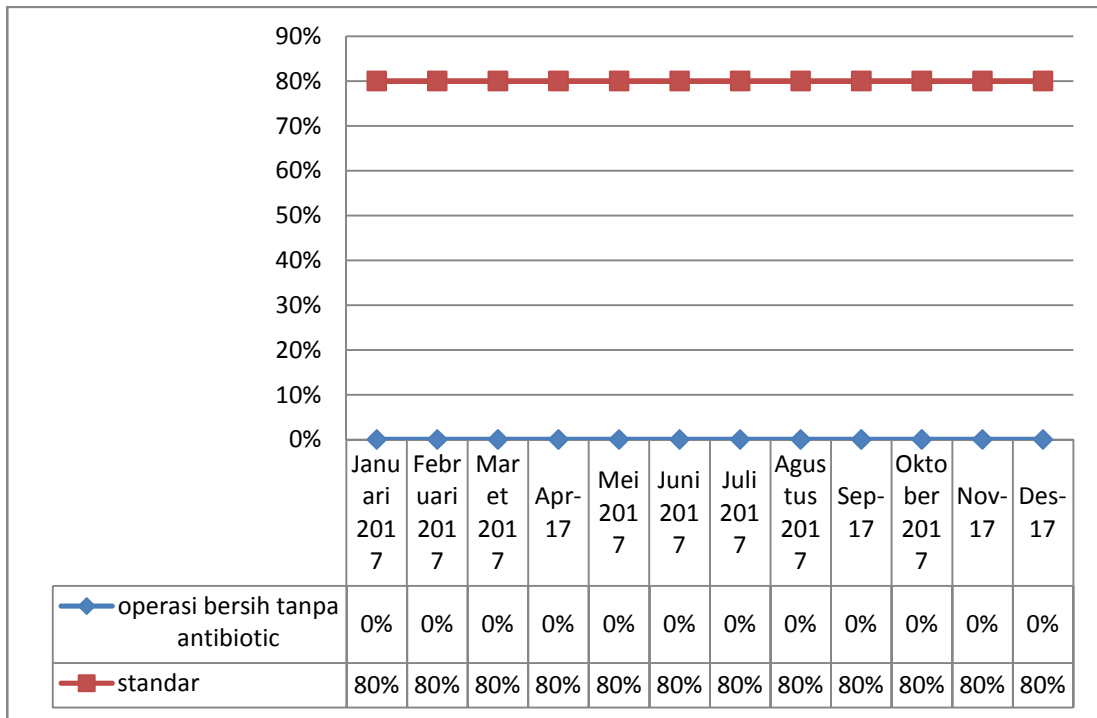
Berdasarkan data diatas dapat dilihat bahwa indikator pada bulan Januari 2017 s/d Desember 2017 telah mencapai target 100%. Untuk selanjutnya indikator ini terus dipantau secara rutin setiap bulannya.

Rekomendasi yang diusulkan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien adalah tetap memonitoring dan mempertahankan kepatuhan proses time out pre-operasi.

Diharapkan di evaluasi akhir tahun nanti kepatuhan proses time out pre-operasi tetap bisa tercapai.

5. Penggunaan antibiotika dan obat lainnya

Angka operasi bersih tanpa antibiotic



Interpretasi :

Angka operasi bersih tanpa antibiotik adalah tergambaranya jumlah operasi bersih yang tidak menggunakan antibiotik.

Formula kalkulasinya adalah :

$$= \frac{\text{Jumlah operasi bersih tanpa antibiotik}}{\text{Jumlah seluruh operasi bersih}} \times 100\%$$

Berdasarkan data diatas dapat dilihat bahwa indikator pada bulan Januari 2017 s/d Desember 2017 belum mencapai target 80%.

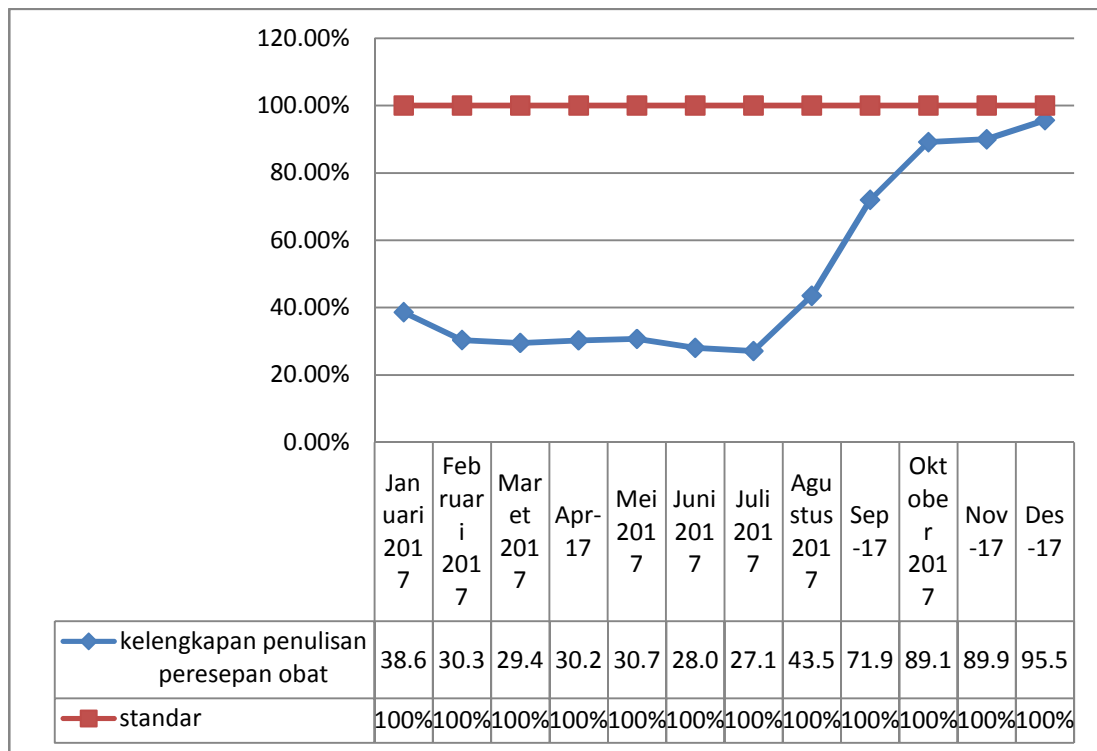
Beberapa hal yang diduga menyebabkan indikator ini belum tercapai adalah dikarenakan rumusan di klinikal pathway yang mencantumkan antibiotika sebagai salah satu terapi contohnya pada kasus seksiosesarea.

Rekomendasi yang diusulkan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien adalah dikaji ulang rumusan klinikal pathway tentang pemberian antibiotika dalam operasi bersih.

Diharapkan di evaluasi akhir tahun nanti pencapaian target 80% bisa tercapai.

6. Kesalahan medis (medication error) dan kejadian nyaris cedera

Angka kelengkapan penulisan peresepan obat



Interpretasi :

Angka kelengkapan penulisan peresepan obat adalah lengkapnya penulisan resep obat yang dilakukan staf medis.

Formula kalkulasinya adalah :

$$= \frac{\text{Jumlah penulisan peresepan obat yang terisi lengkap}}{\text{Jumlah semua penulisan peresepan obat}} \times 100\%$$

Berdasarkan data diatas dapat dilihat bahwa indikator pada bulan Januari 2017 s/d Desember 2017 mengalami kenaikan tapi belum mencapai target 100%.

Beberapa hal yang diduga menyebabkan indikator ini belum tercapai adalah belum optimalnya komitmen staf medis dalam melengkapi penulisan peresepan obat, belum optimalnya sosialisasi tentang pentingnya kelengkapan peresepan obat.

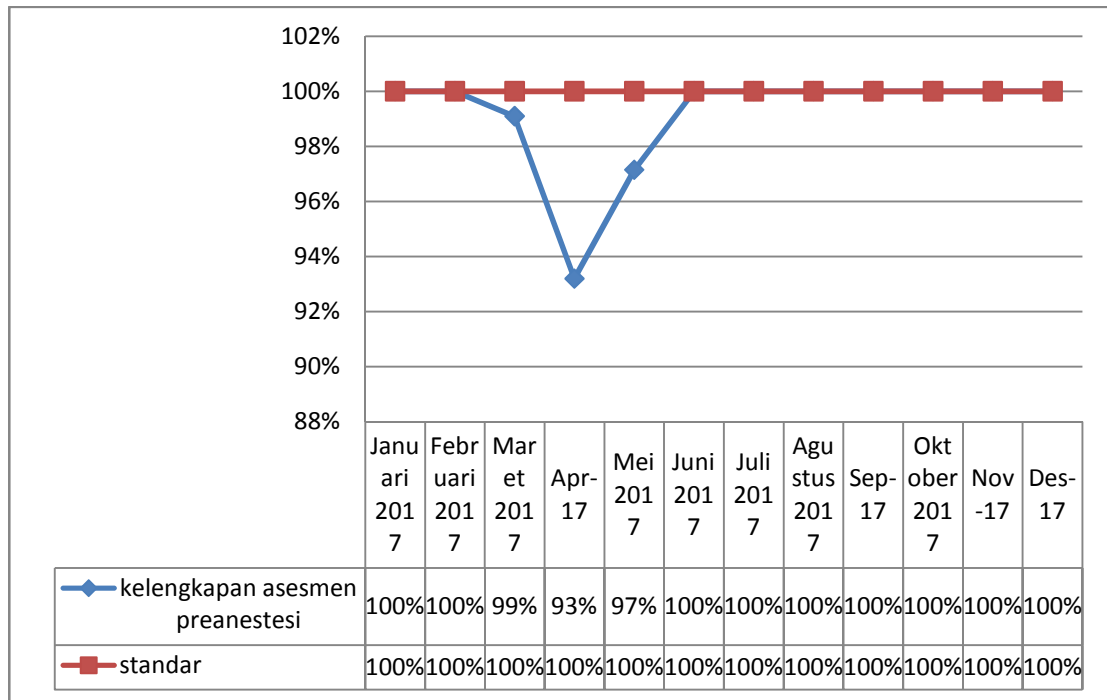
Untuk selanjutnya indikator ini terus dipantau secara rutin setiap bulannya.

Rekomendasi yang diusulkan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien adalah penguatan komitmen pada seluruh staf medis dalam melengkapi peresepan obat, resosialisasi tentang pentingnya kelengkapan peresepan obat.

Diharapkan di evaluasi akhir tahun nanti pencapaian target 100% bisa tercapai.

7. Anestesi dan penggunaan sedasi

Angka kelengkapan assesmen pre anestesi



Interpretasi :

Angka kelengkapan asesmen pre anestesi adalah lengkapnya pengisian assesmen pre anestesi.

Formula kalkulasinya adalah :

$$= \frac{\text{Jumlah assesmen pre anaestesi yang terisi lengkap}}{\text{Jumlah assesmen pre anaestesi seluruhnya}} \times 100\%$$

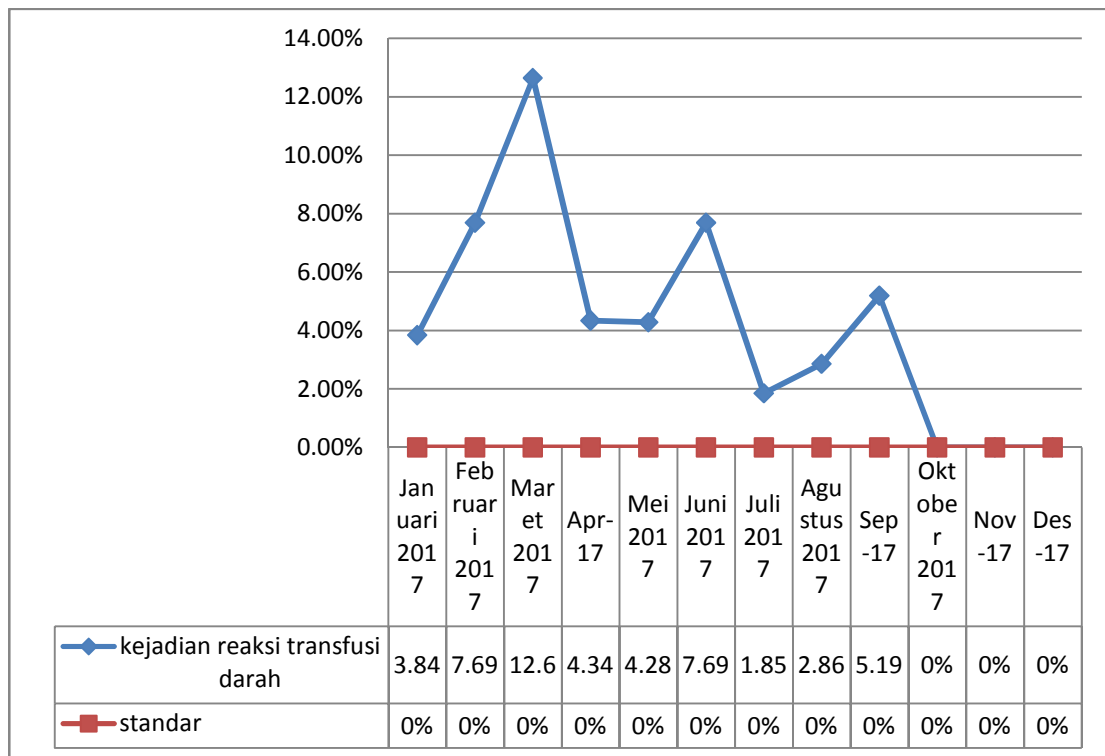
Berdasarkan data diatas dapat dilihat bahwa indikator pada bulan Desember Januari 2017 s/d Desember 2017 telah mencapai target 100%.

Sebelum tindakan operasi, dokter anestesi wajib melaksanakan asesmen kepada pasien untuk memberikan pelayanan maksimal kepada pasien dan meminimalkan komplikasi pasca operasi dan selama operasi.

Rekomendasi yang diusulkan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien adalah Untuk dapat mempertahankan indikator yang telah tercapai dan tetap melengkapi assesmen pre anestesi

Diharapkan di evaluasi akhir tahun nanti pencapaian target 100% tetap tercapai.

8. Penggunaan darah dan produk darah  
 Angka kejadian reaksi transfusi darah



Interpretasi :

Angka kejadian reaksi transfusi darah adalah tergambaranya jumlah kejadian reaksi akibat transfuse darah, seperti demam, menggigil, rasa sesak, gatal, shock.

Formula kalkulasinya adalah :

$$= \frac{\text{Jumlah kejadian reaksi transfusi darah}}{\text{Jumlah semua pasien yang mendapat transfusi darah}} \times 100\%$$

Berdasarkan data diatas dapat dilihat bahwa indikator pada bulan Januari 2017 s/d Desember 2017 sudah mencapai target 0% di bulan Oktober 2017 – Desember 2017.

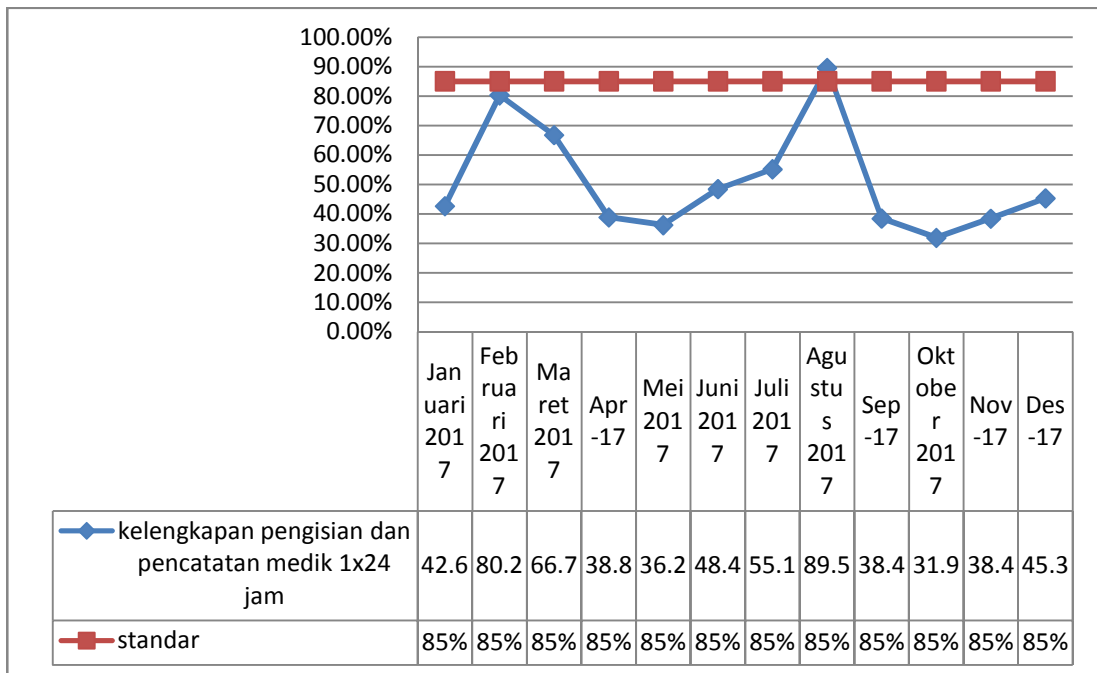
Beberapa hal yang diduga menyebabkan indikator ini belum tercapai adalah reaksi tubuh pasien yang berbeda beda. Untuk selanjutnya indikator ini terus dipantau secara rutin setiap bulannya.

Rekomendasi yang diusulkan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien adalah tetap dilakukan premedikasi sebelum darah dipasangkan dengan melihat petunjuk dokter yang memberikan transfusi.

Diharapkan di evaluasi akhir tahun nanti pencapaian target 0% tetap tercapai.

9. Ketersediaan, isi dan penggunaan catatan medic

Angka kelengkapan pengisian dan pencatatan medik 1 x 24 jam



Interpretasi :

Angka kelengkapan pengisian dan pencatatan medik 1x24 jam adalah lengkapnya pengisian catatan medik dalam waktu 1x24 jam.

Formula kalkulasinya adalah :

$$= \frac{\text{Jumlah pengisian pencatatan medik 2x24 jam yang terisi lengkap}}{\text{Jumlah lembar pengisian pencatatan medis seluruhnya}} \times 100\%$$

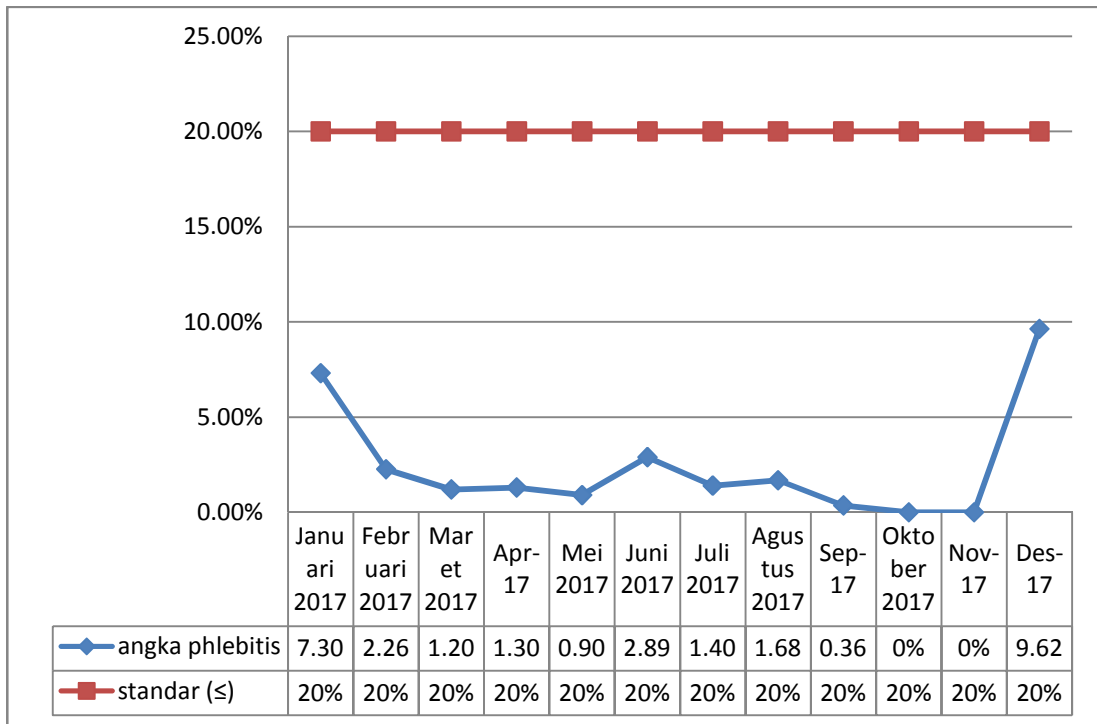
Berdasarkan data diatas dapat dilihat bahwa indikator pada bulan Januari 2017 s/d Desember 2017 belum mencapai target 85%.

Belum optimalnya komitmen staf medis dalam melengkapi dan mengisi pencatatan medik dalam 1 x 24 jam, sudah optimalnya sosialisasi tentang pentingnya kelengkapan pengisian pencatatan medik. Untuk selanjutnya indikator ini terus dipantau secara rutin setiap bulannya.

Rekomendasi yang diusulkan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien adalah penguatan komitmen pada seluruh staf medis dalam melengkapi pengisian pencatatan medik dalam 1 x 24 jam, resosialisasi tentang pentingnya kelengkapan pengisian pencatatan medik dalam 1 x 24 jam.

Untuk selanjutnya akan ditingkatkan menjadi 85%. Diharapkan di evaluasi akhir tahun nanti pencapaian target 85% bisa tercapai.

10. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi, Surveilans dan Pelaporan  
Angka Phlebitis



Interpretasi :

Angka phlebitis adalah jumlah kejadian infeksi aliran darah perifer (phlebitis).

Formulasi kalkulasinya adalah :

$$= \frac{\text{Jumlah pasien yang phlebitis}}{\text{Jumlah hari rawat}} \times 1000\text{‰}$$

Berdasarkan data diatas dapat dilihat bahwa indikator pada bulan Januari 2017 s/d Desember 2017 sudah mencapai target  $\leq 20\%$ . Untuk selanjutnya indikator ini terus dipantau secara rutin setiap bulannya.

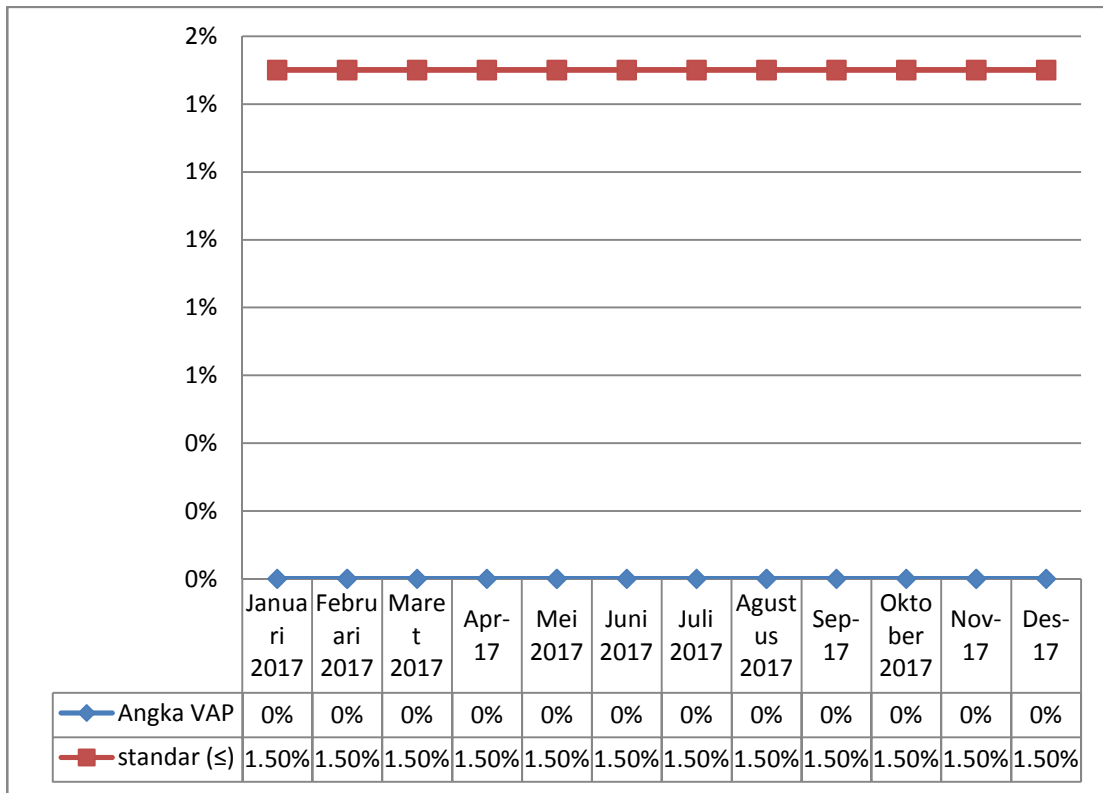
Rekomendasi yang diusulkan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien adalah tetap memonitoring cara pemasangan infus yang benar, memonitoring pergantian jalur i.v line dalam waktu 72 jam, memonitoring cuci tangan sebelum melakukan tindakan, memonitoring menggunakan alat pelindung diri dan sikap steril.

Diharapkan di evaluasi akhir tahun nanti target  $\leq 20\%$  tetap bisa dipertahankan.



## 11. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi, Surveilans dan Pelaporan

### Angka Ventilator Acquired Pneumonia (VAP)



Interpretasi :

Angka Ventilator Acquired Pneumonia (VAP) adalah jumlah kejadian VAP.

Formula kalkulasinya adalah :

$$= \frac{\text{Jumlah pasien yang terinfeksi VAP}}{\text{Jumlah hari rawat}} \times 1000\%$$

Berdasarkan data diatas dapat dilihat bahwa indikator pada bulan Januari 2017 s/d Desember 2017 sudah mencapai target  $\leq 1.5 \%$ . Untuk selanjutnya indikator ini terus dipantau secara rutin setiap bulannya.

Rekomendasi yang diusulkan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien adalah tetap memonitoring cara pemasangan ventilator yang benar, memonitoring cuci tangan sebelum melakukan tindakan, memonitoring menggunakan alat pelindung diri dan sikap steril.

Diharapkan di evaluasi akhir tahun nanti target  $\leq 1.5 \%$  tetap bisa tercapai.

## B. Indikator Area Manajemen

1. Pengadaan rutin peralatan kesehatan dan obat untuk memenuhi kebutuhan pasien  
Angka ketersediaan obat atau alkes emergensi di setiap unit perawatan

Bulan	Jlh obat / alkes tersedia cth: Sulfas Atropin
Januari 2017	lengkap
Februari 2017	lengkap
Maret 2017	lengkap
Apr-17	lengkap
Mei 2017	lengkap
Juni 2017	lengkap
Juli 2017	lengkap
Agustus 2017	lengkap
Sep-17	lengkap
Oktober 2017	lengkap
Nov-17	lengkap
Des-17	lengkap

Interpretasi :

Angka ketersediaan obat atau alkes emergensi di setiap unit perawatan adalah adanya obat atau alkes emergensi di ruang rawat inap, diambil contohnya adalah sulfas atropine.

Formulasi kalkulasinya adalah :

$$= \frac{\text{Jumlah jenis obat atau alkes yang tersedia di semua unit perawatan}}{\text{Jumlah jenis obat atau alkes di semua unit perawatan}} \times 100\%$$

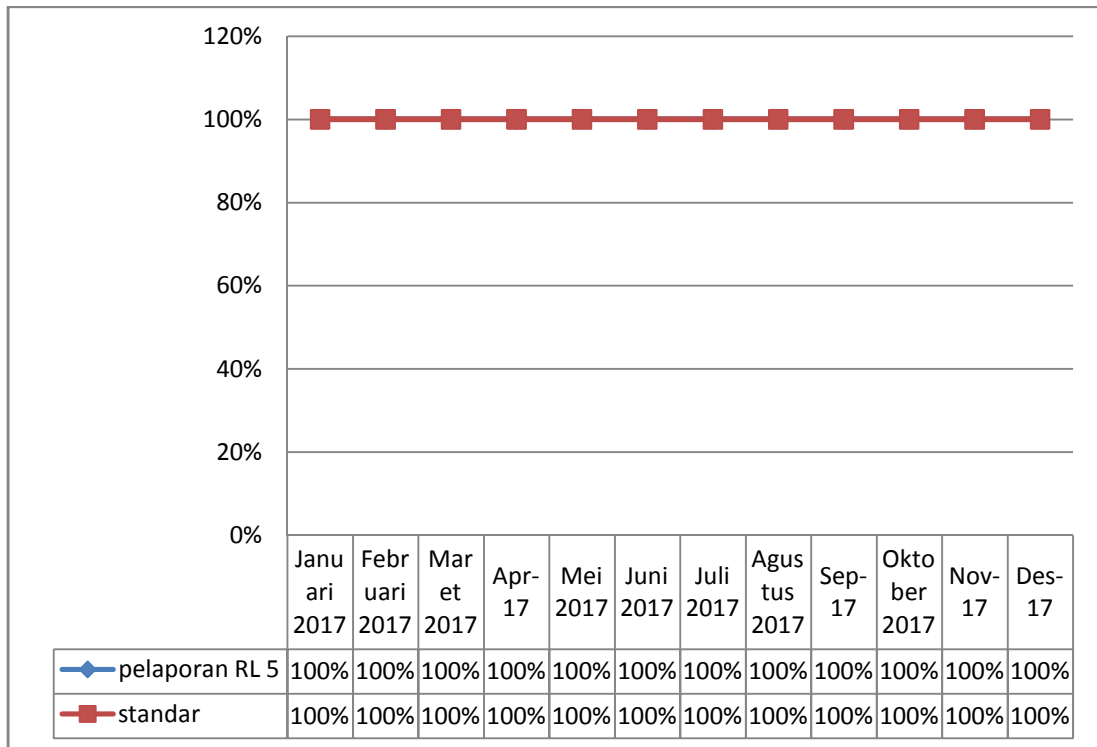
Berdasarkan data diatas dapat dilihat bahwa indikator pada bulan Januari 2017 s/d Desember 2017 sudah lengkap. Untuk selanjutnya indikator ini terus dipantau secara rutin setiap bulannya.

Rekomendasi yang diusulkan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien adalah tetap memonitoring kelengkapan obat atau alkes emergensi di setiap ruang rawat inap.

Diharapkan di evaluasi akhir tahun nanti kelengkapan ketersediaan obat atau alkes emergensi tetap bisa tercapai.

2. Pelaporan yang diwajibkan oleh peraturan perundang-undangan

Pelaporan RL 5



Interpretasi :

Pelaporan RL 5 adalah laporan yang dikirimkan ke depkes setiap tanggal 15 setiap bulannya berupa data pengunjung rumah sakit, data kunjungan rawat jalan, data sepuluh besar penyakit rawat inap, data sepuluh besar penyakit rawat jalan.

Formula kalkulasinya adalah :

$$= \frac{\text{Jumlah pelaporan bulanan yang terkirim pada tanggal 15}}{\text{Jumlah laporan yang harus terkirim pada tanggal 15}} \times 100\%$$

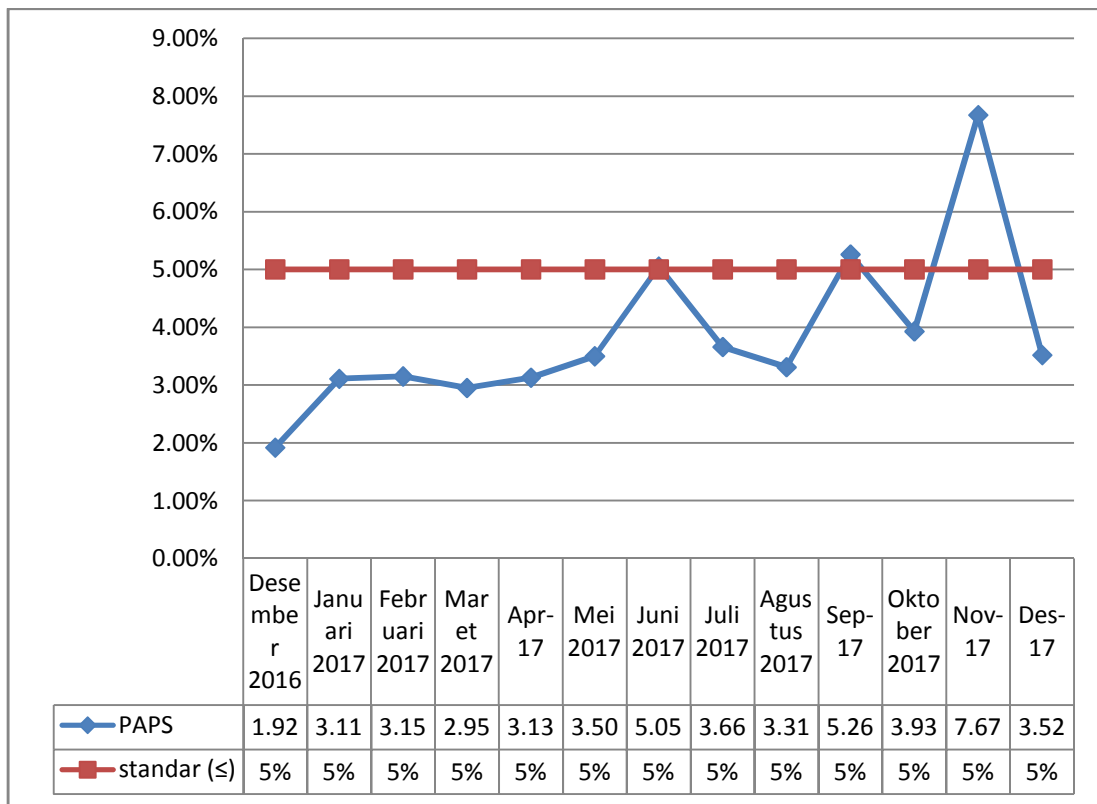
Berdasarkan data diatas dapat dilihat bahwa indikator pada bulan Januari 2017 s/d Desember 2017 sudah mencapai target 100%. Untuk selanjutnya indikator ini terus dipantau secara rutin setiap bulannya.

Rekomendasi yang diusulkan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien adalah tetap memonitoring pelaporan RL 5 ke depkes setiap tanggal 15 setiap bulannya.

Diharapkan di evaluasi akhir tahun nanti pelaporan RL 5 tetap bisa tercapai.

### 3. Manajemen risiko

#### Kejadian pasien pulang atas permintaan sendiri



Interpretasi :

Kejadian pasien pulang atas permintaan sendiri adalah angka kejadian pasien pulang atas permintaan sendiri karena kurang puas terhadap kualitas pelayanan.

Formula kalkulasinya adalah :

$$= \frac{\text{Jumlah pasien pulang atas permintaan sendiri}}{\text{Jumlah pasien pulang dalam 1 bulan}} \times 100\%$$

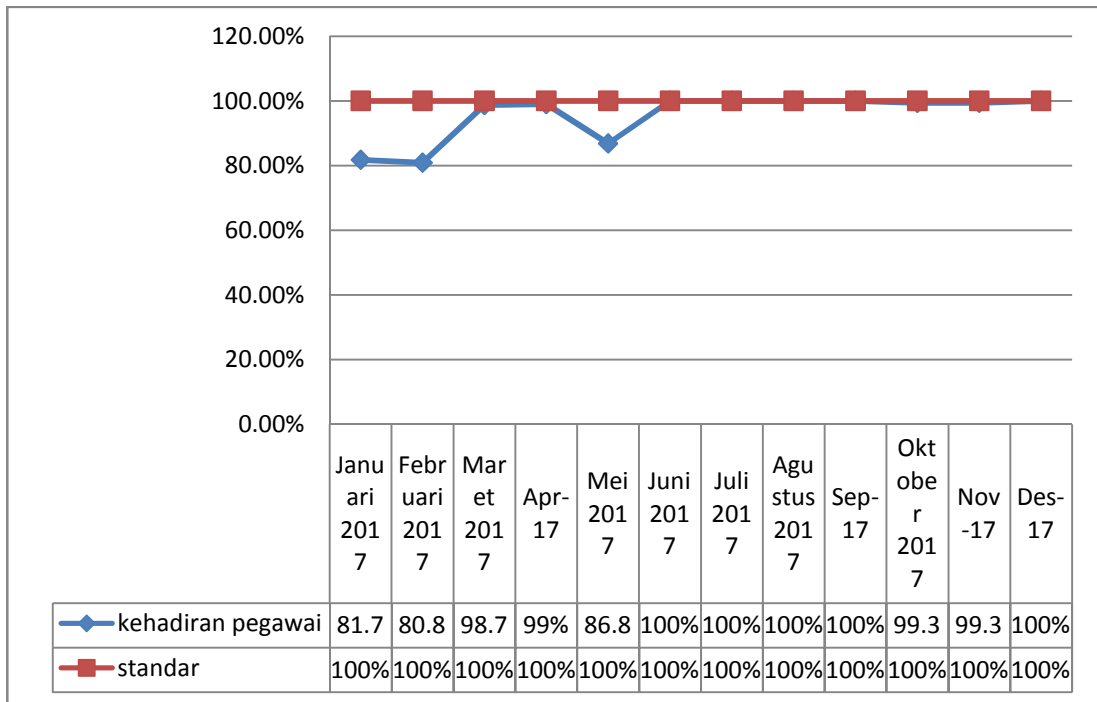
Berdasarkan data diatas dapat dilihat bahwa indikator pada bulan Januari 2017 s/d Desember 2017 sudah mencapai target  $\leq 5\%$ . Untuk selanjutnya indikator ini terus dipantau secara rutin setiap bulannya.

Rekomendasi yang diusulkan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien adalah staf medis tetap meningkatkan kualitas pelayanan.

Diharapkan di evaluasi akhir tahun nanti target  $\leq 5\%$  tetap bisa tercapai.

#### 4. Manajemen Penggunaan Sumber Daya

##### Angka kepatuhan kehadiran pegawai



Interpretasi :

Angka kepatuhan kehadiran pegawai adalah jumlah kehadiran pegawai yang diukur melalui absensi atau presensi pegawai.

Formula kalkulasinya adalah :

$$= \frac{\text{Jumlah pegawai yang hadir setiap hari}}{\text{Jumlah Pegawai seluruhnya}} \times 100\%$$

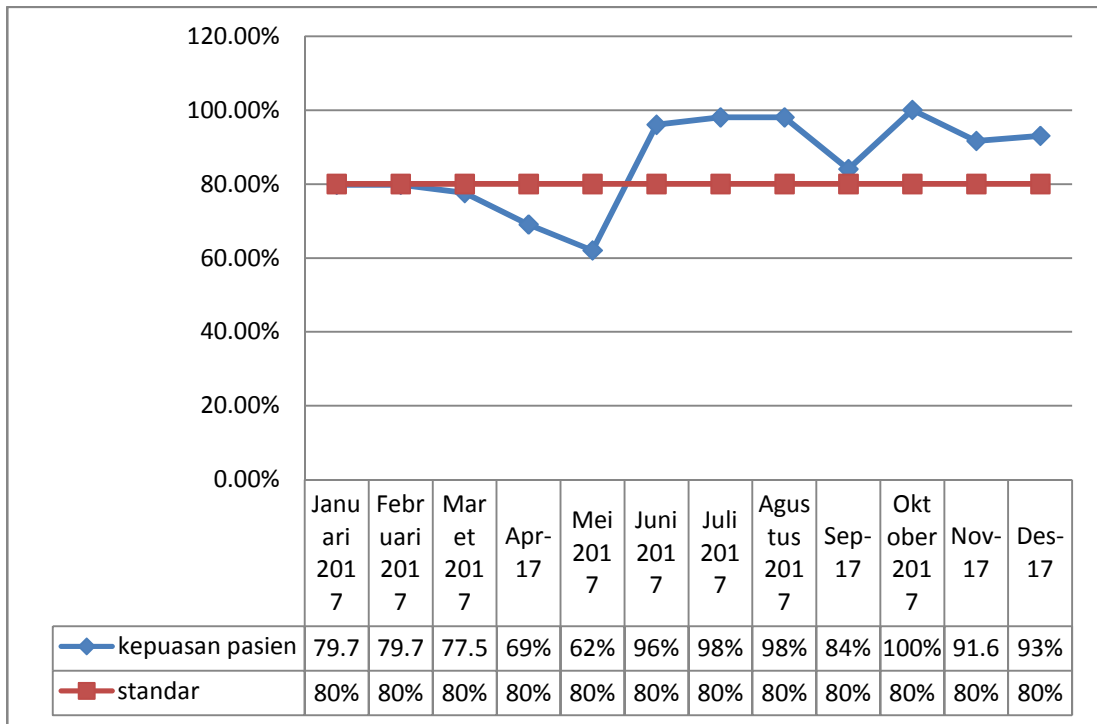
Berdasarkan data diatas dapat dilihat bahwa indikator pada bulan Juni 2017 s/d Agustus 2017 telah mencapai target 100%. Untuk selanjutnya indikator ini terus dipantau secara rutin setiap bulannya.

Rekomendasi yang diusulkan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien adalah tim HRD dan staf tetap memperhatikan/ meningkatkan kepatuhan dalam kehadiran. Untuk 6 bulan terakhir yang libur (setelah dinas malam), sakit dan cuti, itu tidak digabung dalam kehadiran, setelah monitoring ternyata yang libur, sakit dan cuti adalah hak pegawai, maka untuk evaluasi di bulan selanjutnya, yang libur, sakit dan cuti masuk dalam kehadiran pegawai (dianggap hadir), sehingga tercapai 100%.

Diharapkan di evaluasi akhir tahun nanti target 100 % tetap bisa tetap tercapai.

5. Harapan dan kepuasan pasien dan keluarga

Angka kepuasan pasien rawat inap



Interpretasi :

Angka kepuasan pasien rawat inap adalah jumlah kepuasan pasien saat mendapatkan pelayanan terapis di rawat inap.

Formula kalkulasinya adalah :

$$= \frac{\text{Jumlah pasien yang merasa puas dengan pelayanan RS}}{\text{Jumlah pasien seluruhnya}} \times 100\%$$

Berdasarkan data diatas dapat dilihat bahwa indikator pada bulan Januari 2017 s/d Desember 2017 kepuasan pasien rawat inap meningkat dari target  $\leq 80\%$ . Untuk selanjutnya indikator ini tetap dipantau secara rutin setiap bulannya.

Rekomendasi yang diusulkan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien adalah seluruh staf medis maupun non medis, tetap memberikan pelayanan yang terbaik, tidak hanya penyembuhan fisik pasien, melainkan juga memperhatikan kondisi psikis pasien dengan cara membangun komunikasi yang baik dengan pasien, menjaga *privacy* pasien.

Diharapkan di evaluasi akhir tahun nanti target  $\leq 80\%$  tetap bisa tercapai.

6. Harapan dan kepuasan staf

Angka kepuasan pegawai

Pada bulan Juni 2017 sampai Agustus 2017 belum dilaksanakan survey tingkat kepuasan karyawan. Direncanakan untuk dilaksanakan setahun sekali, terakhir dilaksanakan Mei 2017 dengan pencapaian 86%.

Interpretasi :

Angka kepuasan pegawai adalah jumlah kepuasan pegawai atas pekerjaan yang dihadapi dan segala sesuatu yang dihadapi.

Formula kalkulasinya adalah :

$$= \frac{\text{Jumlah pegawai yang puas dalam pekerjaannya}}{\text{Jumlah pegawai seluruhnya}} \times 100\%$$

Rekomendasi yang diusulkan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien adalah Manajemen memberikan kepuasan pegawai, tidak cukup hanya memberikan intensif saja, akan tetapi pegawai juga membutuhkan motivasi, pengakuan dari atasan atas hasil pekerjaannya, situasi kerja yang tidak monoton, dan adanya peluang untuk berinisiatif dan berkreasi.

Diharapkan di evaluasi tahun depan nanti target  $\leq 80\%$  tetap bisa tercapai.

7. Manajemen Keuangan

Angka cost recovery rate

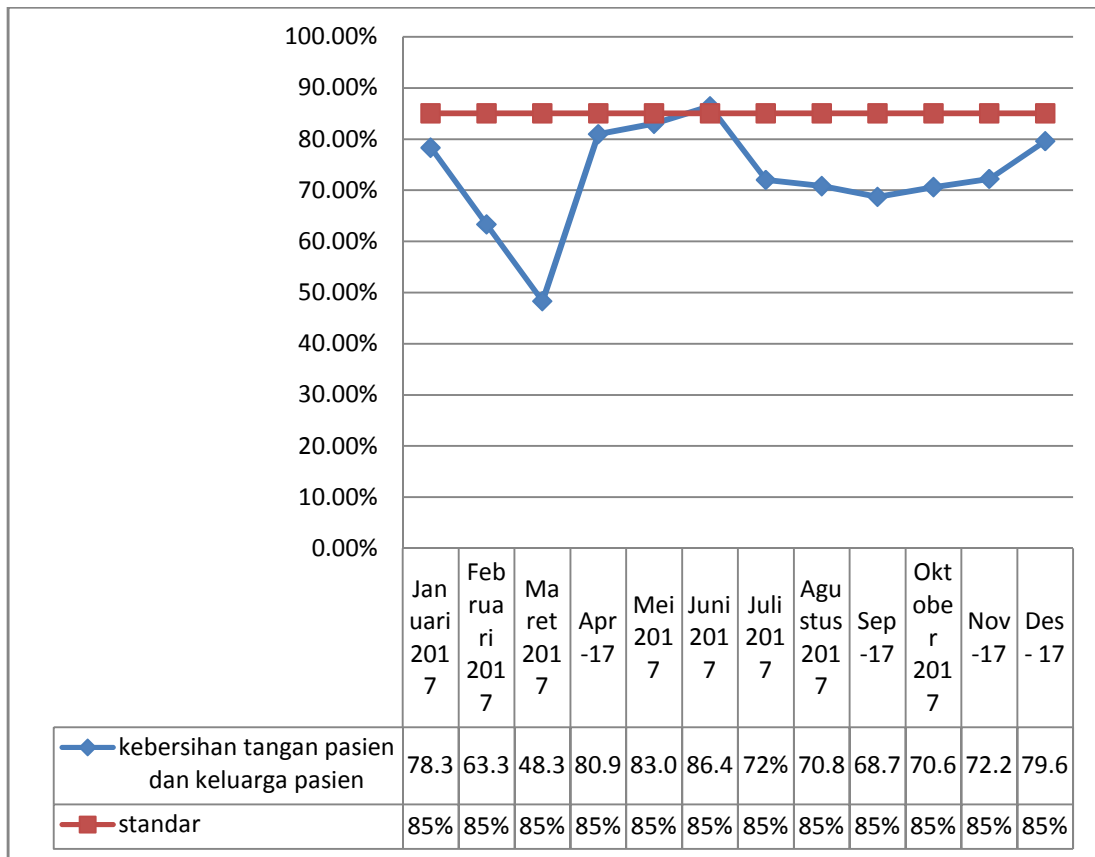
Interpretasi :

Angka cost recovery rate adalah indikator yang digunakan untuk mengukur sampai sejauh mana kontribusi pendapatan pelayanan terhadap biaya operasional.

Rekomendasi yang diusulkan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien adalah untuk tetap mempertahankan Indikator Cost Recovery rate .

8. Pencegahan dan pengendalian dari kejadian yang dapat menimbulkan masalah bagi keselamatan pasien dan keluarga pasien

Angka kepatuhan kebersihan tangan pasien dan pengunjung pasien



Interpretasi :

Angka kepatuhan kebersihan tangan pasien dan pengunjung pasien adalah tergambaranya pasien dan pengunjung pasien mengikuti standar kebersihan tangan.

Formula kalkulasinya adalah :

$$= \frac{\text{Pasien dan Pengunjung yang mendapat pendidikan kebersihan tangan}}{\text{jumlah pasien}} \times 100\%$$

Berdasarkan data diatas dapat dilihat bahwa indikator pada bulan Juni 2017 s/d Agustus 2017 belum mencapai target 85%. Untuk selanjutnya indikator ini terus dipantau secara rutin setiap bulannya.

Rekomendasi yang diusulkan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien adalah tim PPI dan staf medis tetap memberikan edukasi tentang kebersihan tangan kepada pasien dan pengunjung pasien.

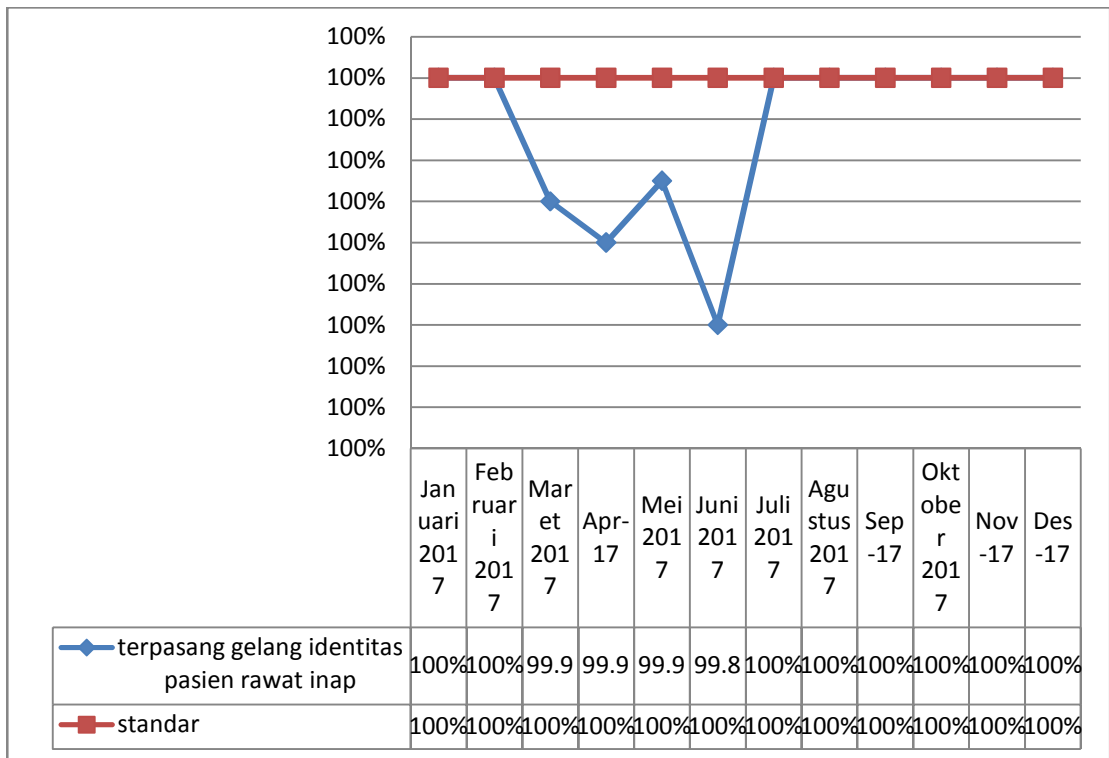
Diharapkan di evaluasi akhir tahun nanti target 85 % bisa tercapai.

### C. Sasaran Keselamatan Pasien

#### 1. Mengidentifikasi pasien dengan benar

Terpasang gelang identitas pasien rawat inap





Interpretasi :

Terpasang gelang identitas pasien rawat inap adalah tergambaranya upaya rumah sakit dalam menjaga keselamatan pasien, mencegah terjadinya kesalahan identifikasi pasien, kesalahan prosedur, kesalahan medikasi, kesalahan transfusi, dan kesalahan pemeriksaan diagnostik.

Formula kalkulasinya adalah :

$$= \frac{\text{Jumlah terpasangnya gelang identitas rawat inap}}{\text{Jumlah seluruh pasien rawat inap yang terpasang gelang identitas}} \times 100\%$$

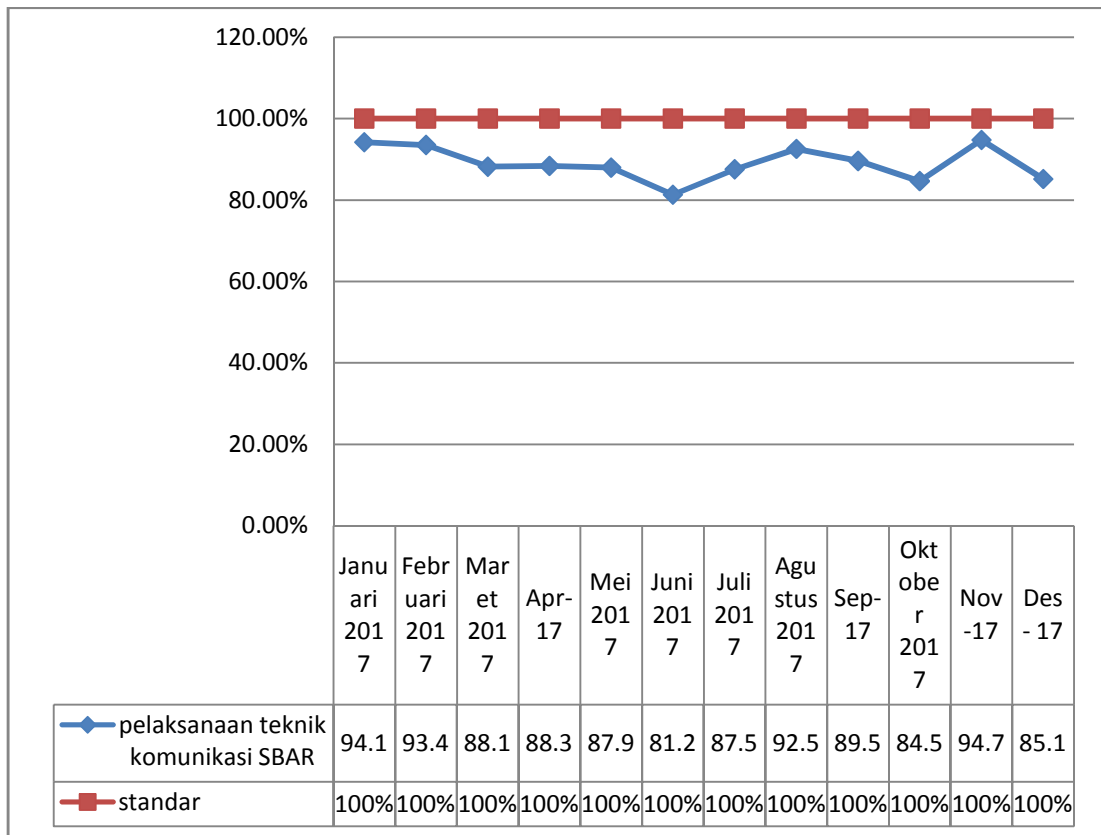
Berdasarkan data diatas dapat dilihat bahwa indikator pada bulan Januari 2017 s/d Desember 2017 sudah mencapai target 100%.

Rekomendasi yang diusulkan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien adalah tetap sosialisasi kepada seluruh petugas akan pentingnya pemasangan gelang identitas pasien serta termasuk penyampaian kegunaan gelang identitas tersebut kepada pasien atau keluarga pasien yang dirawat, memonitoring pemasangan gelang identitas pasien rawat inap. Untuk selanjutnya indikator ini terus dipantau secara rutin setiap bulannya.

Diharapkan di evaluasi akhir tahun nanti pencapaian target 100% bisa tetap tercapai.

## 2. Meningkatkan komunikasi yang efektif

### Kepatuhan pelaksanaan tehnik komunikasi SBAR



Interpretasi :

Kepatuhan pelaksanaan tehnik komunikasi SBAR adalah kegiatan untuk memastikan setiap instruksi verbal agar dilakukan dengan benar dan sesuai instruksi, kegiatan dilanjutkan dengan menandatangani instruksi tersebut dalam 1 x 24 jam.

Formula

$$= \frac{\text{Jumlah verifikasi pelaporan komunikasi tehnik SBAR dari petugas RANAP kepada DPJP diparaf 24 jam}}{\text{Jumlah seluruh pelaporan komunikasi tehnik SBAR dari petugas RANAP kepada DPJP}} \times 100\%$$

Berdasarkan data diatas dapat dilihat bahwa indikator pada bulan Januari 2017 s/d Desember 2017 belum mencapai target 100%.

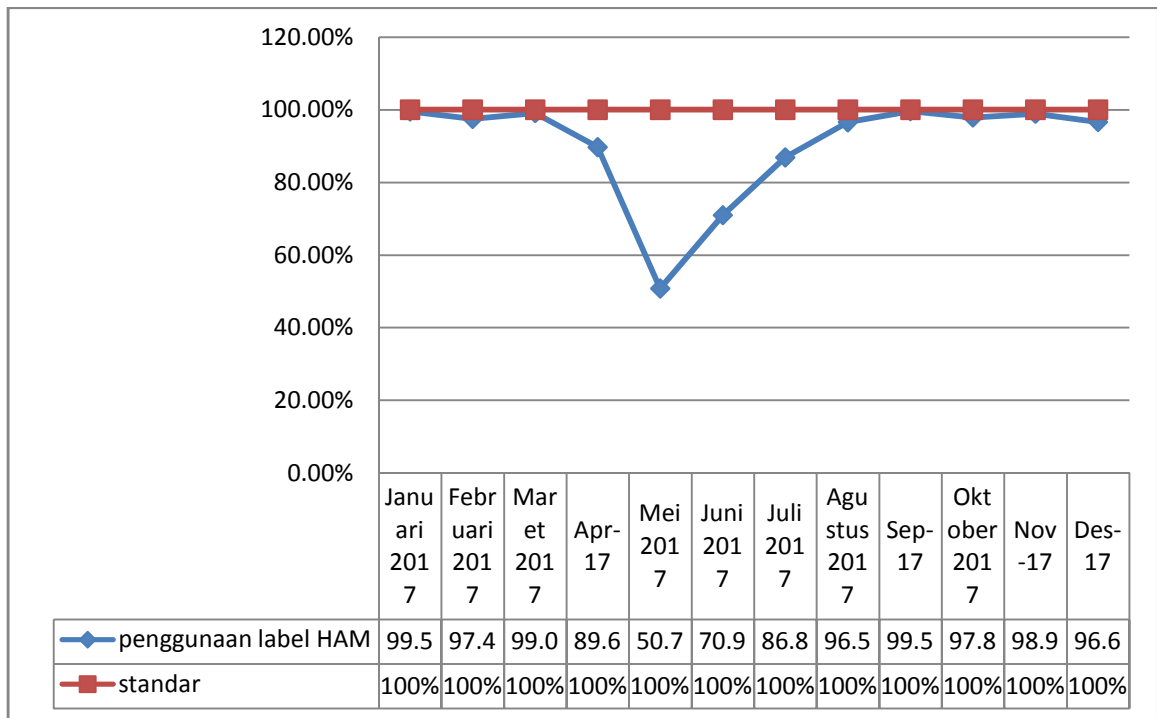
Beberapa hal yang diduga menyebabkan indikator ini belum tercapai adalah belum optimalnya komitmen staf medis dalam pelaksanaan tehnik komunikasi SBAR.

Rekomendasi yang diusulkan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien adalah sosialisasi kepada seluruh petugas akan pentingnya prosedur SBAR dan memverifikasi pelaporan dengan menandatangani dalam 1x24 jam. Untuk selanjutnya indikator ini terus dipantau secara rutin setiap bulannya.

Diharapkan di evaluasi akhir tahun nanti pencapaian target 100% bisa tercapai.

3. Meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai

Angka penggunaan label peringatan High Alert Medicine (HAM)



Interpretasi :

Angka penggunaan label peringatan High Alert Medicine adalah tergambaranya upaya rumah sakit dalam menjaga keselamatan pasien dengan memberikan label peringatan pada obat-obat high alert.

Formula kalkulasinya adalah :

$$= \frac{\text{High Alert Medicine yang diberi etiket di semua Instalasi}}{\text{High Alert Medicine yang ada di semua Instalasi}} \times 100\%$$

Berdasarkan data diatas dapat dilihat bahwa indikator pada bulan Januari 2017 s/d Desember 2017 belum mencapai target 100%.

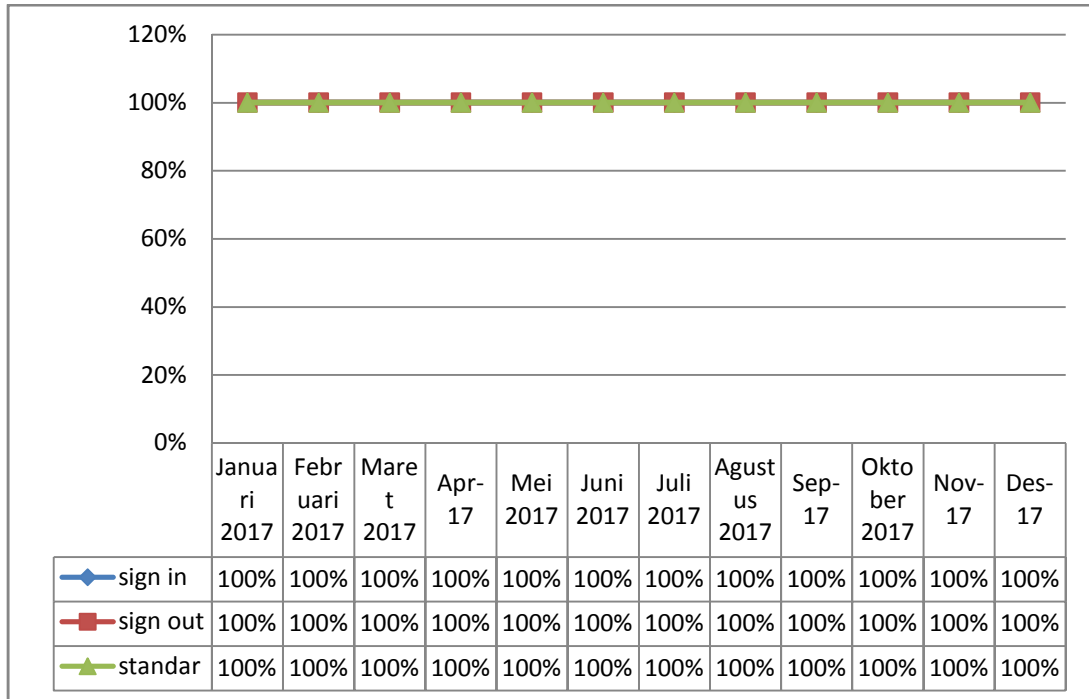
Beberapa hal yang diduga menyebabkan indikator ini belum tercapai adalah kurang optimalnya komitmen petugas untuk menggunakan label peringatan pada obat-obat high alert.

Rekomendasi yang diusulkan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien adalah sosialisasi kepada seluruh petugas akan pentingnya pemasangan label peringatan pada obat-obat high alert, karena mengingat betapa pentingnya pelabelan obat tersebut agar menjadi perhatian sendiri dalam tata cara penggunaannya.

Diharapkan di evaluasi berikutnya nanti target 100 % bisa tercapai.

4. Memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang benar

Kepatuhan pelaksanaan surgical checklist



Interpretasi :

Kepatuhan pelaksanaan surgical checklist adalah kegiatan untuk memastikan tindakan pembedahan yang dilakukan secara aman pada pasien.

Formulasi

$$= \frac{\text{Jumlah Pelaksanaan Surgical Checklist pasien operasi yang tidak lengkap}}{\text{Jumlah seluruh tindakan operasi dalam 1 bulan}} \times 100\%$$

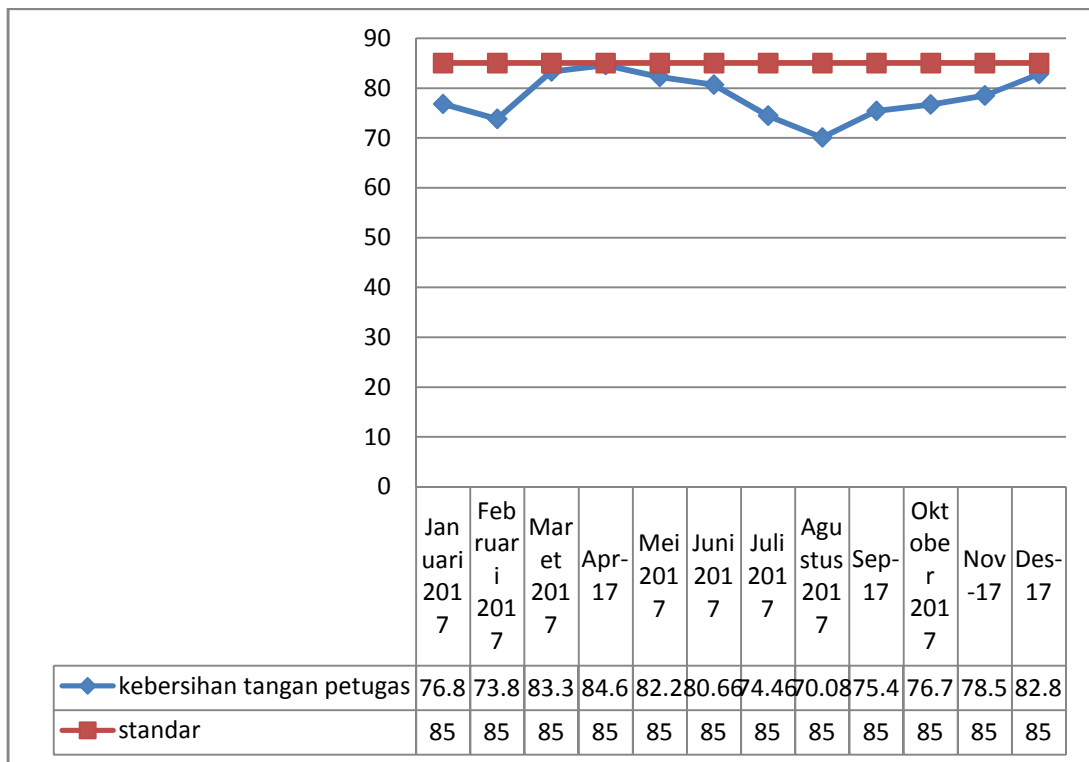
Berdasarkan data diatas dapat dilihat bahwa indikator pada bulan Januari 2017 s/d Desember 2017 sudah mencapai target 100%. Untuk selanjutnya indikator ini terus dipantau secara rutin setiap bulannya.

Rekomendasi yang diusulkan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien adalah bekerja sama dengan tim pembedahan untuk tetap memonitoring dan meningkatkan pelaporan pelaksanaan surgical checklist agar tidak adanya kejadian tidak diharapkan di kamar operasi.

Diharapkan di evaluasi akhir tahun nanti pelaporan pelaksanaan surgical checklist dengan target 100% tetap bisa tercapai.

5. Mengurangi risiko infeksi akibat perawatan kesehatan

Angka kepatuhan cuci tangan petugas (5 momen)



Interpretasi :

Angka kepatuhan cuci tangan petugas (5 momen) adalah kegiatan cuci tangan petugas untuk menghindari angka kejadian infeksi.

Formula kalkulasinya adalah :

$$= \frac{\text{Jumlah seluruh petugas yang melakukan kepatuhan kebersihan tangan}}{\text{Jumlah seluruh petugas}} \times 100\%$$

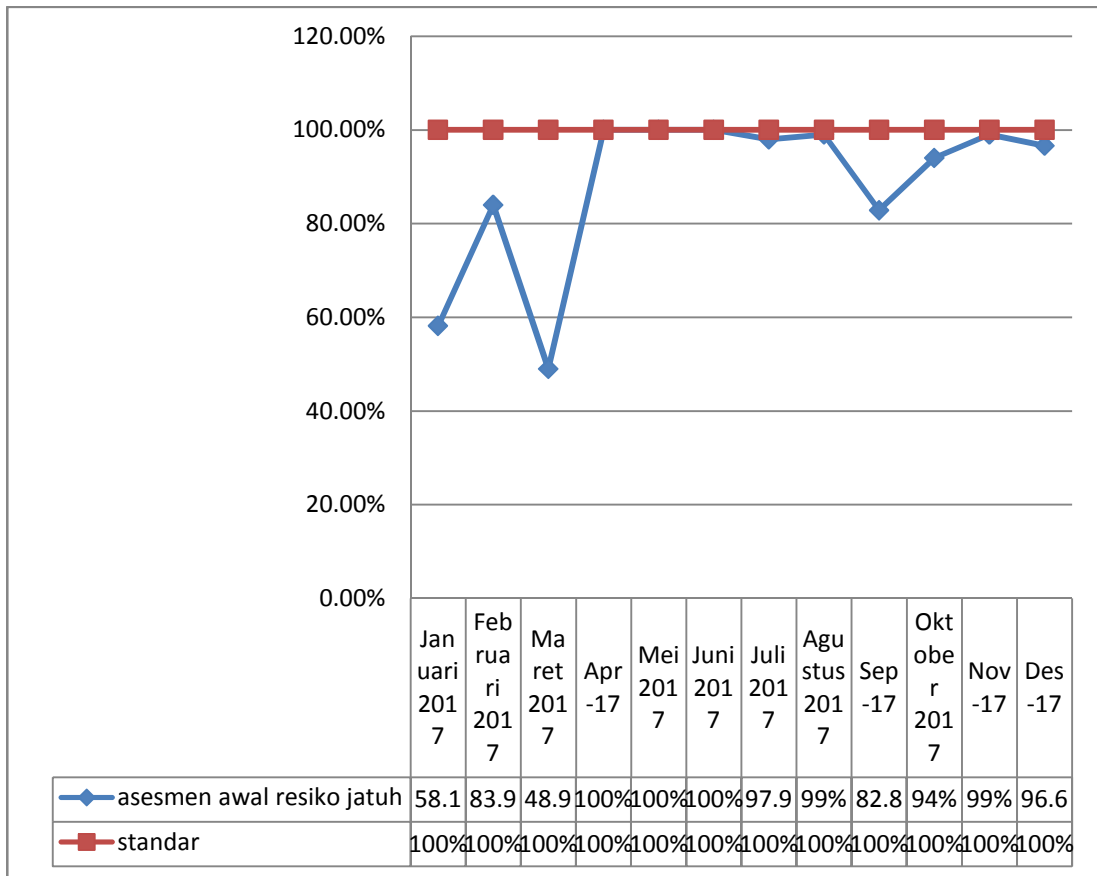
Berdasarkan data diatas dapat dilihat bahwa indikator pada bulan Januari 2017 s/d Desember 2017 belum mencapai target 85%. Untuk selanjutnya indikator ini terus dipantau secara rutin setiap bulannya.

Rekomendasi yang diusulkan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien adalah tim PPI tetap memberikan edukasi kepada setiap petugas tentang prosedur cuci tangan yang benar, semakin diperbaiki dan ditingkatkan melalui studi dan kerjasama dengan berbagai pihak dan menambah jumlah sarana cuci tangan.

Diharapkan di evaluasi akhir tahun nanti, angka kepatuhan cuci tangan petugas (5 momen) target 85 % bisa tercapai.

6. Mengurangi risiko cedera pasien akibat terjatuh

Kepatuhan pengisian assesmen awal pasien risiko jatuh



Interpretasi :

Kepatuhan pengisian assesmen awal pasien risiko jatuh adalah pengkajian awal mengidentifikasi pasien untuk mengetahui kondisi pasien yang beresiko jatuh selama masa perawatan di Rumah Sakit.

Formula kalkulasinya adalah :

$$= \frac{\text{Jumlah pengisian assesmen awal pasien resiko jatuh yang tidak terisi}}{\text{Jumlah pengisian awal pasien resiko jatuh seluruhnya}} \times 100\%$$

Berdasarkan data diatas dapat dilihat bahwa indikator pada bulan Januari 2017 s/d Desember 2017 belum mencapai target 100%. Untuk selanjutnya indikator ini terus dipantau secara rutin setiap bulannya.

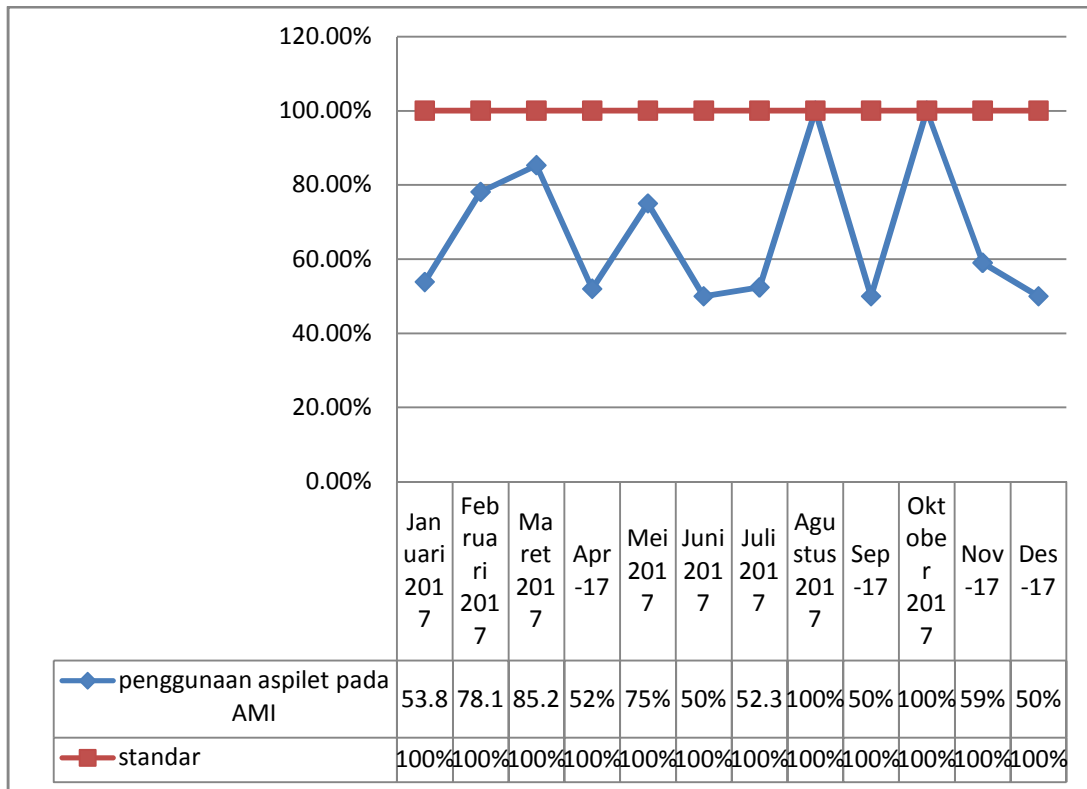
Rekomendasi yang diusulkan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien adalah staf medis untuk lebih patuh dalam melakukan skrining dan mengevaluasi pasien dengan member skor pada setiap pasien yang memiliki kriteria “resiko”.

Diharapkan di evaluasi akhir tahun nanti target  $\leq 100\%$  bisa tercapai

#### D. International library of Measures Set (ILMS)

##### 1. Acute Myocardial

##### Penggunaan aspilet pada kasus AMI di IGD



Interpretasi :

Penggunaan aspilet pada kasus AMI di IGD adalah kejadian penggunaan aspilet untuk mengurangi resiko infark miokard yang tidak stabil.

Formula kalkulasinya adalah :

$$= \frac{\text{Jumlah seluruh kasus AMI di IGD yang menggunakan aspilet}}{\text{Jumlah seluruh kasus AMI di IGD}} \times 100\%$$

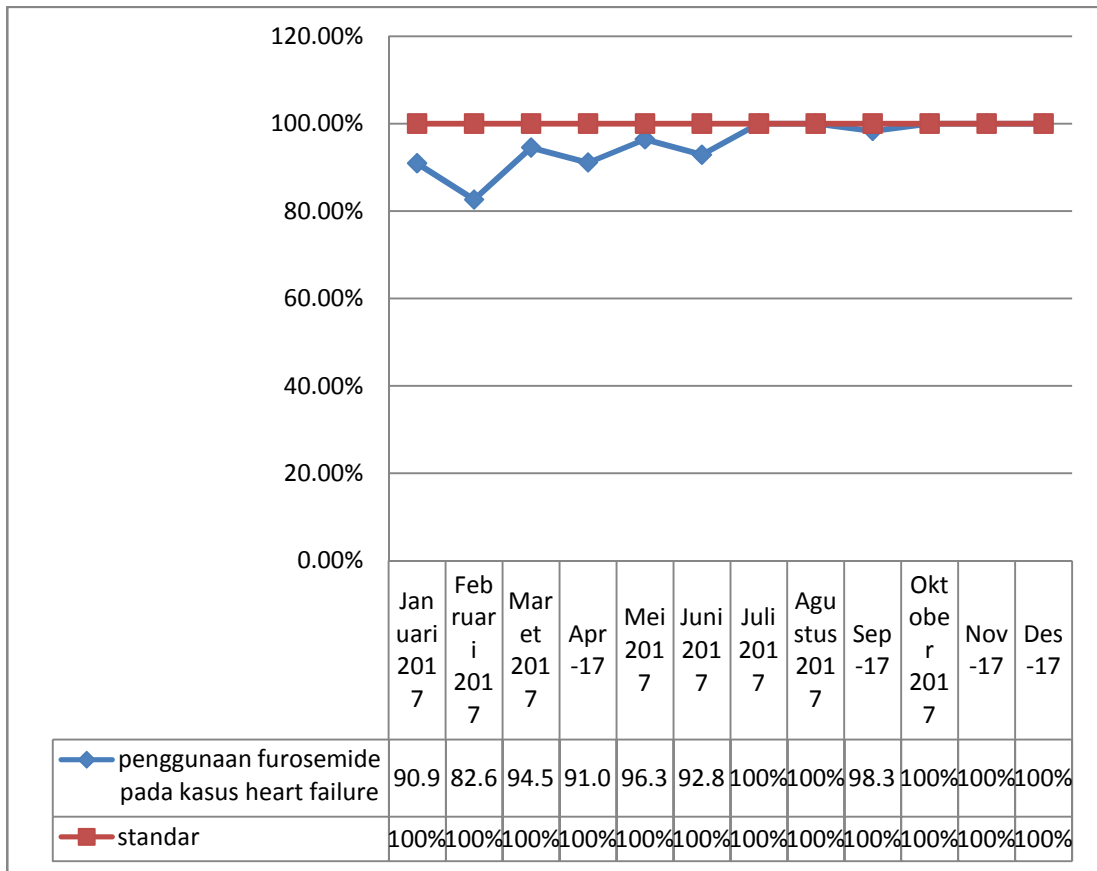
Berdasarkan data diatas dapat dilihat bahwa indikator pada bulan Januari 2017 s/d Desember 2017 belum mencapai target  $\leq 100\%$ . Untuk selanjutnya indikator ini terus dipantau secara rutin setiap bulannya.

Rekomendasi yang diusulkan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien adalah staf medis untuk tetap memberikan aspilet pada penderita AMI, untuk menurunkan resiko kematian.

Diharapkan di evaluasi akhir tahun nanti target  $\leq 100\%$  bisa tercapai

## 2. Heart Failure

### Penggunaan furosemide pada kasus heart failure di ruang perawatan



Interpretasi :

Penggunaan furosemide pada kasus heart failure di ruang perawatan adalah kejadian penggunaan furosemide untuk mengurangi resiko gagal jantung.

Formula

$$= \frac{\text{Jumlah seluruh kasus Heart Failure yang menggunakan furosemide}}{\text{Jumlah seluruh kasus Heart Failure}} \times 100\%$$

Berdasarkan data diatas dapat dilihat bahwa indikator pada bulan Januari 2017 s/d Desember 2017 sudah mencapai target  $\leq 100\%$ . Untuk selanjutnya indikator ini terus dipantau secara rutin setiap bulannya.

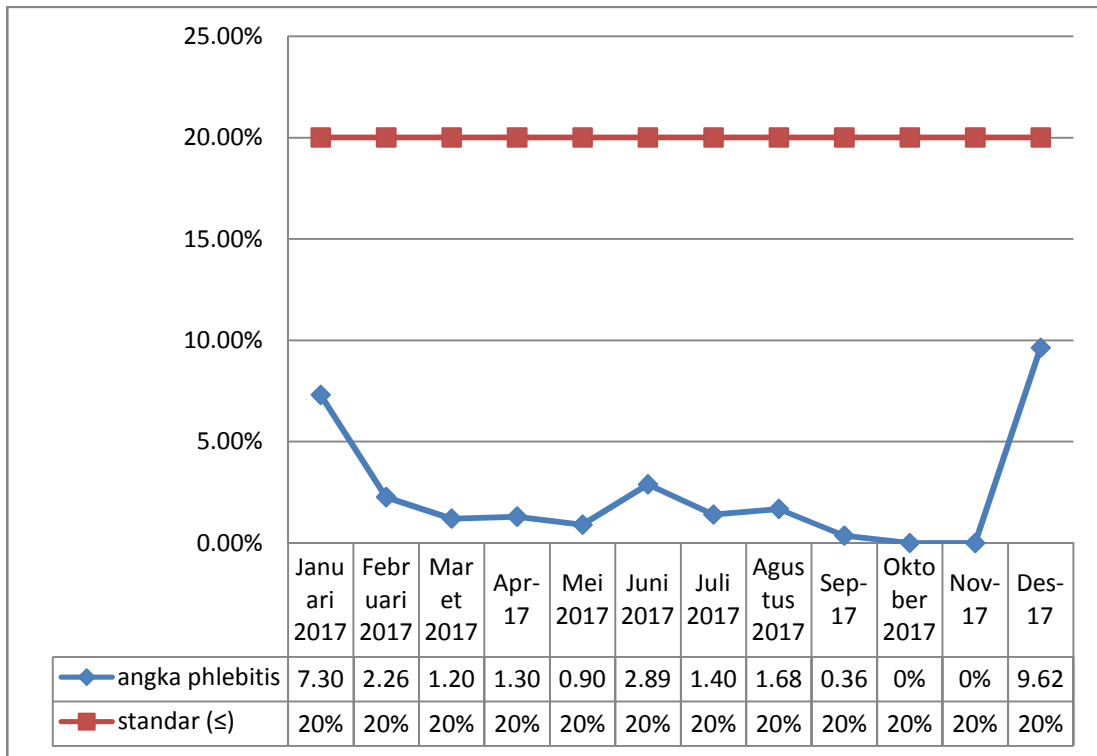
Rekomendasi yang diusulkan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien adalah staf medis untuk tetap memberikan furosemide pada penderita heart failure sesuai dengan anjuran dokter.

Diharapkan di evaluasi akhir tahun nanti target  $\leq 100\%$  bisa tercapai.



### 3. Nursing sensitive care

#### Angka phlebitis



Interpretasi :

Angka phlebitis adalah jumlah kejadian infeksi aliran darah perifer (phlebitis).

Formula

$$= \frac{\text{Jumlah pasien yang phlebitis}}{\text{Jumlah hari rawat}} \times 1000\text{‰}$$

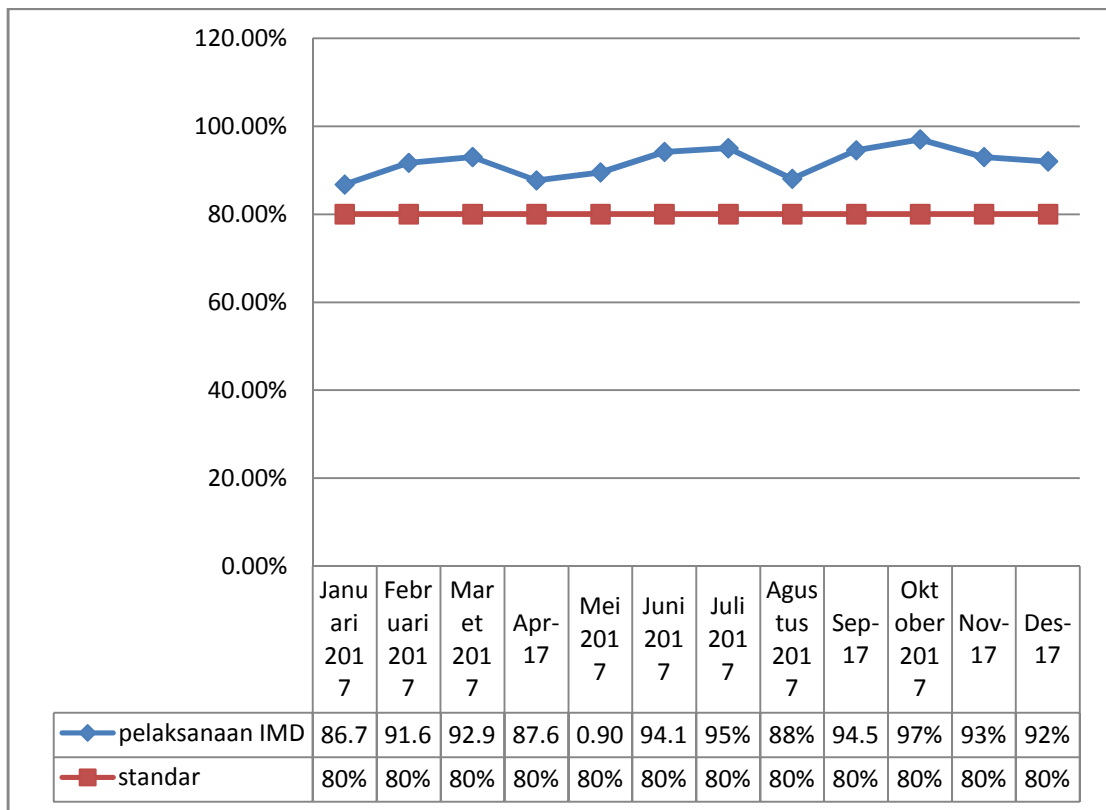
Berdasarkan data diatas dapat dilihat bahwa indikator pada bulan Januari 2017 s/d Desember 2017 sudah mencapai target  $\leq 20\text{‰}$ . Untuk selanjutnya indikator ini terus dipantau secara rutin setiap bulannya.

Rekomendasi yang diusulkan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien adalah tetap memonitoring cara pemasangan infus yang benar, memonitoring pergantian jalur i.v line dalam waktu 72 jam, memonitoring cuci tangan sebelum melakukan tindakan, memonitoring menggunakan alat pelindung diri dan sikap steril.

Diharapkan di evaluasi akhir tahun nanti target  $\leq 20\text{‰}$  tetap bisa tercapai.

#### 4. Perinatal Care

##### Pelaksanaan Inisiasi Menyusui Dini (IMD)



Interpretasi :

Pelaksanaan Inisiasi Menyusui Dini adalah kegiatan membiarkan bayi menyusui dalam 1 jam pertama setelah lahir, bersama dengan kontak kulit ibu.

Formula kalkulasinya adalah :

$$= \frac{\text{Jumlah ibu melahirkan yang melaksanakan IMD}}{\text{Jumlah seluruh ibu yang melahirkan}} \times 100\%$$

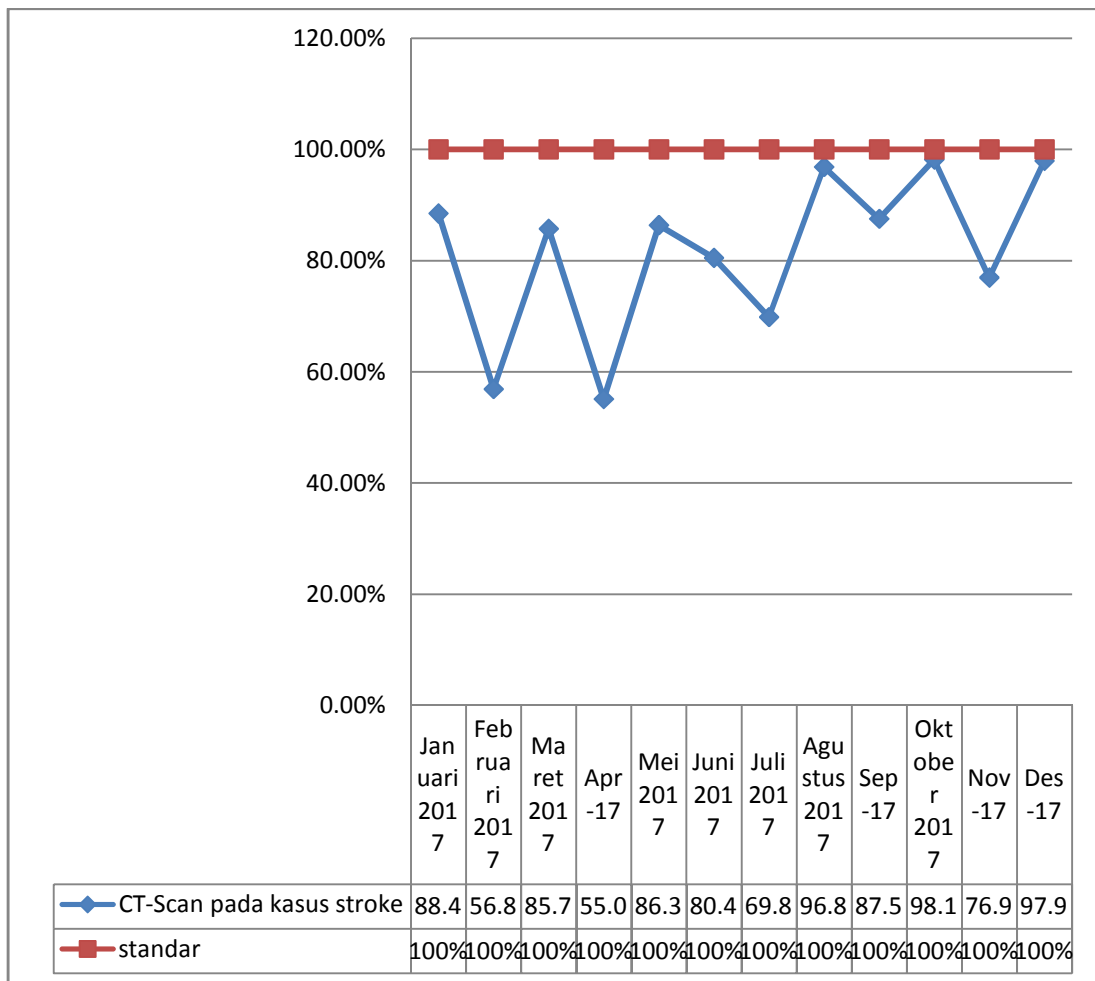
Berdasarkan data diatas dapat dilihat bahwa indikator pada bulan Juni 2017 s/d Agustus 2017 sudah mencapai target  $\geq 80\%$ . Untuk selanjutnya indikator ini terus dipantau secara rutin setiap bulannya.

Rekomendasi yang diusulkan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien adalah tetap memonitoring pelaksanaan inisiasi menyusui dini, tetap memonitoring penempatan ibu dan bayi dalam satu ruangan pasca persalinan, dan memonitoring pemberian waktu kepada ibu dan bayi untuk melakukan inisiasi menyusui dini.

Diharapkan di evaluasi akhir tahun nanti target  $\geq 80\%$  tetap bisa tercapai.

## 5. Stroke

### Pemeriksaan CT-Scan pada kasus Stroke



Interpretasi :

Pemeriksaan CT-Scan pada kasus Stroke adalah kegiatan pemeriksaan fisik pada pasien stroke, untuk memastikan jenis stroke yang diderita oleh pasien.

Formula kalkulasinya adalah :

$$= \frac{\text{Jumlah pemeriksaan CT – Scan pada kasus stroke}}{\text{Jumlah seluruh pasien stroke}} \times 100\%$$

Berdasarkan data diatas dapat dilihat bahwa indikator pada bulan Januari 2017 s/d Desember 2017 belum mencapai target  $\geq 100\%$ . Untuk selanjutnya indikator ini terus dipantau secara rutin setiap bulannya.

Rekomendasi yang diusulkan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien adalah tetap melakukan pemeriksaan CT-Scan pada penderita stroke, agar segera dipastikan gejala penyebab stroke.

Diharapkan di evaluasi akhir tahun nanti target  $\geq 100\%$  tetap bisa tercapai.

### **BAB III**

### **PENUTUP**

Demikian laporan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit Vita Insani periode Januari 2017 s/d Desember 2017 disusun, untuk dapat dijadikan bahan evaluasi dan pertimbangan bagi Pimpinan dalam menentukan kebijakan lebih lanjut pada masa yang akan datang.

Semua unit kerja di Rumah Sakit Vita Insani mempunyai indikator mutu yang telah rutin dijalankan. Tetapi kami prioritaskan pemantauan mutu dan keselamatan pasien di unit langsung berhadapan dengan pasien, diantaranya : IGD, Instalasi Rawat Inap, Radiologi, Laboratorium, Farmasi dan Instalasi Bedah Sentral.

Dalam BAB yang telah dibahas diatas dapat disimpulkan bahwa masih ada indikator yang tidak mencapai target, diantaranya :

1. Pengkajian awal medis pasien baru < 24 jam
2. Operasi bersih tanpa antibiotic
3. Kelengkapan penulisan peresepan obat
4. Kepatuhan kebersihan tangan pasien dan pengunjung pasien
5. kelengkapan pengisian dan pencatatan medik 1 x 24 jam
6. Pelaksanaan tehnik komunikasi SBAR
7. Penggunaan label High Alert Medicine
8. Kepatuhan cuci tangan petugas (5 moment)
9. Pengisian asesmen awal pasien resiko jatuh

Memang masih banyak yang perlu dibenahi, untuk itu pada periode bulan berikutnya, segala kekurangan yang ada akan menjadi sasaran program utama untuk dilaksanakan. Indikator mutu ini tetap dipertahankan dan secara berkala akan di evaluasi. Agar tujuan tersebut terlaksana maka perlu arahan dari Pimpinan serta dukungan dan kerjasama dari berbagai pihak.

Pematangsiantar, 22 Januari 2018

Mengetahui,

Direktur Utama

Ketua Komite PMKP

**dr. Alpin Hoza, MM**

**dr. Angeline L. Sibarani, MARS**