

**LAPORAN**  
**PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMTAN PASIEN**  
**TRIWULAN II TAHUN 2018**



**KOMITE PMKP**

**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN KLUNGKUNG**

**Jl. Flamboyan No. 40 Semrapura**

Telp (0366) 21172 Fax (0366)21371

Email : [rsud.klungkungkab.go.id](mailto:rsud.klungkungkab.go.id)

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Visi RSUD Kabupaten Klungkung adalah menjadi Rumah Sakit Pilihan Terbaik Dan Unggul Dalam Pelayanan Kedaruratan Di Bali Timur. Untuk dapat mewujudkan visi RSUD Kabupaten Klungkung tersebut, maka ditetapkan 3 (tiga) misi sebagai berikut: 1. Memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu. 2. Mengembangkan pengelolaan rumah sakit secara professional. 3. Mewujudkan pusat layanan kedaruratan yang unggul di Bali Timur. 4. Mengembangkan Peran Rumah Sakit dalam Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian. Untuk memberikan pelayanan dengan mengutamakan mutu, keselamatan dan kepuasan pasien RSUD Kabupaten Klungkung melakukan kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang sesuai dengan Standar Akreditasi KARS versi 2012. Kegiatan ini dilakukan di setiap instalasi terkait untuk mengukur kinerja pelayanan rumah sakit dan sebagai manajemen kontrol untuk mendukung pengambilan keputusan.

Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien RSUD Kabupaten Klungkung pada tahun 2018 menetapkan indikator rumah sakit yang sesuai dengan standar Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) dari KARS Versi 2012. Berdasarkan standar PMKP 3, dapat diklasifikasikannya indikator rumah sakit sebagai berikut: 10 Indikator Area Klinik, 9 Indikator Area Manajemen, 6 Indikator Sasaran Keselamatan Pasien, Analisis Kejadian Yang Tidak Diharapkan serta Indikator PMKP unit yang diambil dari indikator SPM.

Selain pemantauan yang dilakukan oleh instalasi / unit kerja masing-masing, pemantauan juga dilakukan melalui program validasi data. Penyahihan/validasi data merupakan alat penting untuk memahami mutu dari data mutu dan untuk mencapai tingkat di mana data tersebut cukup meyakinkan bagi para pembuat keputusan. Hitungan keakuratan dilakukan dengan membandingkan hasil data orang pertama dengan orang kedua. Hasil data orang kedua harus  $\geq$  90% dari hasil data orang pertama untuk dikatakan sebagai data valid.

Seiring pemenuhan standar pelayanan kesehatan rumah sakit maka pada 1 Juni 2016 RSUD Kabupaten Klungkung diakui telah memenuhi Standar Akreditasi Rumah Sakit Versi 2012 dan dinyatakan Lulus Tingkat Paripurna (Bintang Lima) oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS). Selanjutnya pada tanggal 23 April 2018 melalui Keputusan Gubernur No. 440/844.6/DPMPSP-H/2018 tentang Ijin Operasional Rumah Sakit Umum kelas B RSUD Kabupaten Klungkung dinaikkan kelasnya sebagai RSUD Kelas B Non Pendidikan.

Identifikasi prosedur, proses & hasil dari kegiatan yang dinilai sebelumnya pada tahun 2018, disertai perubahan status rumah sakit menjadi rumah sakit umum kelas B menyebabkan dipilihnya indikator baru di area klinik dan area ILM. Indikator baru yang dipilih oleh karena indikator yang sudah ada tidak lagi bermanfaat dalam analisis terhadap proses, prosedur atau hasil yang diinginkan. Kriteria pemilihan tetap didasarkan pada kasus yang memiliki volume tinggi, risiko tinggi, atau biaya tinggi, disesuaikan dengan visi dan misi rumah sakit.

Laporan di tahun 2018 ini dibuat untuk mengevaluasi perkembangan hasil pemantauan indikator mutu yang diambil oleh instalasi / unit kerja dari bulan April sampai dengan Juni 2018. Dalam laporan ini perbandingan (*benchmark*) hasil pemantauan indikator RSUD Kabupaten Klungkung direncanakan sesuai dengan standar nasional (yang sebagian besar ditetapkan dalam SPM, 2008) dan dengan RSUD Bangli dan RSUD Sanjiwani Gianyar

## **B. Tujuan**

### **1. Tujuan Umum**

Diketuinya mutu pelayanan dan penerapan keselamatan pasien di RSUD Kabupaten Klungkung.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Dievaluasinya peningkatan mutu RSUD Kabupaten Klungkung melalui pemantauan 25 (dua puluh lima) indikator mutu yang telah ditetapkan berdasarkan standar PMKP untuk Triwulan II tahun 2018 di tiap-tiap unit dan instalasi terkait.

- b. Dievaluasinya 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 sebagai berikut:
  - 1) Program Manajemen Risiko di Sub Komite Manajemen Risiko
  - 2) Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) di Unit Kerja
- d. Didapatkannya rekomendasi dari *governing body* (Dewan Pengawas) mengenai program mutu pelayanan dan penerapan keselamatan pasien di RSUD Kabupaten Klungkung.

**BAB II**  
**KEGIATAN PEMANTAUAN INDIKATOR MUTU RUMAH SAKIT**  
**BULAN APRIL – JUNI 2018**

**A. Kegiatan Pokok**

Seperti telah dijelaskan di atas, kegiatan pemantauan indikator mutu Triwulan I tahun 2018 yang dilaporkan adalah periode bulan April sampai Juni 2018. Adapun indikator mutu yang dipantau adalah sebagai berikut:

1. Indikator di Area Klinik
  - a. Pengkajian awal medis pasien baru dalam 24 jam pada pasien rawat inap
  - b. Waktu tunggu hasil darah lengkap (DL) pelayanan laboratorium patologi klinik rawat inap
  - c. Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax
  - d. Kejadian kematian di meja operasi
  - e. Penggunaan obat pereda pada pengobatan pasien asma pada anak yang di rawat inap
  - f. Kesalahan penulisan resep (*Prescription Errors*) pasien rawat jalan
  - g. Pengkajian pre-anastesi dilaksanakan untuk pasien pra-operasi elektif dengan anastesi umum
  - h. Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi
  - i. Kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan
  - j. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan *Healthcare-Associated Infection (HAIs)* di Rumah Sakit
2. Indikator di Area Manajerial
  - a. Jumlah kekosongan stok obat esensial
  - b. Ketepatan waktu pelaporan laporan kematian ibu dan bayi
  - c. Insiden Tertusuk Jarum
  - d. Utilisasi ruang VIP
  - e. Tingkat Kepuasan Pelanggan pasien rawat inap
  - f. Tingkat Kepuasan Pegawai/Karyawan
  - g. Laporan 10 besar penyakit

- h. Ketepatan Waktu Penyusunan Laporan Keuangan
  - i. Peralatan laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu
3. Indikator *International Library Measure* (ILM)
    - a. Pasien stroke iskemik yang mendapatkan terapi antitrombotik saat keluar rumah sakit
    - b. Pasien dengan stroke iskemik atau perdarahan yang mendapat pelayanan rehabilitasi
    - c. Pemberian kortikosteroid Sistemik untuk Pasien Asma Anak yang dirawat di rumah sakit
    - d. Angka kejadian dekubitus gr II/lebih akibat perawatan di rumah sakit
    - e. Persentase tindakan Sectio Caesarea (SC) yang dilakukan pada primigravida usia kehamilan 37-42 minggu dengan bayi posisi normal tunggal hidup
  4. Indikator Sasaran Keselamatan Pasien (SKP)
    - a. Ketepatan memasang gelang identitas pasien
    - b. Ketepatan melakukan READ BACK saat menerima instruksi verbal melalui telpon
    - c. Kepatuhan penyimpanan elektrolit terkonsentrasi
    - d. Kelengkapan pengisian format check list keselamatan pasien operasi
    - e. Persentase kepatuhan petugas kesehatan dalam melakukan kebersihan tangan dengan metode enam langkah dan lima momen
    - f. Insiden pasien jatuh selama perawatan rawat inap di rumah sakit

## **B. Kegiatan yang Dilakukan**

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 dengan teknik PDCA oleh Penanggungjawab Pengumpul Data indikator mutu rumah sakit dilaporkan pada saat rapat triwulan.
2. Melakukan pemantauan indikator mutu serta validasi data yang 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 Penanggungjawab Pengumpul Data. Hasil analisis tersebut kemudian dilaporkan ke Kepala Unit Penjamin Mutu

Data hasil pemantauan ditulis pada Form Pemantauan Indikator Mutu dan dikumpulkan di Kepala unit penjamin mutu dengan dilengkapi laporan tindak lanjut program dengan teknik PDCA untuk indikator yang belum sesuai dengan standar yang ditetapkan atau setiap ditemukan suatu permasalahan disetiap instalasi kerja dan ditembuskan Sub Komite Peningkatan Mutu setiap bulan selambat-lambatnya minggu pertama bulan berikutnya.

Hasil pengolahan dan analisa data dituangkan dalam laporan tertulis kemudian akan dilaporkan kepada Direktur setiap 3 bulan sekali dalam Rapat Evaluasi Triwulan.

## **BAB III**

### **HASIL KEGIATAN**

#### **A. Pemantauan Indikator Mutu**



## 1. Indikator Area Klinik

NO	STANDAR	INDIKATOR	PENCAPAIAN			RATA-RATA	TARGET
			April	Mei	Juni		
1	PMKP KLINIK 1	Pengkajian awal medis pasien baru dalam 24 jam pada pasien rawat inap	100%	100%	100%	100%	<b>100%</b>
2	PMKP KLINIK 2	Waktu tunggu hasil darah lengkap (dl) pelayanan laboratorium patologi klinik rawat inap <30 menit	0:13:49 Menit	0:16:35 Menit	0:15:02 Menit	0:15:09 Menit (100%)	<b>100% (≤ 30 Menit)</b>
3	PMKP KLINIK 3	Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax	29.17 Menit	29.23 Menit	26.61 Menit	28.34 Menit (100%)	<b>100% (≤ 3 jam)</b>
4	PMKP KLINIK 4	Kejadian kematian di meja operasi	0%	0%	0%	0%	<b>0%</b>
5	PMKP KLINIK 5	Penggunaan obat pereda pada pengobatan pasien asma pada anak yang dirawat inap	100%	100%	100%	100%	<b>100%</b>
6	PMKP KLINIK 6	Kesalahan Penulisan Resep ( <i>Prescription Errors</i> ) pasien rawat jalan	0%	0%	0%	0%	<b>0%</b>
7	PMKP KLINIK 7	Pengkajian pre-anastesi dilaksanakan untuk pasien pra-operasi elektif dengan anastesi umum	100%	100%	100%	100%	<b>100%</b>
8	PMKP KLINIK 8	Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfuse	100%	100%	100%	100%	<b>100%</b>
9	PMKP KLINIK 9	Kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan	100%	100%	100%	100%	<b>100%</b>
10	PMKP KLINIK 10	Terlaksananya Kegiatan Pencatatan Dan Pelaporan <i>Healthcare associatedinfection</i> (HAIs) Di Rumah Sakit	100%	100%	100%	100%	<b>≥ 90%</b>

## 2. Indikator di Area Manajemen

NO	STANDAR	INDIKATOR	PENCAPAIAN			RATA-RATA	TARGET
			April	Mei	Juni		
1	PMKP MANAJEMEN 1	Jumlah kekosongan stok obat esensial	0,095%	0%	0,095%	0,095%	0%
2	PMKP MANAJEMEN 2	Ketepatan waktu pelaporan laporan kematian ibu dan bayi	100%	100%	100%	100%	100%
3	PMKP MANAJEMEN 3	Insiden Tertusuk Jarum	1	0	0	0	0
4	PMKP MANAJEMEN 4	Utilisasi ruang VIP	57,3%	53,8%	59,5%	56,9%	>80%
5	PMKP MANAJEMEN 5	Tingkat Kepuasan Pelanggan pasien rawat inap	82,64			82,64	≥ 90%
6	PMKP MANAJEMEN 6	Tingkat Kepuasan Pegawai/Karyawan	87,41			87,41	≥ 90%
7	PMKP MANAJEMEN 7	Laporan 10 besar penyakit	Ada	Ada	Ada	Ada	Deskriptif
8	PMKP MANAJEMEN 8	Ketepatan Waktu Penyusunan Laporan Keuangan	100%	100%	100%	100%	100%
9	PMKP MANAJEMEN 9	Peralatan laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu	Tidak ada jadwal kalibrasi			-	100%

### 3. International Library of Measure

NO	STANDAR	INDIKATOR	PENCAPAIAN			RATA-RATA	TARGET
			April	Mei	Juni		
1	ILM 1	Pasien stroke iskemik yang mendapatkan terapi antitrombotik saat keluar rumah sakit	100%	94.7%	94.1%	96.2%	100%
2	ILM 2	Pasien dengan stroke iskemik atau perdarahan yang mendapat pelayanan rehabilitasi	100%	100%	100%	100%	100%
3	ILM 3	Pemberian Kortikosteroid Sistemik untuk Pasien Asma Anak yang dirawat di rumah sakit	100%	100%	100%	100%	100%
4	ILM 4	Angka kejadian dekubitus gr II/lebih akibat perawatan di rumah sakit	0%	0%	0%	0,0%	≤2,7%
5	ILM 5	Persentase tindakan Sectio Caesarea (SC) yang dilakukan pada primigravida usia kehamilan 37-42 minggu dengan bayi posisi normal tunggal hidup	50%	35%	64%	49.7%	≤10%

#### 4. Indikator Sasaran Keselamatan Pasien (SKP)

NO	STANDAR	INDIKATOR	PENCAPAIAN			RATA-RATA	TARGET
			April	Mei	Juni		
1	SKP 1	Ketepatan memasang gelang identitas pasien					
2	SKP 2	Ketepatan melakukan READ BACK saat menerima instruksi verbal melalui telpon					
3	SKP 3	Kepatuhan Penyimpanan Elektrolit Terkonsentrasi					
4	SKP 4	Kelengkapan Pengisian Format Check List Keselamatan Pasien Operasi					
5	SKP 5	Persentase kepatuhan petugas kesehatan dalam melakukan kebersihan tangan dengan metode enam langkah dan lima momen					
6	SKP 6	Insiden pasien jatuh selama perawatan rawat inap di rumah sakit					

5. Analisisnya tren atau variasi yang tidak diinginkan dari data indikator sebagai berikut (standar PMKP 7)

NO	STANDAR	INDIKATOR	PENCAPAIAN			RATA-RATA	TARGET
			April	Mei	Juni		
1	PMKP 7 EP 2	Kejadian reaksi transfusi pada saat kegiatan transfusi darah					
2	PMKP 7 EP 3	Insiden serius akibat efek samping obat					
3	PMKP 7 EP 4	Kesalahan Dispensing Obat oleh Farmasi					
4	PMKP 7 EP 5	Ketidaksesuaian Diagnosa Medik Pre dan Post Operasi					
5	PMKP 7 EP 6	Kejadian de-saturasi O2 pada saat durante Anestesi pasien dengan General Anasthesi					
6	PMKP 7 EP 7	Identifikasi pasien potensial wabah berdasarkan alamat tempat tinggal					

## **B. Hasil Monitoring & Evaluasi Program Mutu Spesifik Lainnya**

### **1. Program Manajemen Risiko di Tim Manajemen Risiko**

- a) Belum ditunjuk Manager Risiko (Risk Manager)
- b) Perlu dilakukan review untuk Assesmen Risiko di masing-masing unit/Instalasi
- c) Perlu Dibuatkan Panduan FMEA
- d) FMEA sudah dilaksanakan untuk tahun 2013 dengan kasus “Pengambilan bahan sampel oleh perawat”

### **2. Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) di Unit Kerja**

- a) Program PMKP di setiap unit kerja telah dibuat mengacu ke SPM
- b) Program tersebut akan disosialisasikan dan efektif mulai April 2018

### **3. Pemantauan Mutu Internal dan Eksternal di Instalasi Laboratorium**

- a) Pelaksanaan PMI dan PME berlangsung baik dan dilaporkan secara regular ke Kementerian Kesehatan

### **4. Pengembangan Manajemen Klinik (PMK) di Bidang Keperawatan**

- a) Struktur pelaksana PMK telah dibuat
- b) Kebijakan PMK telah dibuat
- c) Pilot project pelaksanaan PMK di Ruang C dan D, tetapi belum dilakukan Monev
- d) Pelaksanaan di seluruh unit pelayanan keperawatan belum optimal

### **5. Model Praktek Keperawatan Profesional (MPKP) di Bidang Keperawatan**

- a) Perlu dibuat Kebijakan MPKP yang dilaksanakan di RS
- b) Perlu dibuat Panduan MPKP

### **6. Pemantauan Healthcare Assosiated Infections (HAIs) di Komite PPI**

- a) Pemantauan HAIs di komite PPI telah dilaksanakan setiap bulan
- b) Perlu dilakukan Analisis dan Rekomendasi dari hasil analisis tersebut
- c) Mengoptimalkan peran IPCN

### **7. Morning Report di Komite Medik**

- a) Sudah dilaksanakan secara regular setiap hari Rabu
- b) Panduan Morning Report belum ada

- c) Evaluasi dan tindak lanjut belum didokumentasikan

**8. Audit Medik di Komite Medik**

- a) Audit medik yang sesuai dengan ketentuan PMK No. 755 Tahun 2011 belum dilaksanakan
- b) Baru dilaksanakan pembahasan kasus sebanyak 5 kasus

**9. Audit Keperawatan di Komite Keperawatan**

- a) Audit Keperawatan pernah dilaksanakan tetapi masih belum optimal
- b) Belum dilaksanakan Monev audit keperawatan

**10. Pelaksanaan kerjasama dan perjanjian lainnya di Tim Pelaksana Kerjasama**

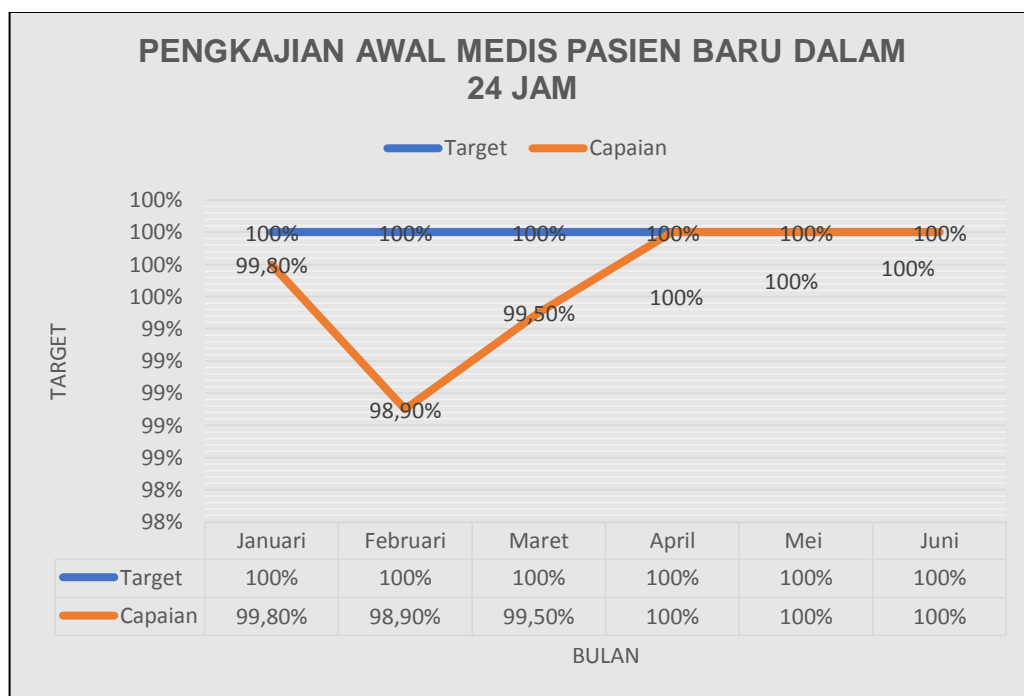
- a) Belum dibentuk Tim pelaksana kerjasama di level RS
- b) Selama ini kerjasama dilaksanakan secara parsial oleh masing-masing unit
- c) Perlu dibuat panduan pelaksanaan kerjasama dan perjanjian lainnya

**11. Penilaian kinerja yang dilaksanakan di Tim Penilaian Kinerja**

- a) Belum dibentuk Tim penilaian kinerja di level RS
- b) Selama ini penilaian dilaksanakan hanya berdasarkan DP3
- c) Perlu dibuat panduan pelaksanaan penilaian kinerja individu, professional kesehatan, Direksi, Rumah Sakit

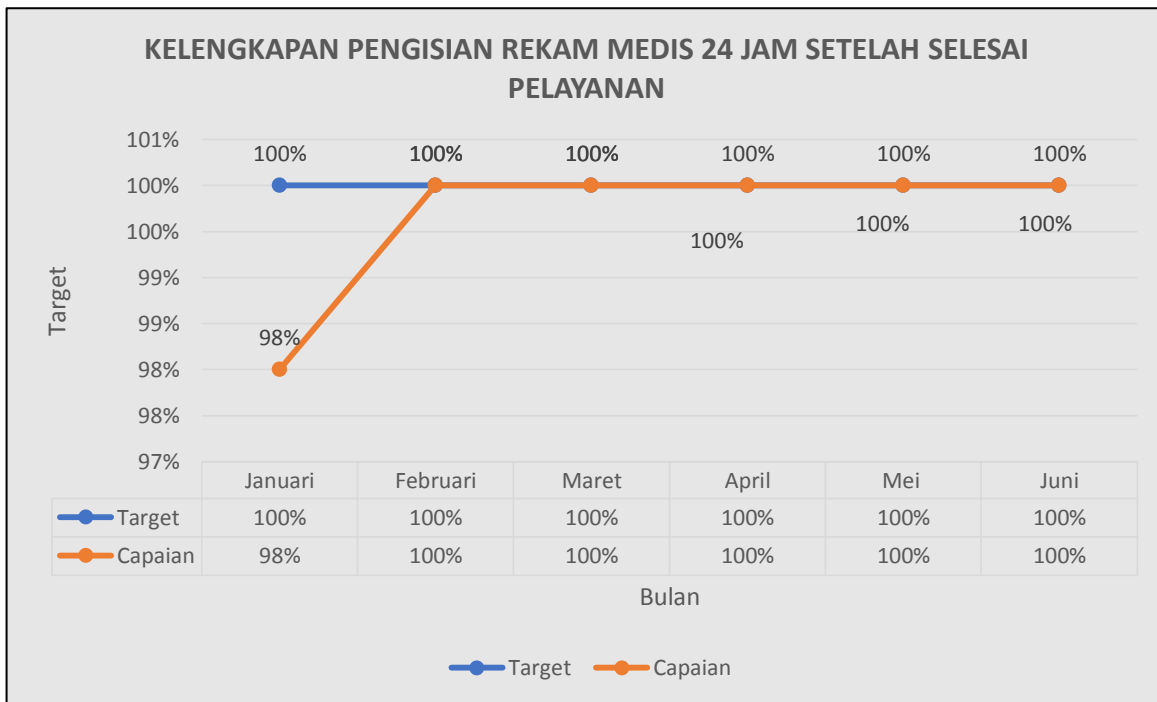
### C. Analisis tren atau variasi yang tidak diinginkan

NO	STANDAR	INDIKATOR	PENCAPAIAN			RATA-RATA	TARGET
			April	Mei	Juni		
1	PMKP KLINIK 1	Pengkajian awal medis pasien baru dalam 24 jam pada pasien rawat inap	100%	100%	100%	100%	<b>100%</b>

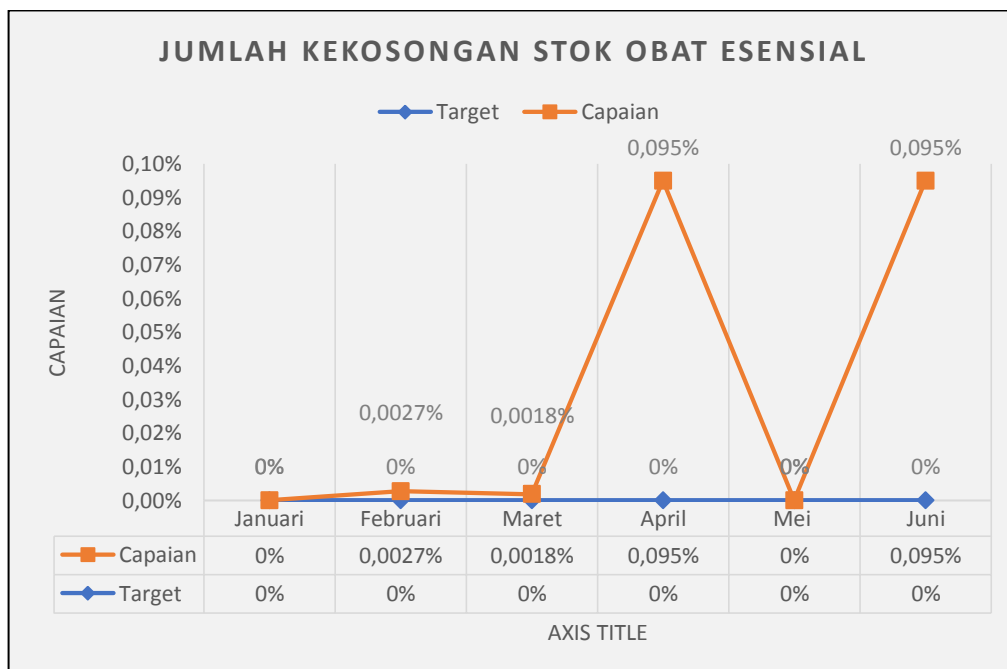


NO	STANDAR	INDIKATOR	PENCAPAIAN			RATA-RATA	TARGET
			April	Mei	Juni		
2	PMKP KLINIK 9	Kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan	100%	100%	100%	100%	<b>100%</b>

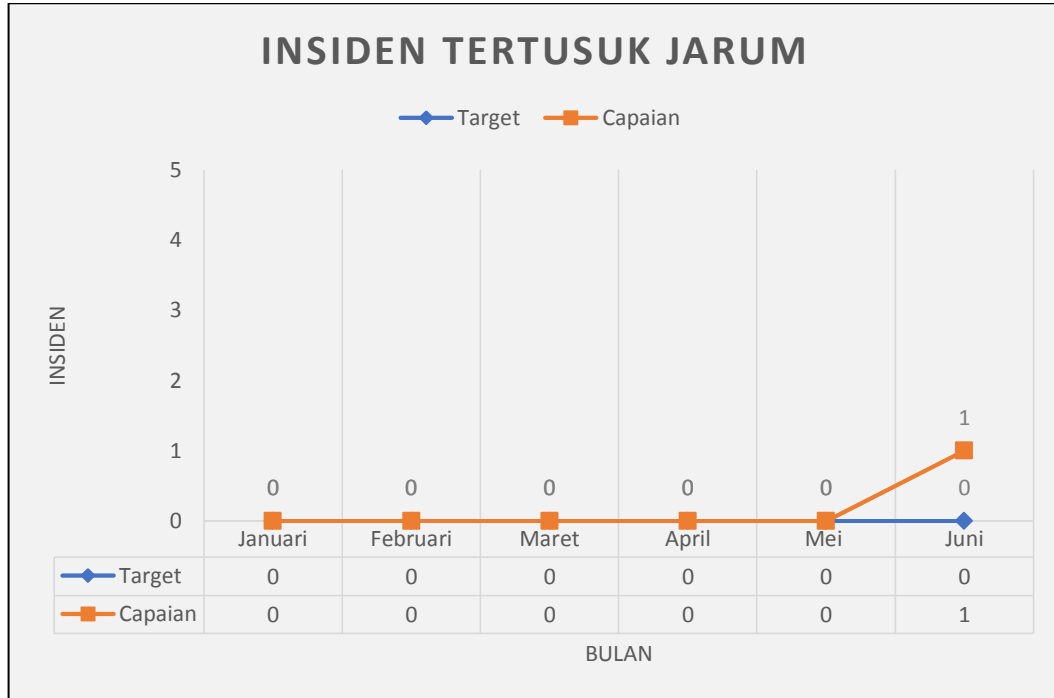




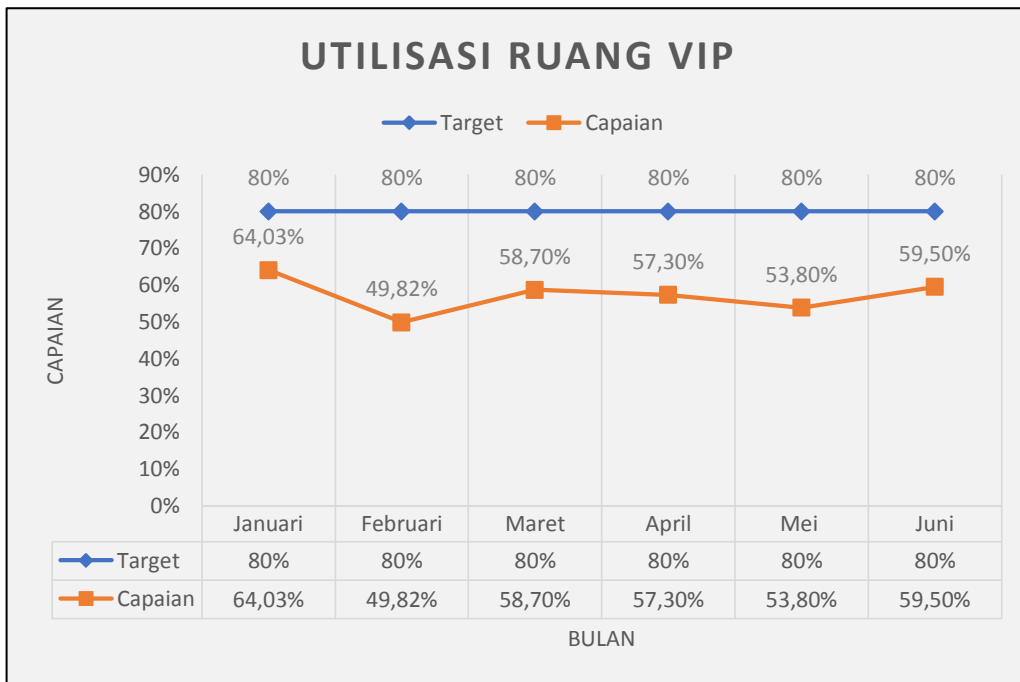
NO	STANDAR	INDIKATOR	PENCAPAIAN			RATA-RATA	TARGET
			April	Mei	Juni		
3	PMKP MANAJEMEN 1	Jumlah kekosongan stok obat esensial	0,095%	0%	0,095%	0,095%	0%



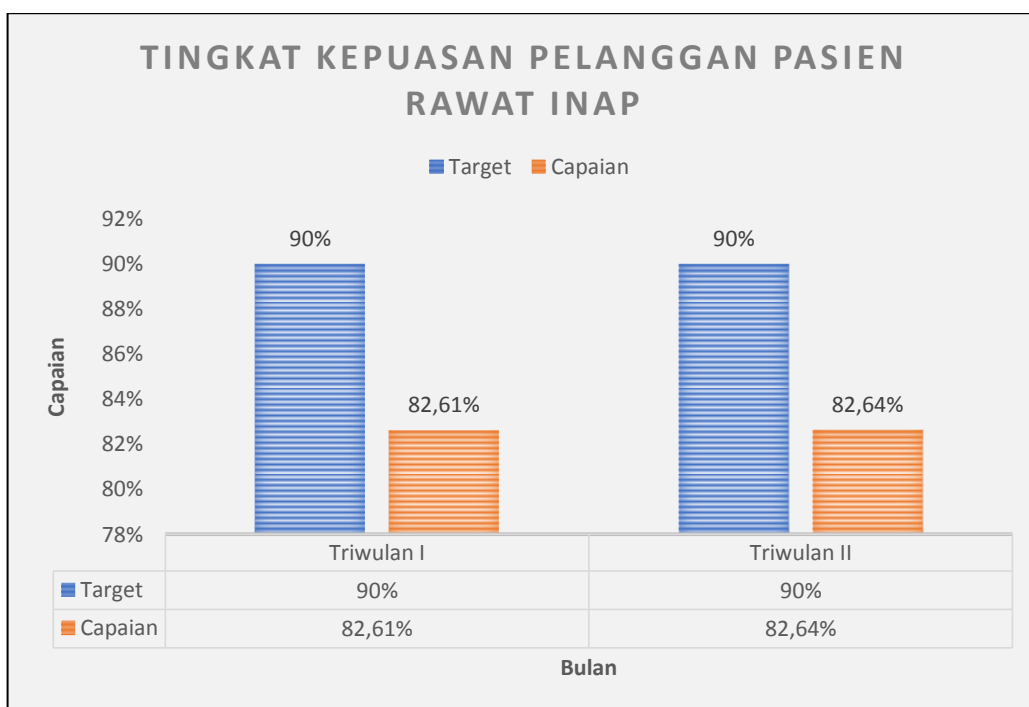
NO	STANDAR	INDIKATOR	PENCAPAIAN			RATA-RATA	TARGET
			April	Mei	Juni		
4	PMKP MANAJEMEN 3	Insiden Tertusuk Jarum	0	0	1	0.33	0



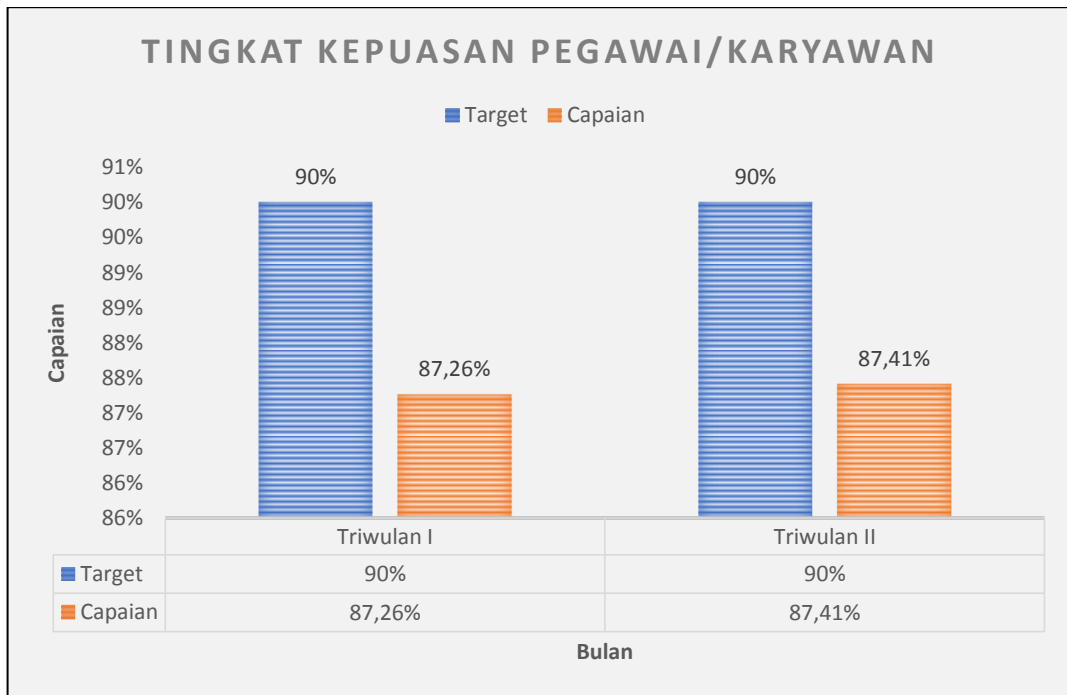
NO	STANDAR	INDIKATOR	PENCAPAIAN			RATA-RATA	TARGET
			April	Mei	Juni		
5	PMKP MANAJEMEN 4	Utilisasi ruang VIP	57,3%	53,8%	59,5%	56,9%	>80%



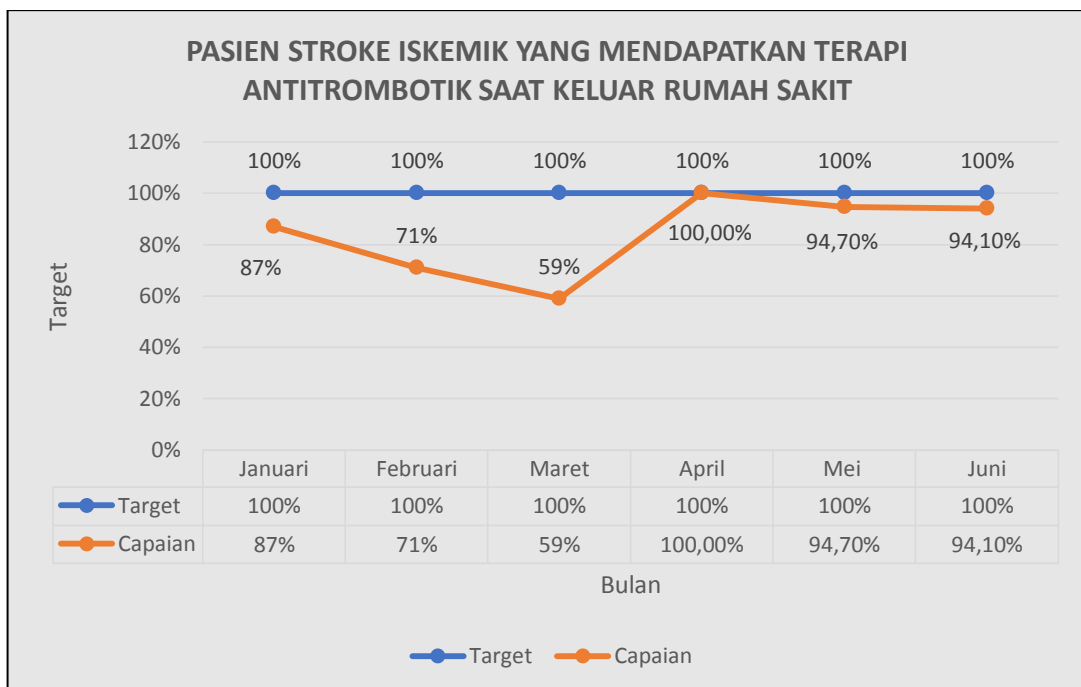
NO	STANDAR	INDIKATOR	PENCAPAIAN			RATA-RATA	TARGET
			April	Mei	Juni		
6	PMKP MANAJEMEN 5	Tingkat Kepuasan Pelanggan rawat inap pasien	82,64			82,64	≥ 90%



NO	STANDAR	INDIKATOR	PENCAPAIAN			RATA-RATA	TARGET
			April	Mei	Juni		
7	PMKP MANAJEMEN 6	Tingkat Kepuasan Pegawai/Karyawan	87,41			87,41	≥ 90%



NO	STANDAR	INDIKATOR	PENCAPAIAN			RATA-RATA	TARGET
			April	Mei	Juni		
8	ILM 1	Pasien stroke iskemik yang mendapatkan terapi antitrombotik saat keluar rumah sakit	100%	94.7%	94.1%	96.2%	100%



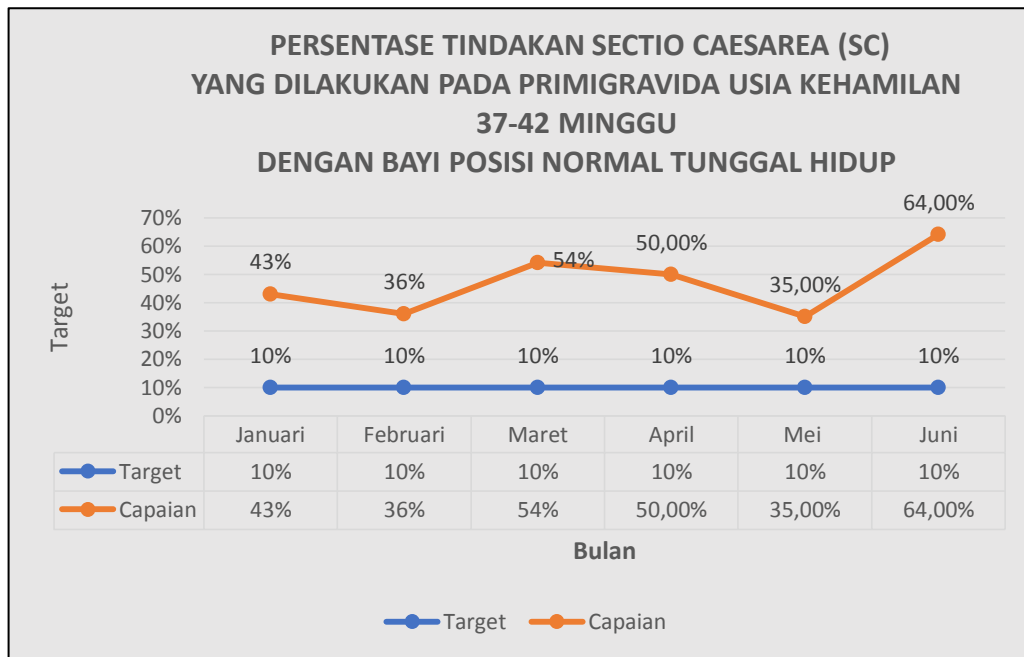
Keterangan:

Pasien yang tidak mendapatkan antitrombotik dikarenakan adanya kontraindikasi untuk pemberian antitrombotik yaitu anemia (bulan Mei) dan penyakit ginjal kronik (bulan Juni).

NO	STANDAR	INDIKATOR	PENCAPAIAN			RATA-RATA	TARGET
			April	Mei	Juni		
9	ILM 2	Pasien dengan stroke iskemik atau perdarahan yang mendapat pelayanan rehabilitasi	100%	100%	100%	100%	<b>100%</b>



NO	STANDAR	INDIKATOR	PENCAPAIAN			RATA-RATA	TARGET
			April	Mei	Juni		
10	ILM 5	Persentase tindakan Sectio Caesarea (SC) yang dilakukan pada primigravida usia kehamilan 37-42 minggu dengan bayi posisi normal tunggal hidup	43%	36%	54%	44%	<b>≤10%</b>



**Indikasi dilakukannya tindakan Sectio Sesarea**

No	Indikasi	Bulan		
		April	Mei	Juni
1	Fetal Distres	4	2	5
2	Gagal Drip	0	1	4
3	Disproporsi Kepala	2	1	3
4	Primitua	0	0	1
5	PK 2 lama	0	1	0
6	Penyakit Ibu	1	0	1
7	Ketuban Pecah Dini	1	1	0
8	Sungsang	0	1	2
9	Preeklampsia	0	1	0
	<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>16</b>

**BAB IV**  
**HASIL VALIDASI DAN BENCHMARKING DATA**

**A. Hasil Validasi Data Indikator Mutu**

Sesuai dengan usulan validasi internal bulan Juni 2018, telah dilaksanakan kegiatan pengumpulan data sesuai jadwal berikut:

No	Standar PMKP	Indikator
1	PMKP 3.1. KLINIK 1	Pengkajian awal medis pasien baru dalam 24 jam pada pasien rawat inap
2	PMKP 3.2. KLINIK 2	Waktu Tunggu Hasil Darah Lengkap (DL) Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik Rawat Inap <30 menit
3	PMKP 3.1. KLINIK 3	Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Foto Thorax
4	PMKP 3.1. KLINIK 4	Kejadian Kematian Di Meja Operasi
5	PMKP 3.1. KLINIK 5	Penggunaan obat pereda pada pengobatan pasien asma pada anak yang dirawat inap
6	PMKP 3.1. KLINIK 6	Kesalahan Penulisan Resep ( <i>Prescription Errors</i> ) pasien rawat jalan
7	PMKP 3.1. KLINIK 7	Pengkajian pre-anastesi dilaksanakan untuk pasien pra-operasi elektif dengan anastesi umum
8	PMKP 3.1. KLINIK 8	Pemenuhan Kebutuhan Darah Bagi Setiap Pelayanan Transfusi
9	PMKP 3.1. KLINIK 9	Kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan
10	PMKP 3.1. KLINIK 10	Terlaksananya Kegiatan Pencatatan Dan Pelaporan <i>Healthcare associated infection</i> (HAIs) Di Rumah Sakit

Adapun hasil kegiatan “*Validasi Data Internal*” adalah sebagai berikut:

No	Standar PMKP	Indikator	Hasil pemantauan RATA-RATA bulan April - Juni 2018 [ <i>first abstractor</i> (%)]	Hasil pemantauan data sampling validasi [ <i>second abstractor</i> (%)]	% First Abstractor dengan Second Abstractor	KET (Valid = jika nilai validasi $\geq 90\%$ )
1	PMKP KLINIK 1	Pengkajian awal medis pasien baru dalam 24 jam pada pasien rawat inap	100%			VALID
2	PMKP KLINIK 2	Waktu Tunggu Hasil Darah Lengkap (DL) Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik Rawat Inap <30 menit	0:15:09 Menit (100%)			VALID
3	PMKP KLINIK 3	Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Foto Thorax	28.34 Menit (100%)			VALID
4	PMKP KLINIK 4	Kejadian Kematian Di Meja Operasi	0%			VALID
5	PMKP KLINIK 5	Penggunaan obat pereda pada pengobatan pasien asma pada anak yang dirawat inap	100%			VALID
6	PMKP KLINIK 6	Kesalahan Penulisan Resep ( <i>Prescription Errors</i> ) pasien rawat jalan	0%			VALID
7	PMKP KLINIK 7	Pengkajian pre-anastesi dilaksanakan untuk pasien pra-operasi elektif dengan anastesi umum	100%			VALID
8	PMKP KLINIK 8	Pemenuhan Kebutuhan Darah Bagi Setiap Pelayanan Transfusi	100%			VALID
9	PMKP KLINIK 9	Kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan	100%			VALID
10	PMKP KLINIK 10	Terlaksananya Kegiatan Pencatatan Dan Pelaporan <i>Healthcare associatedinfection</i> (HAIs) Di Rumah Sakit	100%			VALID

## B. Perbandingan (*Benchmark*) Data Hasil Pemantauan Indikator Mutu

Perbandingan (*Benchmark*) dilakukan dengan tujuan membantu rumah sakit dalam memahami perubahan dan penyebab perubahan yang tidak diinginkan serta membantu memfokuskan upaya perbaikan. Upaya membandingkan data dilakukan dengan membandingkan data dengan rumah sakit sejenis, dengan standar-standar, serta dengan praktik-praktik yang menurut literatur digolongkan sebagai *best practice*. Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Klungkung tahun 2018 melakukan *benchmark* dengan cara:

1. Membandingkan dengan RSUD Sanjiwani dan RSUD Kabupaten Bangli
2. Membandingkan dengan standar yang ditetapkan oleh WHO dan Departemen Kesehatan RI



Pembandingan data (*benchmark*) sudah dilakukan dengan bersurat resmi kepada RS tersebut, setelah mendapatkan persetujuan dilanjutkan dengan persamaan indikator yang akan dibandingkan dan mengirimkan data dari indikator tersebut.

Tabel. Data *Benchmarking* indikator PMKP bulan April sampai Juni 2018

No	Standar	Indikator	Data RSUD Klungkung	Data RSUD Gianyar	Data RSUD Bangli	Standar
1	PMKP 3 KLINIK 1	Pengkajian awal medis pasien baru dalam 24 jam	100%			100%
2	PMKP 3 KLINIK 2	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium darah lengkap	0:15:09 Menit (100%)			100 % < 30 menit
3	PMKP 3 KLINIK 3	Waktu tunggu hasil pelayanan thorak foto pasien pre operasi	28.34 Menit (100%)			100 % (≤ 1 jam)
4	PMKP 3 KLINIK 4	Kejadian kematian di meja operasi	0%			<1%
5	PMKP 3 KLINIK 5	Penggunaan obat pereda pada pengobatan pasien asma pada anak yang dirawat inap	100%			100%
6	PMKP 3 KLINIK 6	Kesalahan Penulisan Resep ( <i>Prescription Errors</i> )	0%			0%
7	PMKP 3 KLINIK 7	Pengkajian pre-anastesi dilaksanakan untuk pasien pra-operasi elektif dengan anesthesi umum	100%			100%
8	PMKP 3 KLINIK 8	Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi darah	100%			100%
9	PMKP 3 KLINIK 9	Kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan rawat inap	100%			100%
10	PMKP 3 KLINIK 10	Terlaksananya Kegiatan Pencatatan Dan Pelaporan Healthcare-Associated Infection (HAIs) Di RS	100%			>90%
11	ILM 1 <i>Related to JCI's Library Of Measures, I-STK-2</i>	Pasien dengan stroke iskemik yang mendapatkan terapi anti trombolitik pada saat keluar rumah sakit ( KRS )	96.2%			100%
12	ILM 2 <i>Related to JCI's Library Of Measures, I-AMI-1</i>	Pasien dengan stroke iskemik atau perdarahan yang mendapat pelayanan rehabilitasi	100%			100%
13	ILM 3 <i>Related to JCI's Library Of Measures, I-CAC-02</i>	Pemberian Kortikosteroid untuk Pasien Asma Anak yang dirawat di Rumah Sakit	100%			100%
14	ILM 4 <i>Related to JCI's Library Of Measures, I-NSC-2</i>	Angka kejadian dekubitus grII/Lebih akibat perawatan di rumah sakit	0,0%			≤ 2,7%
15	ILM 5 <i>Related to JCI's Library Of Measures, I-PC-02</i>	Persentase tindakan <i>Sectio Caesarea</i> (SC) yang dilakukan pada primigravida usia kehamilan 37-42 minggu dengan bayi posisi	49.7%			≤ 10%

		normal tunggal hidup			
16	PMKP 3 (Manajemen 1)	Jumlah kekosongan stok obat esensial	0,095%		0%
17	PMKP 3 (Manajemen 2)	Ketepatan waktu pelaporan laporan kematian ibu dan bayi	100%		100%
18	PMKP 3 (Manajemen 3)	Insiden tertusuk jarum / benda tajam	0		0%
19	PMKP 3 (Manajemen 4)	Utilisasi ruangan VIP	56,9%		>80%
20	PMKP 3 (Manajemen 5)	Tingkat kepuasan pelanggan rawat inap	82,64		>90%
21	PMKP 3 (Manajemen 6)	Tingkat kepuasan staf	87,41		>90%
22	PMKP 3 (Manajemen 7)	Laporan 10 besar penyakit	Ada		Deskriptif
23	PMKP 3 (Manajemen 8)	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100%		100%
24	PMKP 3 (Manajemen 9)	Peralatan laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	-		100%
25	PMKP 3 (SKP 1)	Ketepatan memasang gelang identitas pasien			100 %
26	PMKP 3 (SKP 2)	Ketepatan melakukan Read Back saat menerima instruksi verbal melalui telepon			100%
27	PMKP 3 (SKP 3)	Kepatuhan Penyimpanan elektrolit pekat			100%
28	PMKP 3 (SKP 4)	Kelengkapan pengisian format check list keselamatan pasien operasi			100%
29	PMKP 3 (SKP 5)	Kepatuhan petugas kesehatan dalam melakukan kebersihan tangan dengan metode enam langkah dan lima momen			>80%
30	PMKP 3 (SKP 6)	Insiden pasien jatuh selama perawatan rawat inap di RS			0%
31	PMKP 7 EP 2	Kejadian reaksi transfusi pada saat kegiatan transfusi darah			≤0,01 %
32	PMKP 7 EP 3	Insiden serius akibat efek samping obat			0%
33	PMKP 7 EP 4	Kesalahan Dispensing Obat oleh Farmasi			0%
34	PMKP 7 EP 5	Ketidaksesuaian Diagnosa Medik Pre dan Post Operasi			0%
35	PMKP 7 EP 6	Kejadian de-saturasi O <sub>2</sub> pada saat durante Anestesi pasien dengan General Anestesi			0%
36	PMKP 7 EP 7	Identifikasi pasien potensial wabah berdasarkan alamat tempat tinggal			-

Keterangan: Warna merah: indikator tidak diukur RS yang dibandingkan datanya

## BAB V

## PEMBAHASAN

### A. Analisis Pencapaian Indikator Mutu dan Keselamatan Pasien

Indikator yang cenderung belum mencapai target dan perlu dilaksanakan peningkatan mutu dengan PDSA yang lebih baik adalah sebagai berikut:

No	Standar PMKP	Indikator	Area
1	PMKP KLINIK 1	Pengkajian awal medis pasien baru dalam 24 jam pada pasien rawat inap	Rawat inap
2	PMKP KLINIK 6	Kesalahan Penulisan Resep (Prescription Errors) pasien rawat jalan	Instalasi Farmasi
3	PMKP KLINIK 9	Kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan	Rawat Inap
4	PMKP MANAJEMEN 1	Jumlah kekosongan stok obat esensial	Manajemen
5	PMKP MANAJEMEN 4	Utilisasi ruang VIP	Manajemen
6	PMKP MANAJEMEN 5	Tingkat Kepuasan Pelanggan pasien rawat inap	Manajemen
7	PMKP MANAJEMEN 6	Tingkat Kepuasan Pegawai/Karyawan	Manajemen
8	ILM 1	Pasien stroke iskemik yang mendapatkan terapi antitrombotik saat keluar rumah sakit	Rawat Inap
9	ILM 2	Pasien dengan stroke iskemik atau perdarahan yang mendapat pelayanan rehabilitasi	Rawat Inap
10	ILM 5	Persentase tindakan Sectio Caesarea (SC) yang dilakukan pada primigravida usia kehamilan 37-42 minggu dengan bayi posisi normal tunggal hidup	Rawat Inap

#### 1. Pengkajian awal medis pasien baru dalam 24 jam pada pasien rawat inap

NO	STANDAR	INDIKATOR	PENCAPAIAN			Pencapaian Triwulan	TARGET
			April	Mei	Juni		
1	PMKP KLINIK 1	Pengkajian awal medis pasien baru dalam 24 jam pada pasien rawat inap	100%	100%	100%	100%	100%

#### Analisis Masalah:

- Pencapaian pengkajian awal medis pasien baru dalam 24 jam pada pasien rawat inap adalah 100 %

#### Program Peningkatan Mutu:

<b>PROBLEM</b>	Dari bulan April sampai Juni 2018 persentase pengkajian awal medis pasien baru dalam 24 jam pada pasien rawat inap adalah 100%
<b>STEP</b>	Analisa dilakukan setiap bulan untuk kelengkapan pengisian rekam medis
<b>PLAN</b>	<p><b>1. Rencana :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Meningkatkan komunikasi dan sosialisasi langsung dengan DPJP, juga kepala ruangan sebagai orang yang bisa selalu mengingatkan DPJP untuk pengisian pengkajian awal medis pasien baru</li> <li>• Mempertahankan capaian secara berkesinambungan</li> </ul> <p><b>2. Harapan :</b> Pengkajian awal medis pasien baru dalam 24 jam pada pasien rawat inap tercapai 100%</p> <p><b>3. Tindakan :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Menghubungi ruang rawat inap setiap terjadi permasalahan tersebut diatas</li> <li>b. Telaah rekam medis selambat – lambatnya 24 jam sejak pasien dinyatakan MRS</li> </ol>
<b>DO</b>	<p><b>Apa pengamatan yang dilakukan?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kepatuhan dokter DPJP dalam Pengkajian awal medis pasien baru dalam 24 jam pada pasien rawat inap.</li> <li>2. Analisa kuantitatif kualitatif terhadap Pengkajian Awal Medis pada Pasien Baru Rawat Inap Selesai dalam 24 Jam</li> </ol>
<b>STUDY</b>	<p><b>Apa yang anda pelajari? Apakah sesuai target capaian?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kelengkapan dan Ketepatan waktu pengisian Pengkajian awal medis pasien baru dalam 24 jam pada pasien rawat inap</li> <li>2. Persentase kelengkapan dan ketepatan waktu bulan April sampai Juni 2018 adalah 100%</li> <li>3.</li> </ol>
<b>ACTION</b>	<p><b>Apa yang dapat anda simpulkan dari siklus ini?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Analisa kuantitatif dan kualitatif direkap dalam bentuk laporan/form</li> <li>2. Persentase Angka Pengkajian Awal Medis pada Pasien Baru Rawat Inap Selesai dalam 24 Jam tercapai 100%</li> <li>3. Terdapat peningkatan capaian sesuai target yang diinginkan</li> </ol> <p><b>Follow-up dan Rencana Lanjutan</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi pencapaian pada bulan berikutnya dengan tetap menjalin kerjasama dengan kepala ruangan rawat inap jika ditemukan masalah dalam pengisian pengkajian awal.</li> </ol>

#### Rencana kerja perbaikan lanjutan:

No	Aktifitas	PJ	Bulan											
			Juli				Agustus				September			
			I	III	III	IV	I	III	III	IV	I	III	III	IV
1	Sosialisasi kepada DPJP dan Kepala Ruangan tentang penulisan Pengkajian Awal Medis pada Pasien Baru Rawat Inap Selesai dalam 24 Jam	Unit Rawat Inap				✓				✓				✓
2	Evaluasi pencapaian setiap bulan	Unit Rawat Inap					✓				✓			

## 2. Kesalahan Penulisan Resep (*Prescription Errors*) pasien rawat jalan

NO	STANDAR	INDIKATOR	PENCAPAIAN			Pencapaian Triwulan	TARGET
			April	Mei	Juni		
2	PMKP KLINIK 6	Kesalahan Penulisan Resep ( <i>Prescription Errors</i> ) pasien rawat jalan	0%	0%	0%	0%	0%

### Analisis Masalah:

- Masih terdapat kesalahan penulisan resep dari target yang diharapkan

### Program Peningkatan Mutu:

<b>PROBLEM</b>	Dari bulan April sampai Juni 2018 RATA-RATA Kesalahan Penulisan Resep ( <i>Prescription Errors</i> ) pasien rawat jalan adalah 0%
<b>STEP</b>	Analisa dilakukan setiap bulan untuk Kesalahan Penulisan Resep ( <i>Prescription Errors</i> ) pasien rawat jalan
<b>PLAN</b>	<p><b>1. Rencana:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Meningkatkan komunikasi dan sosialisasi langsung dokter tentang penulisan resep yang baik dan benar</li> <li>Mengevaluasi sumber kesalahan penulisan resep</li> <li>Mempertahankan mekanisme umpan balik dari farmasi kepada dokter saat kesalahan terjadi baik per telpon maupun pengembalian resep untuk penulisan resep ulang dokter</li> </ul> <p><b>2. Harapan :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tidak didapatkan Kesalahan Penulisan Resep (<i>Prescription Errors</i>) pasien</li> <li>Resep yang dikeluarkan teregistrasi dengan baik</li> </ul> <p><b>3. Tindakan :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Meningkatkan mekanisme umpan balik dari farmasi kepada dokter saat kesalahan terjadi baik per telpon maupun pengembalian resep untuk penulisan resep ulang dokter</li> </ul>
<b>DO</b>	<p><b>Apa yang anda amati?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kesalahan Penulisan Resep (<i>Prescription Errors</i>) pasien rawat jalan</li> <li>Analisa kuantitatif terhadap Kesalahan Penulisan Resep (<i>Prescription Errors</i>) pasien rawat jalan</li> </ul>
<b>STUDY</b>	<p><b>Apa yang anda pelajari? Apakah sesuai target capaian?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kesalahan Penulisan Resep (<i>Prescription Errors</i>) pasien rawat jalan</li> <li>Persentase Kesalahan Penulisan Resep (<i>Prescription Errors</i>) pasien rawat jalan bulan April sampai Juni 2018 adalah 0% dan sesuai target 0%</li> </ul>
<b>ACTION</b>	<p><b>Apa yang dapat anda simpulkan dari siklus ini?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Analisa kuantitatif dan kualitatif direkap dalam bentuk laporan/form</li> </ol>

	<p>2. Persentase Kesalahan Penulisan Resep (<i>Prescription Errors</i>) pasien rawat jalan</p> <p><b>Follow-up dan Rencana Lanjutan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluasi pencapaian pada bulan berikutnya dengan tetap menjalin kerjasama dengan instalasi farmasi jika ditemukan masalah dalam Kesalahan Penulisan Resep (<i>Prescription Errors</i>) pasien rawat jalan.</li> </ul>
--	--

### Rencana kerja perbaikan lanjutan:

No	Aktifitas	PJ	Bulan												
			Juli				Agustus				September				
			I	III	III	IV	I	III	III	IV	I	III	III	IV	
1	Sosialisasi kepada dokter tentang penulisan resep yang baik dan benar	Unit Rawat Jalan				✓					✓				✓
2	Melaksanakan audit penulisan resep	Instalasi Farmasi				✓					✓				✓
3	Evaluasi penulisan resep setiap bulan	Instalasi Farmasi					✓					✓			

### 3. Kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan

NO	STANDAR	INDIKATOR	PENCAPAIAN			Pencapaian Triwulan	TARGET
			April	Mei	Juni		
3	PMKP KLINIK 9	Kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan	100%	100%	100%	100%	<b>100%</b>

#### Analisis Masalah:

- Pengisian kelengkapan rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan telah meningkat sesuai target yang diharapkan

#### Program Peningkatan Mutu:

<b>PROBLEM</b>	Dari bulan April sampai Juni 2018 RATA-RATA kelengkapan pengisian rekam medis dalam 24 jam setelah selesai pelayanan adalah 100%
<b>STEP</b>	Analisa dilakukan setiap bulan untuk kelengkapan pengisian rekam medis
<b>PLAN</b>	<p><b>1. Rencana:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Meningkatkan komunikasi dan sosialisasi langsung dengan DPJP, perawat, bidan, dan tenaga kesehatan lain untuk pengisian rekam medis dalam 24 jam setelah pelayanan selesai</li> <li>Sosialisasi pengisian kelengkapan pengisian rekam medis pasien dibantu oleh dokter MOD (Manager on Duty) atas nama DPJP dan sepengetahuan DPJP saat hari libur</li> </ul> <p><b>2. Harapan :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Peningkatan persentase pengisian rekam medis dalam 24 jam setelah selesai pelayanan mencapai 100%</li> </ul> <p><b>3. Tindakan :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Menghubungi ruang rawat inap setiap terjadi permasalahan tersebut diatas</li> <li>Telaah rekam medis selambat-lambatnya 24 jam sejak pasien dinyatakan pulang</li> </ul>
<b>DO</b>	<b>Apa yang anda amati?</b>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kepatuhan dokter DPJP dan tenaga kesehatan lain dalam kelengkapan pengisian rekam medis</li> <li>• Analisa kuantitatif kualitatif terhadap kelengkapan pengisian rekam medis dalam 24 jam setelah pelayanan</li> </ul>
<b>STUDY</b>	<b>Apa yang anda pelajari? Apakah sesuai target capaian?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kelengkapan pengisian rekam medis dalam 24 jam setelah pelayanan</li> <li>• Persentase kelengkapan kelengkapan pengisian rekam medis bulan April sampai Juni2018 adalahsesuai target 100%</li> </ul>
<b>ACTION</b>	<b>Apa yang dapat anda simpulkan dari siklus ini?</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Analisa kuantitatif dan kualitatif direkap dalam bentuk laporan/form</li> <li>2. Persentase kelengkapan pengisian rekam medis dalam 24 jam setelah pelayanan</li> </ol> <b>Follow-up dan Rencana Lanjutan</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluasi pencapaian pada bulan berikutnya dengan tetap menjalin kerjasama dengan kepala ruangan rawat inap jika ditemukan masalah dlam pengisian kelengkapan rekam medis.</li> </ul>

#### Rencana kerja perbaikan lanjutan:

No	Aktifitas	PJ	Bulan													
			Juli				Agustus				September					
			I	III	III	IV	I	III	III	IV	I	III	III	IV		
1	Sosialisasi kepada DPJP dan tenaga kesehatan lainnya	Unit Rawat Inap				✓						✓				✓
2	Sosialisasi pengisian kelengkapan rekam medis pasien dibantu oleh dokter MOD (Manager on Duty) atas nama DPJP dan sepengetahuan DPJP saat hari libur	Unit Rawat Inap				✓						✓				✓
3	Evaluasi pencapaian setiap bulan	Unit Rawat Inap					✓					✓				

#### 4. Jumlah kekosongan stok obat esensial

NO	STANDAR	INDIKATOR	PENCAPAIAN			RATA-RATA	TARGET
			April	Mei	Juni		
4	PMKP MANAJEMEN 1	Jumlah kekosongan stok obat esensial	0,095%	0%	0,095%	0,095%	0%

#### Analisa Masalah

- Distributor tidak bisa memenuhi permintaan obat dari instalasi farmasi
- Keterlambatan pengiriman obat
- Terjadi kekosongan obat pada tingkat produsen

#### Program Peningkatan Mutu:

<b>PROBLEM</b>	Persentase jumlah kekosongan stok obat esensial dari bulan April s/d Juni rata-rata0,095%
----------------	---

<b>STEP</b>	Analisa dilakukan setiap bulan untuk menekan jumlah kekosongan stok obat esensial
<b>PLAN</b>	<b>1. Rencana:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pengajuan permintaan pengadaan obat dilakukan lebih awal</li> <li>• Meningkatkan kordinasi dengan distributor agar pengiriman obat tepat pada waktunya</li> <li>• Evaluasi sistem pengadaan obat di rumah sakit</li> </ul> <b>2. Harapan :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tergambarnya mutu manajemen obat dengan ketersediaan stok obat esensial rumah sakit</li> </ul> <b>3. Tindakan :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Melakukan evaluasi secara rutin dan berkesinambungan untuk menekan kekosongan stok obat esensial</li> </ul>
<b>DO</b>	<b>Apa yang anda amati?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Analisa pengadaan stok obat esensial</li> <li>• SPO apabila terjadi kekosongan obat esensial</li> </ul>
<b>STUDY</b>	<b>Apa yang anda pelajari? Apakah sesuai target capaian?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Terpenuhinya kelengkapan stok obat esensial di rumah sakit</li> <li>• Persentase jumlah kekosongan stok obat esensial adalah 0,88%</li> </ul>
<b>ACTION</b>	<b>Apa yang dapat anda simpulkan dari siklus ini?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Analisa kuantitatif dan kualitatif direkap dalam bentuk laporan/form</li> <li>• Perlunya koordinasi dengan pihak terkait untuk mencari solusi bersama</li> <li>• Persentase jumlah kekosongan stok obat esensial</li> </ul> <b>Follow-up dan Rencana Lanjutan</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluasi pencapaian pada bulan berikutnya secara rutin</li> </ul>

### Rencana kerja perbaikan lanjutan:

No	Aktifitas	PJ	Bulan												
			Juli				Agustus				September				
			I	III	III	IV	I	III	III	IV	I	III	III	IV	
1	Komunikasi dan sosialisasi dengan setiap instalasi	Kepala Instalasi Farmasi				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2	Monev kegiatan stok obat	Kepala Instalasi Farmasi				✓				✓					✓
4	Evaluasi pencapaian setiap bulan	Kepala Instalasi Farmasi					✓				✓				

NO	STANDAR	INDIKATOR	PENCAPAIAN			RATA-RATA	TARGET
			April	Mei	Juni		
5	PMKP MANAJEMEN 3	Insiden Tertusuk Jarum	0	0	1	0.33	0%

### Analisa Masalah

- Terdapat 1 kejadian tertusuk jarum pada bulan Juni 2018

### Program Peningkatan Mutu:



<b>PROBLEM</b>	Terdapat 1 kejadian tertusuk jarum pada bulan Juni 2018
<b>STEP</b>	Analisa dilakukan setiap bulan untuk mengetahui insiden tertusuk jarum
<b>PLAN</b>	<b>1. Rencana:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Berkordinasi dengan PPI dan seluruh unit terkait untuk menurunkan insiden tertusuk jarum</li> </ul> <b>2. Harapan :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tidak terjadinya insiden tertusuk jarum</li> </ul> <b>3. Tindakan :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Meningkatkan sosialisasi tentang Alat Pelindung Diri dan budaya keselamatan kerja</li> </ul>
<b>DO</b>	<b>Apa yang anda amati?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Insiden tertusuk jarum tiap bulannya</li> <li>SPO bila ada kejadian tertusuk jarum</li> </ul>
<b>STUDY</b>	<b>Apa yang anda pelajari? Apakah sesuai target capaian?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Terdapat 1 kejadian tertusuk jarum pada bulan Juni 2018</li> </ul>
<b>ACTION</b>	<b>Apa yang dapat anda simpulkan dari siklus ini?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Analisa kuantitatif dan kualitatif direkap dalam bentuk laporan/form</li> <li>Meningkatkan sosialisasi tentang Alat Pelindung Diri dan budaya keselamatan kerja</li> </ul> <b>Follow-up dan Rencana Lanjutan</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluasi pencapaian pada bulan berikutnya secara rutin</li> </ul>

#### Rencana kerja perbaikan lanjutan:

No	Aktifitas	PJ	Bulan												
			Juli				Agustus				September				
			I	III	III	IV	I	III	III	IV	I	III	III	IV	
1	Komunikasi dan sosialisasi APD dan budaya keselamatan kerja dengan setiap instalasi	Komite PPI				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2	Evaluasi insiden setiap bulan	Komite PPI					✓				✓				

NO	STANDAR	INDIKATOR	PENCAPAIAN			RATA-RATA	TARGET
			April	Mei	Juni		
6	PMKP MANAJEMEN 4	Utilisasi ruang VIP	57,3%	53,8%	59,5%	56,9%	>80%

#### Analisa Masalah

- Terjadi penurunan BOR VIP Semara Husada dengan rerata 56.9% pada triwulan II 2018

#### Program Peningkatan Mutu:

<b>PROBLEM</b>	Utilisasi ruang VIP bulan April s/d Juni 2018 rata-rata 56,9%
<b>STEP</b>	Analisa dilakukan setiap bulan untuk tercapainya peningkatan utilisasi ruang VIP

<b>PLAN</b>	<b>1. Rencana:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Berkordinasi dengan Humas RS dan pihak terkait untuk meningkatkan sosialisasi tentang ruang rawat inap serta pelayanan VIP Semara Husada</li> <li>Menggali umpan balik harapan pasien/keluarga yang dirawat di VIP Semara Husada</li> </ul> <b>2. Harapan :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tercapainya peningkatan utilisasi ruang VIP pada bulan berikutnya</li> </ul> <b>3. Tindakan :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Melakukan evaluasi secara rutin dan berkesinambungan demi terciptanya pelayanan ruang VIP yang optimal</li> <li>Menyediakan kotak saran bagi pasien rawat inap VIP Semara Husada</li> </ul>
<b>DO</b>	<b>Apa yang anda amati?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Terlaksananya pelayanan ruang VIP yang optimal</li> </ul>
<b>STUDY</b>	<b>Apa yang anda pelajari? Apakah sesuai target capaian?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tercapainya utilisasi ruang VIP sesuai target</li> <li>Utilisasi ruang VIP bulan April s/d Juni 2018 sebesar 56,9%, jauh lebih rendah dari target 80%</li> </ul>
<b>ACTION</b>	<b>Apa yang dapat anda simpulkan dari siklus ini?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Analisa kuantitatif dan kualitatif direkap dalam bentuk laporan/form</li> <li>Perlunya koordinasi dari semua pihak agar target utilisasi bisa tercapai</li> </ul> <b>Follow-up dan Rencana Lanjutan</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluasi pencapaian pada bulan berikutnya secara rutin</li> </ul>

### Rencana kerja perbaikan lanjutan:

No	Aktifitas	PJ	Bulan											
			Juli				Agustus				September			
			I	III	III	IV	I	III	III	IV	I	III	III	IV
1	Sosialisasi pelayanan VIP Semara Husada ke seluruh masyarakat	Humas RSUD Kab. Klungkung				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2	Monev kegiatan pelayanan ruang VIP	Kepala ruang VIP				✓				✓				✓
4	Evaluasi pencapaian utilisasi ruang VIP setiap bulan	Kepala ruang VIP					✓				✓			

NO	STANDAR	INDIKATOR	PENCAPAIAN			RATA-RATA	TARGET
			April	Mei	Juni		
7	PMKP MANAJEMEN 5	Tingkat Kepuasan Pelanggan pasien rawat inap	82,64			82,64	≥ 90%

### Analisa Masalah

- Tingkat kepuasan pelanggan pasien rawat inap <90%

### Program Peningkatan Mutu:

<b>PROBLEM</b>	Dari bulan April s/d Juni 2018 rata-rata tingkat kepuasan pelanggan rumah sakit <90%
----------------	--

<b>STEP</b>	Analisa dilakukan setiap bulan untuk meningkatnya tingkat kepuasan pelanggan rumah sakit
<b>PLAN</b>	<b>1. Rencana:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Meningkatkan mutu layanan kepada pelanggan</li> <li>Meningkatkan kualitas sarana dan prasarana</li> </ul> <b>2. Harapan :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Peningkatan persentase tingkat kepuasan pelanggan rumah sakit sehingga tercapainya target</li> </ul> <b>3. Tindakan :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Melaksanakan umpan balik harapan pelanggan RSUD Klungkung</li> <li>Melakukan pengukuran secara rutin dan berkesinambungan untuk mengetahui tingkat kepuasan pelanggan</li> </ul>
<b>DO</b>	<b>Apa yang anda amati?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Terlaksananya Kegiatan Survei tingkat kepuasan pelanggan rumah sakit</li> <li>Analisa kuantitatif kualitatif terhadap tingkat kepuasan pelanggan rumah sakit</li> </ul>
<b>STUDY</b>	<b>Apa yang anda pelajari? Apakah sesuai target capaian?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Terlaksananya tingkat kepuasan pelanggan rumah sakit Sakit</li> <li>Persentase tingkat kepuasan pelanggan rumah sakit adalah 82,64%</li> <li>Terdapat peningkatan pencapaian dibandingkan triwulan sebelumnya</li> </ul>
<b>ACTION</b>	<b>Apa yang dapat anda simpulkan dari siklus ini?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Analisa kuantitatif dan kualitatif direkap dalam bentuk laporan/form</li> <li>Persentase tingkat kepuasan pelanggan rumah sakit</li> </ul> <b>Follow-up dan Rencana Lanjutan</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluasi pencapaian pada bulan berikutnya dengan rutin</li> </ul>

### Rencana kerja perbaikan lanjutan:

No	Aktifitas	PJ	Bulan												
			Juli				Agustus				September				
			I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
1	Komunikasi dan sosialisasi dengan setiap instalasi	Humas RSUD				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2	Monev Kegiatan survei tingkat kepuasan pelanggan rumah sakit	Humas RSUD				✓				✓					✓
4	Evaluasi pencapaian setiap bulan	Humas RSUD					✓					✓			

NO	STANDAR	INDIKATOR	PENCAPAIAN			RATA-RATA	TARGET
			April	Mei	Juni		
8	PMKP MANAJEMEN 6	Tingkat Kepuasan Pegawai/Karyawan	87,26			87,26	≥ 90%

### Analisa Masalah

- Tingkat kepuasan karyawan rumah sakit pada bulan April s/d Juni 2018 < 90%

### Program Peningkatan Mutu:

<b>PROBLEM</b>	Dari bulan April s/d Juli rata-rata tingkat kepuasan karyawan rumah sakit <90%
<b>STEP</b>	Analisa dilakukan setiap bulan untuk meningkatnya tingkat kepuasan karyawan rumah sakit
<b>PLAN</b>	<b>1. Rencana:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menggali umpan balik harapan karyawan rumah sakit</li> </ul> <b>2. Harapan :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Peningkatan persentase tingkat kepuasan karyawan rumah sakit</li> </ul> <b>3. Tindakan :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Melakukan pengukuran secara rutin untuk mengetahui tingkat kepuasan karyawan</li> </ul>
<b>DO</b>	<b>Apa yang anda amati?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Terlaksananya Kegiatan Survei tingkat kepuasan karyawan rumah sakit</li> <li>• Analisa kuantitatif kualitatif terhadap tingkat kepuasan karyawan rumah sakit</li> </ul>
<b>STUDY</b>	<b>Apa yang anda pelajari? Apakah sesuai target capaian?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Terlaksananya tingkat kepuasan karyawan rumah sakit Sakit</li> <li>• Persentase tingkat kepuasan karyawan rumah sakit adalah 87.26%</li> <li>• Terdapat peningkatan pencapaian dibandingkan triwulan sebelumnya</li> </ul>
<b>ACTION</b>	<b>Apa yang dapat anda simpulkan dari siklus ini?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Analisa kuantitatif dan kualitatif direkap dalam bentuk laporan/form</li> <li>• Persentase tingkat kepuasan karyawan rumah sakit</li> </ul> <b>Follow-up dan Rencana Lanjutan</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluasi pencapaian pada bulan berikutnya dengan rutin</li> </ul>

### Rencana kerja perbaikan lanjutan:

No	Aktifitas	PJ	Bulan												
			Juli				Agustus				September				
			I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
1	Komunikasi dan sosialisasi dengan setiap instalasi	Humas RSUD				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2	Monev Kegiatan survei tingkat kepuasan karyawan rumah sakit	Humas RSUD				✓				✓					✓
4	Evaluasi pencapaian setiap bulan	Humas RSUD								✓				✓	

### 9. Persentase tindakan Sectio Caesarea (SC) yang dilakukan pada primigravida usia kehamilan 37-42 minggu dengan bayi posisi normal tunggal hidup

NO	STANDAR	INDIKATOR	PENCAPAIAN			Pencapaian Triwulan	TARGET
			April	Mei	Juni		

9	ILM 5	Persentase tindakan Sectio Caesarea (SC) yang dilakukan pada primigravida usia kehamilan 37-42 minggu dengan bayi posisi normal tunggal hidup	50%	35%	64%	50%	≤10%
---	-------	---	-----	-----	-----	-----	------

### Program Peningkatan Mutu:

<b>PROBLEM</b>	Dari bulan April sampai Juni 2018 RATA-RATA persentase tindakan Sectio Caesarea (SC) yang dilakukan pada primigravida usia kehamilan 37-42 minggu dengan bayi posisi normal tunggal hidup sebesar 50%
<b>STEP</b>	Analisa dilakukan setiap bulan untuk penurunan persentase tindakan Sectio Caesarea (SC) yang dilakukan pada primigravida usia kehamilan 37-42 minggu dengan bayi posisi normal tunggal hidup
<b>PLAN</b>	<p><b>1. Rencana :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mengevaluasi penyebab tindakan Sectio Caesarea (SC) yang dilakukan pada primigravida usia kehamilan 37-42 minggu dengan bayi posisi normal tunggal</li> </ul> <p><b>2. Harapan :</b> Penurunan Persentase tindakan Sectio Caesarea (SC) yang dilakukan pada primigravida usia kehamilan 37-42 minggu dengan bayi posisi normal tunggal hidup</p> <p><b>3. Tindakan :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Melakukan pencatatan rutin indikasi tindakan Sectio Caesarea (SC) yang dilakukan pada primigravida usia kehamilan 37-42 minggu dengan bayi posisi normal tunggal hidup</li> </ul>
<b>DO</b>	<p><b>Apa pengamatan yang dilakukan?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Persentase tindakan Sectio Caesarea (SC) yang dilakukan pada primigravida usia kehamilan 37-42 minggu dengan bayi posisi normal tunggal hidup</li> <li>Analisa kuantitatif kualitatif terhadap Persentase tindakan Sectio Caesarea (SC) yang dilakukan pada primigravida usia kehamilan 37-42 minggu dengan bayi posisi normal tunggal hidup</li> </ol>
<b>STUDY</b>	<p><b>Apa yang anda pelajari? Apakah sesuai target capaian?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Persentase tindakan Sectio Caesarea (SC) yang dilakukan pada primigravida usia kehamilan 37-42 minggu dengan bayi posisi normal tunggal hidup</li> <li>Persentase tindakan Sectio Caesarea (SC) yang dilakukan pada primigravida usia kehamilan 37-42 minggu dengan bayi posisi normal tunggal hidup RATA-RATA sebesar 50%. Terjadi tren peningkatan dibandingkan triwulan sebelumnya. Setelah dianalisis faktor-faktor yang menjadi penyebab, peningkatan ini terjadi oleh karena tindakan seksio sesarea dilakukan sesuai atas indikasi yang ada.</li> </ol>
<b>ACTION</b>	<p><b>Apa yang dapat anda simpulkan dari siklus ini?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Analisa kuantitatif dan kualitatif direkap dalam bentuk laporan/form</li> <li>Persentase tindakan Sectio Caesarea (SC) yang dilakukan pada primigravida usia kehamilan 37-42 minggu dengan bayi posisi normal tunggal hidup</li> </ol> <p><b>Follow-up dan Rencana Lanjutan</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Evaluasi pencapaian pada bulan berikutnya dengan tetap menjalin kerja samadengan kepala ruangan rawat inap jika ditemukan masalah</li> </ol>

### Rencana kerja perbaikan lanjutan:

No	Aktifitas	PJ	Bulan														
			Juli				Agustus				September						
			I	III	III	IV	I	III	III	IV	I	III	III	IV			

1	Sosialisasi kepada DPJP mengenai Persentase tindakan Sectio Caesarea (SC) yang dilakukan pada primigravida usia kehamilan 37-42 minggu dengan bayi posisi normal tunggal hidup	Unit Maternal Perinatal					✓				✓				✓
2	Evaluasi penyebab tindakan Sectio Caesarea (SC) yang dilakukan pada primigravida usia kehamilan 37-42 minggu dengan bayi posisi normal tunggal	Unit Maternal Perinatal					✓				✓				
4	Evaluasi pencapaian setiap bulan	Unit Maternal Perinatal					✓				✓				

## B. Hambatan-Hambatan Pelaksanaan Program PMKP

1. Pemahaman penanggung jawab mutu unit belum sepenuhnya memahami tugasnya sehingga evaluasi mutu dan keselamatan pasien yang dilakukan menjadi terhambat.
2. Program PMKP belum sepenuhnya tersosialisasi ke seluruh komponen rumah sakit sehingga diperlukan pelatihan PMKP secara berkesinambungan.

## BAB VI PENUTUP

Demikian laporan pelaksanaan peningkatan mutu dan keselamatan pasien rumah sakit di RSUD Kabupaten Klungkung khususnya dari Unit Penjamin Mutu sebagai upaya peningkatan mutu layanan dan keselamatan pasien rumah sakit. Upaya yang dilakukan adalah upaya maksimal yang bisa dikerjakan saat ini, tentunya upaya yang berkesinambungan dan tidak mengenal lelah terus dilakukan sehingga tercapai hasil tertinggi bagi semua komponen pemberi dan pengguna layanan rumah sakit