

PEMERINTAH KABUPATEN BOYOLALI
RUMAH SAKIT UMUM PANDAN ARANG BOYOLALI



LAPORAN PMKP
Bulan Februari - Juni
Th. 2022



RUMAH SAKIT UMUM PANDAN ARANG BOYOLALI
JL. Kantil No. 14 Telp. (0276) 321065
KABUPATEN BOYOLALI

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT karena atas rahmat-Nya Laporan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien RSUD Pandan Arang Boyolali telah dapat diselesaikan. Dalam pembangunan sektor kesehatan, salah satu pra kondisi yang harus dipenuhi adalah meningkatkan mutu pelayanan, termasuk mutu pelayanan di rumah sakit agar pengelolaan rumah sakit menjadi lebih efektif dan efisien.

Laporan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien RSUD Pandan Arang Boyolali disusun berdasarkan program kerja yang telah disepakati bersama oleh direktur dan seluruh *stake holder* yang terlibat dalam upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien dan nantinya diharapkan dapat dipergunakan sebagai acuan dalam melaksanakan upaya peningkatan mutu pelayanan rumah sakit yang disesuaikan dengan situasi dan kondisi yang ada.

Akhir kata, semoga Laporan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien RSUD Pandan Arang Boyolali ini bermanfaat dan dapat digunakan sebagai rujukan bagi pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien di RSUD Pandan Arang Boyolali yang bermuara peningkatan mutu pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

Boyolali, Juli 2022

Tim Penyusun

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI.....	ii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
BAB II. HASIL KEGIATAN	
A. Hasil Kegiatan Pemantauan Indikator Mutu Rumah Sakit Februari - Juni 2022	
B. Laporan Insiden Keselamatan Pasien	
C. Laporan Manajemen Resiko.....	
BAB IV. PENUTUP	41

BAB I

PENDAHULUAN

Sebagai perwujudan dari visi RSUD Pandan Arang Boyolali yaitu Menjadi Mercusuar di Bidang Pelayanan, Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian. Visi tersebut akan berjalan dengan melaksanakan misi yaitu meningkatkan profesionalisme dan kualitas sumber daya manusia yang tangguh, cerdas, berkarakter dan berbudaya; mengembangkan sarana prasarana rumah sakit sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan; memberikan pelayanan kesehatan secara paripurna dan bermutu sesuai dengan standar akreditasi nasional serta berorientasi pada keselamatan pasien dan kepuasan pelanggan; mengembangkan pengelolaan rumah sakit yang produktif, profesionalisme dan berintegritas; membangun jejaring kemitraan strategis dalam bidang pelayanan, pendidikan, pelatihan dan penelitian; meningkatkan kesejahteraan karyawan secara transparan, proporsional dan adil. 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 non medis.

RSUD Pandan Arang Boyolali selalu berupaya untuk meningkatkan kualitas pelayanan sesuai standar kesehatan dan harapan masyarakat. Peningkatan kualitas pelayanan kesehatan di RSUD Pandan Arang Boyolali merupakan upaya perbaikan mutu melalui pendekatan komprehensif terhadap pemenuhan indikator mutu rumah sakit. Perbaikan mutu di rumah sakit sangat diperlukan sebagai kebijakan yang menjadi acuan agar terwujud kelancaran, ketertiban, efektifitas, dan efisiensi pelayanan sehingga dapat berdaya guna bagi tenaga kesehatan dan memberi kepuasan bagi masyarakat.

Dalam rangka peningkatan mutu dan keselamatan pasien, Rumah sakit membentuk suatu komite yang bertugas membantu direktur untuk terlaksananya upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien. Hasil dari upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien dilaporkan kepada direktur dan diteruskan ke pemilik rumah sakit untuk dapat melakukan tindak lanjut dari hasil

analisis dan rekomendasi yang telah dilakukan oleh unit terkait dengan didampingi tim PMKP.

Untuk program peningkatan mutu dan keselamatan pasien tahun 2022 akan dijalankan mulai 1 Februari 2022 sesuai dengan SK Direktur tentang penetapan kamus indikator mutu RS tahun 2022 yang terdiri dari indikator mutu nasional, indikator mutu prioritas rumah sakit dan indikator mutu unit.

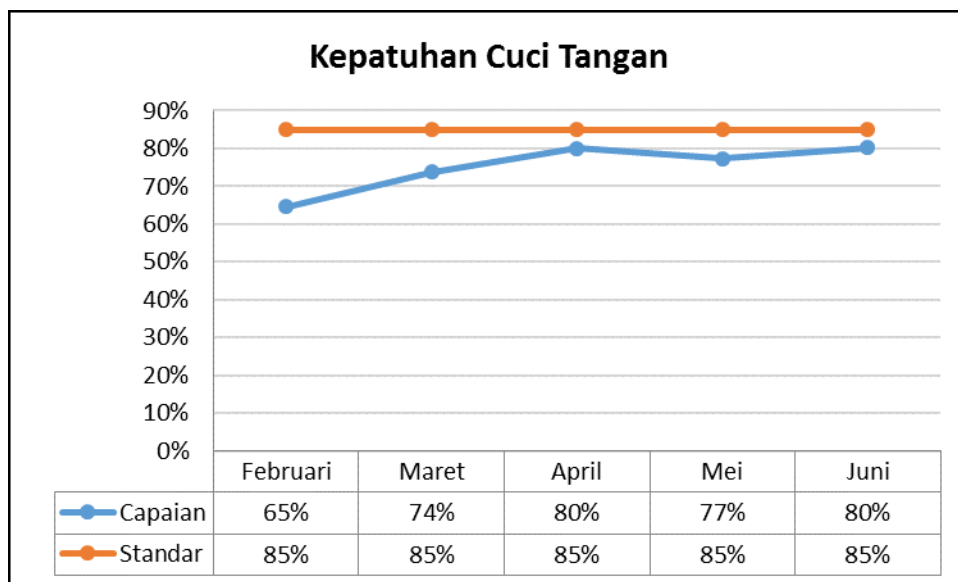
BAB II
HASIL KEGIATAN

A. HASIL KEGIATAN PEMANTAUAN INDIKATOR MUTU RUMAH SAKIT SELAMA PERIODE FEBRUARI – JUNI 2022

1. INDIKATOR MUTU NASIONAL

a. Kepatuhan kebersihan tangan

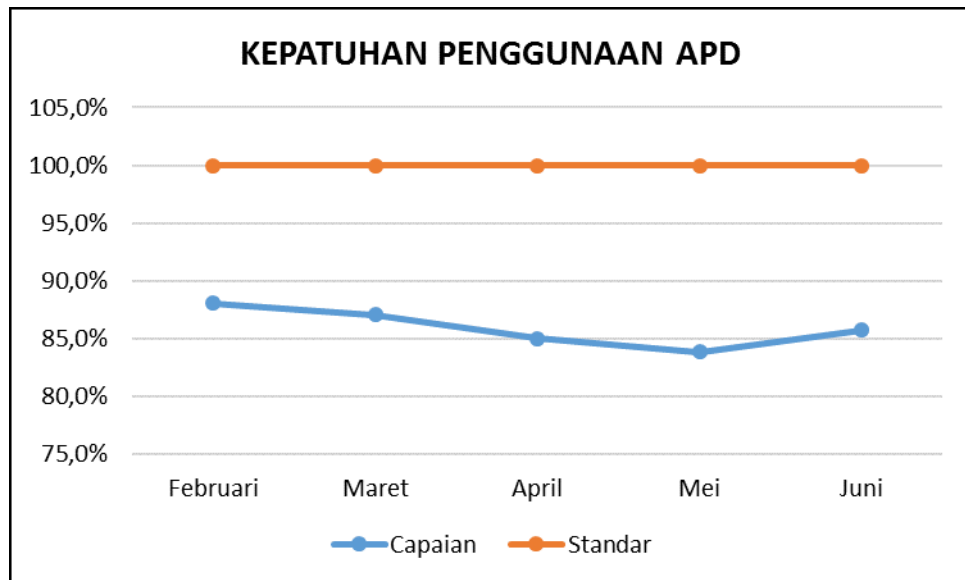
No	Bulan	Capaian	Standar
1	Februari	64,56%	≥85%
2	Maret	73,84%	≥85%
3	April	80%	≥85%
4	Mei	77,39%	≥85%
5	Juni	80,16%	≥85%



Ide terpilih (Plan)	Tahap Implementasi (Do)	Study (S)	Action (A)
Mencapai angka kepatuhan cuci tangan ≥85%	<ul style="list-style-type: none"> - Pengusulan penambahan sarana kebersihan tangan - Reeducasi kepada PPA tentang pentingnya kebersihan tangan - Melakukan monitoring kebersihan tangan secara rutin 	Dalam pengamatan sampai dengan Juni angka kepatuhan cuci tangan adalah sebesar 80,16 %	<ul style="list-style-type: none"> - Kepatuhan kebersihan tangan masih belum sesuai dengan standar ≥85% - Pemahaman dan kesadaran kebersihan tangan masih kurang

b. Kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri

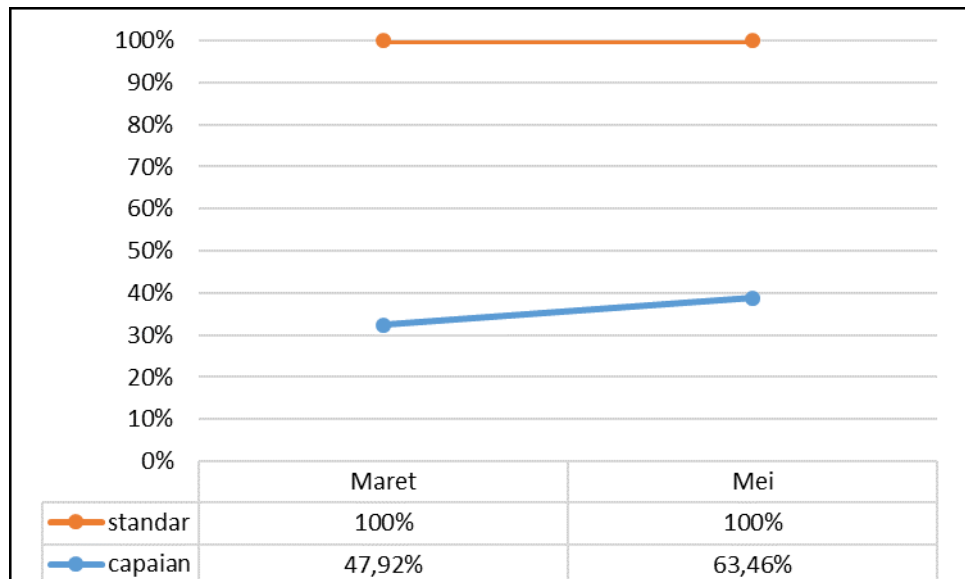
No	Bulan	Capaian	Standar
1	Februari	88,05%	100%
2	Maret	87,04%	100%
3	April	85 %	100%
4	Mei	83,8 %	100%
5	Juni	85,7%	100%



Ide terpilih (Plan)	Tahap Implementasi (Do)	Study (S)	Action (A)
Mencapai angka kepatuhan penggunaan APD sesuai standar 100%	<ul style="list-style-type: none"> - Reeducasi kepada petugas pentingnya pemakaian APD - Penyediaan APD sesuai dengan jumlah petugas - Penyediaan APD yang nyaman dipakai 	Hasil capaian penggunaan APD masih 85,7%	Penyediaan APD dengan jumlah yang sesuai petugas dan nyaman dipakai

c. Kepatuhan identifikasi pasien

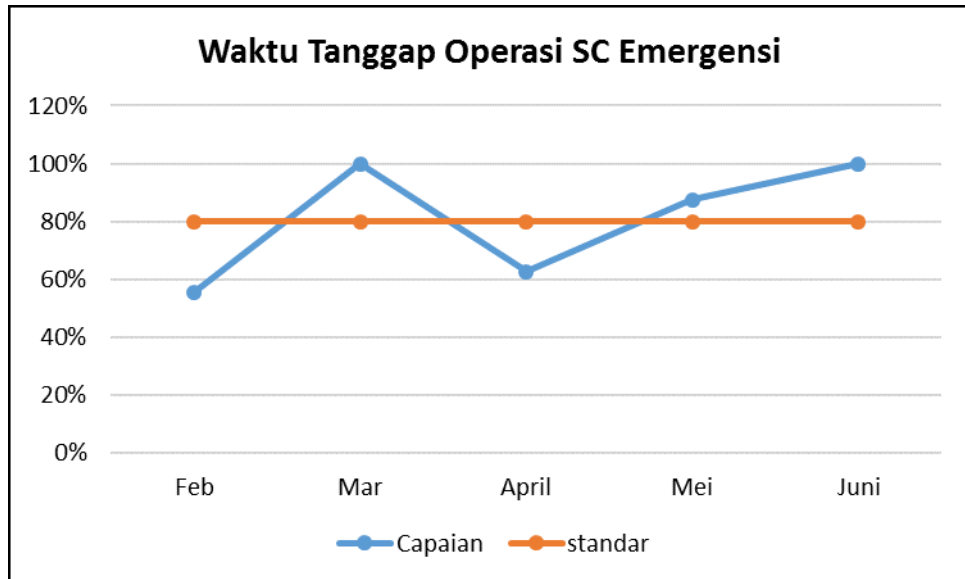
No	Bulan	Capaian	standar
1	Februari	-	
2	Maret	47,92%	100%
3	April	-	
4	Mei	63,46%	100%
5	Juni	-	



Ide terpilih (Plan)	Tahap Implementasi (Do)	Study (S)	Action (A)
Meningkatkan capaian kepatuhan identifikasi pasien menjadi 100%	<ul style="list-style-type: none"> - Sosialisasi ke unit terkait identifikasi pasien - Pemantauan ke unit terkait pelaksanaan identifikasi pasien - Koordinasi dengan petugas IGD dan TPPRI terkait pentingnya kepatuhan identifikasi pasien 	Angka kepatuhan identifikasi pasien pada bulan Maret mencapai 63,46% ada peningkatan dibandingkan dengan bulan Maret 2022	Tingkatkan kemampuan unit dalam identifikasi pasien sampai dengan target 100% terapai

d. Waktu tanggap seksio sesarea emergensi

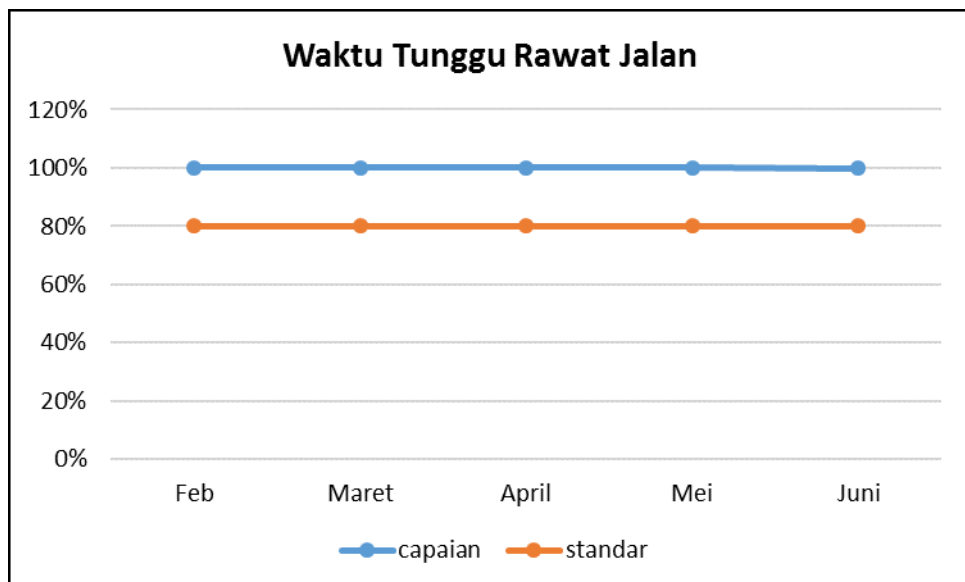
No	Bulan	Capaian	standar
1	Feb	55,56%	≥80%
2	Maret	100%	≥80%
3	April	62,50%	≥80%
4	Mei	87,50%	≥80%
5	Juni	100%	≥80%



Keterangan : capaian sudah memenuhi standar, adanya proses perbaikan

e. Waktu tunggu rawat jalan

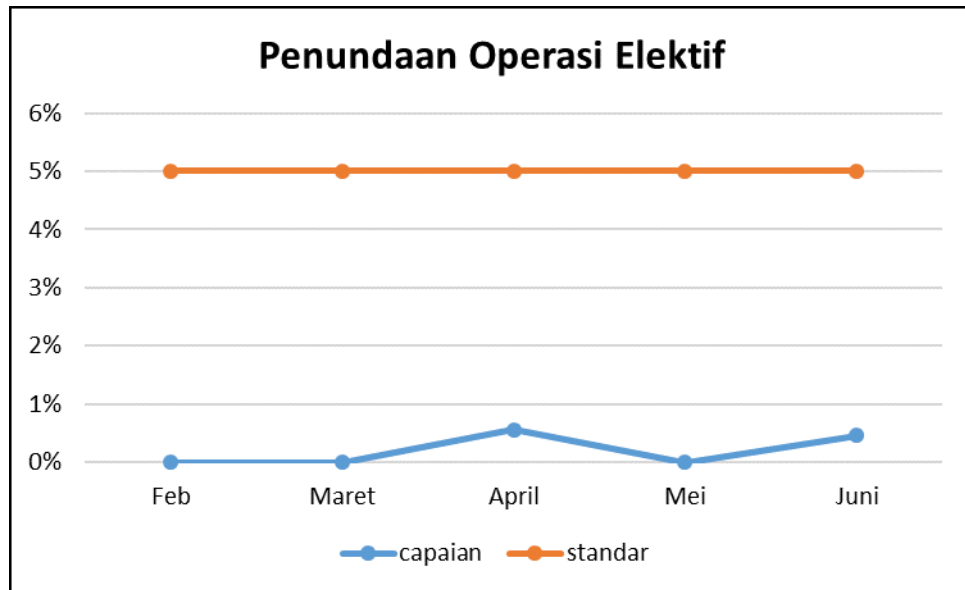
Maret	Bulan	capaian	Standar
1	Feb	100%	$\geq 80\%$
2	Maret	100%	$\geq 80\%$
3	April	100%	$\geq 80\%$
4	Mei	100%	$\geq 80\%$
5	Juni	99,9%	$\geq 80\%$



Keterangan :
Capaian sudah memenuhi standar

f. Penundaan operasi elektif

Maret	Bulan	capaian	standar
1	Feb	0%	<5%
2	Maret	0%	<5%
3	April	0,56%	<5%
4	Mei	0%	<5%
5	Juni	0,46%	<5%

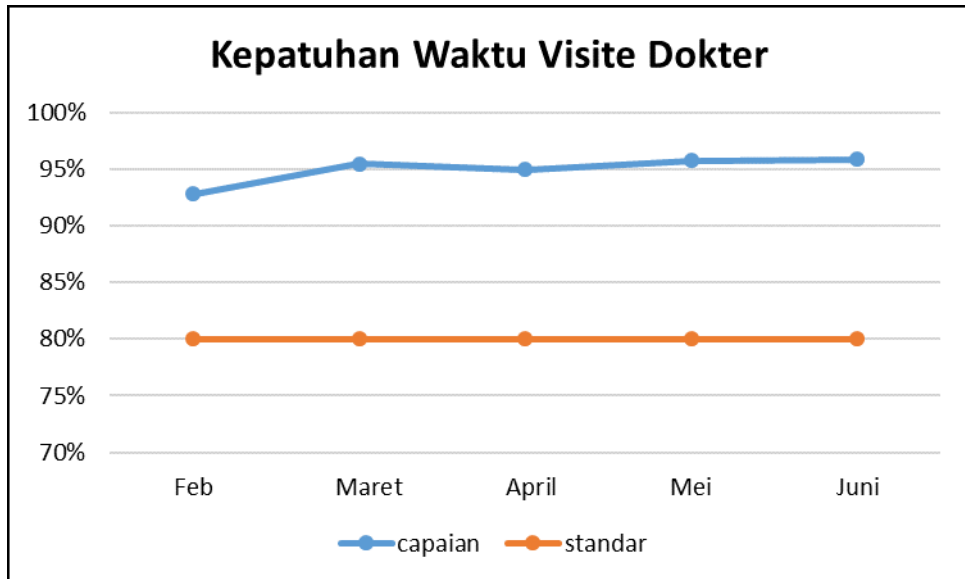


Keterangan :

Capaian sudah memenuhi standar

g. Kepatuhan waktu visite dokter ($\geq 80\%$)

No	Bulan	capaian	Standar
1	Feb	92,80%	$\geq 80\%$
2	Maret	95,43%	$\geq 80\%$
3	April	94,94%	$\geq 80\%$
4	Mei	95,71%	$\geq 80\%$
5	Juni	95,85%	$\geq 80\%$

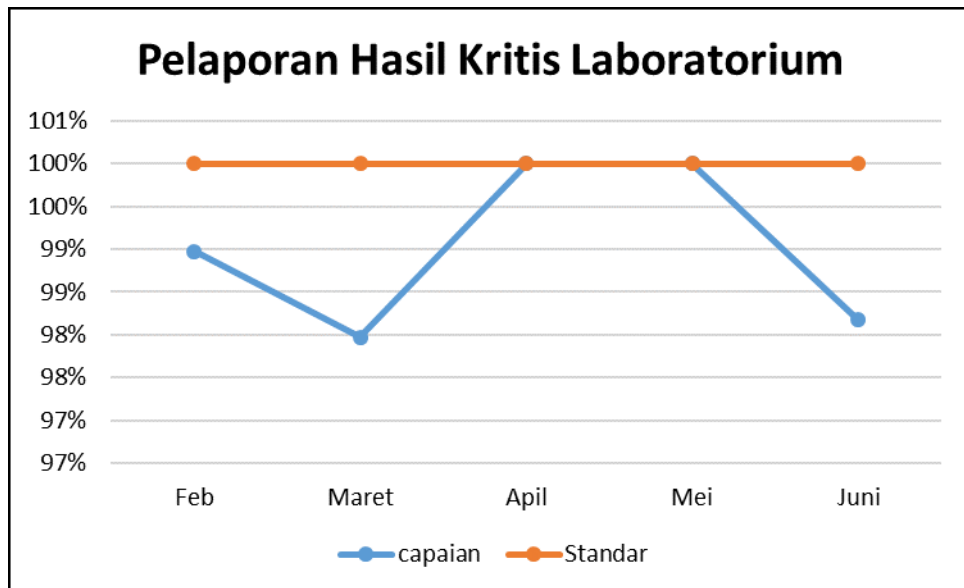


Keterangan :

Capaian sudah memenuhi standar

h. Pelaporan hasil kritis laboratorium

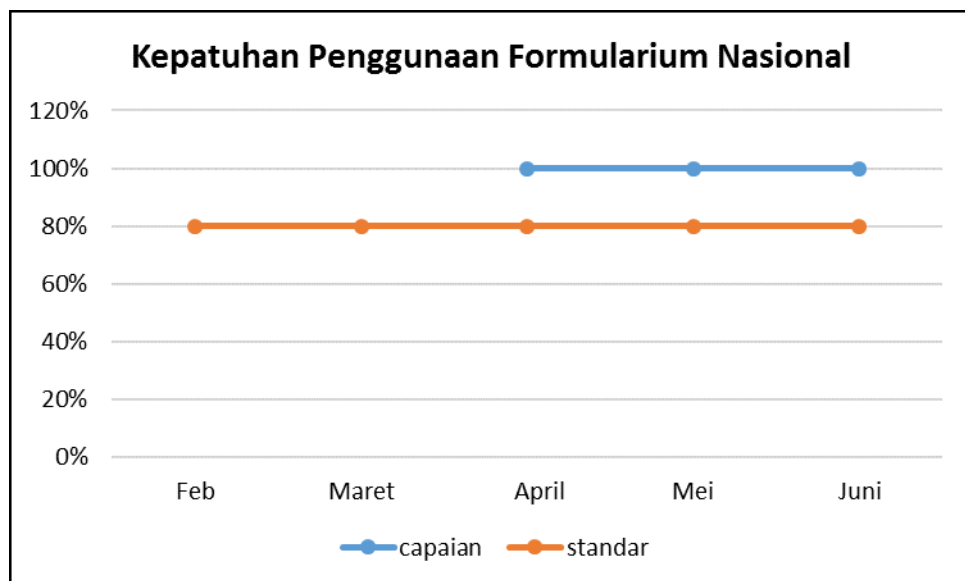
No	Bulan	capaian	Standar
1	Feb	98,97%	100%
2	Maret	97,97%	100%
3	April	100%	100%
4	Mei	100%	100%
5	Juni	98,17%	100%



Ide terpilih (Plan)	Tahap Implementasi (Do)	Study (S)	Action (A)
Mengupayakan target capaian 100%	<ul style="list-style-type: none"> - Menulis pada buku agenda nilai kritis jika melaporkan hasil nilai kritis. - Melaporkan hasil nilai kritis sesuai waktu pelaporan yang ditentukan 	Capaian target bulan Juni 98,17%	<ul style="list-style-type: none"> - Sosialisasi kepatuhan SPO. - Meningkatkan kepatuhan terhadap SPO - Mengupayakan dan mempertahankan standart capaian hingga 100%

i. Kepatuhan penggunaan Formularium Nasional/ Formularium RS

No	Bulan	capaian	standar
1	Feb	0	$\geq 80\%$
2	Maret	0	$\geq 80\%$
3	April	99,98%	$\geq 80\%$
4	Mei	99,97%	$\geq 80\%$
5	Juni	99,97%	$\geq 80\%$



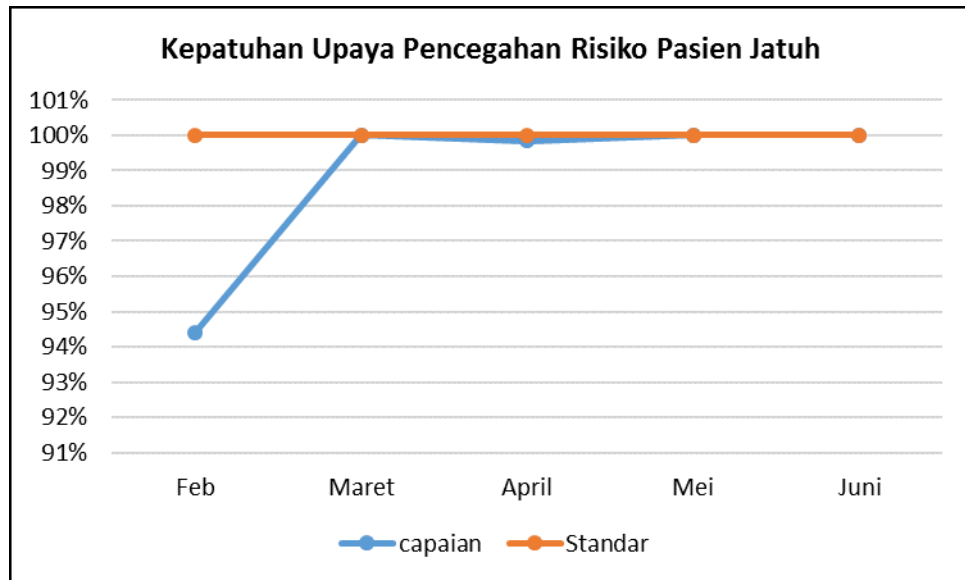
Keterangan :

Capaian sudah memenuhi standar

j. Kepatuhan terhadap Clinical Pathway ($\geq 80\%$)
Sampai dengan Bulan Juni belum dilakukan evaluasi

k. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Feb	94,41%	100%
2	Maret	100%	100%
3	April	99,85%	100%
4	Mei	100%	100%
5	Juni	100 %	100%

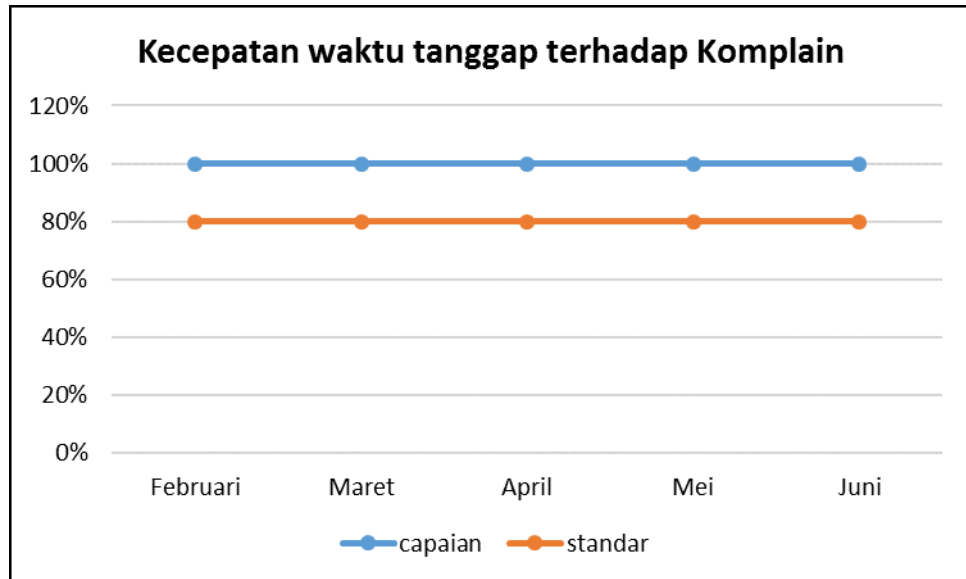


Keterangan :

Capaian sudah memenuhi standar, ada nya proses perbaikan

1. Kecepatan waktu tanggap terhadap Komplain ($\geq 80\%$)

No	Bulan	Capaian	standar
1	Februari	100%	$\geq 80\%$
2	Maret	100%	$\geq 80\%$
3	April	100%	$\geq 80\%$
4	Mei	100%	$\geq 80\%$
5	Juni	100%	$\geq 80\%$



Keterangan :

Capaian sudah memenuhi standar

m. Kepuasan pasien

No	Bulan	capaian	standar
1	Juni	82,236%	83%

Keterangan : Capaian belum memenuhi standar yang ditetapkan

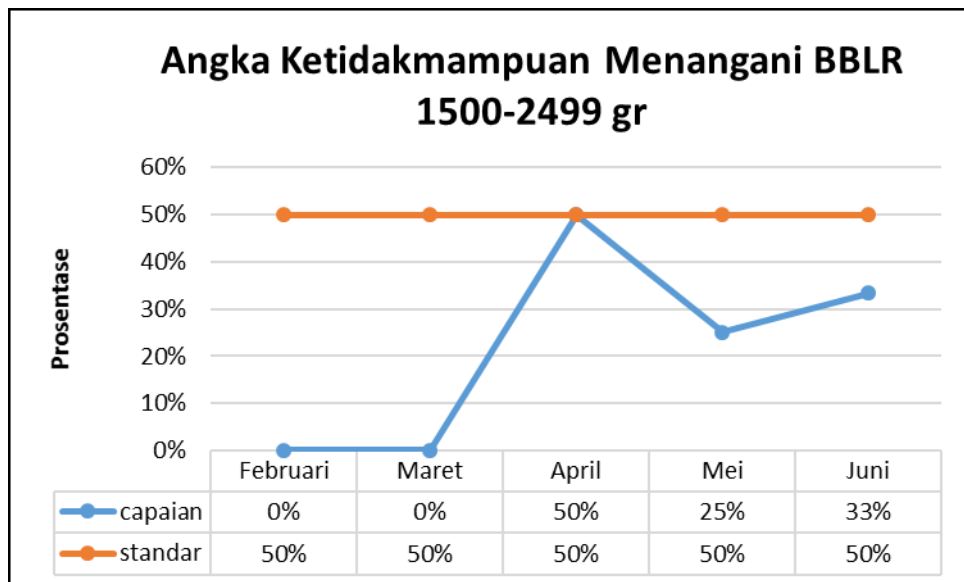
Ide terpilih (Plan)	Tahap Implementasi (Do)	Study (S)	Action (A)
Mengupayakan target capaian untuk trisemester kedua sebesar 83%	<ul style="list-style-type: none"> - Meningkatkan perbaikan pelayanan di semua unit - Sosialisasi terkait terget capaian kepuasan pasien tahun 2022 sebesar 83% 	Capaian target bulan Juni 82 %	<ul style="list-style-type: none"> - Menyederhanakan alur pasien - Melakukan pelatihan excellent service kepada semuaa karyawan

2. INDIKATOR MUTU PRIORITAS

INDIKATOR AREA KLINIS (IAK)

a. Angka ketidakmampuan menangani BBLR 1500-2499 gr

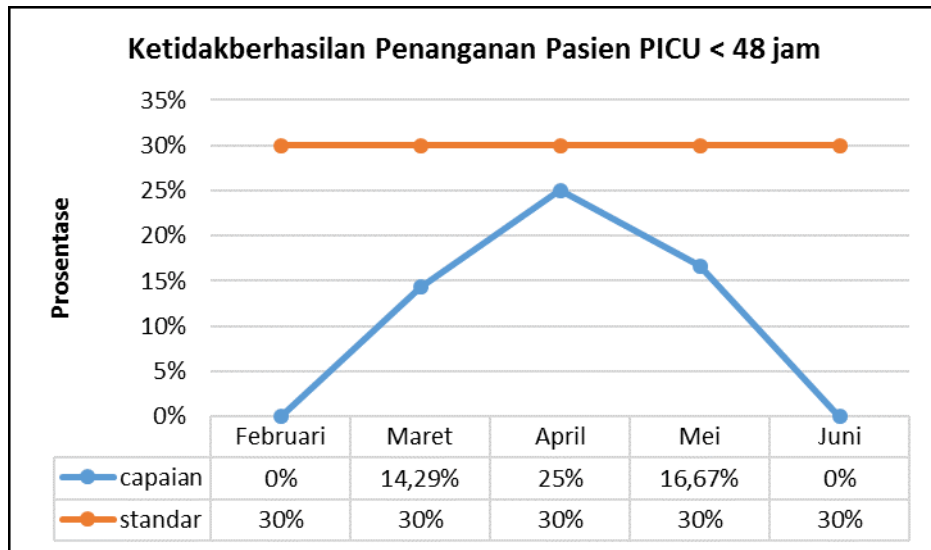
No	Bulan	capaian	standar
1	Februari	0 %	<50%
2	Maret	0 %	<50%
3	April	50%	<50%
4	Mei	25%	<50%
5	Juni	33,33%	<50%



Ide terpilih (Plan)	Tahap Implementasi (Do)	Study (S)	Action (A)
Mencapai angka ketidakmampuan menangani BBLR 1500-2499 gram < 50%	<ul style="list-style-type: none"> - Menambah sarana dan prasarana yang mendukung - pelatihan kepada petugas yang melakukan penanganan 	Angka ketidakmampuan menangani BBLR 1500-2499 gram pada bulan Juni sudah sesuai dengan standar yaitu 33 %	Mempertahankan pencapaian angka ketidakmampuan menangani BBLR 1500-2499 gram sesuai standar < 50%

b. Ketidakberhasilan Penanganan Pasien PICU < 48 Jam

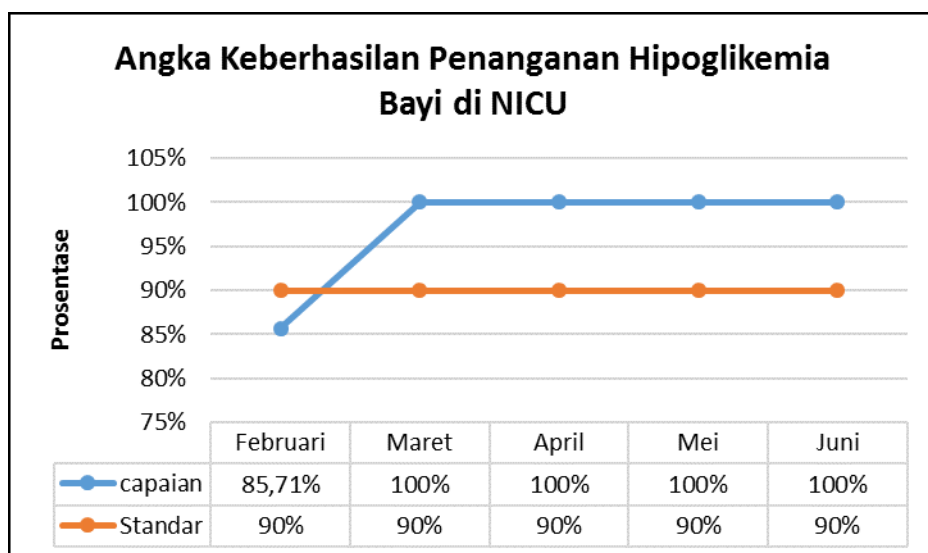
No	Bulan	Capaian	standar
1	Februari	0%	<30%
2	Maret	14,29%	<30%
3	April	25%	<30%
4	Mei	16,67%	<30%
5	Juni	0%	<30%



Keterangan : Capaian sudah sesuai standar

c. Angka keberhasilan penanganan hipotermi bayi di NICU

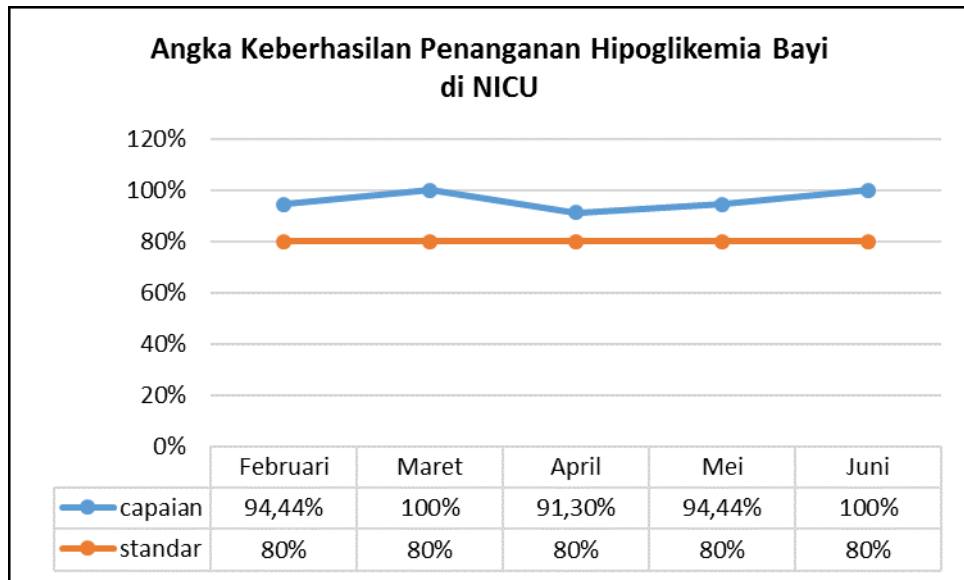
No	Bulan	Capaian	standar
1	Februari	94,44%	>80%
2	Maret	100%	>80%
3	April	91,30%	>80%
4	Mei	94,44%	>80%
5	Juni	100%	>80%



Keterangan : capaian sesuai standar dan adanya proses perbaikan

d. Angka Keberhasilan penanganan hipoglikemia bayi di NICU.

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Februari	85,71%	>90%
2	Maret	100%	>90%
3	April	100%	>90%
4	Mei	100%	>90%
5	Juni	100%	>90%



Keterangan : Capaian sudah sesuai dengan standar dan adanya proses perbaikan

INDIKATOR AREA MANAJEMEN (IAM)

a. Kejadian kekosongan stok obat emergensi di ruang PICU NICU

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Februari	0	0
2	Maret	0	0
3	April	0	0
4	Mei	0	0
5	Juni	0	0

Keteangan : Capaian sudah sesuai standar

b. Angka keterlambatan pelaporan IKP unit pelayanan perinatal

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Februari	0	0
2	Maret	0	0
3	April	0	0
4	Mei	0	0
5	Juni	0	0

Keterangan : Capaian sudah sesuai standar

3. INDIKATOR MUTU SKP

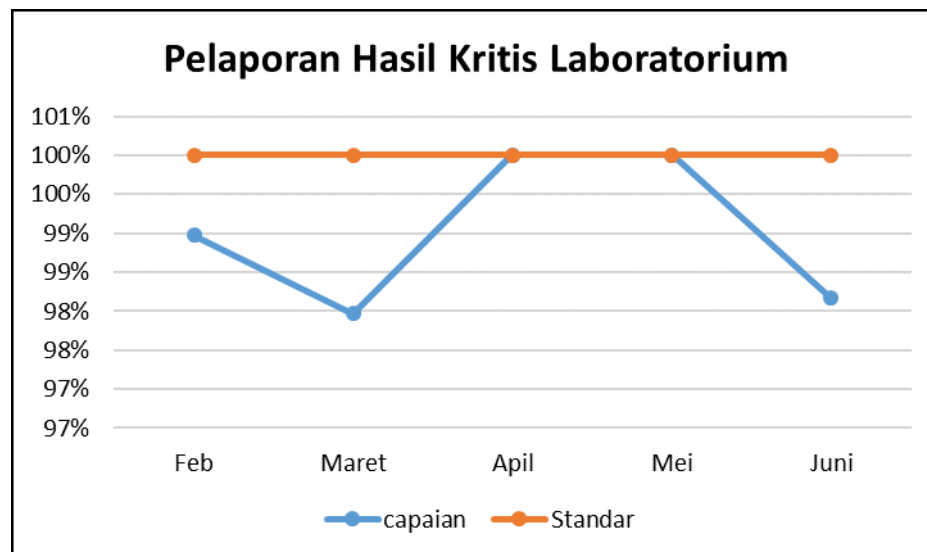
- a. Angka tidak dilakukannya pemasangan gelang identitas pada pasien anak (imut anak)

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Februari	0%	0%
2	Maret	0%	0%
3	April	0%	0%
4	Mei	0%	0%
5	Juni	0%	0%

Keterangan : Capaian sudah sesuai standar

- b. Angka keterlambatannya pelaporan nilai kritis laboratorium (e-mutu lab)

No	Bulan	capaian	Standar
1	Feb	98,97%	100%
2	Maret	97,97%	100%
3	Apil	100%	100%
4	Mei	100%	100%
5	Juni	98,17%	100%



Ide terpilih (Plan)	Tahap Implementasi (Do)	Study (S)	Action (A)
Mengupayakan target capaian 100%	Menulis pada buku agenda nilai kritis jika melaporkan hasil nilai kritis. Melaporkan hasil nilai kritis sesuai waktu pelaporan yang ditentukan	Capaian target bulan Juni 98,17%	Sosialisasi kepatuhan SPO. Meningkatkan kepatuhan terhadap SPO Mengupayakan dan mempertahankan standart capaian hingga 100%

- c. Angka pemahaman perawat/bidan terhadap pemberian obat high alert (e- mutu farmasi)

No	Bulan	capaian	Standar
1	April	57,45%	>90%

Kesimpulan :

Ide terpilih (Plan)	Tahap Implementasi (Do)	Study (S)	Action (A)
Mencapai angka pemahaman perawat atau bidan terhadap pemberian obat high Alert menjadi > 90%	Sosialisasi ulang untuk SOP penyimpanan dan pemberian label untuk obat high alert Supervisi tim farmasi ke ruangan	Capaian masih 57,45% dibawah standar	Memperbanyak supervisi ruangan Mengupayakan peningkatan capaian lebih tinggi atau sesuai standar > 90%

- d. Angka dilakukannya penandaan operasi dengan tanda panah di ruang anak (emutu anak dan IBS)

No	Bulan	capaian	Standar
1	Februari	-	100%
2	Maret	-	100%
3	April	-	100%
4	Mei	-	100%
5	Juni	-	100%

Keterangan :

Perhitungan indikator mutu belum dilakukan ruangan

Ide terpilih (Plan)	Tahap Implementasi (Do)	Study (S)	Action (A)
Meminta ruangan mulai melakukan pengukuran indikator mutu tersebut	Memantau Ruangan	-	-

- e. Survei kepatuhan cuci tangan dengan metode 6 langkah dan five moment diruang anak (PPI dan anak)

No	Bulan	capaian	Standar
1	Februari	100%	100%
2	Maret	100%	100%
3	April	100%	100%
4	Mei	100%	100%
5	Juni	100%	100%

Keterangan : Capaian sesuai dengan standar

- f. Angka tidak dilakukannya asesmen ulang resiko jatuh pada pasien anak(anak)

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Feb	0%	0%
2	Maret	0%	0%
3	April	0%	0%
4	Mei	0%	0%
5	Juni	0%	0%

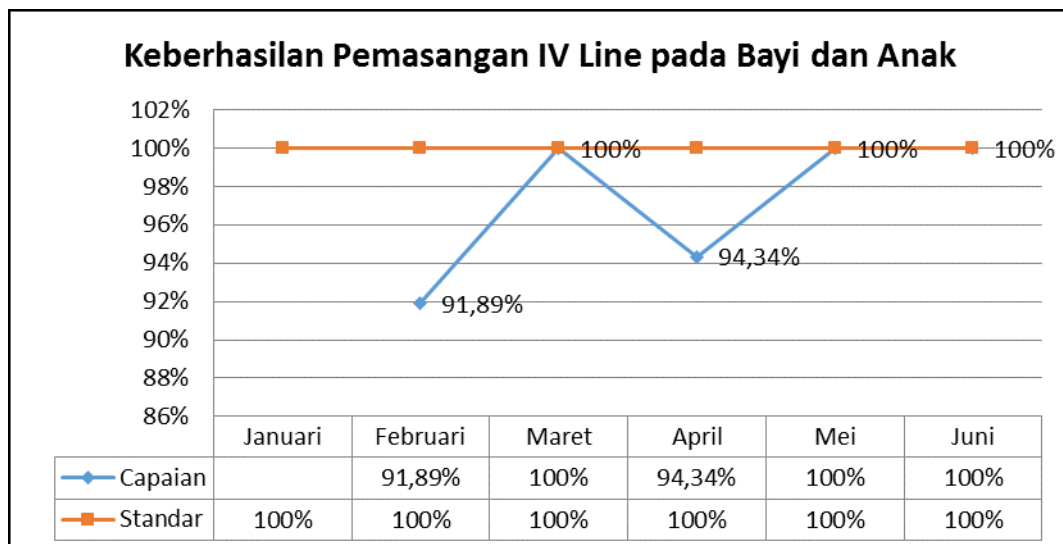
Kesimpulan : Capaian sesuai Standar

4. INDIKATOR MUTU UNIT

a. IGD

- 1) Keberhasilan pemasangan IV Line pada bayi dan anak

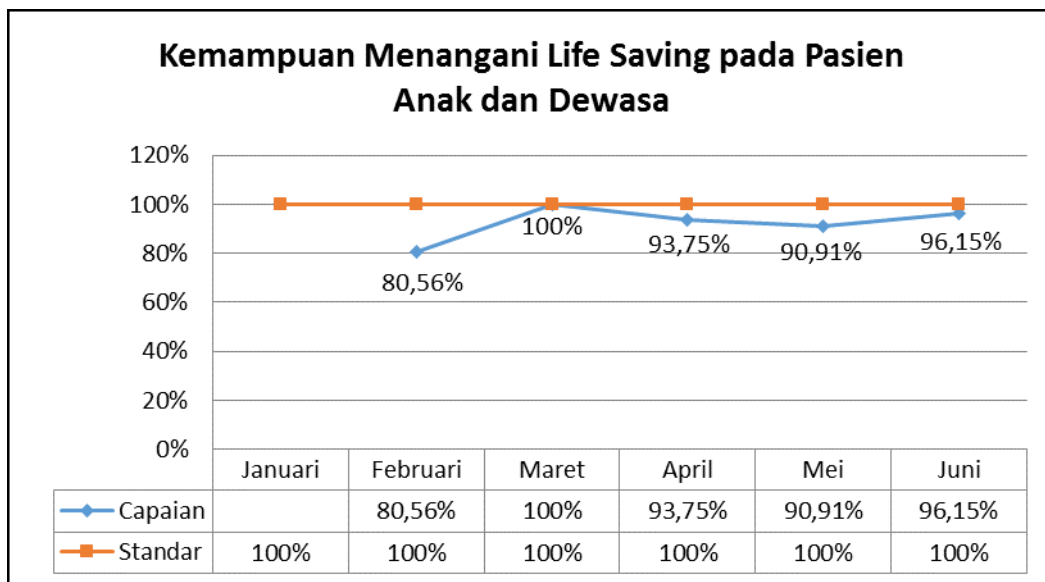
No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	-	100%
2	Februari	91,89%	100%
3	Maret	100%	100%
4	April	94,34%	100%
5	Mei	100%	100%
6	Juni	100 %	100%



Keterangan : Capaian sesuai dengan standar

2) Kemampuan menangani life saving pada pasien anak dan dewasa

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari		100%
2	Februari	80,56%	100%
3	Maret	100%	100%
4	April	93,75%	100%
5	Mei	90,91%	100%
6	Juni	96,15%	100%

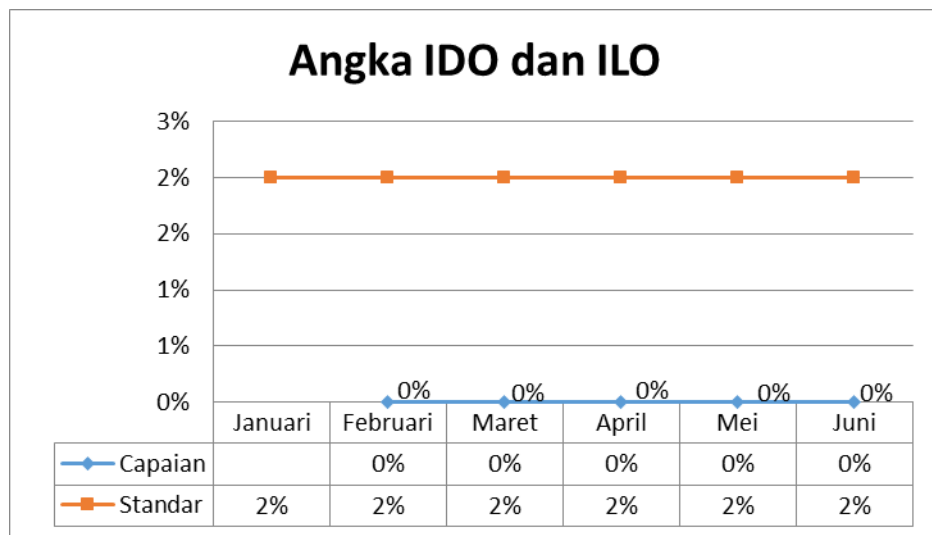


Ide terpilih (Plan)	Tahap Implementasi (Do)	Study (S)	Action (A)
Mencapai angka kemampuan menangani life saving pada pasien anak dan dewasa sebesar 100%	<ul style="list-style-type: none"> - Semua dokter dan tenaga perawat sudah terlatih ACLS dan BTCLS - Melakukan mencatat pasien yang dilakukan tindakan life saving pada buku bantu 	Angka capaian pada bulan Juni 96,15 % dimana terjadi peningkatan atau perbaikan dibandingkan dengan 3 bulan sebelumnya	<ul style="list-style-type: none"> - Mengupayakan peningkatan kemampuan penanganan life saving sampai dengan 100%

b. Rawat Jalan

1) Angka IDO dan ILO

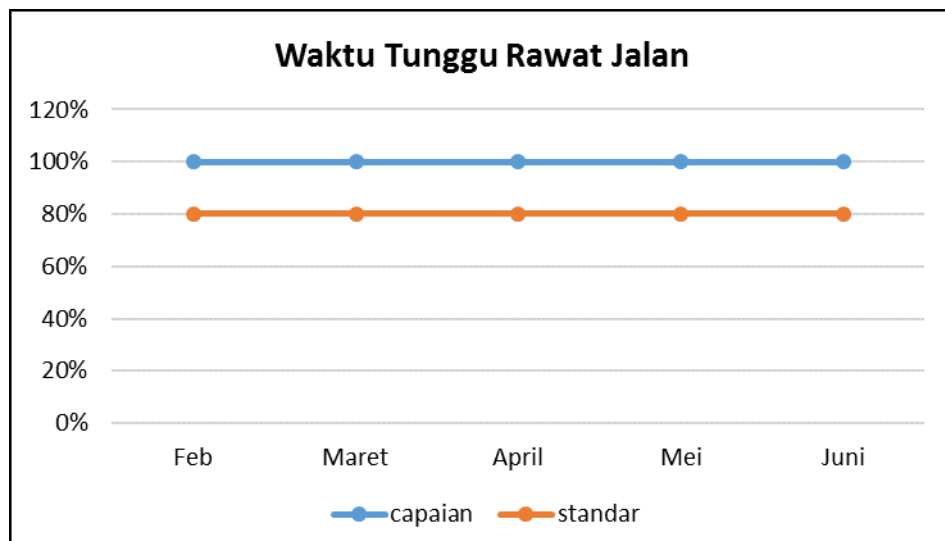
No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari		
2	Februari	0,00%	2%
3	Maret	0,00%	2%
4	April	0,00%	2%
5	Mei	0,00%	2%
6	Juni	0,00%	2%



Keterangan : capaian sesuai dengan standar

2) Angka Waktu Tunggu Rawat Jalan < 60 menit

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari		100%
2	Februari	100%	100%
3	Maret	100%	100%
4	April	100%	100%
5	Mei	100 %	100%
6	Juni	99,90%	100%



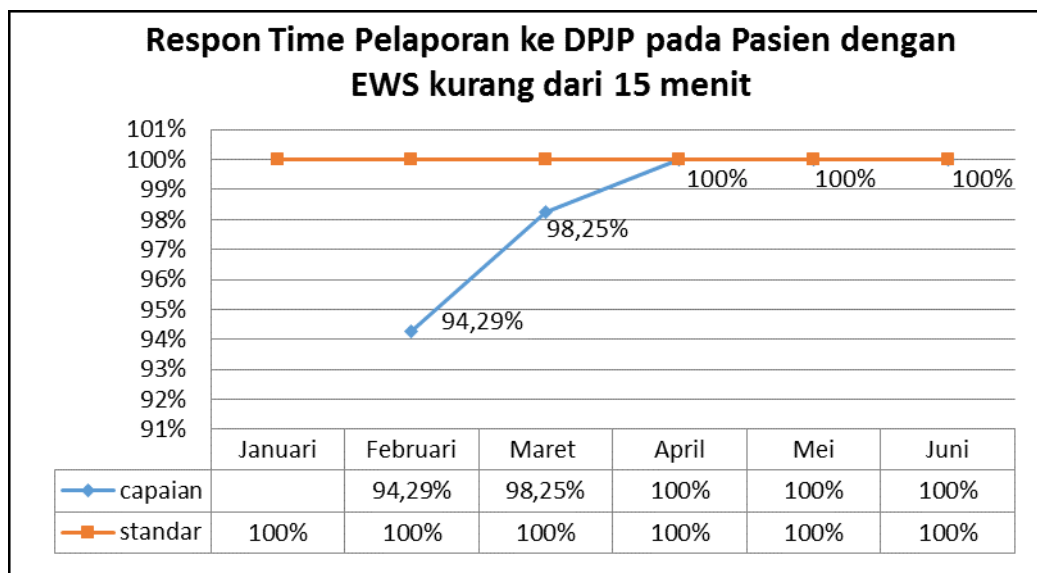
Ide terpilih (Plan)	Tahap Implementasi (Do)	Study (S)	Action (A)
Mencapai angka waktu tunggu rawat jalan 100%	- Petugas poliklinik melakukan sosialisasi terkait jam pelayanan dokter - Petugas melakukan edukasi kepada pasien agar melakukan pendaftaran melalui aplikasi BAPER	Capaian waktu tunggu rawat jalan sebesar 99,90%	Mengupayakan mempertahankan capaian menjadi 100% tetap melakukan sosialisasi jam pelayanan dokter kepada pasien terutama dokter yang melakukan tindakan operasi

c. Rawat Inap

Akar Wangi, Binahong, Brotowali , Daun Sirih, Dadap Serep, Mpu Kanwa, Mpu Panuluh, Mpu Tantular, Adas Manis

- 1) Respon time pelaporan ke DPJP pada pasien dengan EWS score orange < dari 15 menit

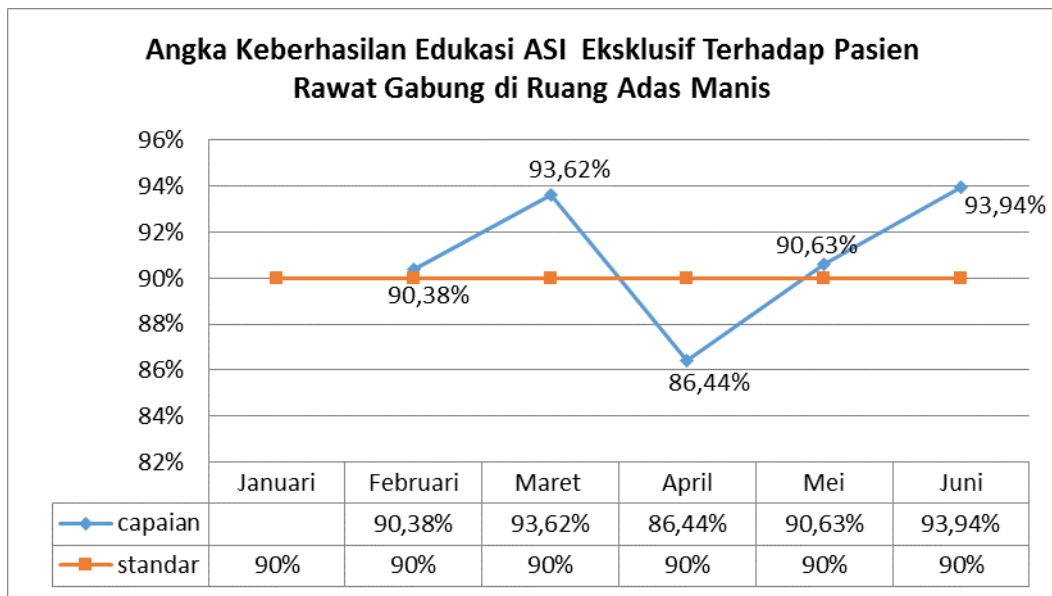
No	Bulan	capaian	Standar
1	Januari		100%
2	Februari	94,29%	100%
3	Maret	98,25%	100%
4	April	100%	100%
5	Mei	100%	100%
6	Juni	100%	100%



Keterangan : capaian sesuai dengan standar

- 2) Angka keberhasilan edukasi tentang ASI eksklusif terhadap pasien rawat gabung di ruang adas manis

No	Bulan	capaian	standar
1	Januari		90%
2	Februari	90,38%	90%
3	Maret	93,62%	90%
4	April	86,44%	90%
5	Mei	90,63%	90%
6	Juni	93,94%	90%



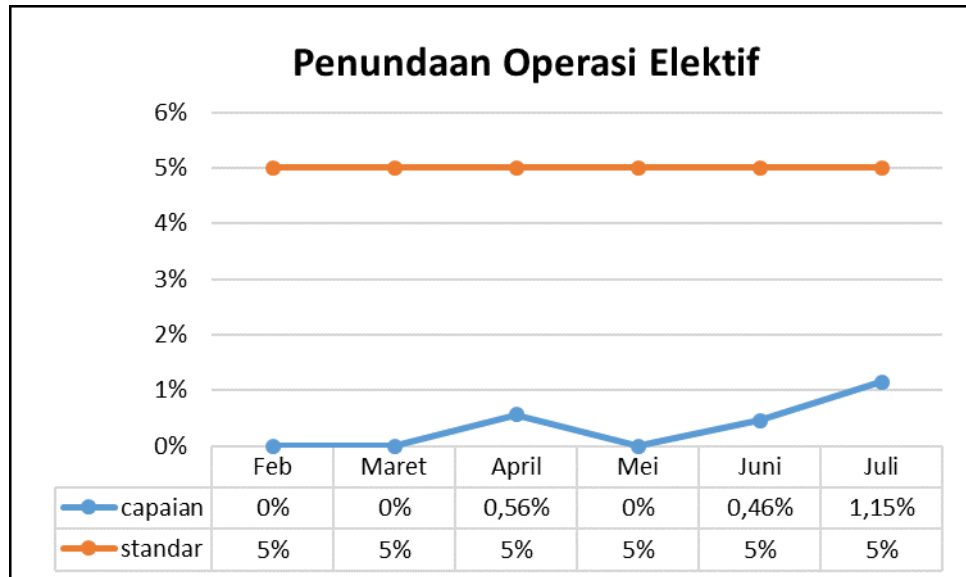
Keterangan : Capaian sesuai dengan standar dan adanya proses perbaikan

d. IBS

Bedah

- 1) Angka Penundaan Operasi Elektif

No.	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari		
2	Februari	0,00%	5%
3	Maret	0,00%	5%
4	April	0,56%	5%
5	Mei	0,00%	5%
6	Juni	0,46%	5%



Keterangan : Hasil capaian sesuai dengan standar

2) Ketidaklengkapan instrumen pasien operasi elektif

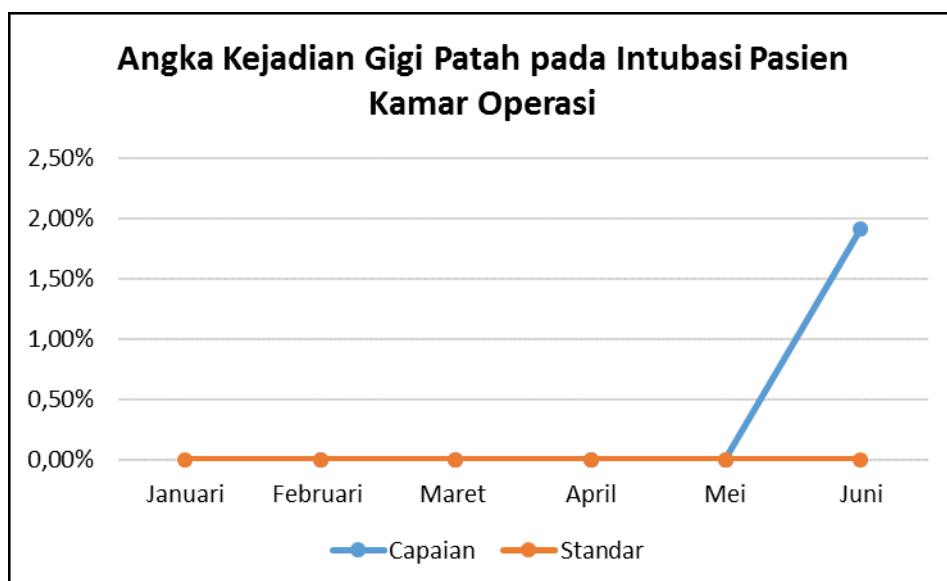
No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari		
2	Februari	0%	0%
3	Maret	0%	0%
4	April	0%	0%
5	Mei	0%	0%
6	Juni	0%	0%

Keterangan :
Capaian sesuai dengan standar

Anestesi

1) Angka kejadian gigi patah pada intubasi pasien di kamar operasi

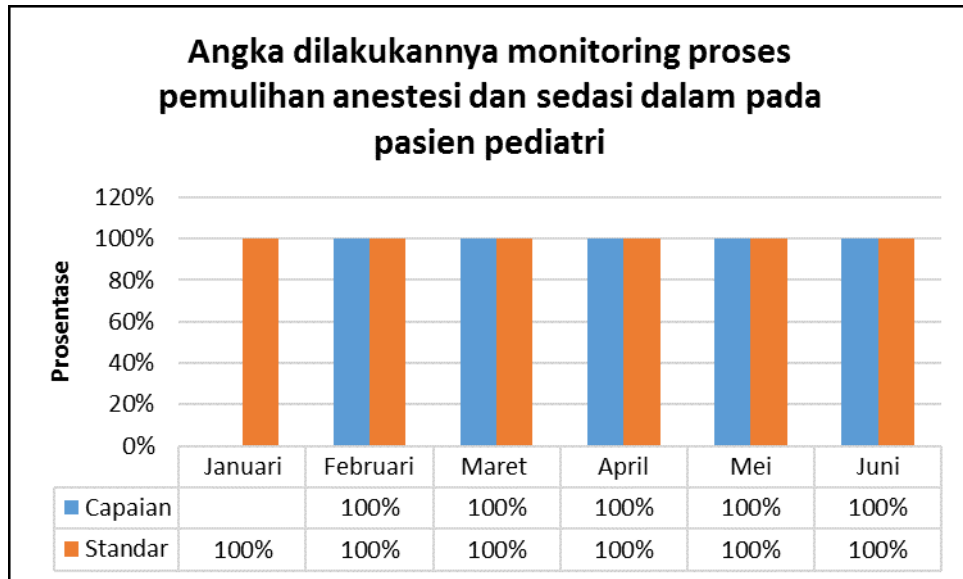
No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari		
2	Februari	0,00%	0%
3	Maret	0,00%	0%
4	April	0,00%	0%
5	Mei	0,00%	0%
6	Juni	1,92%	0%



Ide terpilih (Plan)	Tahap Implementasi (Do)	Study (S)	Action (A)
Mencapai angka kejadian gigi patah pada intubasi pasien sebesar 0%	- Mengusulkan pembelian video laringoskopi terhadap tindakan intubasi - Mengingatkan petugas atau dokter untuk proses kehati-hatian	Bulan juni ada insiden gigi patah selama tindakan operasi sebesar 1,92 %	Mengupayakan mencapai target 0%

2) Angka dilakukannya monitoring proses pemulihan anestesi dan sedasi dalam pada pasien pediatri

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari		100%
2	Februari	0%	100%
3	Maret	100%	100%
4	April	100%	100%
5	Mei	100%	100%
6	Juni	100 %	100%



e. Instalasi Rawat Intensif (ICU)

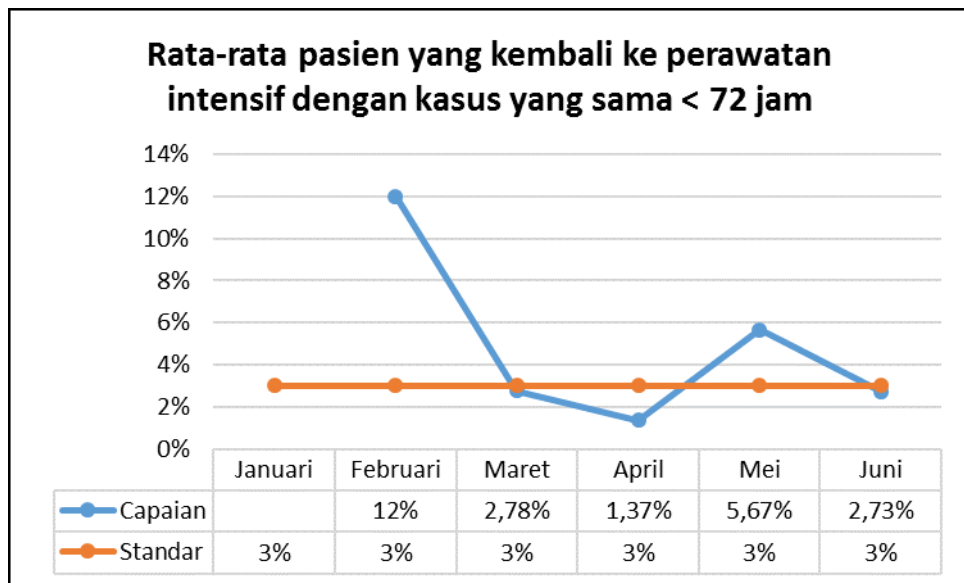
- 1) Ketidak berhasilan penanganan pasien yang dirawat di ICU dengan nilai score sofa kurang dari 9 dalam waktu kurang dari 48 jam menggunakan SOFA (SEQUENTIAL ORGAN FAILURE ASESSMENT) SCORE

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari		
2	Februari	0%	0%
3	Maret	0%	0%
4	April	0%	0%
5	Mei	0%	0%
6	Juni	0%	0%

Keterangan : Capaian sesuai dengan standar

- 2) Rata rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama <72 jam

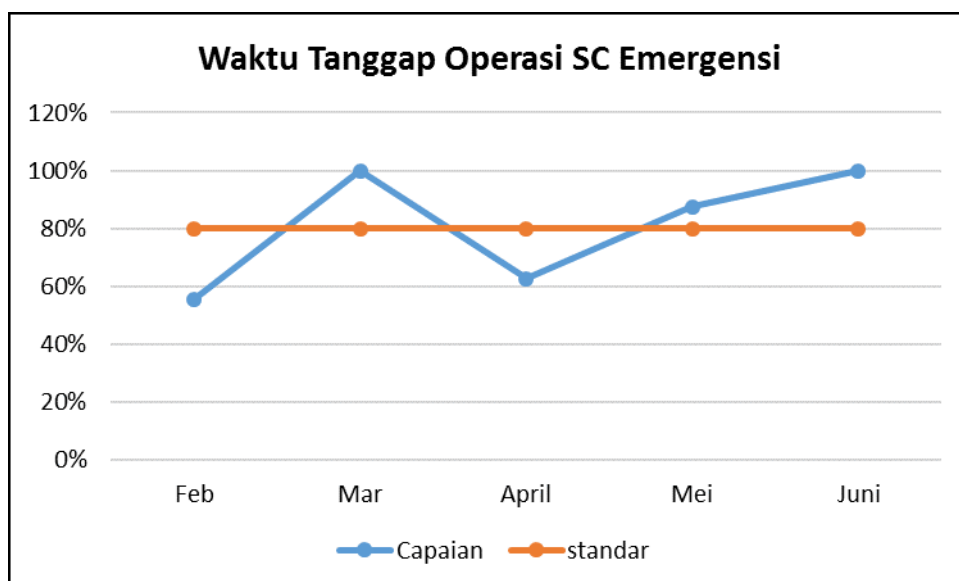
No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari		3%
2	Februari	12%	3%
3	Maret	2,78%	3%
4	April	1,37%	3%
5	Mei	5,67%	3%
6	Juni	2,73%	3%



Ide terpilih (Plan)	Tahap Implementasi (Do)	Study (S)	Action (A)
Capaian Rata rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama <72 jam	Pasien dengan kasus kompleks dan usia lanjut dipindahkan ke ruangan yang lebih mudah dalam pemantaua yaitu ruangan HCU yang dekat dengan akses petugas Menyaampaikan data selengkap mungkin terkait data dan konsidi pasien saat dilakukan operan dengan bangsal	Capaian Bulan Juni 2,75 % sesuai dengan standar	Mengupayakan pencapaian sesuai dengan standar < 3 %

f. Instalasi Maternal Perinatal PONEK

No	Bulan	Capaian	standar
1	Feb	55,56%	≥80%
2	Maret	100%	≥80%
3	April	62,50%	≥80%
4	Mei	87,50%	≥80%
5	Juni	100%	≥80%

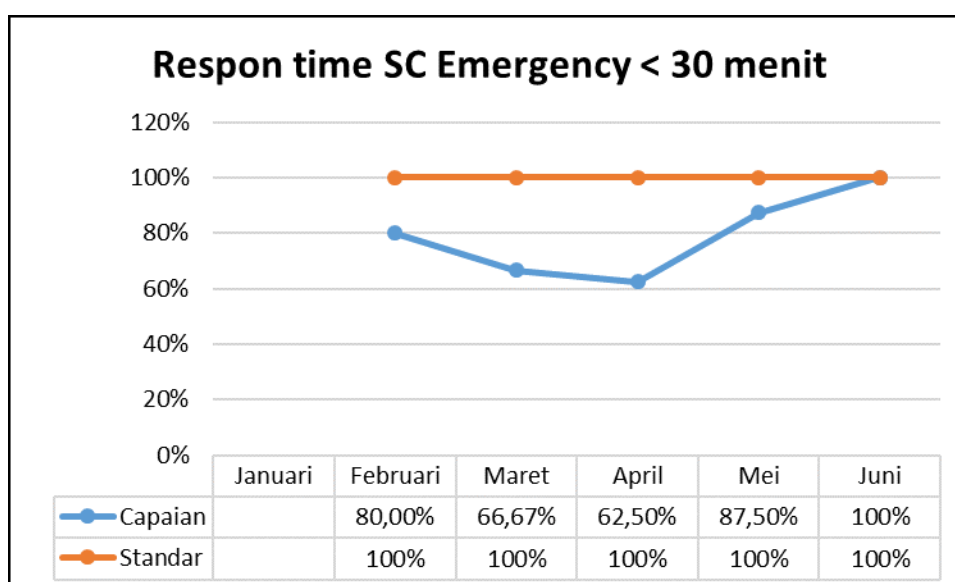


Keterangan : capaian sudah memenuhi standar, adanya proses perbaikan

Kamar Bersalin

1) Waktu tanggap operasi SC *emergency* <30 menit

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari		
2	Februari	55,56%	100%
3	Maret	100%	100%
4	April	62,50%	100%
5	Mei	87,50%	100%
6	Juni	100%	100%



Keterangan : capaian sesuai dengan standar, adanya proses Perbaikan

2) Angka Kematian Ibu Persalinan karena Pre-Eklamsia/Eklamsia

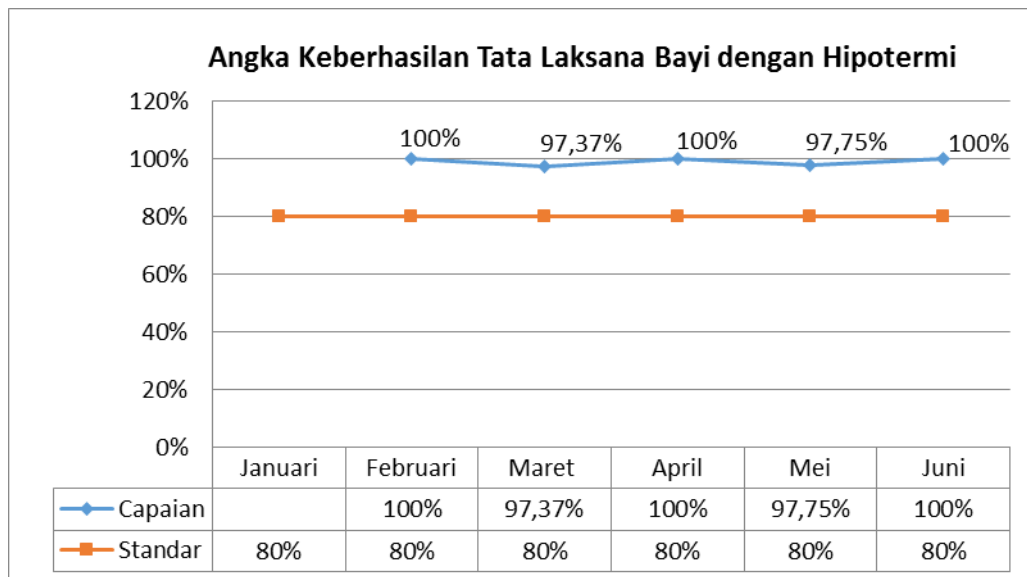
No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari		
2	Februari	0	0
3	Maret	0	0
4	April	0	0
5	Mei	0	0
6	Juni	0	0

Keterangan : Capaian sesuai dengan standar

Perinatologi

1) Angka Keberhasilan tatalaksana bayi datang dengan hipotermi

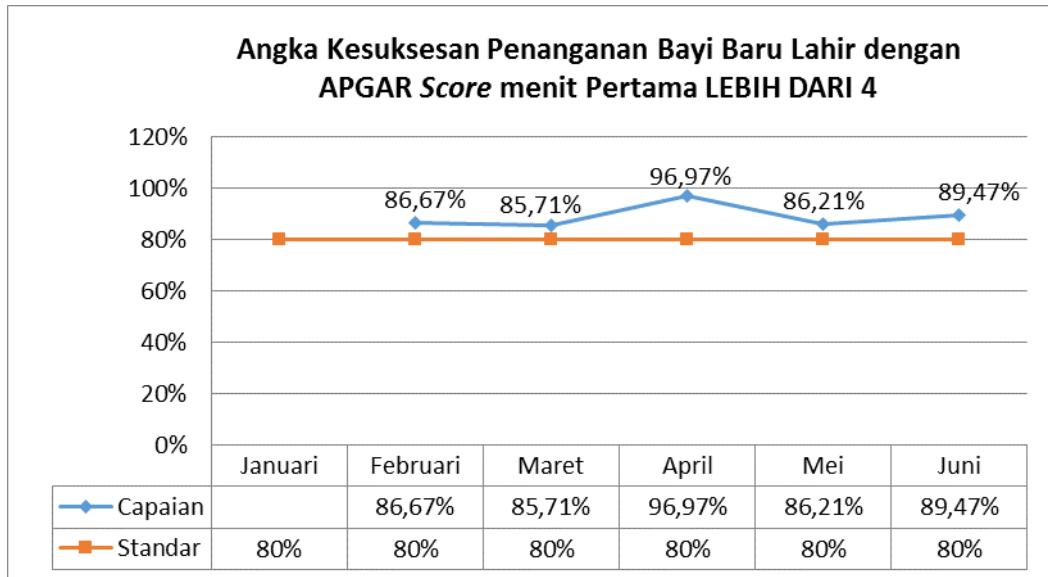
No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari		>80%
2	Februari	100%	>80%
3	Maret	97,37%	>80%
4	April	100%	>80%
5	Mei	97,75%	>80%
6	Juni	100%	>80%



Keterangan : Capaian sesuai dengan standar

2) Angka Kesuksesan penanganan bayi baru lahir dengan APGAR Score menit pertama lebih dari 4.

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari		
2	Februari	86,67%	>80%
3	Maret	85,71%	>80%
4	April	96,97%	>80%
5	Mei	86,21%	>80%
6	Juni	89,47%	>80%

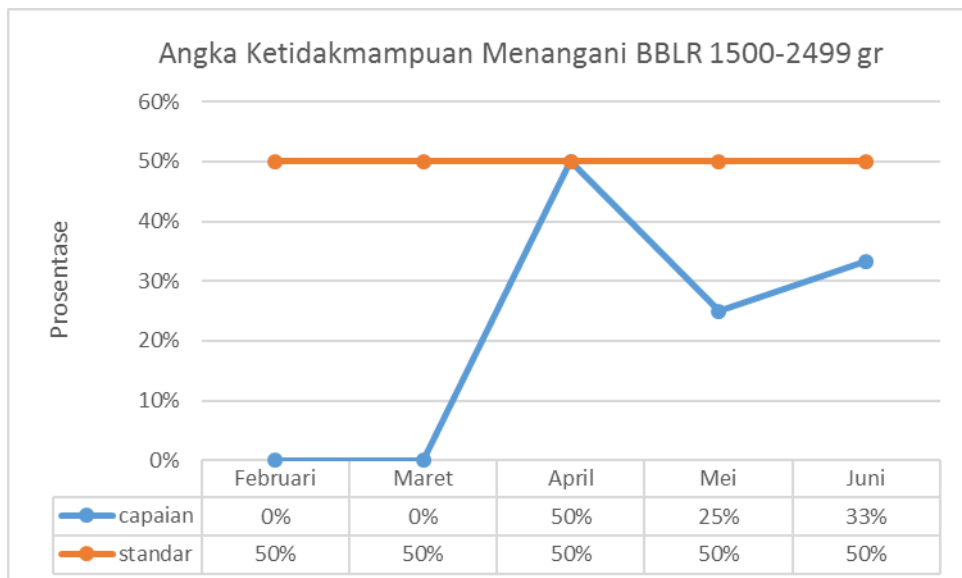


Keterangan : Capaian sesuai dengan standar

PICU NICU

1) Angka ketidakmampuan menangani BBLR 1500-2499 gr

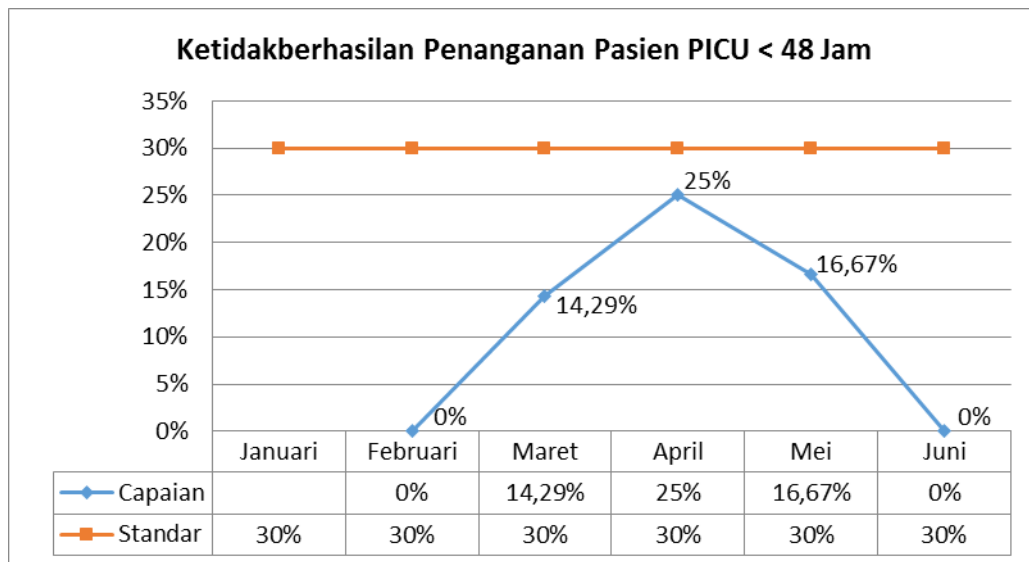
No	Bulan	capaian	standar
1	Februari	0 %	<50%
2	Maret	0 %	<50%
3	April	50%	<50%
4	Mei	25%	<50%
5	Juni	33,33%	<50%



Ide terpilih (Plan)	Tahap Implementasi (Do)	Study (S)	Action (A)
Mencapai angka ketidakmampuan menangani BBLR 1500-2499 gram < 50%	<ul style="list-style-type: none"> - Menambah sarana dan prasarana yang mendukung - pelatihan kepada petugas yang melakukan penanganan 	Angka ketidakmampuan menangani BBLR 1500-2499 gram pada bulan Juni sudah sesuai dengan standar yaitu 33 %	Mempertahankan pencapaian angka ketidakmampuan menangani BBLR 1500-2499 gram sesuai standar < 50%

2) Ketidakberhasilan Penanganan Pasien PICU < 48 Jam

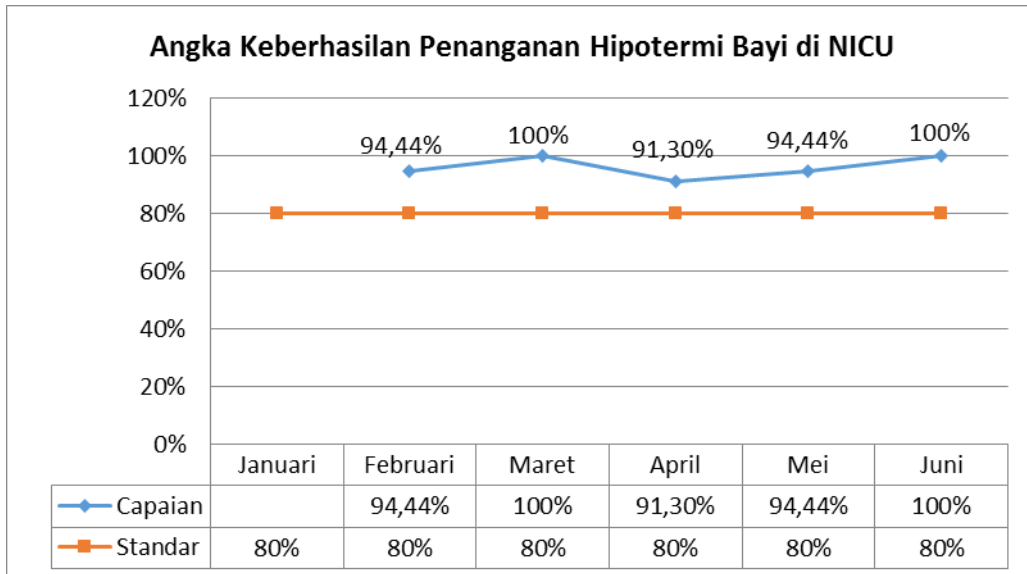
No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari		<30%
2	Februari	0,00%	<30%
3	Maret	14,29%	<30%
4	April	25,00%	<30%
5	Mei	16,67%	<30%
6	Juni	0,00%	<30%



Keterangan : Capaian sesuai dengan standar

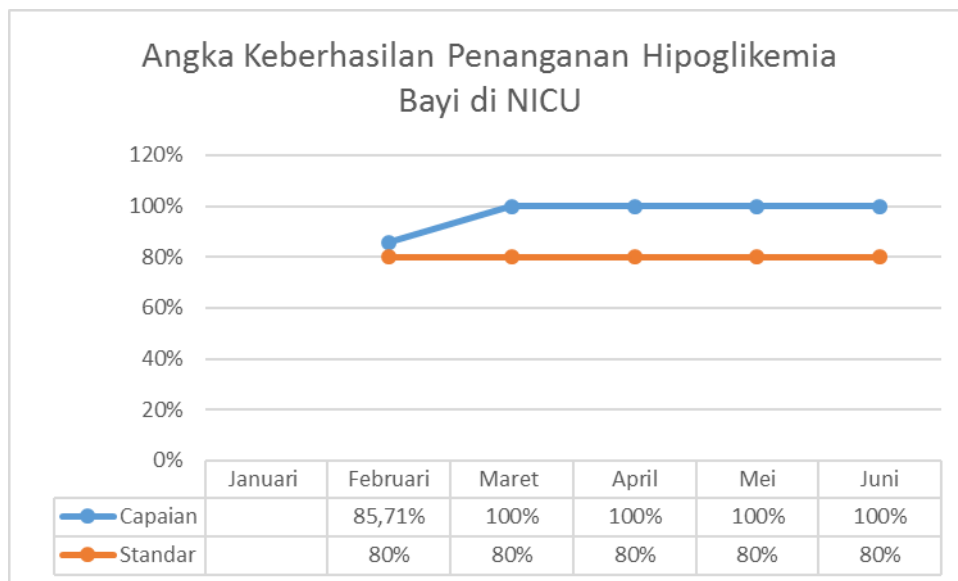
3) Angka keberhasilan penanganan hipotermi bayi di NICU

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari		>80%
2	Februari	94,44%	>80%
3	Maret	100%	>80%
4	April	91,30%	>80%
5	Mei	94,44%	>80%
6	Juni	100%	>80%



4) Angka Keberhasilan penanganan hipoglikemia bayi di NICU.

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari		>80%
2	Februari	85,71%	>80%
3	Maret	100%	>80%
4	April	100%	>80%
5	Mei	100%	>80%
6	Juni	100%	>80%

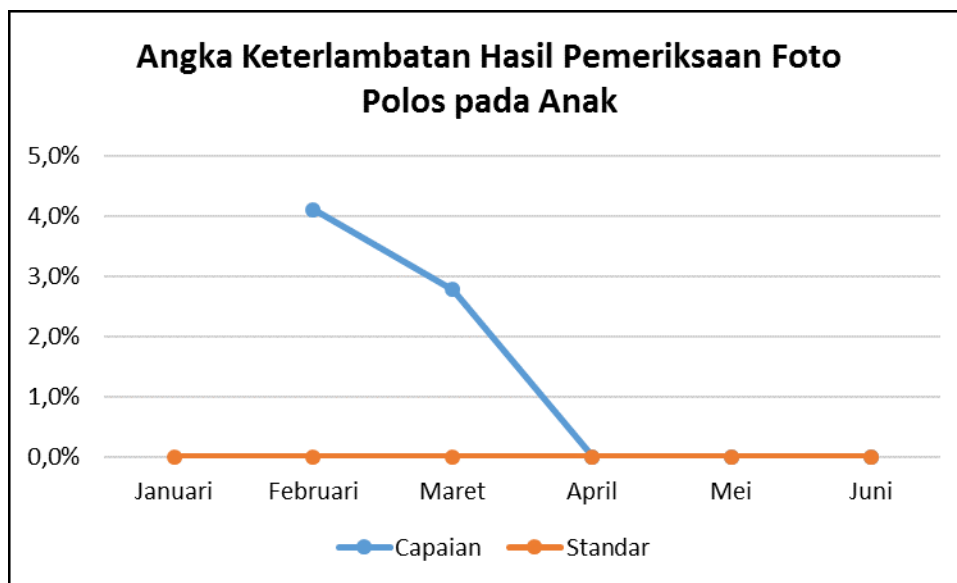


Keterangan : Capaian sudah sesuai dengan standar

g. Instalasi Radiologi

1) Angka keterlambatan hasil pemeriksaan hasil foto polos pada anak

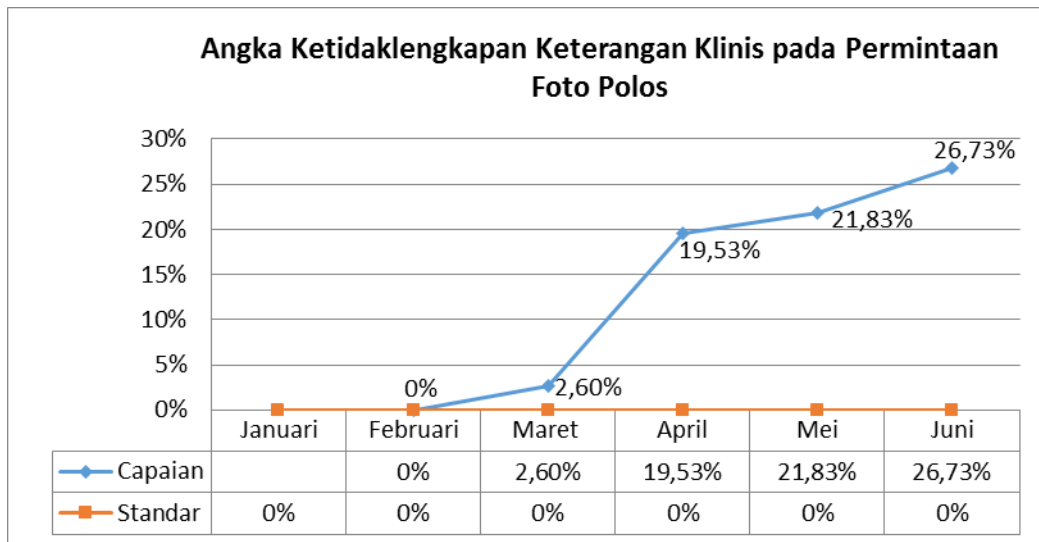
No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari		0%
2	Februari	4,11%	0%
3	Maret	2,78%	0%
4	April	0,00%	0%
5	Mei	0,00%	0%
6	Juni	0,00%	0%



Keterangan : Capaian sudah sesuai dengan standar

2) Angka ketidaklengkapan keterangan klinis pada permintaan foto polos

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari		0%
2	Februari	0,00%	0%
3	Maret	2,60%	0%
4	April	19,53%	0%
5	Mei	21,83%	0%
6	Juni	26,73%	0%

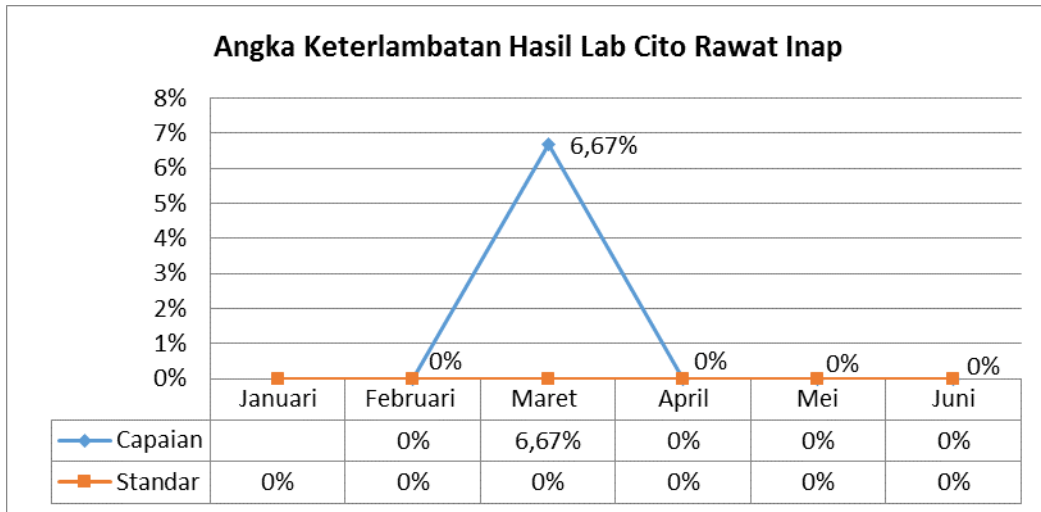


Ide terpilih (Plan)	Tahap Implementasi (Do)	Study (S)	Action (A)
Mengupayakan semua keterangan klinis dilakukan input di ERM	Menghubungi Instalasi Rawat Jalan, Rawat Inap dan IGD yang belum melakukan input keterangan klinis	Capaian Target pada bulan Juni adalah 26,73%	Melakukan koordinasi dengan bagian IT

h. Instalasi laboratorium

1) Angka keterlambatan hasil lab cito rawat inap

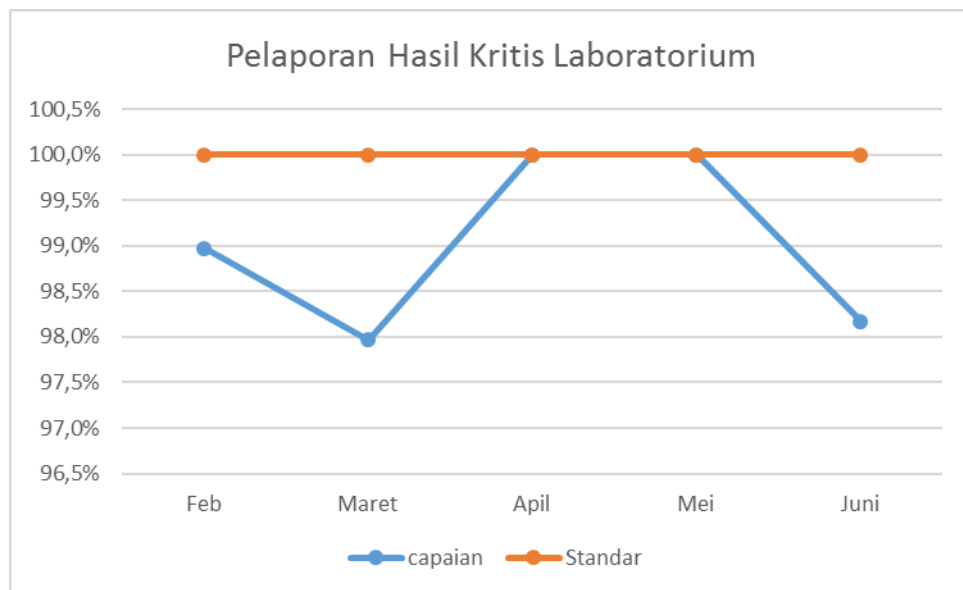
No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari		0%
2	Februari	0,00%	0%
3	Maret	6,67%	0%
4	April	0,00%	0%
5	Mei	0,00%	0%
6	Juni	0,00%	0%



Keterangan : Capaian sudah sesuai dengan standar

2) Angka keterlambatan pelaporan hasil kritis pemeriksaan laboratorium

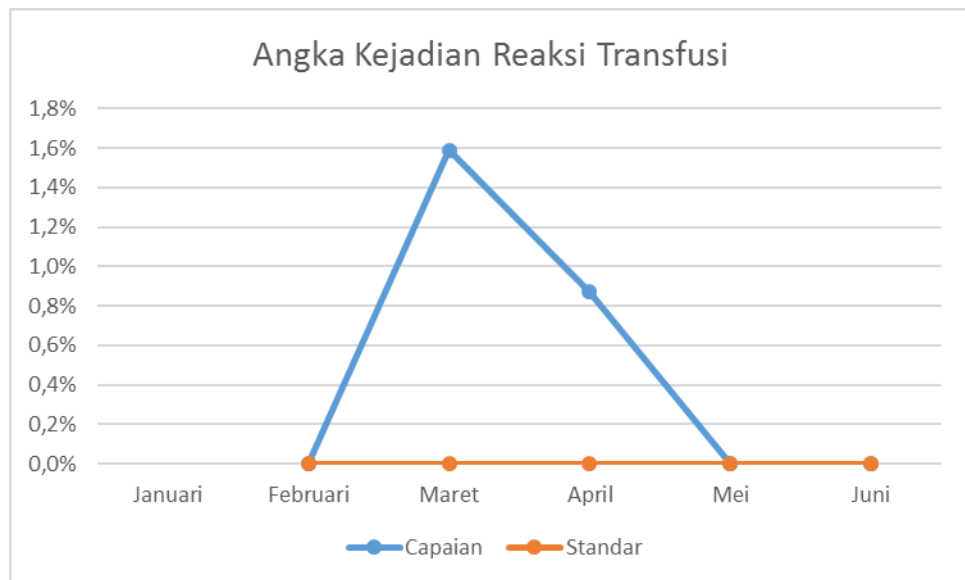
No	Bulan	capaian	Standar
1	Feb	98,97%	100%
2	Maret	97,97%	100%
3	April	100%	100%
4	Mei	100%	100%
5	Juni	98,17%	100%



Ide terpilih (Plan)	Tahap Implementasi (Do)	Study (S)	Action (A)
Mengupayakan target capaian 100%	Menulis pada buku agenda nilai kritis jika melaporkan hasil nilai kritis. Melaporkan hasil nilai kritis sesuai waktu pelaporan yang ditentukan	Capaian target bulan Juni 98,17%	Sosialisasi kepatuhan SPO. Meningkatkan kepatuhan terhadap SPO Mengupayakan dan mempertahankan standart capaian hingga 100%

3) Angka kejadian reaksi transfusi

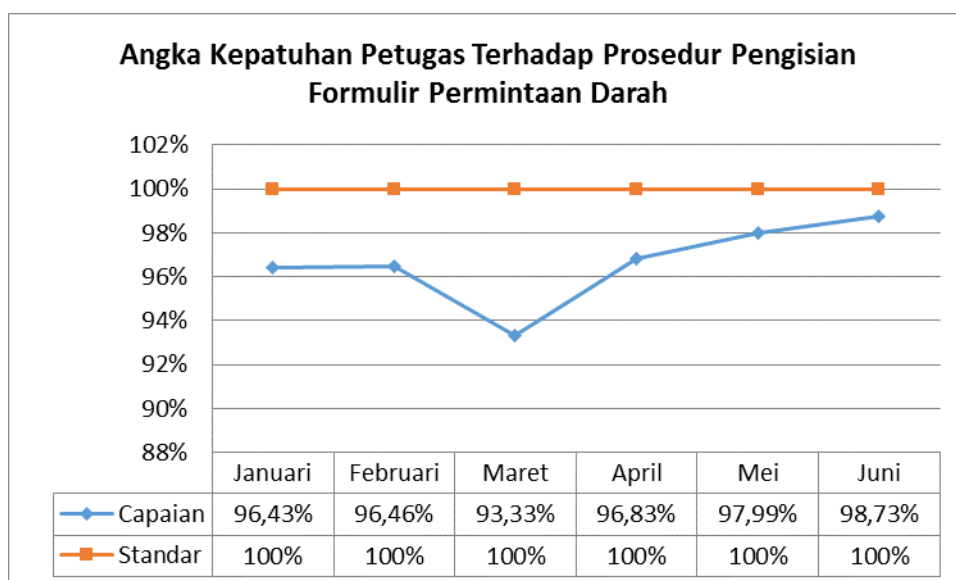
No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari		
2	Februari	0,00%	0%
3	Maret	1,59%	0%
4	April	0,87%	0%
5	Mei	0,00%	0%
6	Juni	0,00%	0%



Keterangan : Capaian sudah sesuai dengan target Pelayanan

4) Angka kepatuhan petugas terhadap prosedur identifikasi formulir permintaan darah di BDRS rawat inap

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	96,43%	100%
2	Februari	96,46%	100%
3	Maret	93,33%	100%
4	April	96,83%	100%
5	Mei	97,99%	100%
6	Juni	98,73%	100%



Ide terpilih (Plan)	Tahap Implementasi (Do)	Study (S)	Action (A)
Mengupayakan target tercapai 100%	Konfirmasi dengan perawat bangsal jika menemukan ERM tidak lengkap Sosialisasi SPO dengan teman sejawat Perawat ruangn diminta melengkapi ERM	Capaian Target bulan Juni 2022 98,73 %	Mempertahankan dan meningkatkan standar capaian hingga 100% Meningkatkan kepatuhan terkait SPO

i. Instalasi Farmasi

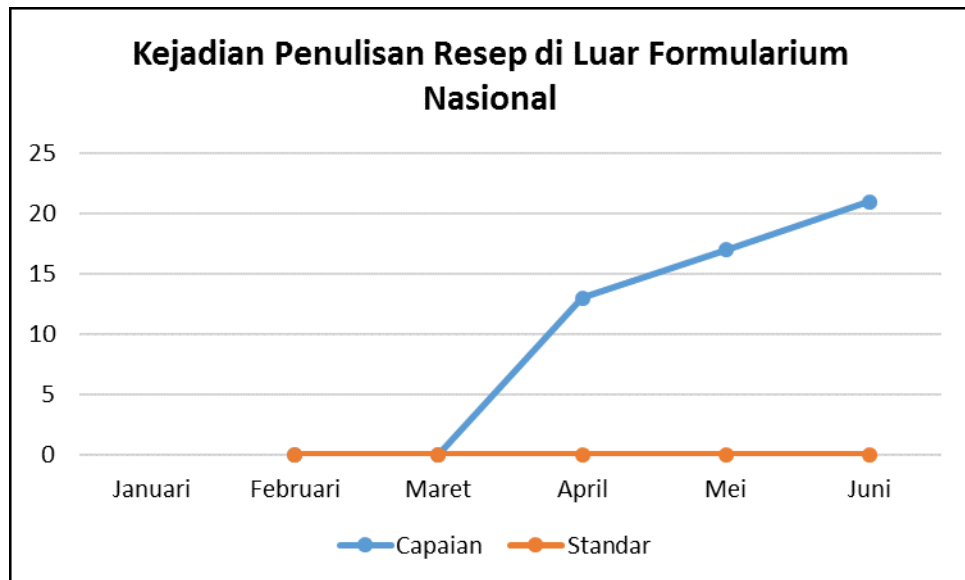
1) Kejadian kesalahan pemberian obat di rawat inap

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari		0%
2	Februari	0%	0%
3	Maret	0%	0%
4	April	0%	0%
5	Mei	0%	0%
6	Juni	0%	0%

Keterangan : Capaian sesuai dengan standar

2) Kejadian Penulisan Resep diluar Formularium Nasional

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari		
2	Februari	0	0
3	Maret	0	0
4	April	13	0
5	Mei	17	0
6	Juni	21	0

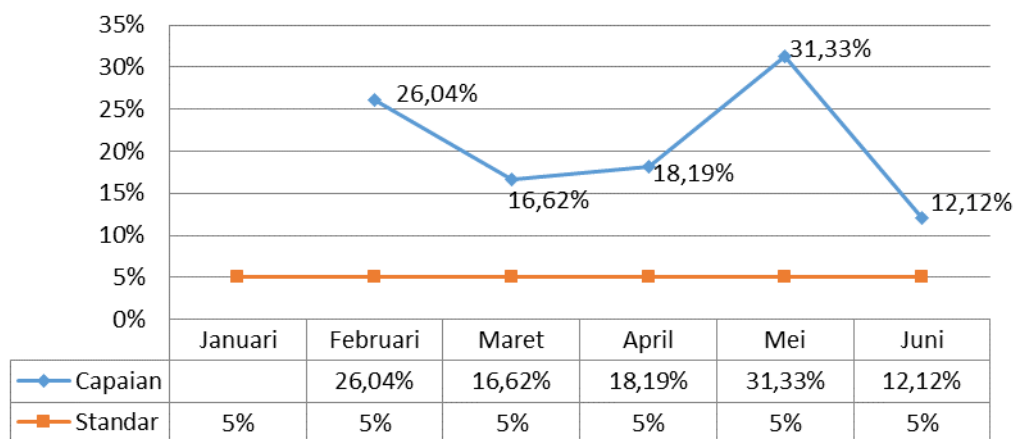


Ide terpilih (Plan)	Tahap Implementasi (Do)	Study (S)	Action (A)
Mengupayakan capaian target 0 kejadian	Memahami isian fornasi dan obat dengan kelas terapi sama sebagai usulan substitusi	Capaian target sampai dengan Bulan Juni 2022 mencapai 0 kejadian	Komunikasi ke dokter penulis resep setiap ada penulisan obat diluar Fornasi untuk pasien JKN untuk dilakukan distribusi

3) Angka Keterlambatan Pelayanan Obat Jadi di Rawat Jalan

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari		<5%
2	Februari	26,04%	<5%
3	Maret	16,62%	<5%
4	April	18,19%	<5%
5	Mei	31,33%	<5%
6	Juni	12,12%	<5%

Angka Keterlambatan Pelayanan Obat Jadi di Rawat Jalan



Ide terpilih (Plan)	Tahap Implementasi (Do)	Study (S)	Action (A)
Mengupayakan capaian target < 5 %	<ul style="list-style-type: none"> -Usulan nomor antrian obat tertera di dalam surat kontrol -Usulan ada pencegahan pada sistem ERM, bila E resep belum valid maka SOAP tidak bisa di valid (warning system) 	Capaian target sampai bulan Juni 2022 adalah < 5 %	<ul style="list-style-type: none"> - Komunikasi dengan dokter dan diingatkan di grup trail ERM - Komunikasi dengan IT dan vendor untuk dilakukan perbaikan

4) Angka pemahaman perawat/bidan terhadap pemberian obat *high alert*

No.	Bulan	Capaian	Standar
1	April	57,45%	>90%

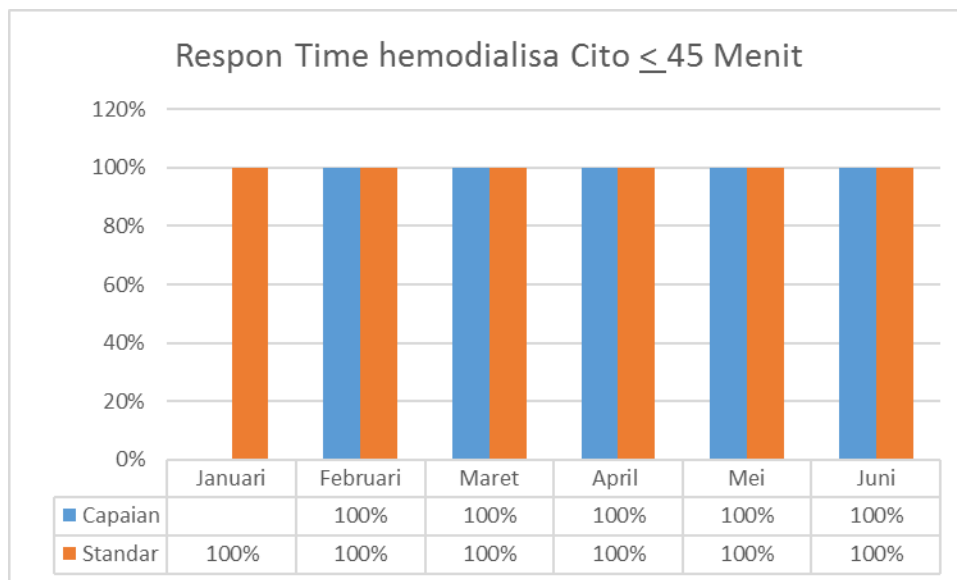
Keterangan : Capaian belum sesuai dengan standar

Ide terpilih (Plan)	Tahap Implementasi (Do)	Study (S)	Action (A)
Mengupayakan capaian target angka pemahaman perawat/bidan terhadap pemberian obat high alert adalah > 90%	Mencetak daftar high alert dan LASA untuk dibagikan ke semua ruangan	Capaian target sampai dengan bulan Juni 2022 mencapai 90%	Sosialisasi ke ruang perawatan serta melakukan pemberitahuan ulang bhawa panduan high alert ada di intranet dan bisa di akses sewaktu waktu

J. Instalasi Hemodialisa

1) Respon Time / Waktu Tanggap Hemodialisa Cito \leq 45 menit

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari		
2	Februari	100%	100%
3	Maret	100%	100%
4	April	100%	100%
5	Mei	100%	100%
6	Juni	100%	100%

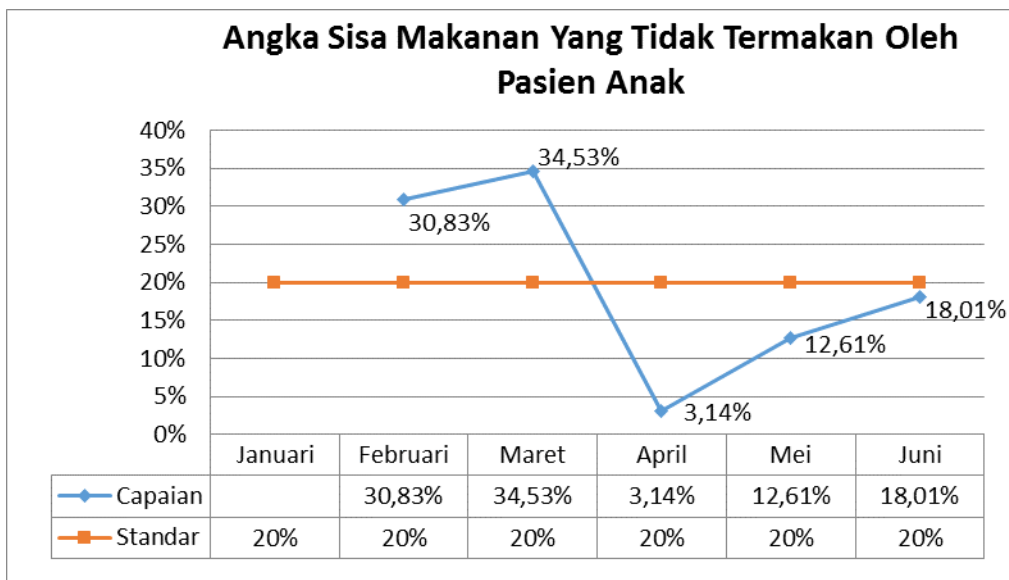


Keterangan : Capaian sesuai dengan standar

k. Instalasi Gizi

1) Angka sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien anak

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari		<20%
2	Februari	30,83%	<20%
3	Maret	34,53%	<20%
4	April	3,14%	<20%
5	Mei	12,61%	<20%
6	Juni	18,01%	<20%

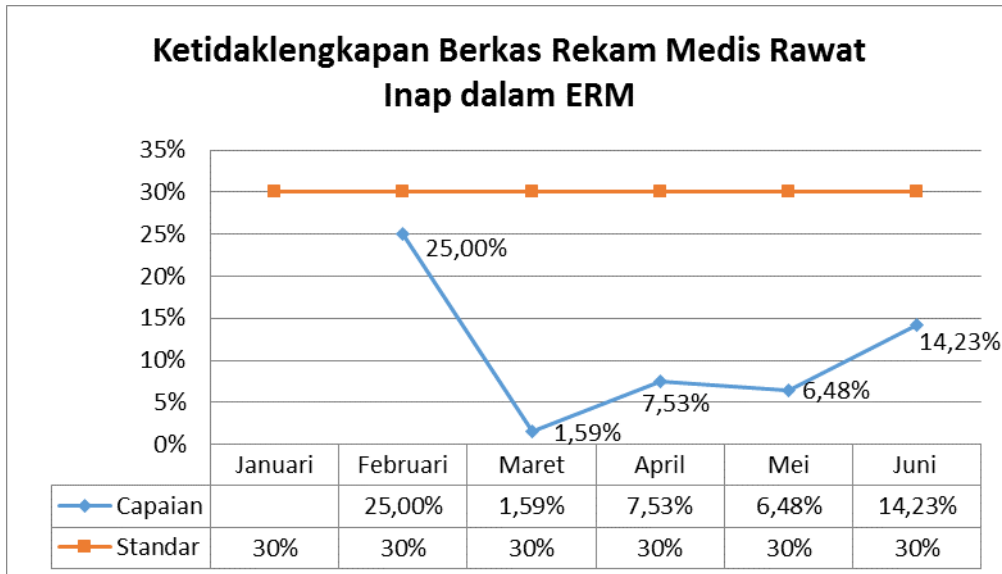


Keterangan : Capaian sesuai dengan standar

1. Instalasi Rekam Medis

Ketidaklengkapan Berkas Rekam Medis Rawat Inap dalam ERM

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari		
2	Februari	25,00%	<30%
3	Maret	1,59%	<30%
4	April	7,53%	<30%
5	Mei	6,48%	<30%
6	Juni	14,23%	<30%

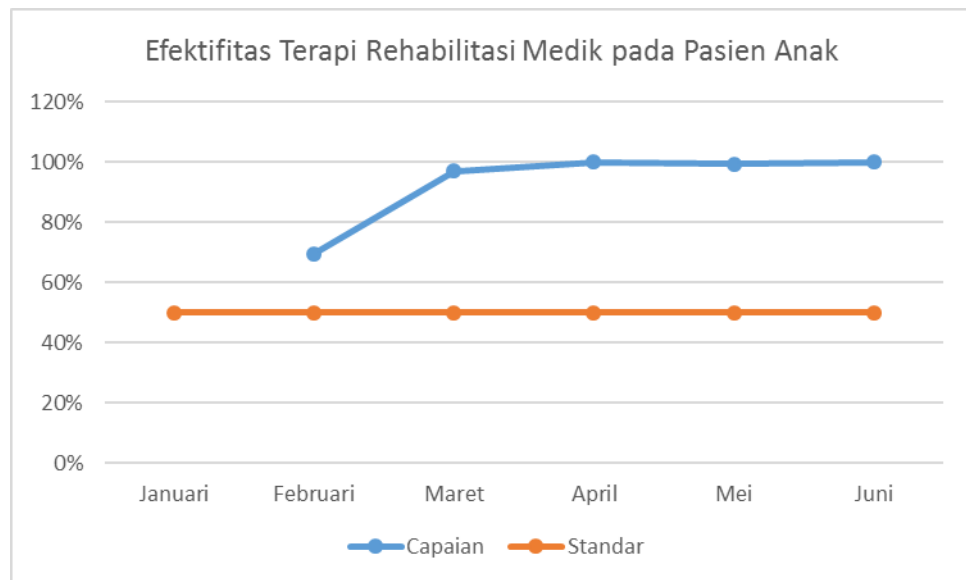


Keterangan : Capaian sesuai dengan standar

m. Instalasi Rehab Medik

Efektifitas Terapi Rehabilitasi Medik pada Pasien Anak

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari		
2	Februari	69,57%	50%
3	Maret	97,02%	50%
4	April	100%	50%
5	Mei	99,40%	50%
6	Juni	100%	50%

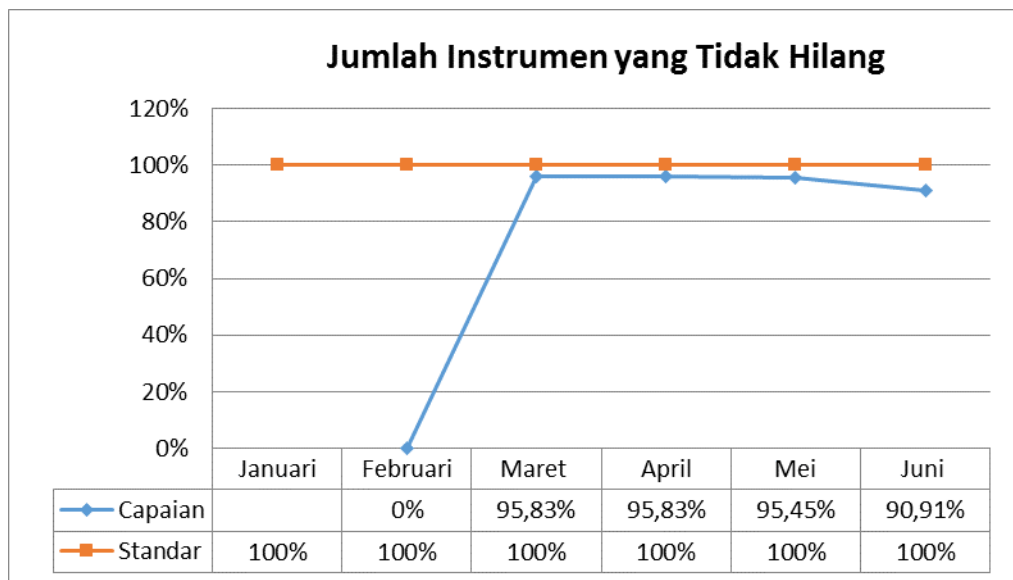


Keterangan : Capaian sesuai dengan standar

**n. Instalasi CSSD Laundry
CSSD**

Jumlah Instrumen yang Tidak Hilang

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari		100%
2	Februari	0,00%	100%
3	Maret	95,83%	100%
4	April	95,83%	100%
5	Mei	95,45%	100%
6	Juni	90,91%	100%

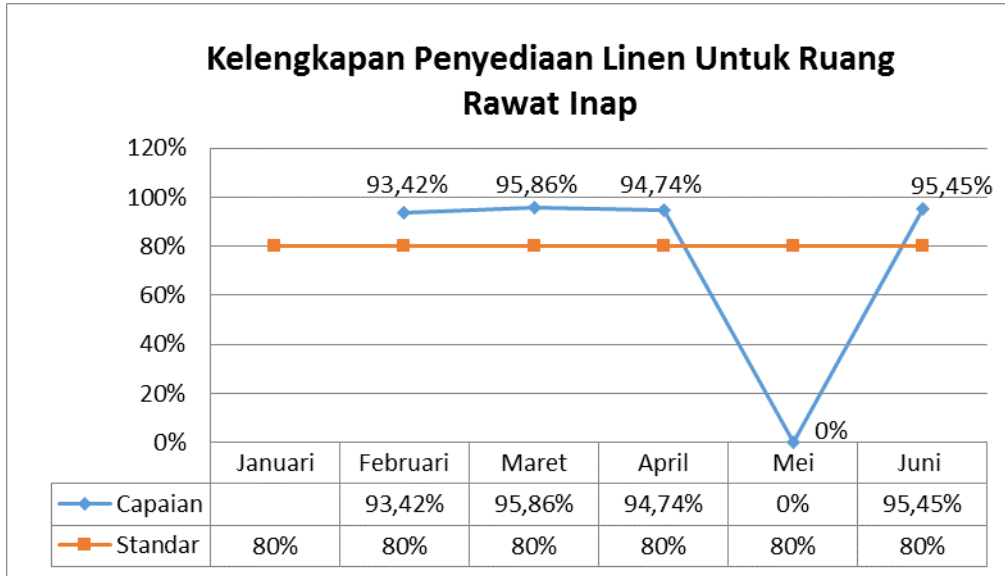


Ide terpilih (Plan)	Tahap Implementasi (Do)	Study (S)	Action (A)
<ul style="list-style-type: none"> - Administrasi alat instrumen 1 pintu - Mengajukan alat instrumen untuk memenuhi jumlah instrumen yang dibutuhkan - Setiap menggunakan alat harus ada laporan nama pengguna, waktu, dan jenis tindakan 	<ul style="list-style-type: none"> - Koordinasi dengan penunjang pelayanan untuk pengadaan alat - Koordinasi dengan pelayanan terkait pengadmi nistrasian alat yang terfokus 	<p>Melengkapi pencatatan terkait alat instrumen yang ada dan keluar masuknya alat instrumen</p>	<p>Koordinasi dengan pihak penunjaang pelayanan dan pengadaan sapras</p> <p>Koordinasi dengan pelayanan dan unit terkait</p>

Loundry

Kelengkapan penyediaan linen untuk ruang rawat inap

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari		>80%
2	Februari	93,42%	>80%
3	Maret	95,86%	>80%
4	April	94,74%	>80%
5	Mei	0,00%	>80%
6	Juni	95,45%	>80%

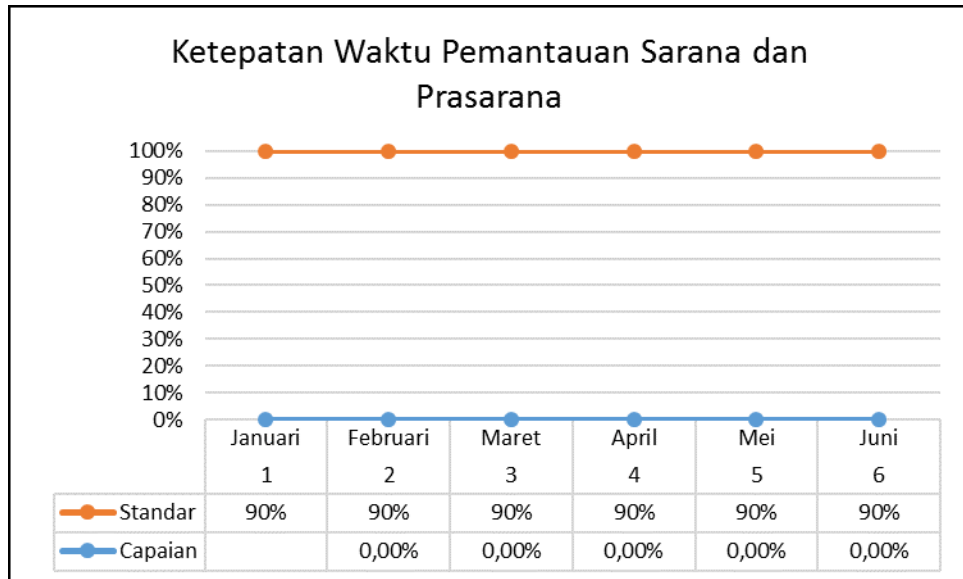


Keterangan : Capaian sesuai dengan standar, pada bulan Mei terjadi kekosongan pengisian data karena ada mutasi petugas

o. IPSRS

1) Ketepatan Waktu Pemantauan Sarana dan Prasarana

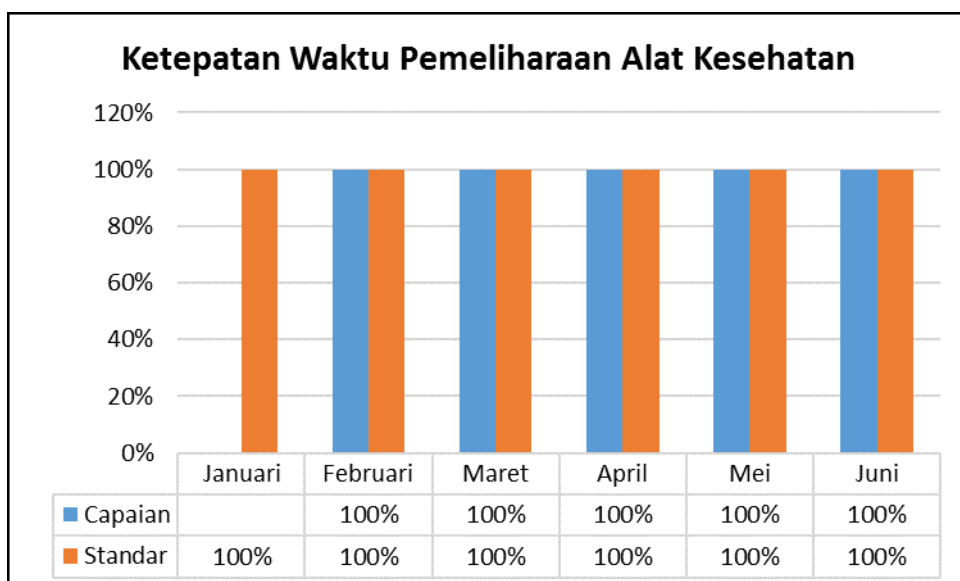
No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari		90%
2	Februari	0,00%	90%
3	Maret	0,00%	90%
4	April	0,00%	90%
5	Mei	0,00%	90%
6	Juni	0,00%	90%



Ide terpilih (Plan)	Tahap Implementasi (Do)	Study (S)	Action (A)
Penetapan Petugas Pemantauan Saprass	Proses pembuatan form pemeliharaan yang ringkas dengan melakukan pemantauan ke seluruh area rumah sakit	Pengajuan dan penetapan petugas	Petugas sudah melakukan pemantauan disertai laporan analisa

2) Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat Kesehatan

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari		
2	Februari	100%	100%
3	Maret	100%	100%
4	April	100%	100%
5	Mei	100%	100%
6	Juni	100%	100%

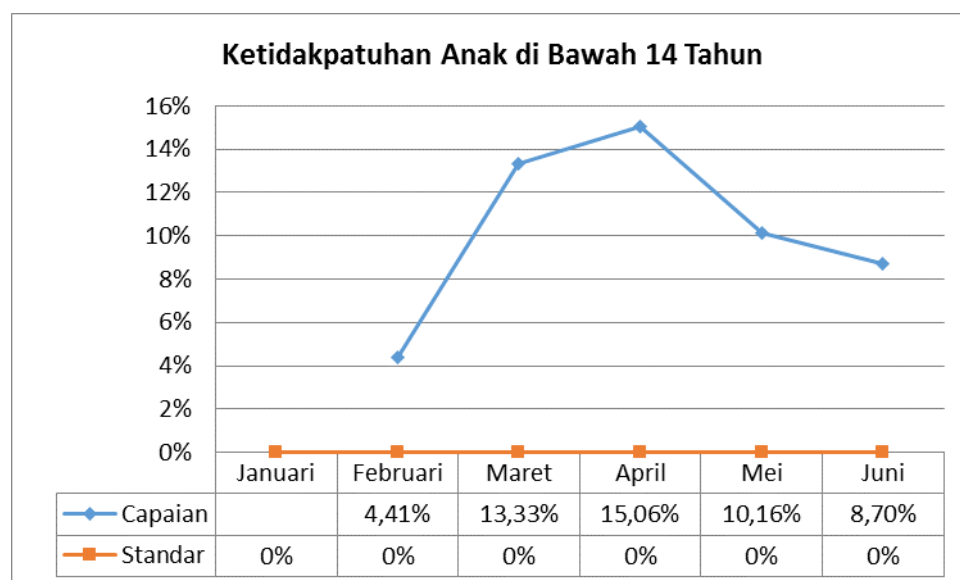


Keterangan : Capaian sesuai dengan standar

p. Unit Keamanan

1) Ketidak Patuhan Anak di Bawah 14 Tahun Berkunjung di Rumah Sakit

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari		0%
2	Februari	4,41%	0%
3	Maret	13,33%	0%
4	April	15,06%	0%
5	Mei	10,16%	0%
6	Juni	8,7%	0%



Ide terpilih (Plan)	Tahap Implementasi (Do)	Study (S)	Action (A)
Mengupayakan capaian target <10 %	<ul style="list-style-type: none"> - Memberikan himbauan lewat pengeras suara secara rutin - Memberikan edukasi kepada pasien, keluarga pasien dan pengunjung yang membawa anak dibawah 14 tahun 	Capaian target ada perbaikan dimana di bulan Juni adalah 8,7 %	<ul style="list-style-type: none"> - Mempertahankan capaian target di bawah 20 % - Meningkatkan patroli ke ruang ruangan untuk meminimalkan jumlah anak yang masuk

2. Angka Kejadian Kehilangan di RSUD Pandan Arang Boyolali

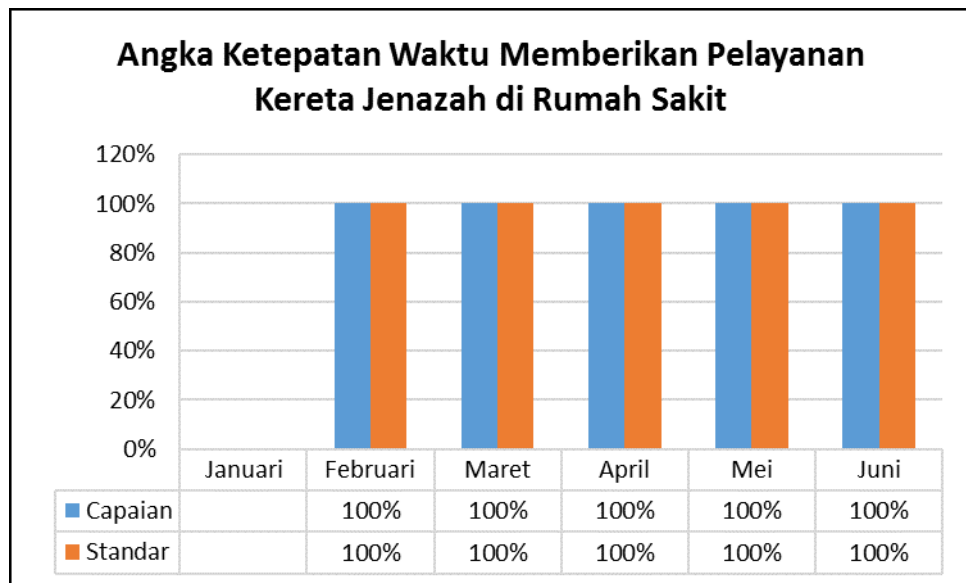
No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	0	0
2	Februari	0	0
3	Maret	0	0
4	April	0	0
5	Mei	0	0
6	Juni	0	0

Keterangan : Capaian sesuai dengan target

q. Garasi

1) Angka Ketepatan Waktu Memberikan Pelayanan Kereta Jenazah di Rumah Sakit

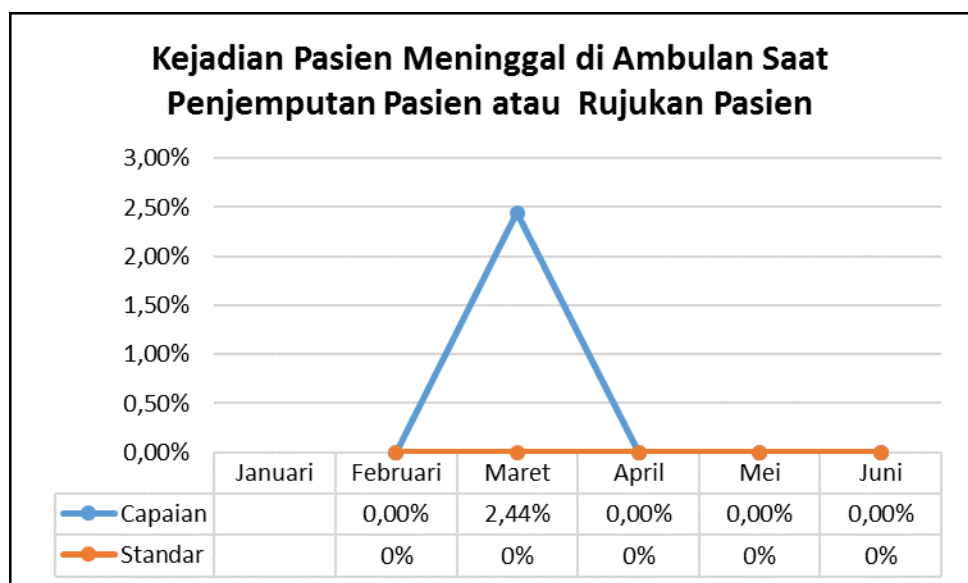
No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari		
2	Februari	100%	100%
3	Maret	100%	100%
4	April	100%	100%
5	Mei	100%	100%
6	Juni	100%	100%



Keterangan : Capaian sesuai dengan standar

2) Angka Kejadian Pasien Meninggal di Ambulan Saat Penjemputan Pasien atau Rujuk Pasien.

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari		0%
2	Februari	0,00%	0%
3	Maret	2,44%	0%
4	April	0,00%	0%
5	Mei	0,00%	0%
6	Juni	0,00%	0%

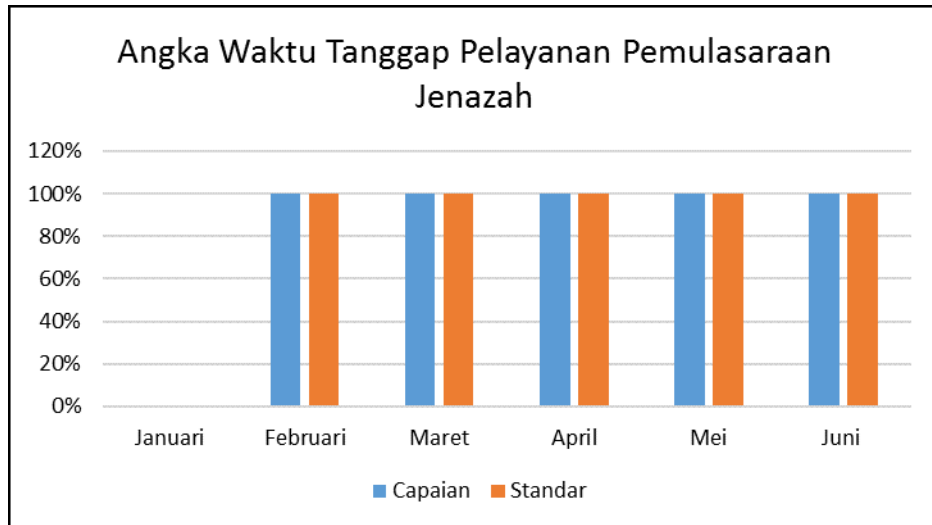


Keterangan : Capaian sudah sesuai dengan target sampai dengan bulan Juni

r. Instalasi Pemulasaraan Jenazah

Angka Waktu Tanggap Pelayanan Pemulasaraan Jenazah

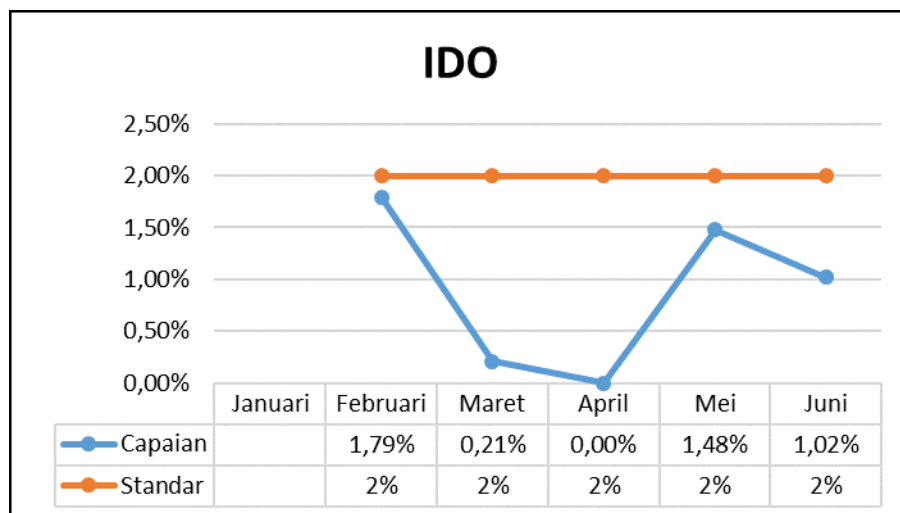
No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari		
2	Februari	100 %	100 %
3	Maret	100 %	100 %
4	April	100 %	100 %
5	Mei	100 %	100 %
6	Juni	100 %	100 %



s. PPI

1) IDO

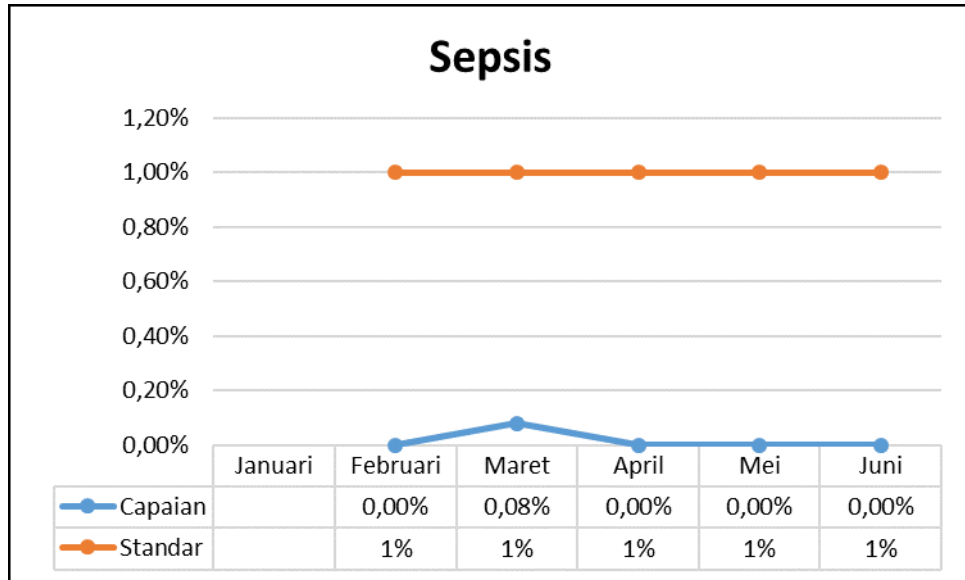
No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari		
2	Februari	1,79%	2%
3	Maret	0,21%	2%
4	April	0,00%	2%
5	Mei	1,48%	2%
6	Juni	1,02%	2%



Keterangan : Capaian sesuai dengan standar

2) SEPSIS

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari		
2	Februari	0,00%	1%
3	Maret	0,08%	1%
4	April	0,00%	1%
5	Mei	0,00%	1%
6	Juni	0,00%	1%

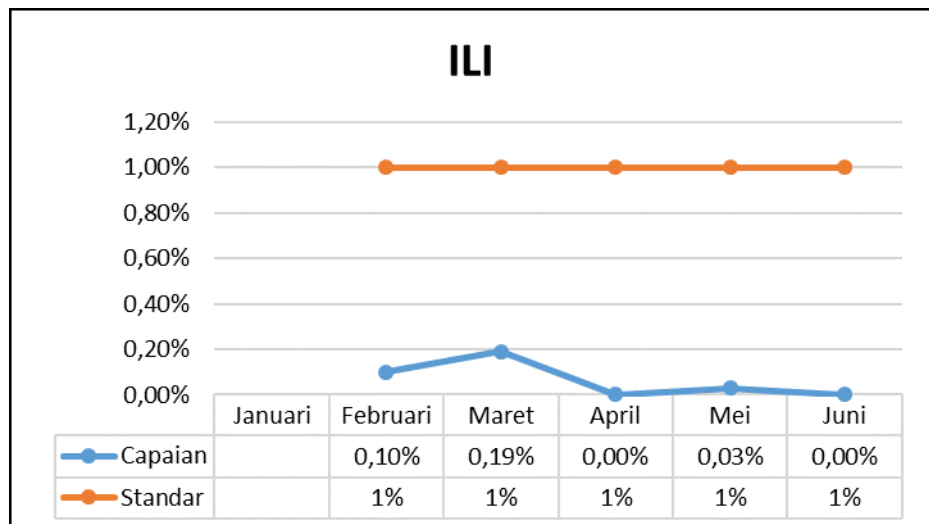


Keterangan : Capaian sesuai dengan standar

3) ILI

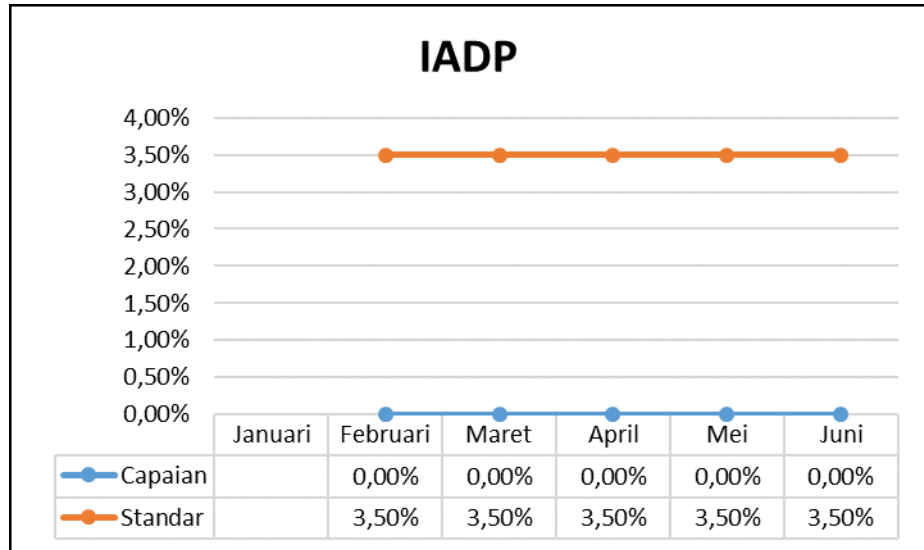
No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari		
2	Februari	0,10%	1%
3	Maret	0,19%	1%
4	April	0,00%	1%
5	Mei	0,03%	1%
6	Juni	0,00%	1%

Keterangan : Capaian sesuai dengan standar



4) IADP

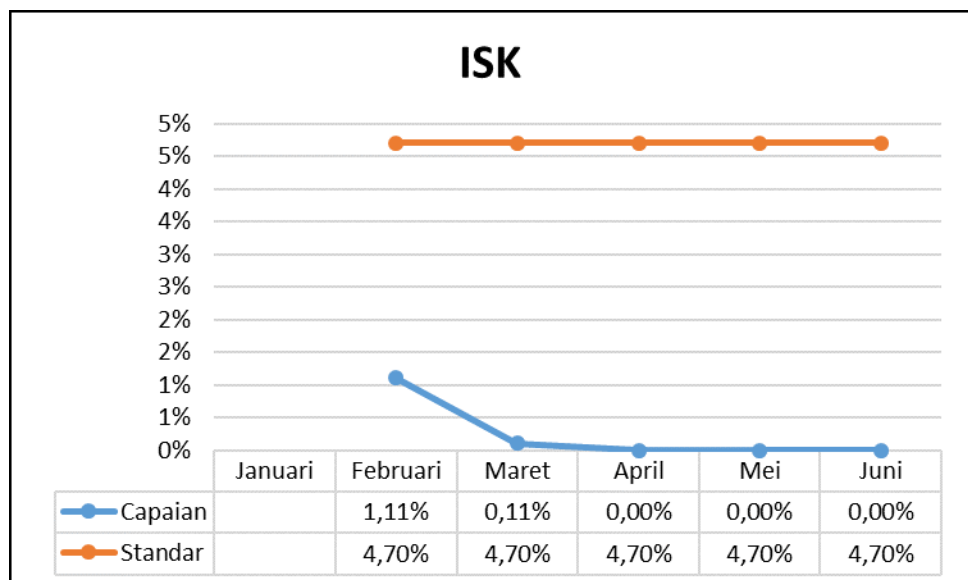
No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari		
2	Februari	0,00%	3,5%
3	Maret	0,00%	3,5%
4	April	0,00%	3,5%
5	Mei	0,00%	3,5%
6	Juni	0,00%	3,5%



Keterangan : Capaian sesuai dengan standar

5) ISK

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari		
2	Februari	1,11%	4,7%
3	Maret	0,11%	4,7%
4	April	0,00%	4,7%
5	Mei	0,00%	4,7%
6	Juni	0,00%	4,7%

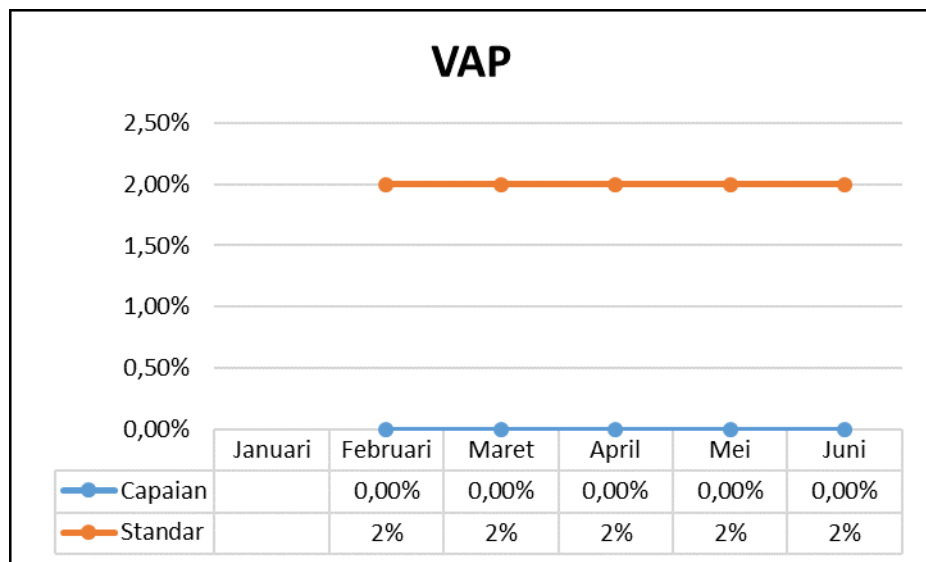


Keterangan : Capaian sesuai dengan standar

6) VAP

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari		
2	Februari	0,00%	2%
3	Maret	0,00%	2%
4	April	0,00%	2%
5	Mei	0,00%	2%
6	Juni	0,00%	2%

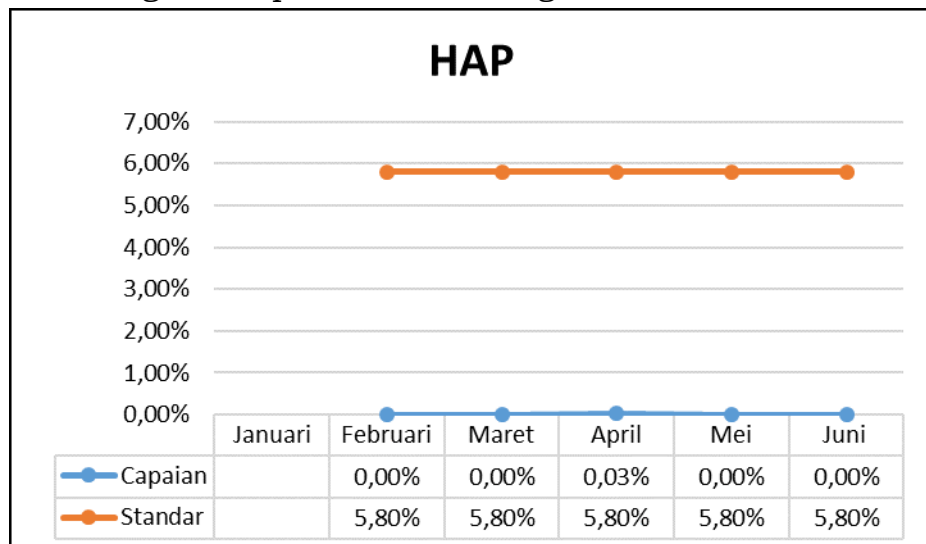
Keterangan : Capaian sesuai dengan standar



7) HAP

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari		
2	Februari	0,00%	5,8%
3	Maret	0,00%	5,8%
4	April	0,03%	5,8%
5	Mei	0,00%	5,8%
6	Juni	0,00%	5,8%

Keterangan : Capaian sesuai dengan standar



t. K3

1) *Zero Accident*

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari		
2	Februari	0	0
3	Maret	0	0
4	April	0	0
5	Mei	0	0
6	Juni	1	0

Keterangan : Capaian tidak sesuai dengan standar

Ide terpilih (Plan)	Tahap Implementasi (Do)	Study (S)	Action (A)
Tidak adanya kecelakaan kerja	Sosialisasi defenisi kecelakaan kerja	SPO Pelaporan KAK	Mengupayakan tidak ada kejadian kecelakaan kerja

2) Angka cakupan pemeriksaan kesehatan berkala karyawan

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Juni	90%	94%

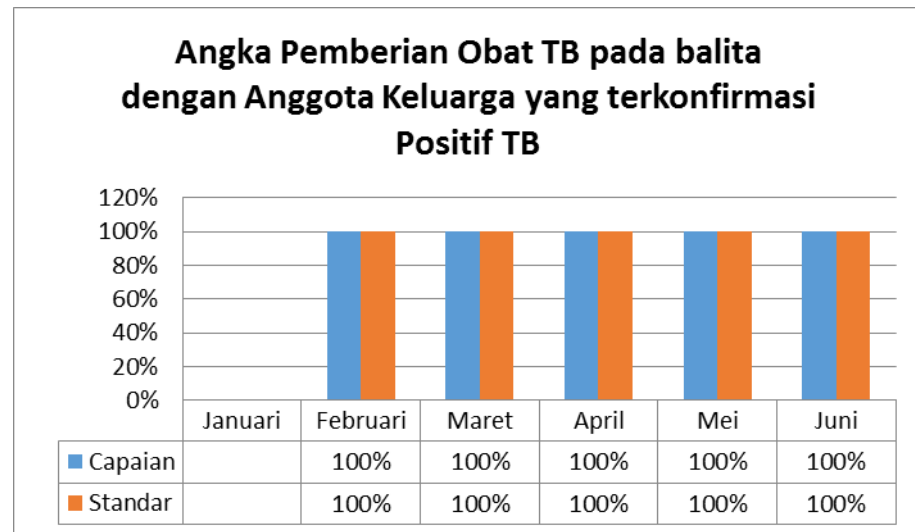
*) Setiap 6 bulan sekali

Ide terpilih (Plan)	Tahap Implementasi (Do)	Study (S)	Action (A)
Mecapai target cakupan pemeriksaan kesehatan 94%	Sosialisasi terkait jadwal pemeriksaan bahwa jadwal tidak bersifat mutkal dan dapat digantikan apabila berhalangan Sosialisasi pelaksanaan dengan ruangan/unit	Capaian pemeriksaan kesehatan berkala 90 %	Mengupayakan capaian menjadi 94 % dengan sosialiasi dan koordinasi

u. TB Dots

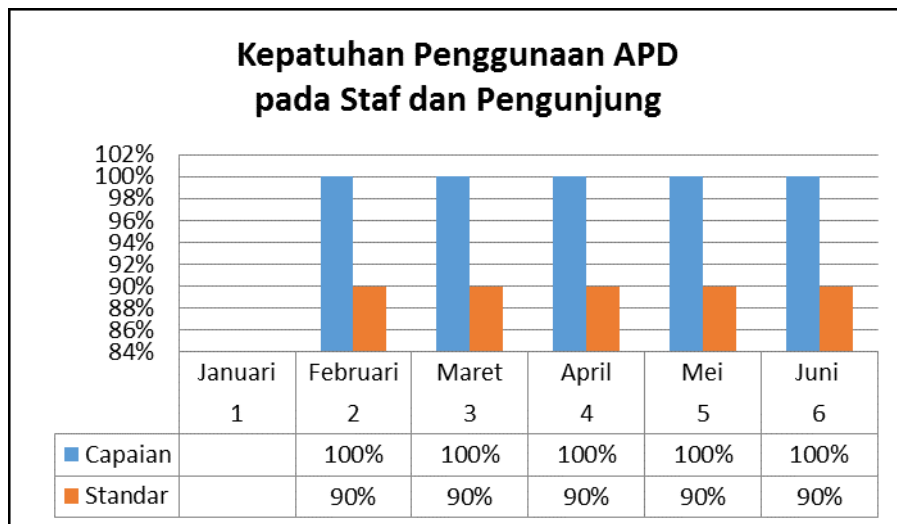
- 1) Angka pemberian obat TB pada balita dengan anggota keluarga yang terkonfirmasi positif TB

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari		
2	Februari	100%	100%
3	Maret	100%	100%
4	April	100%	100%
5	Mei	100%	100%
6	Juni	100%	100%



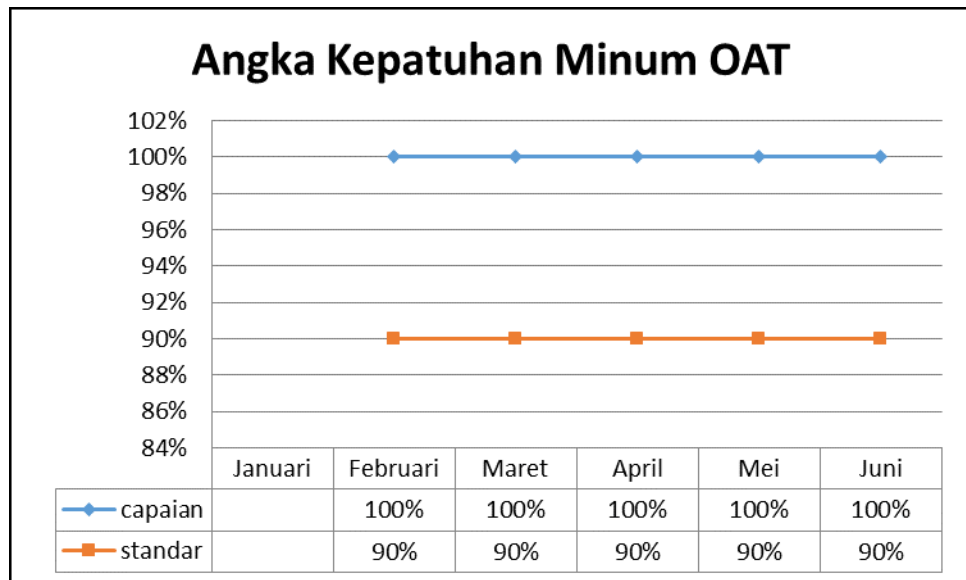
- 2) Kepatuhan penggunaan APD pada staf dan pengunjung

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari		
2	Februari	100%	>90%
3	Maret	100%	>90%
4	April	100%	>90%
5	Mei	100%	>90%
6	Juni	100%	>90%



3) Angka Kepatuhan minum OAT

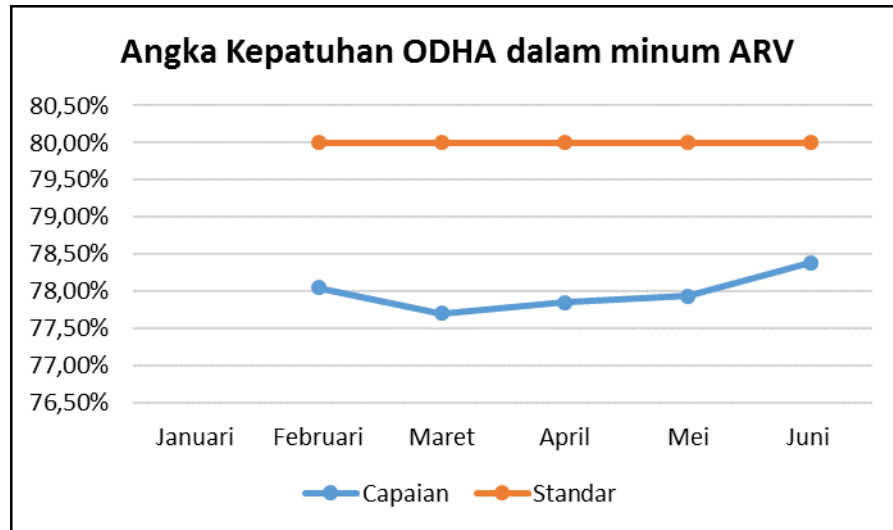
No	Bulan	capaian	Standar
1	Januari		
2	Februari	100%	>90%
3	Maret	100%	>90%
4	April	100%	>90%
5	Mei	100%	>90%
6	Juni	100%	>90%



v. HCT

1) Angka kepatuhan ODHA dalam minum ARV

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari		80%
2	Februari	78,05%	80%
3	Maret	77,70%	80%
4	April	77,85%	80%
5	Mei	77,93%	80%
6	Juni	78,38%	80%



Ide terpilih (Plan)	Tahap Implementasi (Do)	Study (S)	Action (A)
Membangun komunikasi antara konselor/ petugas kesehatan dengan pasien Melakukan pendekatan perilaku (pengelolaan diri, pengingat, penguatan, pengawasan yang ditingkatkan, memonitor diri) Kerjasama dengan pendaamping sebaya Melakukan pertemuan rutin KDS	Kerjasama dengan LSM untuk menekan angka Loss Follow pasien dalam pengobatan ARV Sosialisasi tentang kepatuhan ARV terhadap ODHA	Angka kepatuhan ODHA dalam Minum ARV 78,38 %	Mencapai angka kepatuhan ODHA dalam minum ARV 100%

w. PPRA

- 1) Rasionalisasi Penggunaan Antibiotika Golongan Carbapenem

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari		

2	Februari		
3	Maret		
4	April	55,6%	100%
5	Mei	48%	100%
6	Juni	37%	100%

Ide terpilih (Plan)	Tahap Implementasi (Do)	Study (S)	Action (A)

2) Rasionalisasi Penggunaan Antibiotika di Ruang PICU/NICU

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari		
2	Februari		
3	Maret		
4	April	48%	100%
5	Mei	58,3 %	100%
6	Juni	70%	100%

Keterangan : Belum dilaksanakan

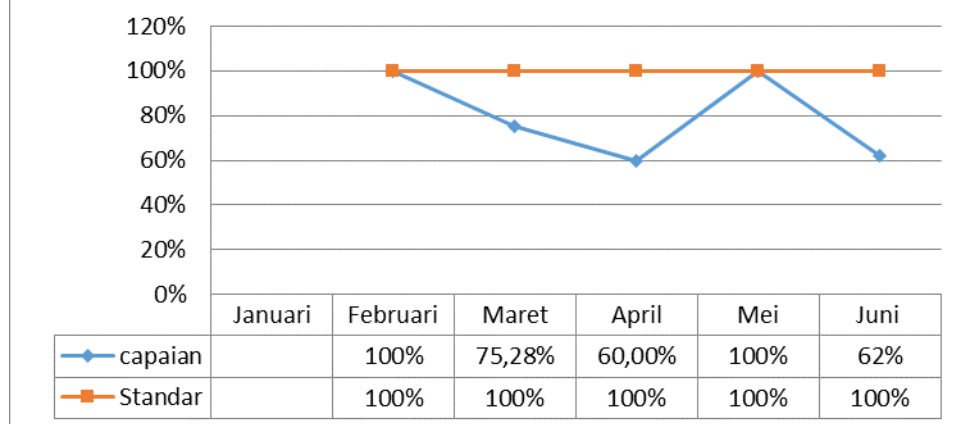
Ide terpilih (Plan)	Tahap Implementasi (Do)	Study (S)	Action (A)
Mencapai rasionalisasi dalam penggunaan antibiotik	Melakukan Program Penggunaan Antibiotik	Capaian rasionalisasi penggunaan antibiotik sebesar 70%	Program penggunaan antibiotik mulai dilaksanakan

x. Bidang Pelayanan

Keberhasilan Penanganan Masalah Pelayanan

No	Bulan	capaian	Standar
1	Januari		
2	Februari	100%	100%
3	Maret	75,28%	100%
4	April	60,00%	100%
5	Mei	100%	100%
6	Juni	62 %	100%

Keberhasilan Penanganan Masalah Pelayanan

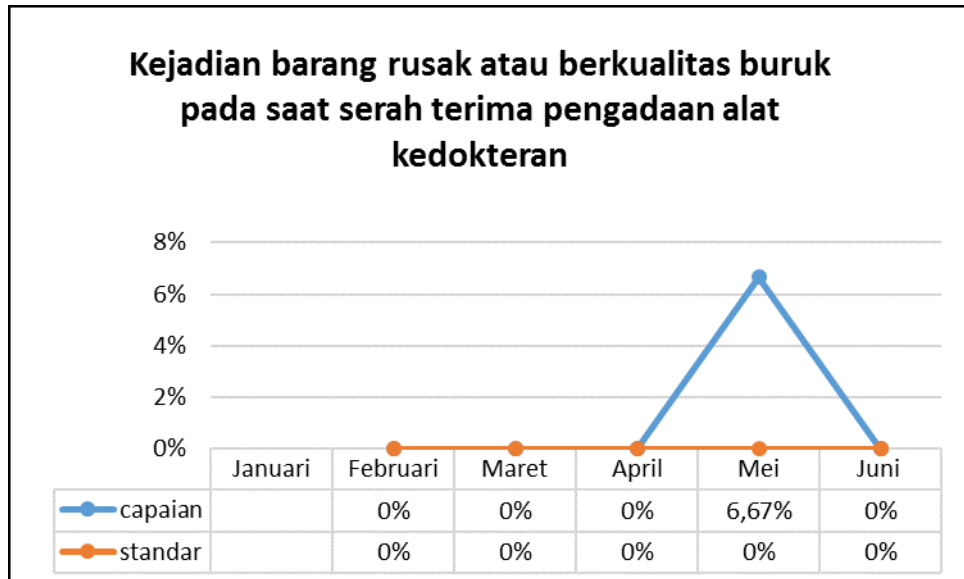


Ide terpilih (Plan)	Tahap Implementasi (Do)	Study (S)	Action (A)
Mengupayakan pencapaian indikator sebesar 100 %	<ul style="list-style-type: none"> - Meningkatkan koordinasi di dalam internal Bidang Pelayanan - Meningkatkan koordinasi dengan pihak-pihak yang bersangkutan dengan masalah yang dilaporkan - Melakukan evaluasi secara rutin terhadap area kerja bidang pelayanan - Melakukan pemngkajian SOP yang ada - Melakukan sosialisasi ulang SOP yang ada - Evaluasi kinerja perawat bidan dan dokter 	Capaian bulan juni 60 %	Berupaya semua masalah pelayanan dapat diselesaikan dan dapat mencapai 100 % terselesaikan

y. Bidang Penunjang Pelayanan

Kejadian barang rusak atau berkualitas buruk pada saat serah terima pengadaan alat kedokteran

No.	Bulan	capaian	standar
1	Januari		
2	Februari	0%	0%
3	Maret	0%	0%
4	April	0%	0%
5	Mei	6,67%	0%
6	Juni	0%	0%

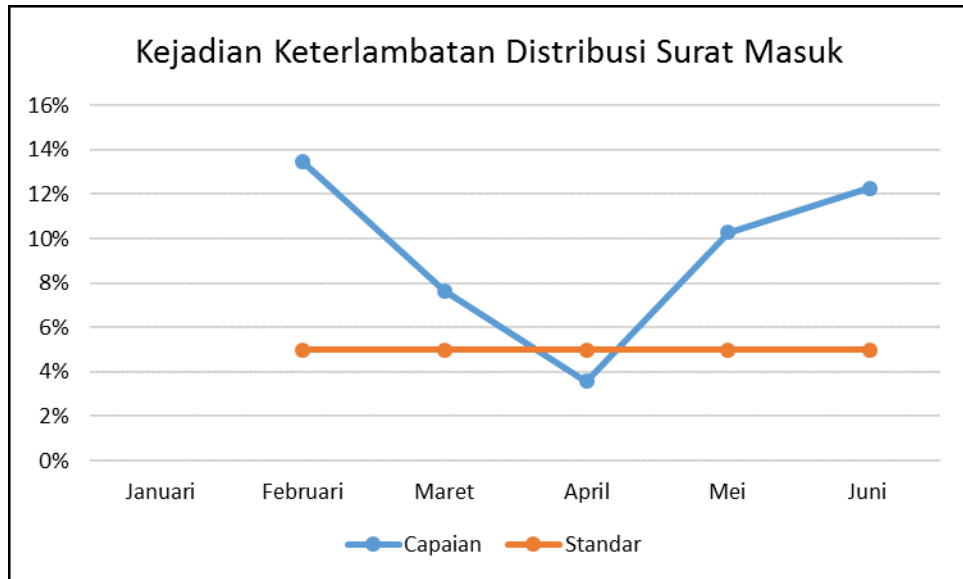


Ide terpilih (Plan)	Tahap Implementasi (Do)	Study (S)	Action (A)
Mengupayakan target capaian 0%	PPTK dan Tim teknis melakukan pengecekan dan uji fungsi dengan baik dan teliti	Capaian indikator target 0%, alked yang diterima 100% dalam kondisi baik dan sesuai dengan spesifikasi yang tertera	Membuat check list sesuai spesifikasi pada saat serah terima pengadaan alat kedokteran tidak menerima barang yang rusak atau tidak sesuai spesifikasi dan minta kepada penyedia untuk mengganti barang yang tidak sesuai

z. Bagian Umum

1) Kejadian keterlambatan distribusi surat masuk

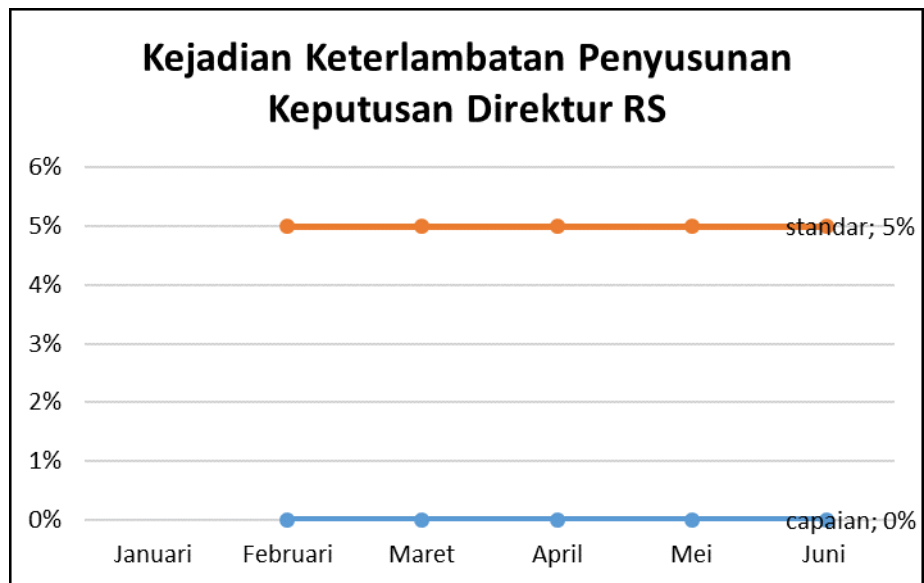
No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari		
2	Februari	13,45%	≤ 5 %
3	Maret	7,65%	≤ 5 %
4	April	3,57%	≤ 5 %
5	Mei	10,27%	≤ 5 %
6	Juni	12,26%	≤ 5 %



Ide terpilih (Plan)	Tahap Implementasi (Do)	Study (S)	Action (A)
Mengupayakan capaian bulan selanjutnya memenuhi standar	Meningkatkan koordinasi internal bagian umum dan koordinasi dengan pihak-pihak yang bersangkutan dengan masalah yang dilaporkan Melakukan evaluasi rutin terhadap area kerja	Capaian target bulan juni 12,26%	Mengupayakan sesuai target

2) Kejadian keterlambatan penyusunan keputusan direktur

No	Bulan	capaian	standar
1	Januari		
2	Februari	0%	≤5%
3	Maret	0%	≤5%
4	April	0%	≤5%
5	Mei	0%	≤5%
6	Juni	0%	≤5%

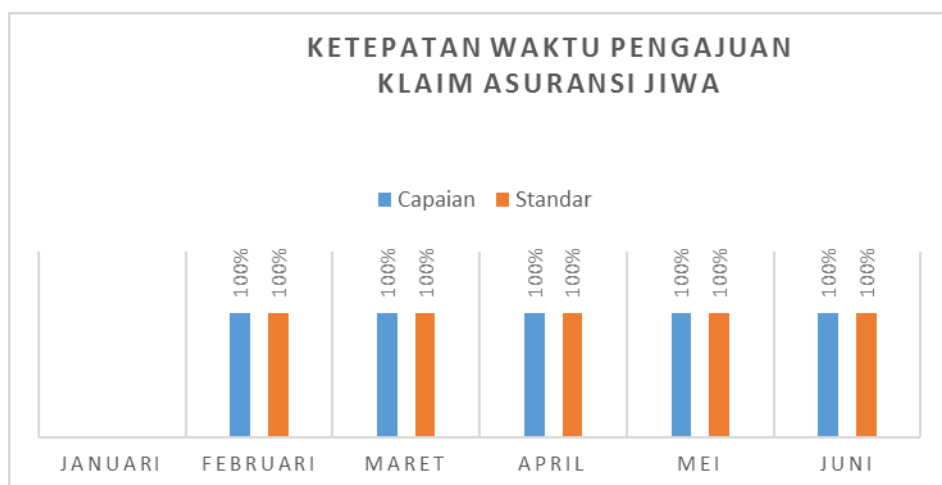


Kesimpulan : Capaian sesuai standar

aa. Bagian Keuangan

1) Ketepatan waktu pengajuan klaim asuransi jiwa

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari		
2	Februari	100%	100%
3	Maret	100%	100%
4	April	100%	100%
5	Mei	100%	100%
6	Juni	100%	100%

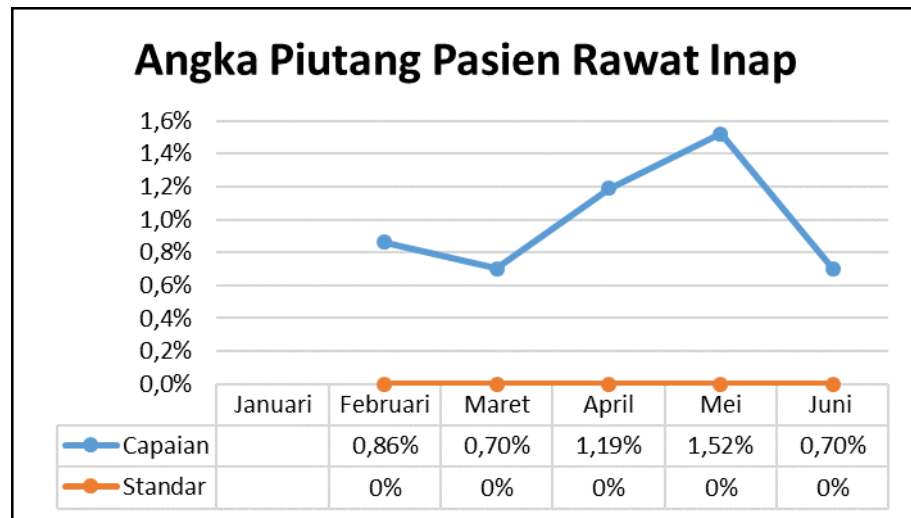


Keterangan : capaian sudah sesuai standar

2) **Angka piutang pasien rawat inap**

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari		0%
2	Februari	0,86%	0%
3	Maret	0,70%	0%

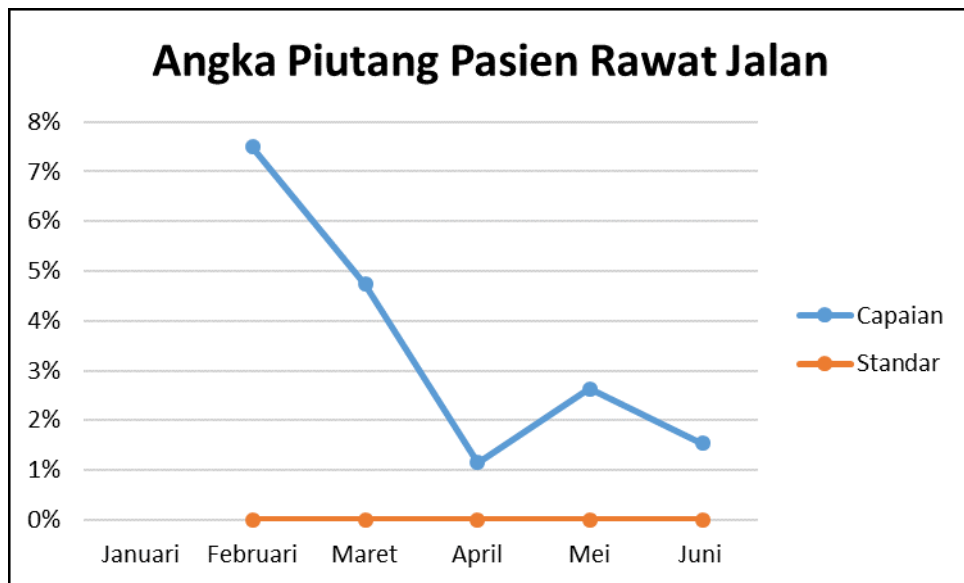
4	April	1,19%	0%
5	Mei	1,52%	0%
6	Juni	0,7%	0%



Ide terpilih (Plan)	Tahap Implementasi (Do)	Study (S)	Action (A)
Mengupayakan capaian agar capaian indikator mutu di bulan selanjutnya memenuhi standar	<ol style="list-style-type: none"> Meningkatkan koordinasi bagian keuangan Melakukan evaluasi secara rutin terhadap area kerja yang bersangkutan terkait rawat inap 	Capaian target pada bulan Juni 0.70%	Meningkatkan koordinasi dengan bagian kasir agar capaian target 0%

3) Angka piutang pasien rawat jalan

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari		0%
2	Februari	7,49%	0%
3	Maret	4,73%	0%
4	April	1,15%	0%
5	Mei	2,63%	0%
6	Juni	1,54%	0%

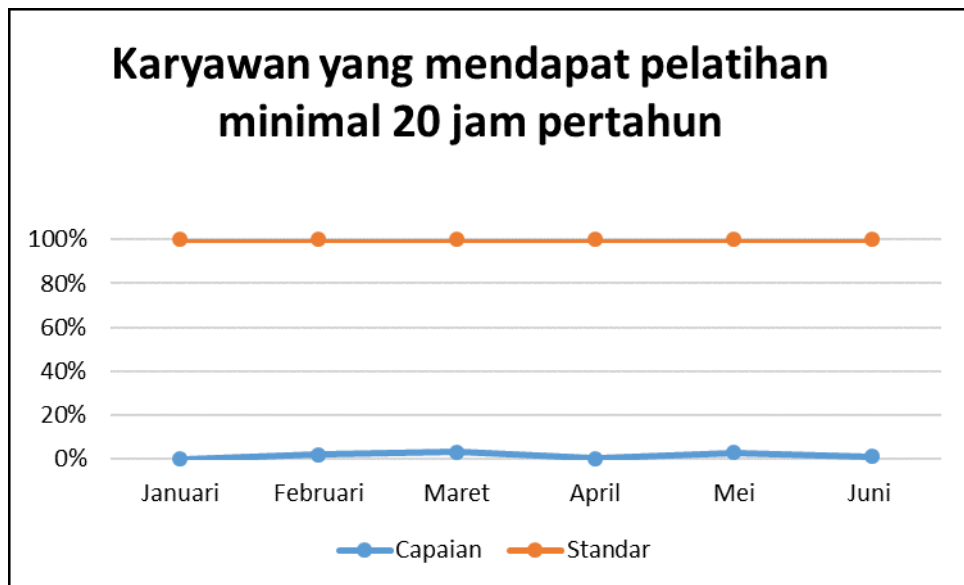


Ide terpilih (Plan)	Tahap Implementasi (Do)	Study (S)	Action (A)
Mengupayakan agar capaian indikator mutu di bulan selanjutnya memenuhi standar atau 0%	<ul style="list-style-type: none"> - Meningkatkan koordinasi di bagian keuangan - Melakukan evaluasi secara rutin terhadap area yang bersangkutan terkait rawat jalan 	Masih ada 1,54 %	Melakukan koordinasi dengan bagian kasir agar tercapai target

bb. Bagian SDM, Diklat & Litbag

Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari		
2	Februari	1,21%	> 60 %
3	Maret	2,02%	> 60 %
4	April	0,13%	> 60 %
5	Mei	1,75%	> 60 %
6	Juni	0,67%	> 60 %



Ide terpilih (Plan)	Tahap Implementasi (Do)	Study (S)	Action (A)
Mencapai Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun > 60%	<ul style="list-style-type: none"> - Alokasi dana untuk pelatihan di perbanyak - Setiap ruangan wajib mengusulkan pelatihan yang dibutuhkan anggotanya 	Capaian masih 0,67 %	Dilakukan upaya agar capaian 100%

B. Hasil kegiatan SKP

JANUARI 2022

NO	INSIDEN	TIPE INSIDEN	DAMPAK (D)	PROBABILITAS (P)	SKOR	RISK GRADING MATRIK	REKOMENDASI	TINDAKAN	WAKTU PENYELESAIAN	PENANGGUNG JAWAB
1	Gelang pasien tidak terpasang	KTC	1	3	3	Rendah	Sosialisasi pemasangan gelang pasien	Konfirmasi ke ruangan	03-01-2022	PJ BINAHONG PJ IBS
2	Kesalahan identitas hasil foto	KTC	1	3	3	Rendah	Refresing identifikasi pasien	Konfirmasi ke radiolpgi	05-01-2022	PJ IGD PJ RADIOLOGI
3	Kesalahan identifikasi sampel darah	KTD	3	4	12	Extrim (sangat tinggi)	SP	RCA	08-01-2022	PJ PANULUH PJ LABORATORIUM
4	Salah identitas di pengantar foto	KTC	3	1	3	Rendah	Refresing identifikasi pasien	Konfirmasi ke ruangan	15-01-2022	PJ ICU
5	Kematian pasien partus dengan PEB	KTD				Extrim (sangat tinggi)	Pembuatan SPO Persalinan pasien dengan kasus PEB	RCA dan AUDIT IBI dengan DINKES	10-01-2022	PJ ICU PJ PONEK,VK

6	Kesalahan penulisan no.rm di pengantar tranfusi darah	KTC	1	3	3	Rendah	Refresing identifikasi pasien	Konfirmasi dengan BDRS	20-01-2022	PJ IBS PJ BDRS
7	Kesalahan penempelan barcode sampel darah	KTD	3	5	15	Extrim (sangat tinggi)	SP	RCA	25-01-2022	PJ PANULUH PJ LAB
8	Kesalahan memasukkan tranfusi darah dengan golongan berbeda	KTD	3	4	12	Extrim (sangat tinggi)	SP	RCA	25-01-2022	PJ PANULUH PJ LAB
9	Kesalahan identifikasi di hasil foto thorak	KNC	1	5	5	Moderat (sedang)	Refresing identifikasi pasien	Konfirmasi dengan radiologi	25-01-2022	PJ PICU-NICU PJ RAD
10	Pasien belum terpasang gelang	KTC	1	5	5	Moderat (sedang)	Refresing pemasangan gelang identitas	Konfirmasi dengan poli anak	26-01-2022	PJ POLI PJ PICU
11	Pasien belum terpasang gelang identitas (3 pasien)	KTC	1	3	3	Moderat (sedang)	Refresing pemasangan gelang identitas	Konfirmasi dengan poli bedah	25-01-2022	PJ BINAHONG PJ POLI
14	Pasien belum terpasang gelang	KNC	1	3	3	Moderat	Refresing pemasangan	Konfirmasi	25-01-2022	PJ BINAHONG

	identitas					(sedang)	gelang identitas	dengan igd		PJ IGD
15	Kesalahan identitas di amplop radiologi pasien NICU	KTC	3	1	3	Rendah	Refresing identifikasi pasien	Konfirmasi dengan radiologi	27-01-2022	PJ NICU PJ RADIOLOGI
16	Kesalahan pemberian obat pasien pulang	KNC	3	2	6	Moderat	Refresing identifikasi pasien	Konfirmasi dengan farmasi	29-01-2022	PJ BINAHONG PJ FARMASI

FEBRUARI 2022

NO	INSIDEN	TIPE INSIDEN	DAMPAK (D)	PROBABILITAS (P)	SKOR	RISK GRADING MATRIK	REKOMENDASI	TINDAKAN	WAKTU PENYELESAIAN	PENANGGUNG JAWAB
1	Gelang pasien tidak terpasang	KTC	1	3	3	Rendah	Sosialisasi pemasangan gelang pasien	Konfirmasi ke IGD	06-02-2022	PJ BINAHONG IGD
2	Kesalahan identitas hsl ECG	KTC	1	3	3	Rendah	Refresing identifikasi pasien	Konfirmasi katim	10-02-2022	PJ PANULUH

MARET

NO	INSIDEN	TIPE INSIDEN	DAMPAK (D)	PROBABILITAS (P)	SKOR	RISK GRADING MATRIK	REKOMENDASI	TINDAKAN	WAKTU PENYELESAIAN	PENANGGUNG JAWAB
1	Pasien gliyer di kamar mandi	KNC	2	3	6	Minor/moderat	Pengawasan EWS	Konfirmasi KATIM dan Pemantauan pasien @1jam	20-03-2022	PJ PANULUH
2	Kesalahan Foto thorak pasien saat tindakan OP	KNC	1	3	3	Rendah	Refresing identifikasi pasien dan serah terima di IBS	Konfirmasi ruangan	10-03-2022	PJ BINAHONG PJ IBS

APRIL

NO	INSIDEN	TIPE INSIDEN	DAMPAK (D)	PROBABILITAS (P)	SKOR	RISK GRADING MATRIK	REKOMENDASI	TINDAKAN	WAKTU PENYELESAIAN	PENANGGUNG JAWAB
1	Gelang pasien tidak terpasang	KTC	1	3	3	Rendah	Sosialisasi pemasangan gelang pasien	Konfirmasi ke ruangan	09-04-2022	PJ KANWA PJ IBS
2	Kesalahan dosis obat paracetamol inf	KNC	2	3	6	Minor/moderat	Refresing pemberian obat dng prinsip 5 benar	Konfirmasi igd	07-04-2022	PJ DADAP SEREP PJ IGD
3	Pasien gliyer di kamar mandi	KNC	2	3	6	Minor/moderat	Pengawasan EWS lebih diperhatikan dan sosialisasi tiap operan jaga	Pengawasan pasien @1jam	04-04-2022	PJ BROTOWALI
4	Pasien jatuh dari tempat tidur	KTD	3	3	9	Tinggi	Edukasi keluarga setiap operan jaga	Pengawasan KU @1jam	05-04-2022	PJ DADAP SEREP
5	Pasien rajal jatuh dari brancar	KNC	2	3	6	Minor /Moderat	Sosialisasi skrening di rajal dan fasilitas brancard standart	Pengawasan KU psn	11-04-2022	PJ RAJAL
6	Pemasangan gelang salah nama pasien	KTC	1	3	3	Ringan	Sosialisasi identifikasi pasien	Konfirmasi dng igd	11-04-2022	PJ DAPSER PJ IGD

C. HASIL KEGIATAN MANAJEMEN RESIKO

LAPORAN PEMANTAUAN

Periode : Januari - Juli 2022

Prioritas Risiko	Penanganan Risiko						Status Risiko	
	Aksi/Pengendalian	Output	Target	Realisasi	Waktu Implementasi	Penanggung Jawab	Tren	Level Risiko
Resiko Medication Error pada pengisian ERM	Sosialisasi pengisian ERM pada semua PPA, Pembuatan SPO Pengisian ERM, Penambahan menu pada aplikasi, monev pengisian ERM	Tidak ada kejadian medication eror	0%	Terdapat kejadian kesalahan klik obat : Lacto B menjadi spironolacton (juni 2022), Asam Mefenamat menjadi asam Traneksamat (Juli 2022)	Sosialisasi dilanjutkan uji coba ERM (bulan januari - Maret 2022). Penggunaan Aplikasi ERM Rawat Inap dimulai sejak bulan April 2022	Instalasi Rekam Medik		
Pasien jatuh	Melakukan perbaikan sarpras, memberi tanda resiko jatuh (stiker / segitiga fall risk)	Kejadian pasien jatuh tidak ada	0%	Terdapat Kejadian pasien jatuh pada bulan Maret (1 pasien ranap), bulan April (2 pasien ranap, 1 pasien rajal), bulan Mei (2 pasien ranap)	Monitoring dan Evaluasi Tim SKP setiap bulan (Januari - Juni	Tim SKP		

Kesalahan identifikasi pasien,	Sosialisasi SPO dan MONEV Pelaksanaan SPO	Tidak ada kejadian kesalahan identifikasi pasien	0%	Terdapat Kejadian kesalahan identifikasi pada bulan Januari 12 pasien, bulan Februari 2 pasien, Maret 1 pasien, April 5 pasien, Mei 2 pasien, Juni 2 pasien	Monitoring dan Evaluasi Tim SKP setiap bulan (Januari - Juni)	Tim SKP		
Tersengat Listrik, kebakaran, konsleting listrik	Membuat laporan kejadian, perbaikan	Tidak ada kejadian tersengat, Listrik kebakaran konsleting listrik	0%	Terdapat kejadian berpotensi kebakaran 1 pada bulan Maret di Instalasi Farmasi Ranap	Monitoring Tim K3 Jan - Juli	K3		
Penculikan bayi	Pemasangan CCTV, Sosialisasi SPO dan MONEV Pelaksanaan SPO	Tidak ada kejadian penculikan bayi	0%	Tidak ada kejadian penculikan bayi	Monitoring Januari-Juli 2022	SKP		
Tertular penyakit infeksius	Sosialisasi SPO dan MONEV Pelaksanaan SPO	Tidak ada staf/petugas yang tertular penyakit infeksius	0%	Terdapat kejadian karyawan terpapar covid 19 pada Bulan Februari	Monev K3 Januari - Juli	K3		
Keterlambatan proyek RS	Monitoring tahap-tahap pelaksanaan proyek	Proyek berjalan tepat waktu	0%	Pelaksanaan proyek sampai saat ini berjalan lancar	Monitoring progres pembangunan setiap bulan	Penunjang		

Kesalahan pemeriksaan golongan darah	Sosialisasi SPO dan MONEV Pelaksanaan SPO	Tidak ada kejadian kesalahan pemeriksaan golongan darah	0%	Terjadi kejadian kesalahan golongan darah	Monev Laborat setiap bulan	Laborat		
Terhirup, terpercik B3, terbakar, ledakan	Sosialisasi SPO dan MONEV Pelaksanaan SPO, penambahan dan Perbaikan fasilitas pelayanan.	Tidak ada kejadian Terhirup, terpercik B3, ledakan	0%	Tidak ada kejadian selama pemantauan Januari - Juli	Monev K 3 januari-juli	K3		
Petugas menerima dosis radiasi melewati nilai batas dosis yang ditentukan	Pengajuan pengadaan APD sesuai standart. Pengujian APD secara berkala Sosialisasi dan monev pelaksanaan SPO	Tidak ada staf/petugas radiologi yang terpapar radiasi melebihi standart yang diperbolehkan	0%	Tidak ada kejadian staf terpapar melebihi dosis radiasi yang ditentukan	Monev Radiologi januari- Juli 2022 , setiap 3 bulan PPR melakukan evaluasi dengan kartu dosis	Instalasi Radiologi		
Insiden pemberian obat yang tidak tepat	Sosialisasi SPO dan MONEV Pelaksanaan SPO	Tidak ada insiden kesalahan pemberian obat	0%	Terdapat Kejadian kesalahan pemberian obat pada bulan Januari 1 pasien, April 1 pasien, Mei 1 pasien	Monitoring dan Evaluasi Tim SKP setiap bulan (Januari - Juni	Tim SKP		

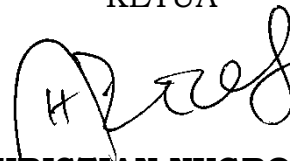
BAB II

PENUTUP

Dari laporan Februari-Juni 2022 secara umum dapat digambarkan banyak yang sesuai target akan tetapi ada beberapa indikator mutu belum mencapai target yang diharapkan. Pelaksanaan rencana tindak lanjut yang sudah disepakati hendaknya benar-benar dapat dilaksanakan. Untuk itu perlu kerja sama yang baik antara semua pihak.

Untuk memperbaiki sistem yang berjalan, implementasi akreditasi rumah sakit harus berjalan bersama-sama antara penyusun program dengan pelaksana teknis di rumah sakit yang selama ini sepertinya masih belum berjalan secara optimal, bahkan koordinasi masih dirasa kurang. Komunikasi yang efektif kepanitiaan akreditasi dengan penyusun kebijakan serta pelaksana teknis sangat berpengaruh pada hasil cakupan mutu pelayanan. Dengan kata lain akreditasi menyatu dari hulu/pemegang kebijakan sampai pada teknis pemberi pelayanan di semua lini rumah sakit. Dan harapannya akreditasi bukan lagi sebuah simbolisasi melainkan meluruh dalam jiwa dan mewujudkan dalam tata laksana pelayanan rumah sakit.

KOMITE PMKP
RSUD Pandan Arang Boyolali
KETUA



dr. RIO KRISTIAN NUGROHO, Sp.An
NIP. 19880522 202012 1 009