

PEMERINTAH KABUPATEN BOYOLALI
RUMAH SAKIT UMUM PANDAN ARANG BOYOLALI



LAPORAN PMKP
Bulan Februari-Maret
Th. 2022



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

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran 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, April 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 - Maret 2022	2
B. Laporan Insiden Keselamatan Pasien	39
BAB III. PENUTUP	42

BAB I

PENDAHULUAN

Sebagai perwujudan dari visi dan misi RSUD Pandan Arang Boyolali untuk menjadikan Rumah Sakit Umum Daerah sebagai pusat pelayanan dan rujukan terbaik dan memberikan pelayanan kesehatan paripurna dan bermutu kepada seluruh lapisan masyarakat, maka diperlukan suatu upaya untuk meningkatkan pelayanan kepada pasien dan masyarakat pada umumnya. Peningkatan mutu dan Keselamatan pasien merupakan suatu bagian yang sangat penting dalam rangka meningkatkan pelayanan medis dan keperawatan.

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 1Februarisesuai dengan SK Direktur tentang penetapan kamus indikator mutu RS tahun 2022 ada kurang lebih 77 indikator mutu yang terdiri dari area pelayanan prioritas, area program nasional maupun sasaran keselamatan pasien.

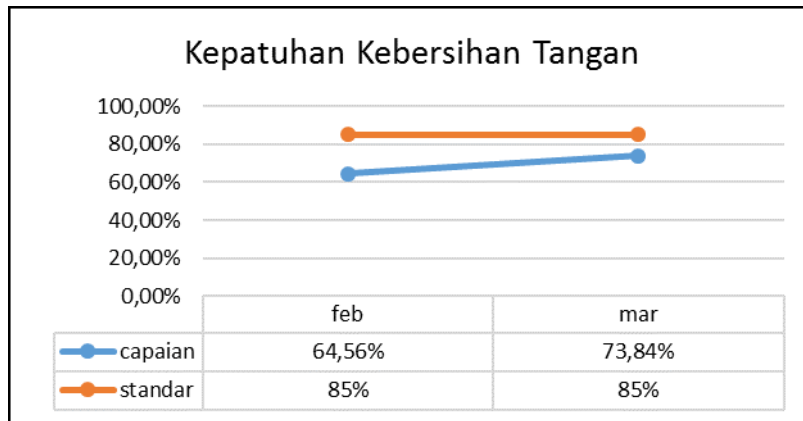
BAB II
HASIL KEGIATAN

A. Hasil kegiatan pemantauan indikator mutu Rumah Sakit selama periode Februari – Maret 2022

1. INDIKATOR MUTU NASIONAL

a. Kepatuhan kebersihan tangan

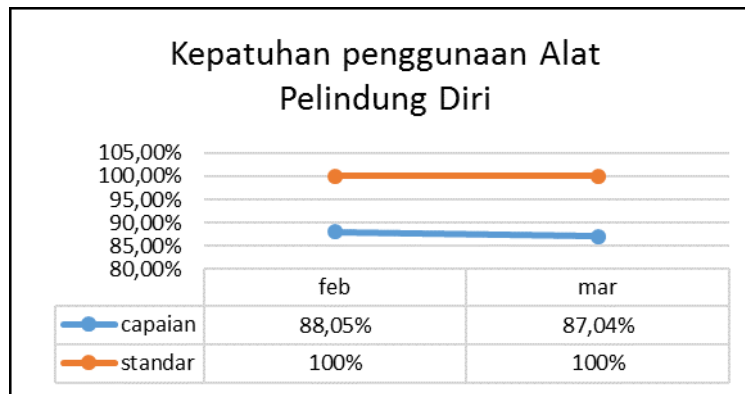
No	Bulan	Capaian	Standar
1	Februari	64,56%	85%
2	Maret	73,84%	85%



Ide terpilih (Plan)	Tahap Implementasi (Do)	Study (S)	Action (A)
menambah sarana kebersihan tangan	memberikan sarana HH dg 1 bed 1 handrub membuat sarana HH yg dekat dg air mengalir	kepatuhan HH meningkat 80% Pemahaman dan kesadaran HH masih kurang	melibatkan karu/link PPI utk monitoring kepatuhan HH di msg2 unit sosialisasi/paparan hsl survey dan audit kepatuhan HH di masing-masing ruangan dan profesi

b. Kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri

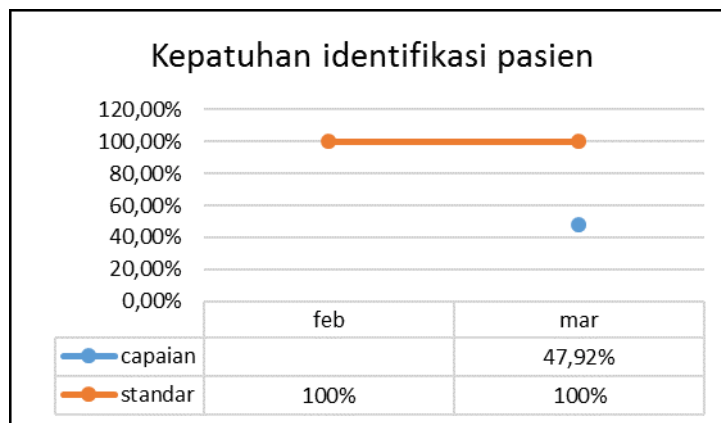
No	Bulan	capaian	standar
1	Februari	88,05%	100%
2	Maret	87,04%	100%



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

c. Kepatuhan identifikasi pasien

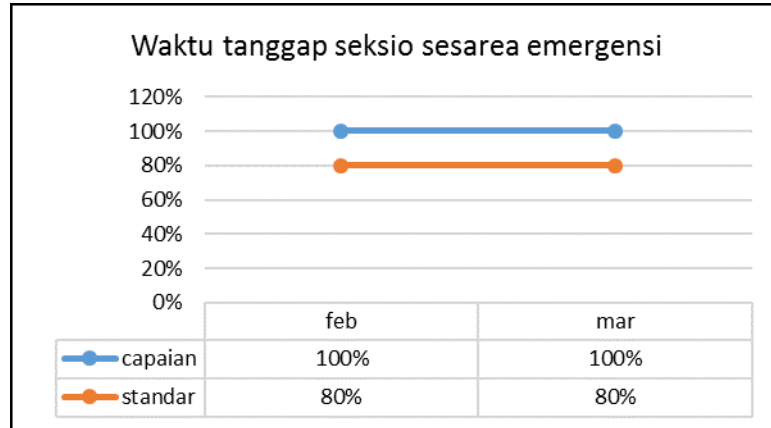
No	Bulan	capaian	standar
1	Feb		100%
2	Mar	47,92%	100%



Ide terpilih (Plan)	Tahap Implementasi (Do)	Study (S)	Action (A)
menginformasikan kpd karu ttg kepatuhan identifikasi pasien ygn rendah	pertemuan utk smua karu unit utk pembahasan pencapaian kepatuhan identifikasi yg msh rendah	sosialisasi ulang kpd semua staf saat rapat unit	Pelaksanaan kepatuhan identifikasi pasien mendorong smua PPA utk melakukan identifikasi pasien dg benar

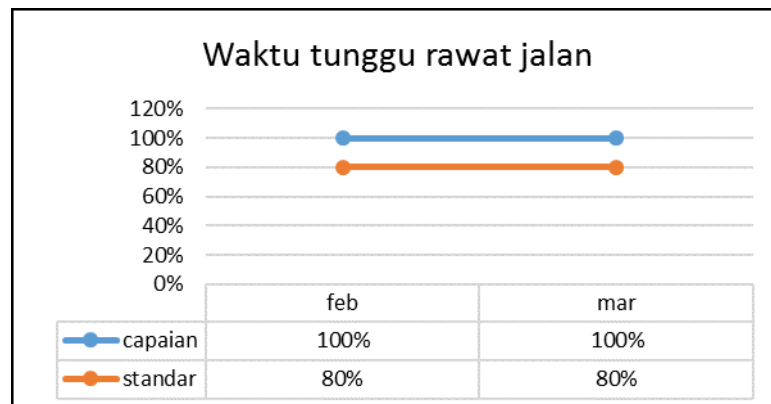
d. Waktu tanggap seksio sesarea emergensi

No	Bulan	capaian	standar
1	Feb	55,56%	80%
2	Mar	100%	80%



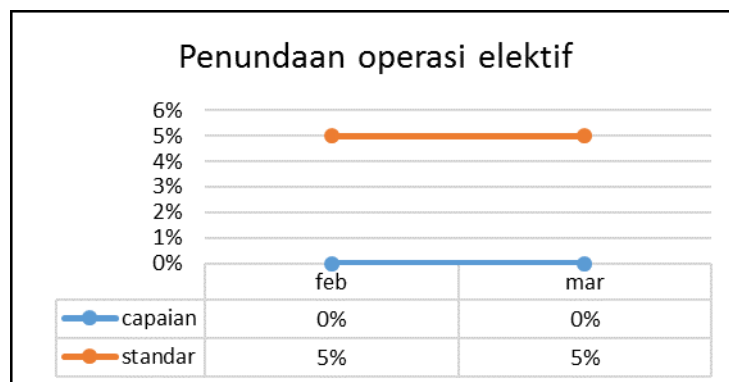
e. Waktu tunggu rawat jalan

No	Bulan	capaian	standar
1	Feb	100%	$\geq 80\%$
2	Mar	100%	$\geq 80\%$



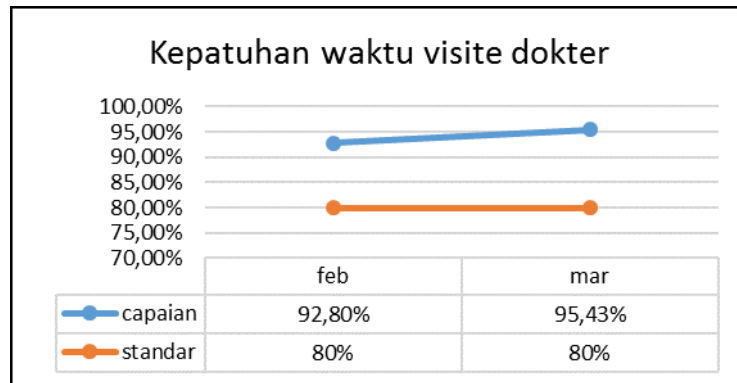
f. Penundaan operasi elektif

No	Bulan	capaian	standar
1	Feb	0%	$< 5\%$
2	Mar	0%	$< 5\%$



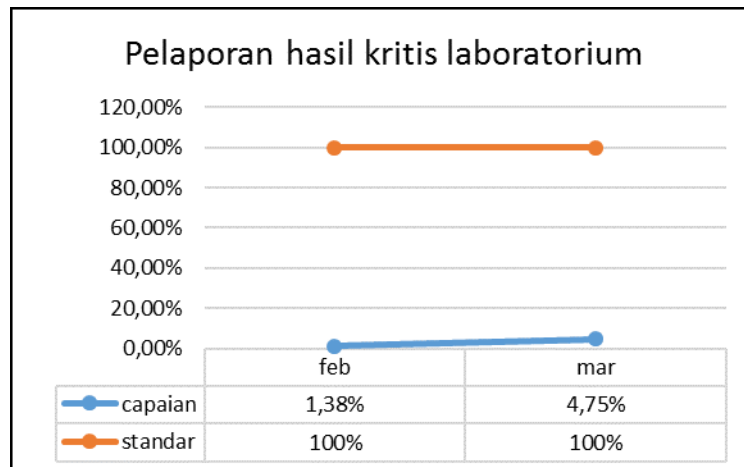
g. Kepatuhan waktu visite dokter

No	Bulan	capaian	standar
1	Feb	92,80%	≥80%
2	Mar	95,43%	≥80%



h. Pelaporan hasil kritis laboratorium

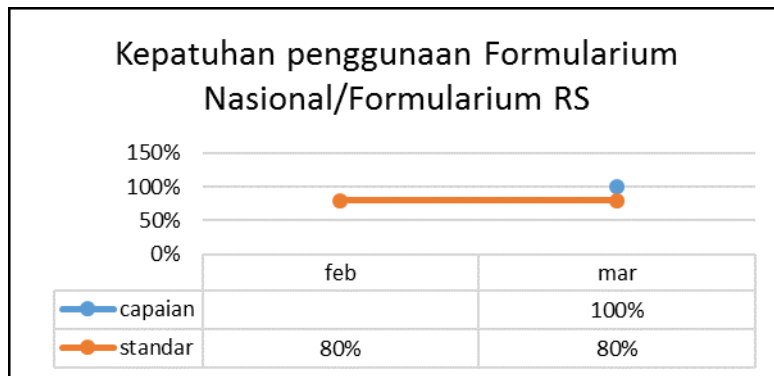
No	Bulan	capaian	standar
1	Feb	1,38%	100%
2	Mar	4,75%	100%



Ide terpilih (Plan)	Tahap Implementasi (Do)	Study (S)	Action (A)
Mengupayakan target capaian 0%	Menulis pada buku agenda nilai kritis jika melaporkan hasil nilai kritis. Melaporkan hasil nilai kritis sesuai waktu pelaporan yang ditentukan	Capaian target bulan februari 1,38%	Sosialisasi kepatuhan SPO. Meningkatkan kepatuhan terhadap SPO Mengupayakan dan mempertahankan standart capaian hingga 0%

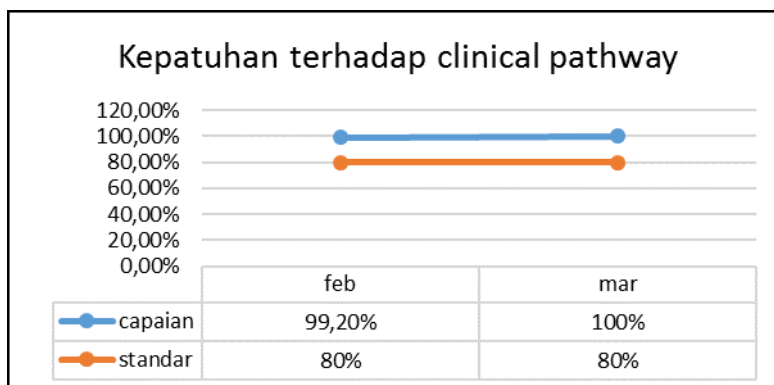
- i. Kepatuhan penggunaan Formularium Nasional/ Formularium RS

No	Bulan	Capaian	standar
1	Feb		80%
2	Mar	100%	80%



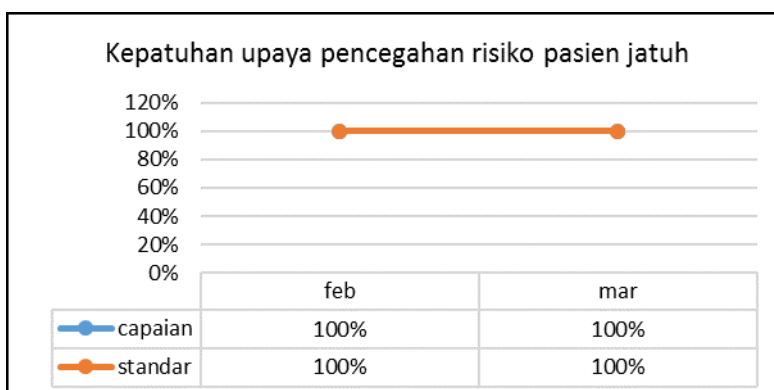
- j. Kepatuhan terhadap clinical pathway

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Feb	99,20%	$\geq 80\%$
2	Mar	100%	$\geq 80\%$



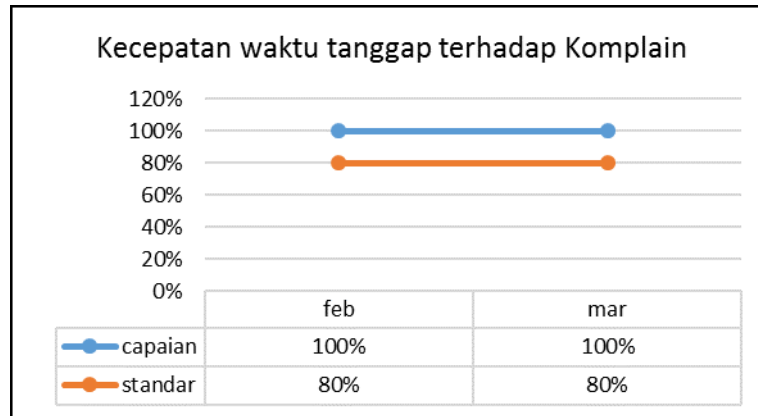
- k. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh

No	Bulan	Capaian	standar
1	Feb	100%	100%
2	Mar	100%	100%



1. Kecepatan waktu tanggap terhadap Komplain

No	Bulan	Capaian	standar
1	Feb	100%	80%
2	Mar	100%	80%



m. Kepuasan pasien

No	Bulan	capaian	standar
1	feb	-	76,61%
2	mar	-	76,61%

*) Setiap 6 bulan sekali

2. INDIKATOR MUTU PRIORITAS

Indikator Area Klinis

a. Angka ketidakmampuan menangani BBLR 1500-2499 gr

No	Bulan	capaian	standar
1	feb	100%	<50%
2	mar	0%	<50%

b. Ketidakberhasilan Penanganan Pasien PICU < 48 Jam

No	Bulan	capaian	standar
1	feb	0%	<30%
2	mar	14,29%	<30%

c. Angka keberhasilan penanganan hipotermi bayi di NICU

No	Bulan	capaian	standar
1	feb	94,44%	>80%
2	mar	100%	>80%

d. Angka Keberhasilan penanganan hipoglikemia bayi di NICU.

No	Bulan	capaian	standar
1	feb	85,71%	>80%
2	mar	0%	>80%

Indikator Area Manajemen

- a. Kejadian kekosongan stok obat emergensi di ruang PICU NICU

No	Bulan	capaian	standar
1	feb	0	0
2	mar	0	0

- b. Angka keterlambatan pelaporan IKP unit pelayanan perinatal

No	Bulan	capaian	standar
1	feb		
2	mar		

- c. Manajemen penggunaan sumber daya (utilisasi ruang bersalin terpadu)

No	Bulan	capaian	standar
1	feb		
2	mar		

3. INDIKATOR MUTU SKP

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

No	Bulan	capaian	standar
1	feb		
2	mar		

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

No	Bulan	capaian	standar
1	feb	-	0%
2	mar	4,75%	0%

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

No	Bulan	capaian	standar
1	feb	-	>90%
2	mar	0,74%	>90%

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

No	Bulan	capaian	standar
1	feb		
2	mar		

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

No	Bulan	capaian	standar
1	feb		
2	mar		

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

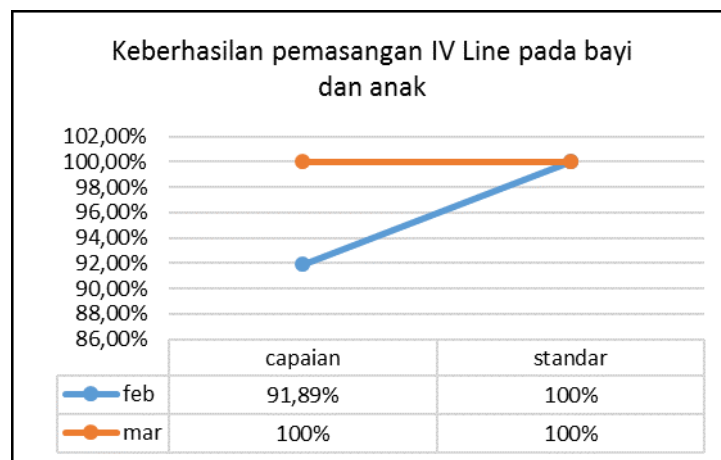
No	Bulan	capaian	standar
1	feb		100%
2	mar	100%	100%

4. INDIKATOR MUTU UNIT

- a. IGD

- 1) Keberhasilan pemasangan IV Line pada bayi dan anak

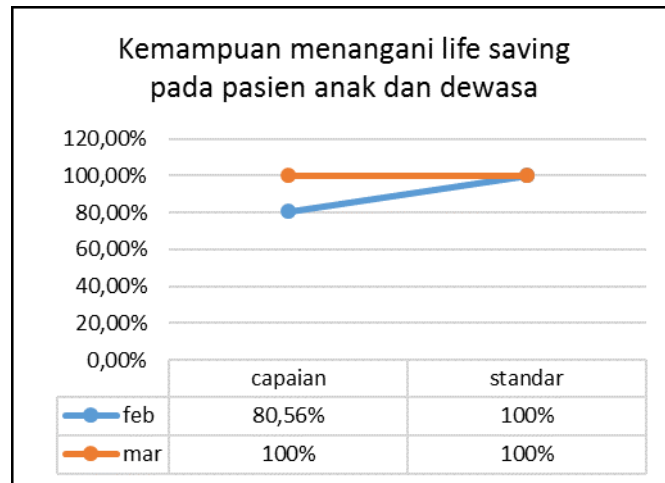
No	Bulan	capaian	standar
1	Feb	91,89%	100%
2	Mar	100%	100%



Ide terpilih (Plan)	Tahap Implementasi (Do)	Study (S)	Action (A)
Pembuatan form khusus	Penerapan kepatuhan pengisian buku bantu identitas pasien anak dan bayi yang dilakukan pemasangan IV line	Capaian target 100% disertai identitas semua pasien yang dilakukan pemasangan IV line baik yang gagal maupun berhasil	1. Mengaktifkan koordinator jaga dalam pendokumentasian 2. Melakukan monitoring setiap oper jaga antar koordinator jaga

2) Kemampuan menangani life saving pada pasien anak dan dewasa

No	Bulan	capaian	standar
1	feb	80,56%	100%
2	mar	100%	100%

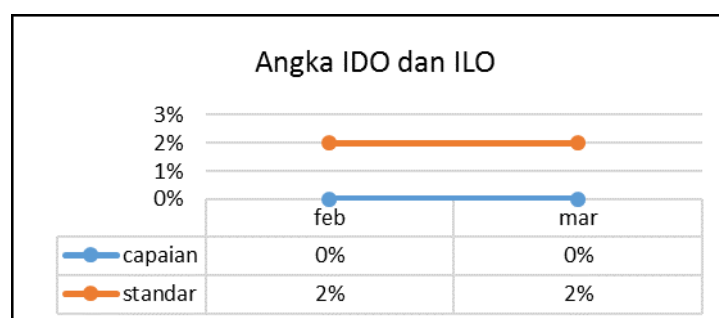


Ide terpilih (Plan)	Tahap Implementasi (Do)	Study (S)	Action (A)
Pembuatan form khusus	Penerapan kepatuhan pengisian buku bantu identitas pasien yang dilakukan tindakan Live Saving RJP, Intubasi	Capaian target 100% disertai identitas semua pasien yang dilakukan tindakan Live Saving baik yang gagal maupun berhasil	<ol style="list-style-type: none"> Mengaktifkan koordinator jaga dalam pendokumentasian Melakukan monitoring setiap oper jaga antar koordinator jaga

b. RAWAT JALAN

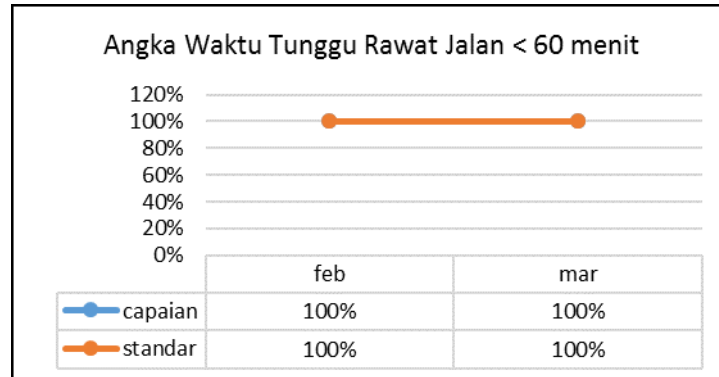
1) Angka IDO dan ILO

No	Bulan	capaian	standar
1	feb	0 %	≤ 2%
2	mar	0 %	≤ 2%



2) Angka Waktu Tunggu Rawat Jalan < 60 menit

No	Bulan	capaian	standar
1	feb	100%	100%
2	mar	100%	100%



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	feb	94,29%	100%
2	mar	100%	100%

2) Angka keberhasilan edukasi tentang ASI eksklusif terhadap pasien rawat gabung di ruang adasmanis

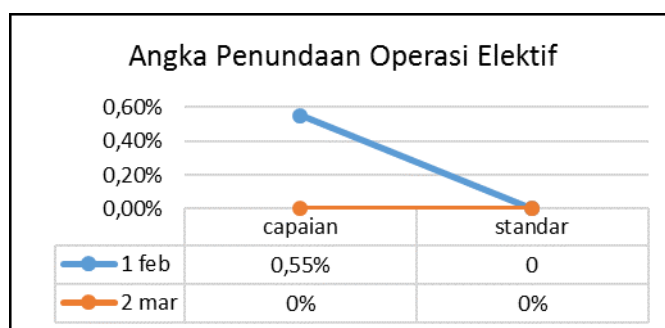
No	Bulan	capaian	standar
1	feb	90,38%	90%
2	mar	93,62%	90%

d. IBS

Bedah

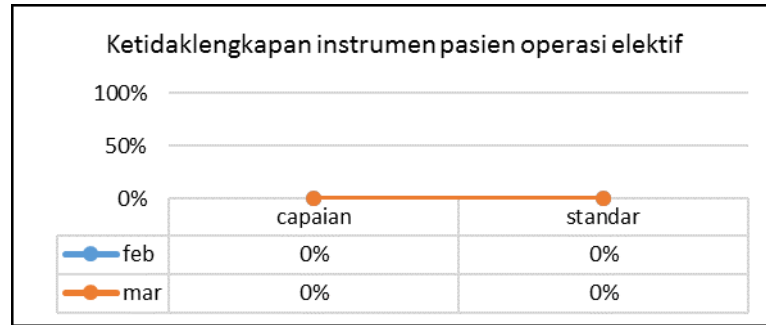
1) Angka Penundaan Operasi Elektif

No	Bulan	capaian	standar
1	feb	0,55%	0%
2	mar	0%	0%



2) Ketidaklengkapan instrumen pasien operasi elektif

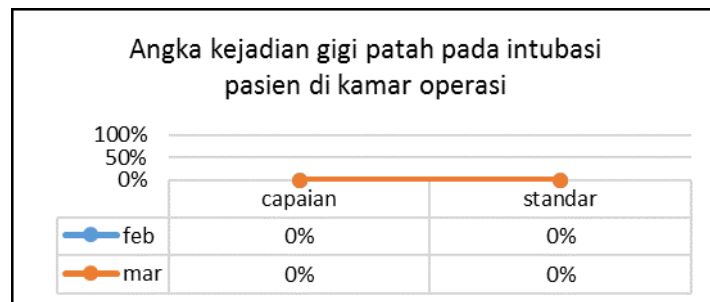
No	Bulan	capaian	standar
1	feb	0%	0%
2	mar	0%	0%



Anestesi

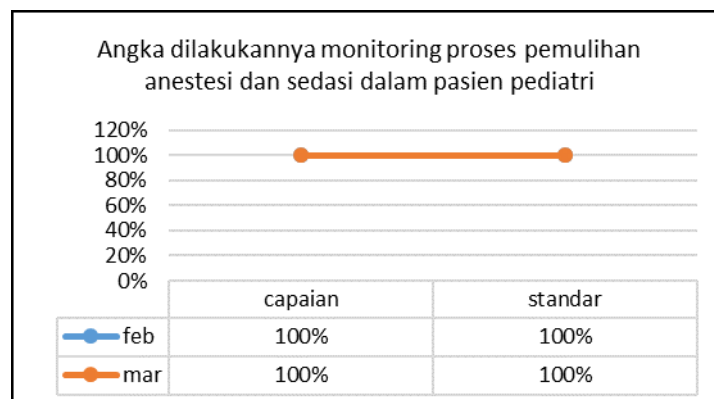
1) Angka kejadian gigi patah pada intubasi pasien di kamar operasi

No	Bulan	capaian	standar
1	feb	0%	0%
2	mar	0%	0%



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

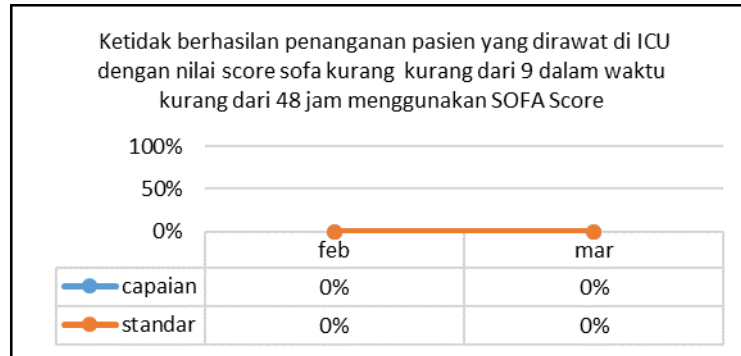
No	Bulan	capaian	standar
1	feb	100%	100%
2	mar	100%	100%



e. Instalasi Rawat Intensif (HCU-ICU)

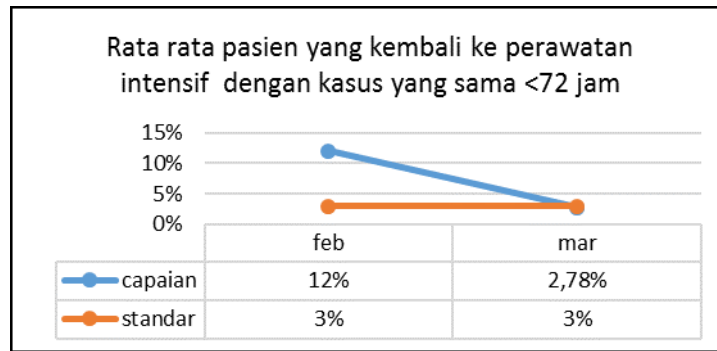
- 1) Ketidak berhasilan penanganan pasien yang dirawat di ICU dengan nilai score sofakurang kurang dari 9 dalam waktu kurang dari 48 jam menggunakan SOFA (SEQUENTIAL ORGAN FAILURE ASESMENT) SCORE

No	Bulan	capaian	standar
1	feb	0%	0%
2	mar	0%	0%



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

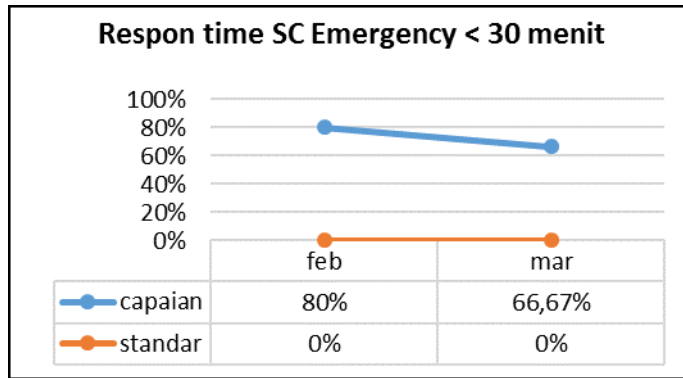
No	Bulan	capaian	standar
1	feb	12%	3%
2	mar	2,78%	3%



f. Instalasi Maternal Perinatal PONEK

Respon time SC *Emergency* < 30 menit

No	Bulan	capaian	standar
1	feb	80%	0%
2	mar	66,67%	0%

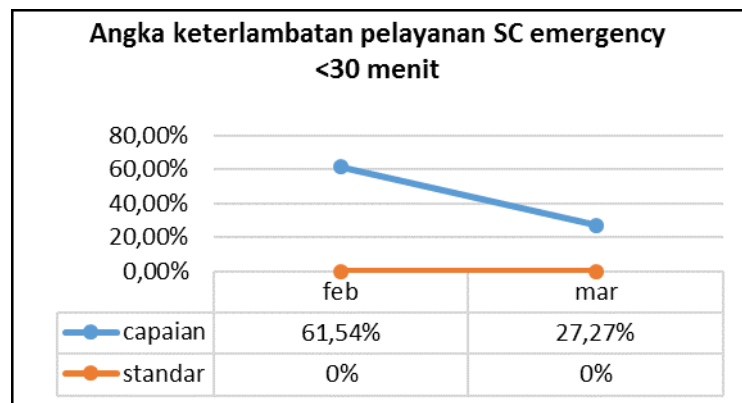


Ide terpilih (Plan)	Tahap Implementasi (Do)	Study (S)	Action (A)
Mengupayakan target 0%	Meningkatkan kinerja bidan ponek dlm penanganan/mempersiapkan pasien yg akan SC emergency PMKP melakukan koordinasi dg komdik, komite keperawatan dan kebidanan, unit IBS unit anestesi dan ponek terkait capaian indicator mutu ygt belum sesuai standar	Capaian target sampai bln maret 66,67%	melakukan komunikasi dg ka instalasi maternal utk bekerjasama dg IBS dlm rangka pembuatan tim OK IBS standby di OK 24 jam Bidan R. Ponek utk meningkatkan kecepatan penanganan /persiapam thd pasien yg telah diputuskan ut SC emergency

Kamar Bersalin

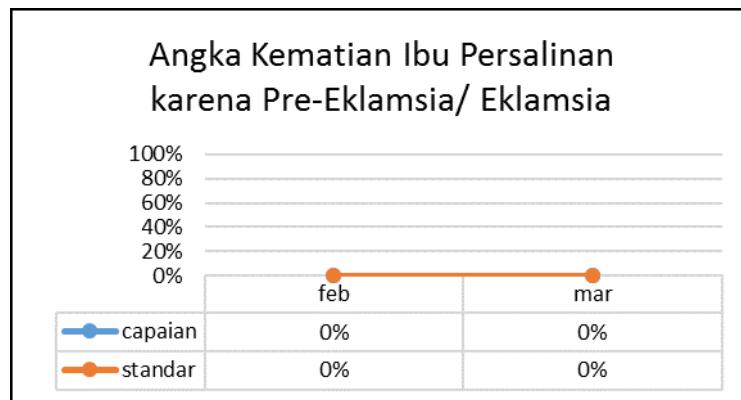
1) Angka keterlambatan pelayanan SC *emergency* <30 menit

No	Bulan	capaian	standar
1	feb	61,54%	0%
2	mar	27,27%	0%



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

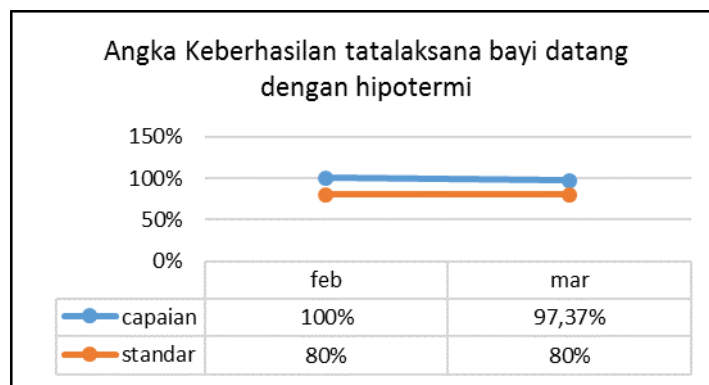
No	Bulan	capaian	standar
1	feb	0%	0%
2	mar	0%	0%



Perinatologi

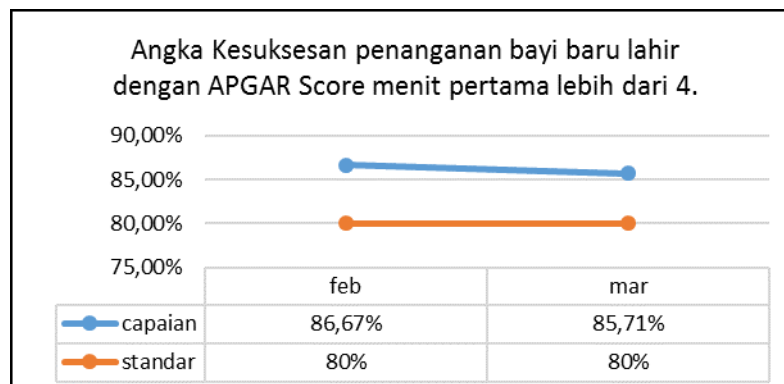
- 1) Angka Keberhasilan tatalaksana bayi datang dengan hipotermi

No	Bulan	capaian	standar
1	feb	100%	>80%
2	mar	97,37%	>80%



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

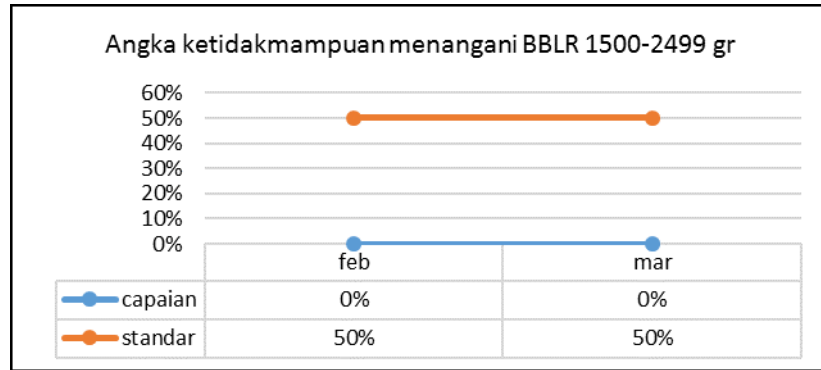
No	Bulan	capaian	standar
1	feb	86,67%	>80%
2	mar	85,71%	>80%



PICU NICU

1) Angka ketidakmampuan menangani BBLR 1500-2499 gr

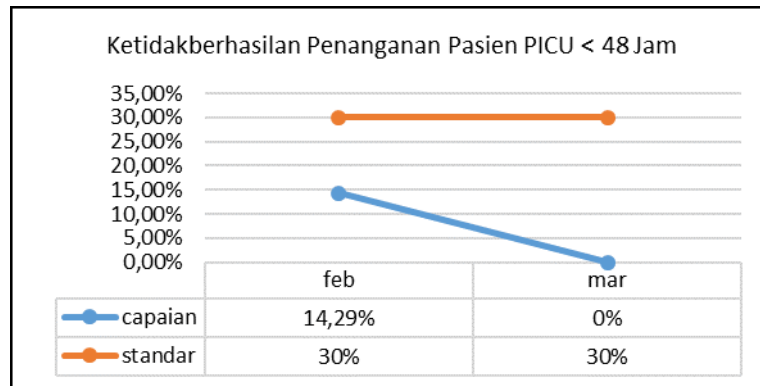
No	Bulan	capaian	standar
1	feb	0%	<50%
2	mar	0%	<50%



Ide terpilih (Plan)	Tahap Implementasi (Do)	Study (S)	Action (A)
Mengupay akan capaian target <50%	Dilakukan audit kematian setiap 3 bln	Belum terjadi capaian yg signifikan	Meningkatkan pelayanan agar target tercapai <50%

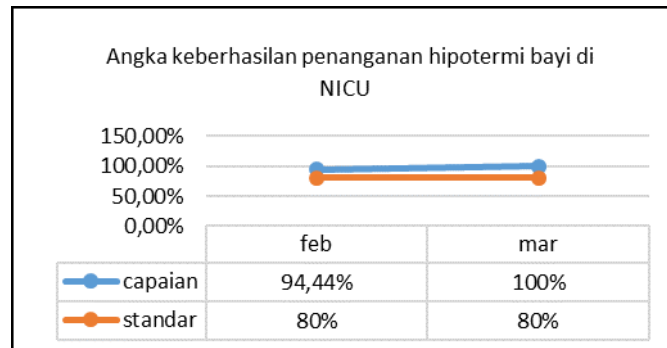
2) Ketidakberhasilan Penanganan Pasien PICU < 48 Jam

No	Bulan	capaian	standar
1	feb	14,29%	<30%
2	mar	0%	<30%



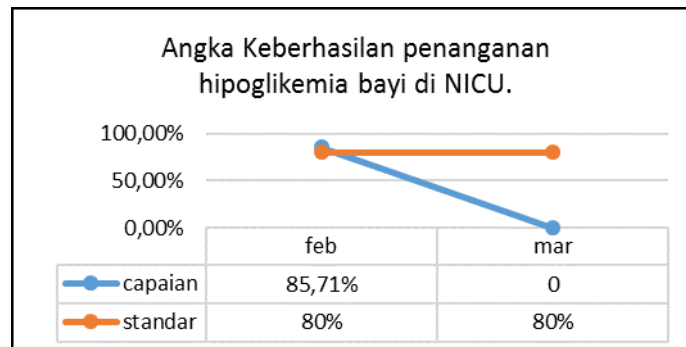
3) Angka keberhasilan penanganan hipotermi bayi di NICU

No	Bulan	capaian	standar
1	feb	94,44%	>80%
2	mar	100%	>80%



4) Angka Keberhasilan penanganan hipoglikemia bayi di NICU.

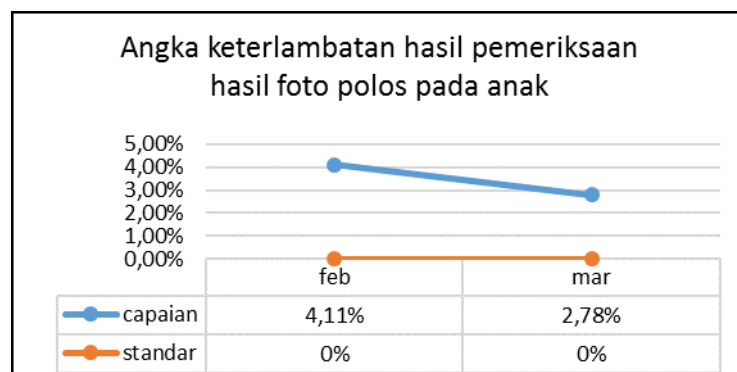
No	Bulan	capaian	standar
1	feb	85,71%	>80%
2	mar	0	>80%



g. Instalasi Radiologi

1) Angka keterlambatan hasil pemeriksaan hasil foto polos pada anak

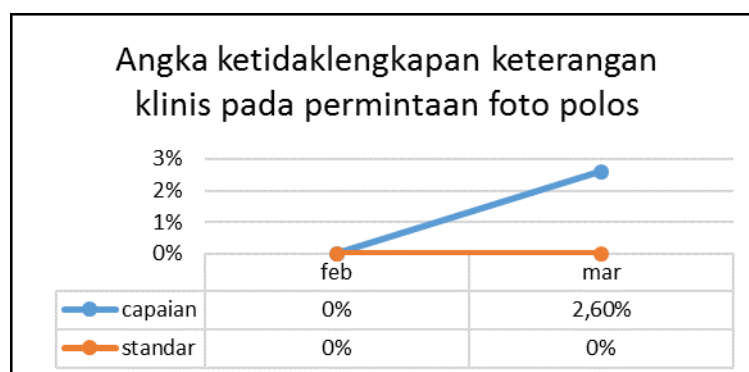
No	Bulan	capaian	standar
1	feb	4,11%	0%
2	mar	2,78%	0%



Ide terpilih (Plan)	Tahap Implementasi (Do)	Study (S)	Action (A)
Mengupayakan capaian target 0%	Melaporkan kerusakan alat ke IT	Capaian target pada bulan sebelumnya belum ada, karena merupakan indikator mutu yang baru	Evaluasi tindak lanjut perbaikan PACS

2) Angka ketidaklengkapan keterangan klinis pada permintaan foto polos

No	Bulan	capaian	standar
1	feb	0%	0%
2	mar	2,60%	0%

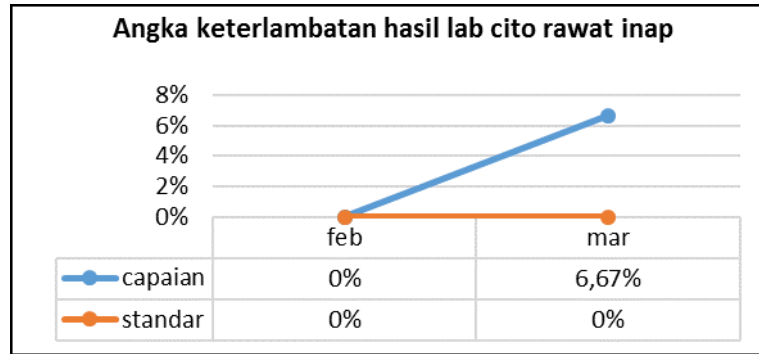


Ide terpilih (Plan)	Tahap Implementasi (Do)	Study (S)	Action (A)
Mengupayakan capaian target 0%	Menghubungi instalasi rawat jalan atau rawat inap yang belum menginput keterangan klinis	Capaian target pada bulan sebelumnya belum ada, karena merupakan indikator mutu yang baru	Melakukan koordinasi dengan bagian rekam medik

h. Instalasi laboratorium

1) Angka keterlambatan hasil lab cito rawat inap

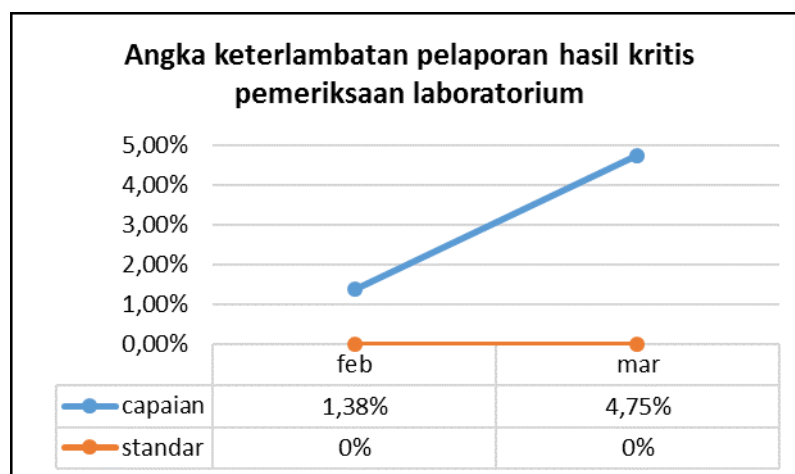
No	Bulan	capaian	standar
1	feb	0%	0%
2	mar	6,67%	0%



Ide terpilih (Plan)	Tahap Implementasi (Do)	Study (S)	Action (A)
Mengupayakan target capaian 0%	Petugas administrasi laboratorium diharapkan lebih teliti lagi dalam billing, bedakan billing yang cito dengan yang biasa. Petugas sampling diharapkan memberi tanda CIOT pada prioritas di LIS	Capaian target bulan februari 0%	Lebih sering sosialisasi SPO. Meningkatkan kepatuhan terhadap SPO. Mengupayakan dan mempertahankan standart capaian hingga 0%

2) Angka keterlambatan pelaporan hasil kritis pemeriksaan laboratorium

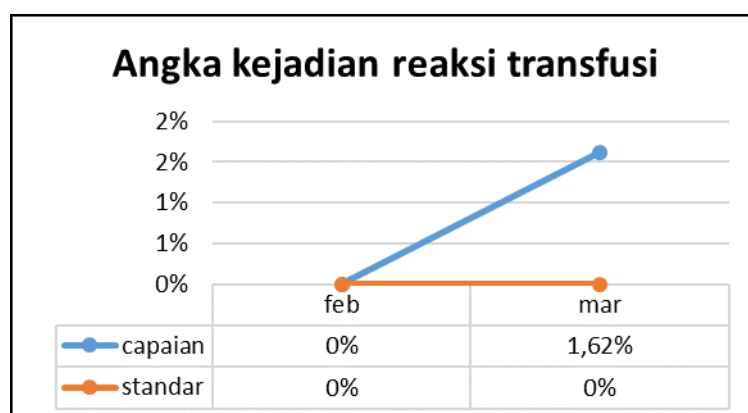
No	Bulan	capaian	standar
1	feb	1,38%	0%
2	mar	4,75%	0%



Ide terpilih (Plan)	Tahap Implementasi (Do)	Study (S)	Action (A)
Mengupay akan target capaian 0%	Menulis pada buku agenda nilai kritis jika melaporkan hasil nilai kritis. Melaporkan hasil nilai kritis sesuai waktu pelaporan yang ditentukan	Capaian target bulan februari 1,38%	Sosialisasi kepatuhan SPO. Meningkatkan kepatuhan terhadap SPO. Mengupayakan dan mempertahankan standart capaian hingga 0%

3) Angka kejadian reaksi transfusi

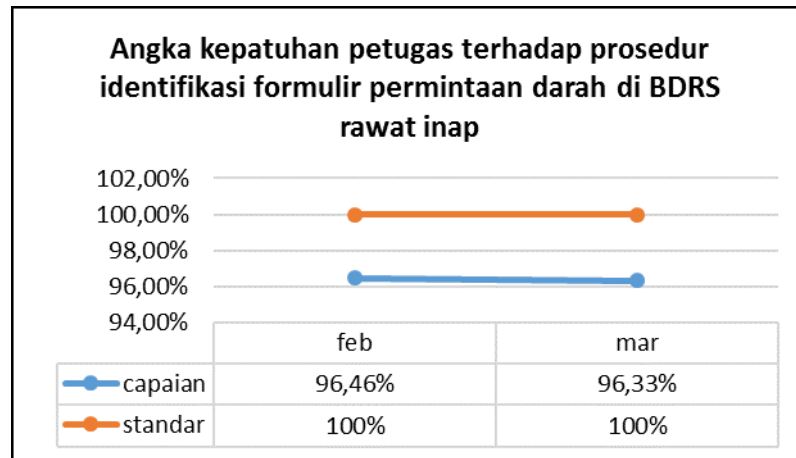
No	Bulan	capaian	standar
1	feb	0%	0%
2	mar	1,62%	0%



Ide terpilih (Plan)	Tahap Implementasi (Do)	Study (S)	Action (A)
Mengupay akan target capaian 0,01%		Capaian target bulan februari 0%	Panitia transfusi melakukan telusur

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

No	Bulan	capaian	standar
1	feb	96,46%	100%
2	mar	96,33%	100%

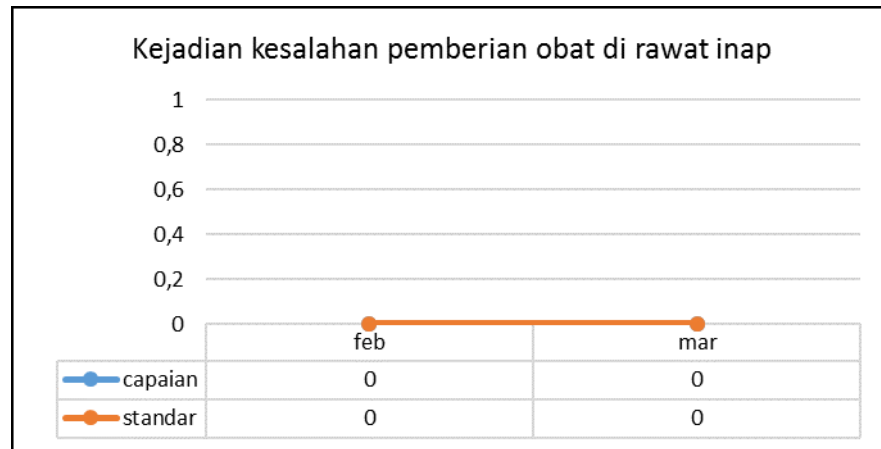


Ide terpilih (Plan)	Tahap Implementasi (Do)	Study (S)	Action (A)
Mengupayakan target capaian 100%	Konfirmasi dengan perawat bangsal jika menemukan FPP tidak lengkap. Sosialisasi SPO dengan teman dengan teman sejawat. Perawat ruangan diminta melengkapi FPP	Capaian target bulan februari 96,46%	Sosialisasi kepatuhan SPO. Meningkatkan kepatuhan terhadap SPO. Mengupayakan dan mempertahankan standart capaian hingga 0%

i. Instalasi Farmasi

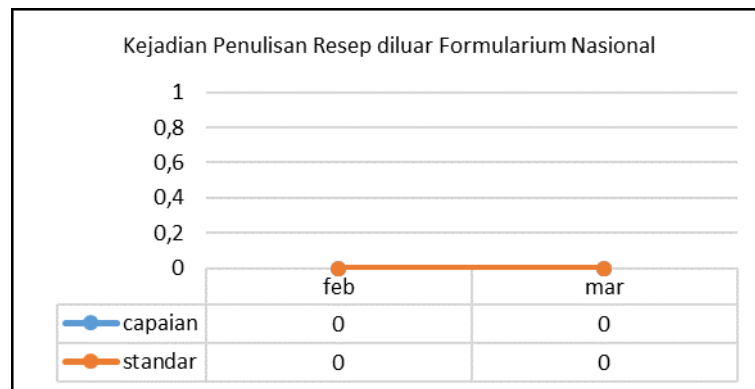
1) Kejadian kesalahan pemberian obat di rawat inap

No	Bulan	capaian	standar
1	feb	0	0
2	mar	0	0



2) Kejadian Penulisan Resep diluar Formularium Nasional

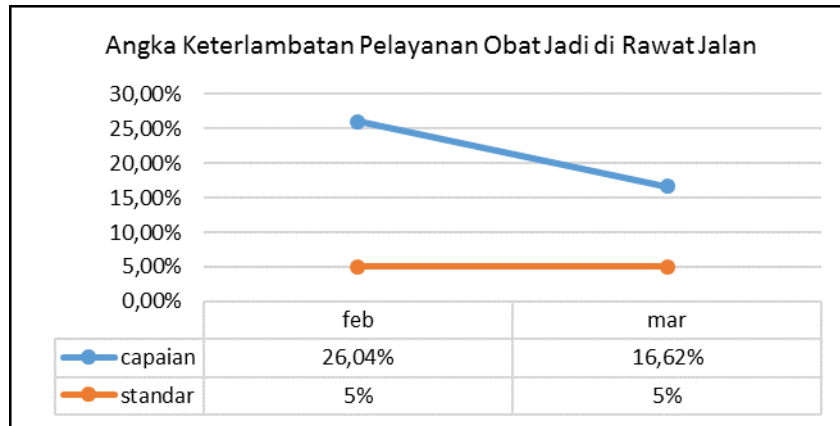
No	Bulan	capaian	standar
1	feb	0	0
2	mar	0	0



Ide terpilih (Plan)	Tahap Implementasi (Do)	Study (S)	Action (A)
mengupayakan capaian target 0 kejadian	memahami isisan fornasi dan obat dg kelas therapy sama sbg usulan substitusi	capaian target sampai dg bulan juni 2022 mencapai 0 kejadian	komunikasi ke dokter penulisi resep setiap ada penulisan obat diluar fornasi utk pasien JKN utk dilakukan substitusi

3) Angka Keterlambatan Pelayanan Obat Jadi di Rawat Jalan

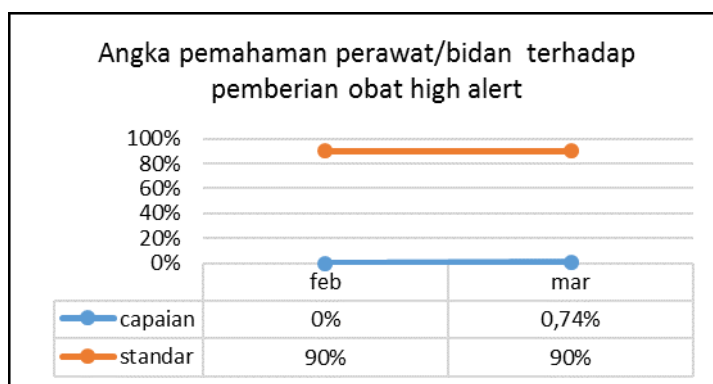
No	Bulan	capaian	standar
1	feb	26,04%	<5%
2	mar	16,62%	<5%



Ide terpilih (Plan)	Tahap Implementasi (Do)	Study (S)	Action (A)
Mengupayakan capaian target <5%	<ol 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 divalid (warning system) 	Capaian target sampai bulan Juni 2022 adalah <5%	<ol style="list-style-type: none"> Komunikasi dengan dokter dan diingatkan di group Trial EMR Komunikasi dengan IT dan vendor untuk dilakukan perbaikan

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

No	Bulan	capaian	standar
1	feb	0 %	>90%
2	mar	0,74%	>90%

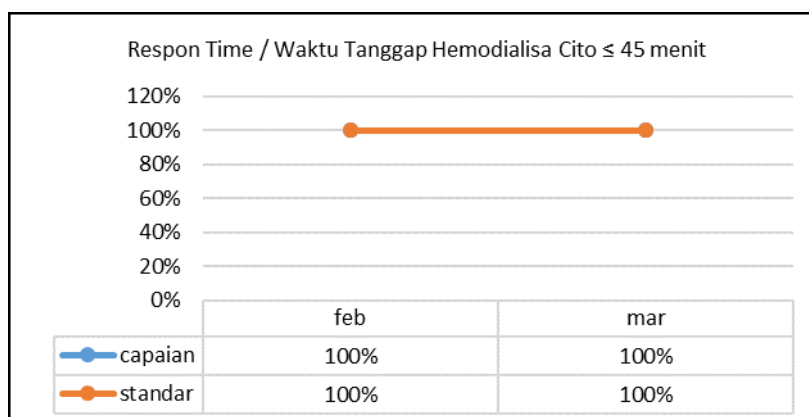


Ide terpilih (Plan)	Tahap Implementasi (Do)	Study (S)	Action (A)
Mengupayakan capaian target angka pemahaman perawat/bidan terhadap pemberian obat high alert adalah >90%	Mencetak daftar high alert dan LASA untuk dibagikan ke semua ruangan	Capaian target sampai dengan bulan Juni 2022 mencapai 90%	Sosialisasi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

J. Instalasi Hemodialisa

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

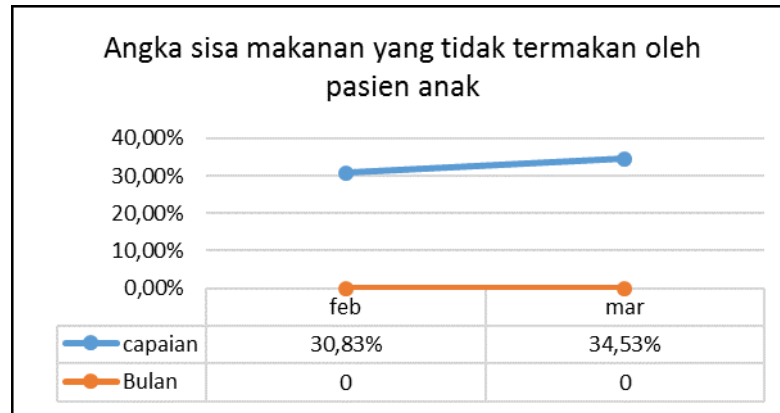
No	Bulan	capaian	standar
1	feb	100%	100%
2	mar	100%	100%



k. Instalasi Gizi

1) Angka sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien anak

No	Bulan	capaian	standar
1	feb	30,83%	<20%
2	mar	34,53%	<20%

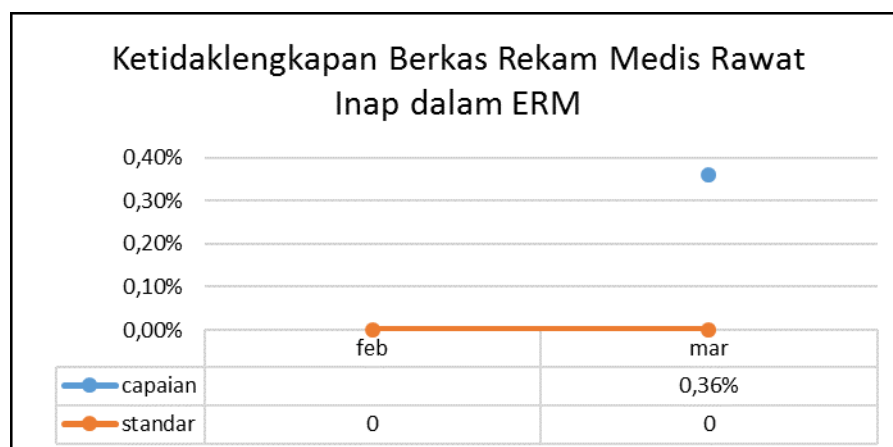


Ide terpilih (Plan)	Tahap Implementasi (Do)	Study (S)	Action (A)
Mengupayakan capain target <20%	Mendekatkan kepada orang tua agar anak mau makan	Capaian target sesuai	<ol style="list-style-type: none"> Merubah standar porsi khusus anak Mengganti alat makan terbaru berkarakter agar anak mau makan

1. Instalasi Rekam Medis

Ketidaklengkapan Berkas Rekam Medis Rawat Inap dalam ERM

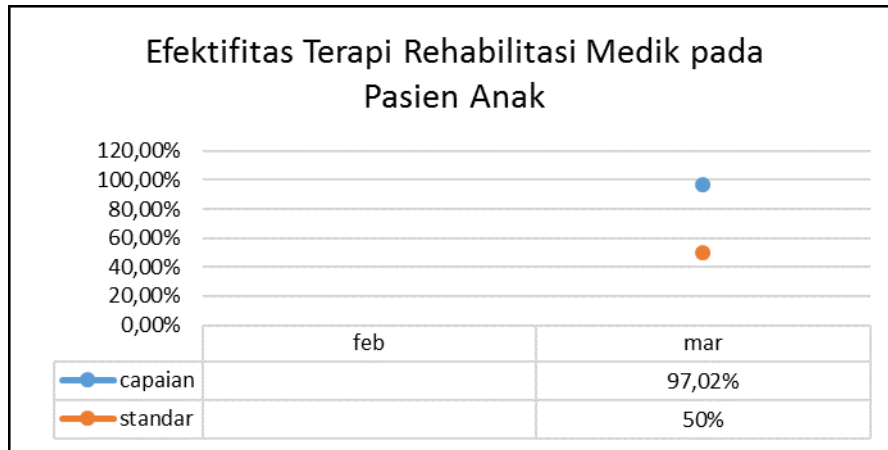
No	Bulan	capaian	standar
1	feb	25%	<30%
2	mar	0,36%	<30%



m. Instalasi Rehab Medik

Efektifitas Terapi Rehabilitasi Medik pada Pasien Anak

No	Bulan	capaian	standar
1	feb		
2	mar	97,02%	50%

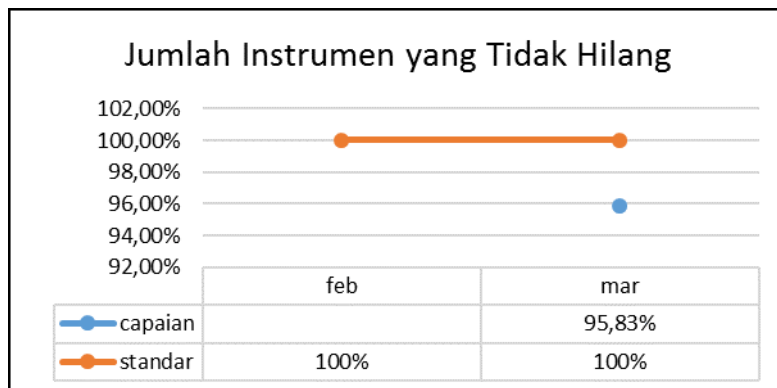


Ide terpilih (Plan)	Tahap Implementasi (Do)	Study (S)	Action (A)
Mengupayakan capaian > 50%		anak menangis pasien baru	

**n. Instalasi CSSD Laundry
CSSD**

Jumlah Instrumen yang Tidak Hilang

No	Bulan	capaian	standar
1	feb		100%
2	mar	95,83%	100%

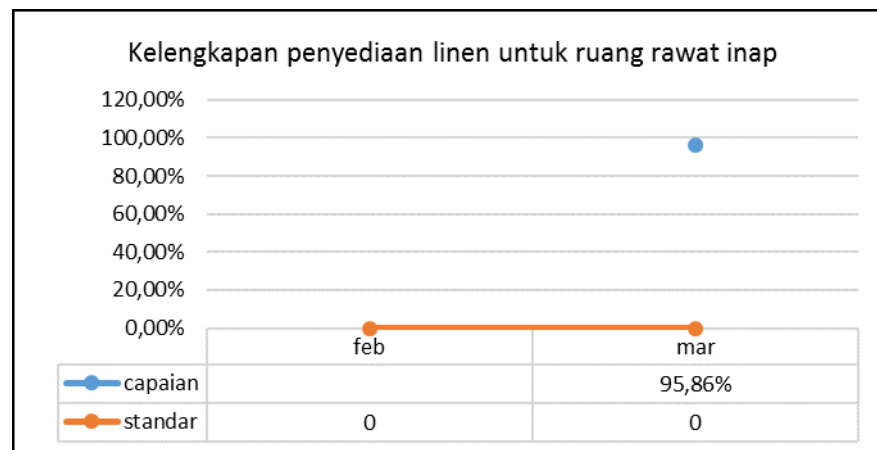


Ide terpilih (Plan)	Tahap Implementasi (Do)	Study (S)	Action (A)
Merencanakan instrumen tersentral dan terpusat di CSSD untuk unit atau ruangan tertentu	Untuk pengelolaan alat, transportasi, pengambilan dan distribusi semua tercatat dan terdokumentasi	Mengusulkan dan koordinasi terkait alat instrumen tentang pengelolaan yang benar dan terpusat di CSSD	Ada regulasi dan dokumentasi tentang penggunaan instrumen di ruangan atau unit

Laundry

Kelengkapan penyediaan linen untuk ruang rawat inap

No	Bulan	capaian	standar
1	feb		>80%
2	mar	95,86%	>80%



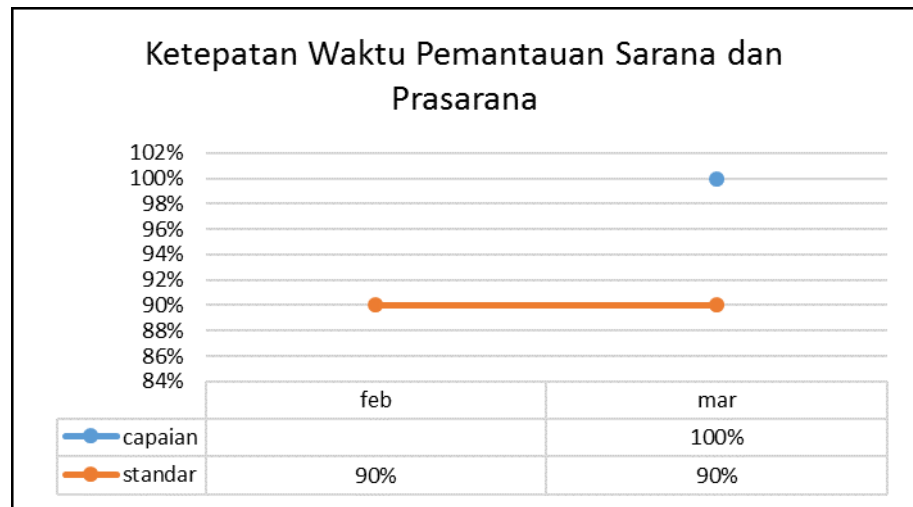
Ide terpilih (Plan)	Tahap Implementasi (Do)	Study (S)	Action (A)
Merencanakan untuk pengadaan linen ke manajemen agar stok opname bisa minimal 3 kali dari jumlah bed di ruang terkait, senantiasa mengisi ceklist harian kelengkapan ke ruangan agar bisa mengontrol dimanakah yang sering terjadi ketidak lengkapan linen, melakukan	Menyetorkan linen ke unit yang terjadi ketidak lengkapan linen serta mengontrol secara rutin dengan memantau ceklist harian	Mengusulkan dan koordinasi terkait linen yang benar dan terpusat di laundry	Ada dokumentasi tentang penggunaan linen rumah sakit

sosialisasi kepada karyawan baik door to door ke instalasi, unit, ruangan agar terjalin komunikasi dengan baik sehingga mudah mengatasi masalah			
---	--	--	--

o. IPSRS

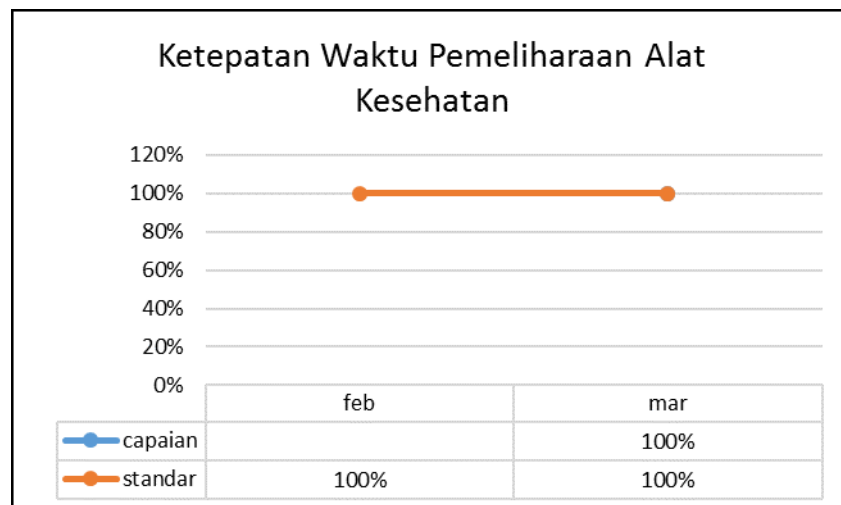
1) Ketepatan Waktu Pemantauan Sarana dan Prasarana

No	Bulan	capaian	standar
1	feb		90%
2	mar	100%	90%



2) Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat Kesehatan

No	Bulan	capaian	standar
1	feb		100%
2	mar	100%	100%



p. Unit Keamanan

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

No	Bulan	capaian	standar
1	feb	4,41%	0%
2	mar	11,11%	0%

Ide terpilih (Plan)	Tahap Implementasi (Do)	Study (S)	Action (A)
mengupayakan capaian atarget <10%	memberikan himbauan lwt pengeras suara scr rutin memberikan edukasi kpd pasien ,keluarga pengunjung yg membawa anak dibwh 14 thn	Target tercapai	Mempertahankan capaian target di bwh 20% Meningkatkan patrol le ruangan utk meminimalisjml anak yg masuk

- 2) AngkaKejadianKehilangandiRSUD Pandan Arang Boyolali

No	Bulan	capaian	standar
1	feb	0%	0%
2	mar	0%	0%

q. Garasi

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

No	Bulan	capaian	standar
1	feb	100%	100%
2	mar	100%	100%

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

No	Bulan	capaian	standar
1	feb	0%	0%
2	mar	2,44%	0%

Ide terpilih (Plan)	Tahap Implementasi (Do)	Study (S)	Action (A)
Mengupayakan capaian indikator bulan selanjutnya 100%	1. Memastikan kondisi pasien yang akan dirujuk 2. Memastikan terpenuhinya kebutuhan peralatan di ambulan	Capaian target sebelumnya belum ada, karena merupakan indikator mutu yang baru	1. Mengupayakan dan mempertahankan standart capaian 100% 2. Melakukan evaluasi dan koordinasi 3. Pembuatan SPO terkait rujuk pasien

r. Instalasi Pemulasaraan Jenazah

Angka Waktu Tanggap Pelayanan Pemulasaraan Jenazah

No	Bulan	capaian	standar
1	feb		
2	mar		

s. PPI

1) IDO

No	Bulan	capaian	standar
1	feb	2,5%	2%
2	mar	0,34%	2%

2) SEPSIS

No	Bulan	capaian	standar
1	feb	0%	1%
2	mar	0,12%	1%

3) ILI

No	Bulan	capaian	standar
1	feb	1%	1%
2	mar	2%	1%

4) IADP

No	Bulan	capaian	standar
1	feb	0%	3,5%
2	mar	0%	3,5%

5) ISK

No	Bulan	capaian	standar
1	feb	1,1%	4,7%
2	mar	1,1%	4,7%

6) VAP

No	Bulan	capaian	standar
1	feb	-	2%
2	mar	-	2%

7) HAP

No	Bulan	capaian	standar
1	feb	-	5,8%
2	mar	-	5,8%

t. K3

1) *Zero Accident*

No	Bulan	capaian	standar
1	feb	-	
2	mar	-	

2) Angka cakupan pemeriksaan kesehatan berkala karyawan

No	Bulan	capaian	standar
1	feb	-	
2	mar	-	

*) Setiap 3 bulan sekali

Ide terpilih (Plan)	Tahap Implementasi (Do)	Study (S)	Action (A)
Sosialisasi bahwa jadwal tdk bersifat mutlak atau dpt diganti apabila karyawan konfirmasi pd K3	Sosialisasi koordinasi pelaksanaan dg ruang/unit	Sosialisasi SPO pemeriksaan Kesehatan karyawan	Sosialisasi dan koordinasi

u. TB Dots

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

No	Bulan	capaian	standar
1	feb	0	
2	mar	0	

2) Kepatuhan penggunaan APD pada staf dan pengunjung

No	Bulan	capaian	standar
1	feb	0	
2	mar	0	

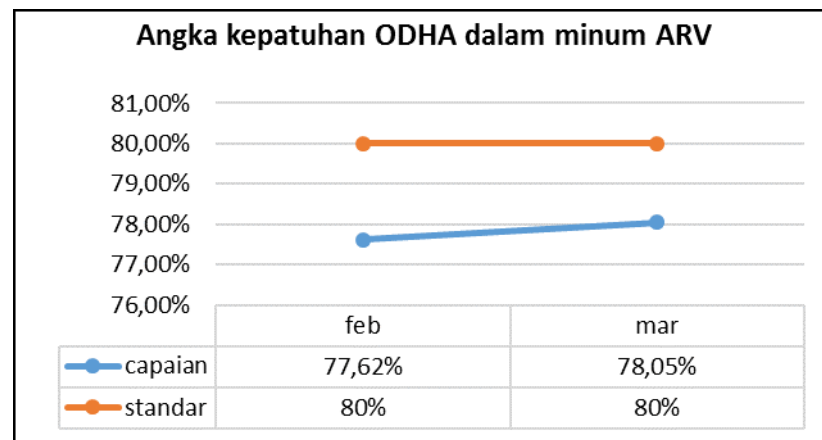
3) Angka Kepatuhan minum OAT

No	Bulan	capaian	standar
1	feb	0	
2	mar	0	

v. HCT

1) Angka kepatuhan ODHAdalam minum ARV

No	Bulan	capaian	standar
1	feb	77,62%	80%
2	mar	78,05%	80%



Ide terpilih (Plan)	Tahap Implementasi (Do)	Study (S)	Action (A)
<p>Membangun komunikasi antara konselor/petugas kesehatan dengan pasien</p> <p>Melakukan pendekatan perilaku :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pengelolaan diri/self management - Pengingat - Penguatan / reinforcement - Pengawasan yang ditingkatkan / increased-supervision - Memonitor diri / self monitoring <p>Kerjasama dengan pendamping sebaya (PS)</p> <p>Melakukan pertemuan rutin KDS (Kelompok dukungan sebaya)</p>	<p>Kerjasama dengan LSM untuk menekan angka loss follow up pasien dalam pengobatan ARV</p> <p>Sosialisasi tentang kepatuhan ARV terhadap ODHA</p>		

- 2) Angka keberhasilan pencegahan bayi positif HIV dari Ibu HIV positif

No	Bulan	capaian	standar
1	feb		
2	mar		

w. PPRA

- 1) Rasionalisasi Penggunaan Antibiotika Golongan Carbapenem

No	Bulan	capaian	standar
1	feb		
2	mar		

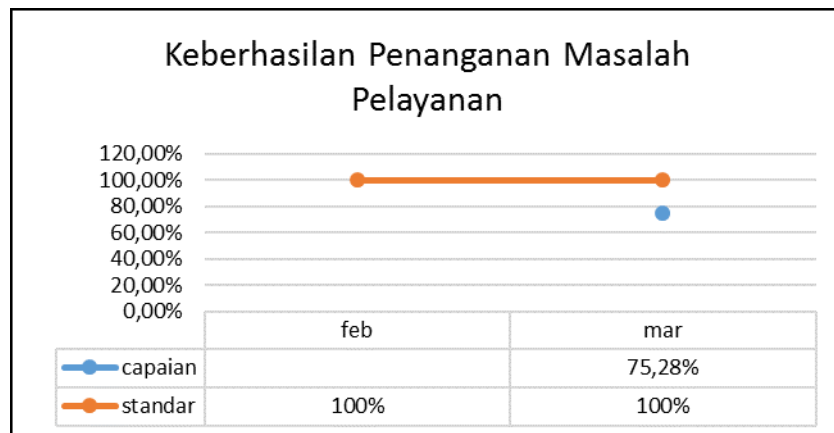
- 2) Rasionalisasi Penggunaan Antibiotika di Ruang PICU/NICU

No	Bulan	capaian	standar
1	feb		
2	mar		

x. Bidang Pelayanan

Keberhasilan Penanganan Masalah Pelayanan

No	Bulan	capaian	standar
1	feb		100%
2	mar	75,28%	100%

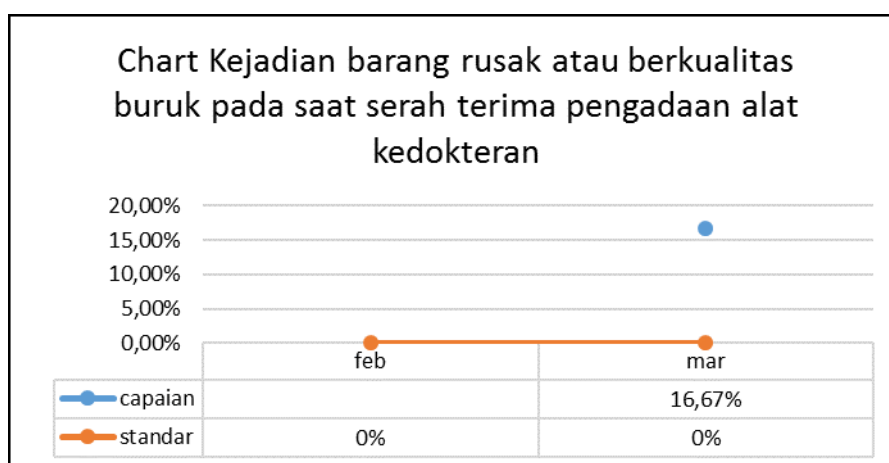


Ide terpilih (Plan)	Tahap Implementasi (Do)	Study (S)	Action (A)
Mengupayakan capaian indikator bulan selanjutnya memenuhi standar atau 100%	<ol style="list-style-type: none"> Meningkatkan koordinasi di dalam internal Bidang Pelayanan Meningkatkan koordinasi dengan pihak-pihak yang bersangkutan dengan masalah yang dilaporkan Melakukan evaluasi secara rutin terhadap area kerja bidang pelayanan (keperawatan, kebidnaan, medis dan penunjang medis) Melakukan pengkajian SOP-SOP yang ada Melakukan sosialisasi ulang terhadap SOP-SOP Evaluasi kinerja perawat, bidan dan dokter serta nakes lain 	Capaian Triwulan ke-4 $\geq 90\%$	Mempertahankan koordinasi baik dalam internal bidang maupun ke pihak-pihak yang bersangkutan dengan masalah yang dilaporkan Pengkajian dan refreshing terhadap SOP-SOP yang ada Melakukan rapat koordinasi perawat, bidan, dan dokter serta nakes lain secara rutin

y. Bidang Penunjang Pelayanan

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

No	Bulan	capaian	standar
1	feb	0%	0%
2	mar	16,67%	0%

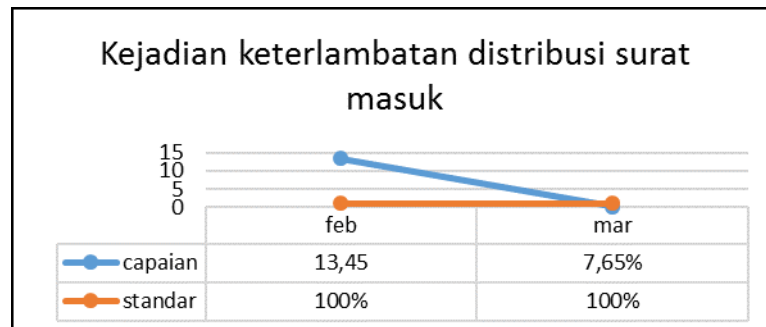


Ide terpilih (Plan)	Tahap Implementasi (Do)	Study (S)	Action (A)
Mengupayakan capaian target 0%	PPTK dan tim teknis (PPHP) melakukan pengecekan dan uji fungsi dengan baik dan teliti	Masih ada barang yang diterima tidak sesuai spesifikasi yang tertera pada saat serah terima pengadaan alat kedokteran	<ol style="list-style-type: none"> Membuat checklist 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 sesuai

z. Bagian Umum

1) Kejadian keterlambatan distribusi surat masuk

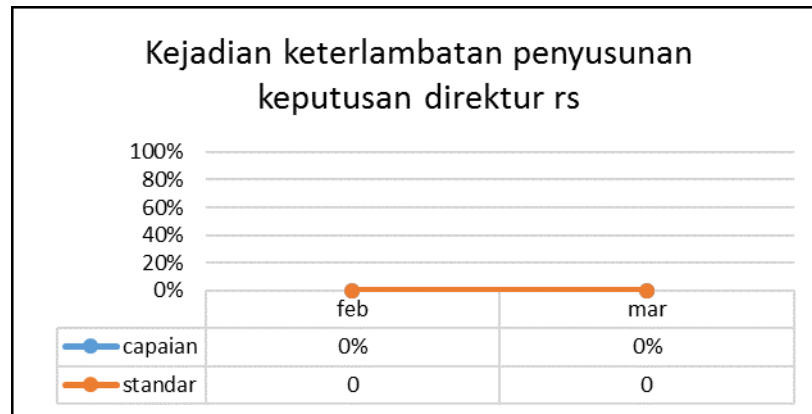
No	Bulan	capaian	standar
1	feb	13,45%	100%
2	mar	7,65%	100%



Ide terpilih (Plan)	Tahap Implementasi (Do)	Study (S)	Action (A)
Mengupayakan capaian indikator bulan selanjutnya memenuhi standar atau 100%	<ol style="list-style-type: none"> Meningkatkan koordinasi didalam internal bagian umum (TU/RTA) Meningkatkan koordinasi dengan pihak-pihak yang bersangkutan dengan masalah yang dilaporkan Melakukan evaluasi secara rutin terhadap area kerja 	Capaian target pada bulan sebelumnya belum ada, karena merupakan indikator mutu yang baru	Mempertahankan koordinasi baik dalam internal bidang maupun ke pihak-pihak yang bersangkutan dengan masalah yang dilaporkan

2) Kejadian keterlambatan penyusunan keputusan direktur rs

No	Bulan	capaian	standar
1	feb	0%	≤5%
2	mar	0%	≤5%



aa. Bagian Keuangan

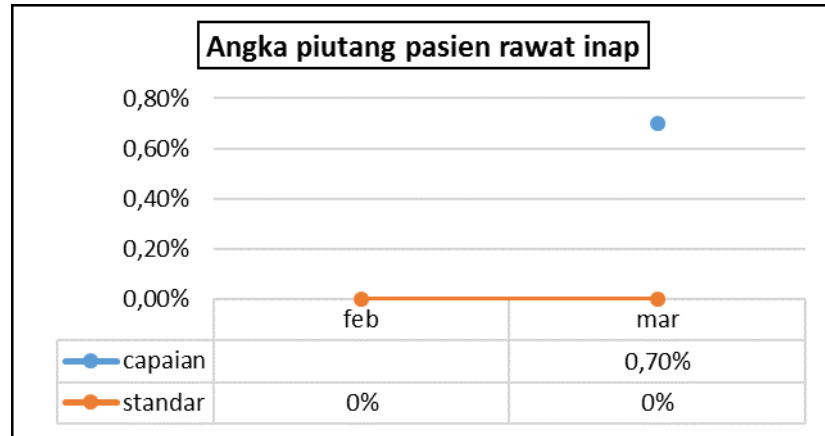
1) Ketepatan waktu pengajuan klaim asuransi jiwa

No	Bulan	capaian	standar
1	feb		100%
2	mar	33,33%	100%

Ide terpilih (Plan)	Tahap Implementasi (Do)	Study (S)	Action (A)
Mengupayakan capaian indikator bulan selanjutnya memenuhi standar atau 100%	<ol style="list-style-type: none"> Meningkatkan koordinasi didalam bagian keuangan terutama di Instalasi penjaminan (Casemix) Melakukan evaluasi secara rutin terhadap area kerja 	Capaian target pada bulan sebelumnya belum ada, karena indikator ini merupakan indikator mutu yang baru	<ol style="list-style-type: none"> Melakukan koordinasi dengan bagian instalasi penjaminan Mempertahankan koordinasi dengan secara rutin baik dalam internal maupun ke pihak yang bersangkutan dengan indikator mutu tersebut

2) Angka piutang pasien rawat inap

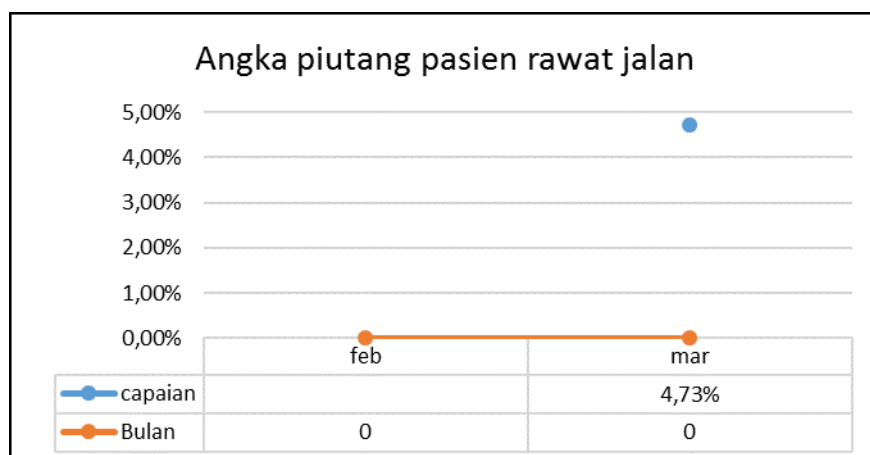
No	Bulan	capaian	standar
1	feb		0%
2	mar	0,70%	0%



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

3) Angka piutang pasien rawat jalan

No	Bulan	capaian	standar
1	feb		0%
2	mar	4,73%	0%

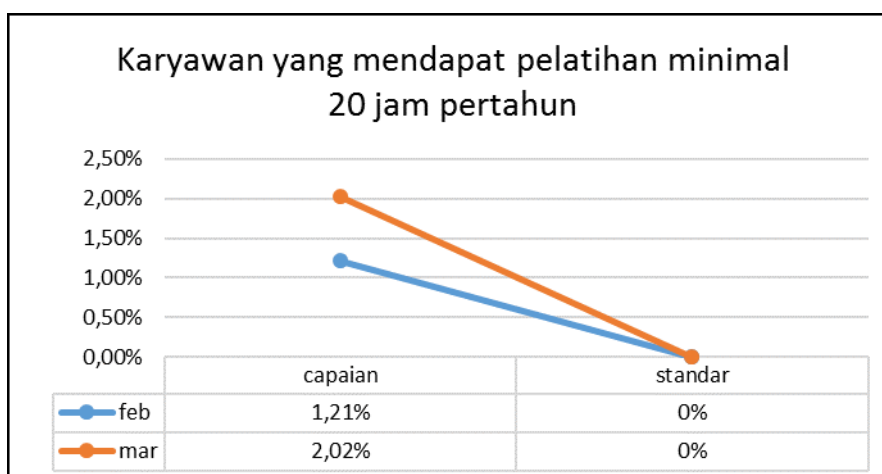


Ide terpilih (Plan)	Tahap Implementasi (Do)	Study (S)	Action (A)
Mengupayakan agar capaian indikator mutu di bulan selanjutnya memenuhi standar atau 0%	<ol style="list-style-type: none"> Meningkatkan koordinasi di bagian keuangan Melakukan evaluasi secara rutin terhadap area kerja yang bersangkutan terkait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

bb. Bagian SDM, Diklat & Litbag

Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun

No	Bulan	capaian	standar
1	feb	1,21%	0%
2	mar	2,02%	0%



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

NO	INSIDEN	TIPE INSIDEN	DAMPAK (D)	PROBABILITAS (P)	SKOR	RISK GRADING MATRIK	REKOMENDASI	TINDAKAN	WAKTU PENYELESAIAN	PENANGGUNG JAWAB
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 identitas	KNC	1	3	3	Moderat (sedang)	Refresing pemasangan gelang identitas	Konfirmasi dengan igd	25-01-2022	PJ BINAHONG 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 2022

NO	INSIDEN	TIPE INSIDEN	DAMPAK (D)	PROBABILITAS (P)	SKOR	RISK GRADING MATRIK	REKOMENDASI	TINDAKAN	WAKTU PENYELESAIAN	PENANGGUNG JAWAB
1	Pasien glyer 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

BAB III

PENUTUP

Dari laporan Februari-Maret 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