

# **LAPORAN PUBLIKASI**

**12 INDIKATOR MUTU WAJIB DAN  
RSUD DR. KANUJOSO DJATIWIBOWO  
PERIODE OKTOBER-DESEMBER 2019**



**KOMITE MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN  
RSUD DR. KANUJOSO DJATIWIBOWO BALIKPAPAN  
Jalan MT Haryono 656 Balikpapan Telp. (0542) 873901 ext. 2021**

## KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, puji syukur atas rahmat Allah SWT, Laporan Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Triwulan IV / Oktober – Desember 2019 telah dapat diselesaikan. Laporan ini merupakan publikasi capaian program mutu dan keselamatan pasien yang dilakukan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) yang menjangkau seluruh unit kerja di RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo. Untuk melaksanakan program tersebut tidaklah mudah karena memerlukan koordinasi dan komunikasi yang baik antara seluruh bidang, baik medis, keperawatan, penunjang, administrasi, dan lain-lain termasuk kepala instalasi dan kepala ruangan.

Laporan PMKP triwulan keempat ini diharapkan dapat menjadi acuan program PMKP pada masa berikutnya. Akhir kata, kami mengucapkan terima kasih kepada seluruh pihak yang telah membantu terlaksananya seluruh program PMKP hingga tersusunnya laporan ini. Semoga RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo senantiasa memberikan pelayanan bermutu tinggi kepada pasien dan menempatkan keselamatan pasien sebagai prioritas.

Balikpapan, Januari 2020  
Ketua Komite Mutu dan Keselamatan Pasien  
RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo

dr. Tika Adilistya, SpPK  
NIP. 198407272009032008

## DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR .....	2
DAFTAR ISI.....	3
BAB I. PENDAHULUAN .....	4
A. LATAR BELAKANG.....	4
B. TUJUAN.....	5
BAB II. CAPAIAN 12 INDIKATOR MUTU WAJIB .....	6
BAB III. PENUTUP.....	21

# BAB I. PENDAHULUAN

## A. LATAR BELAKANG

RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan telah menetapkan Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) Edisi 1 yang dikeluarkan oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) sebagai acuan pelayanan di rumah sakit. Peningkatan mutu dan keselamatan pasien merupakan fokus utama dari seluruh kegiatan pelayanan dan asuhan pasien. Dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan dan menjamin keselamatan pasien maka RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan, melalui Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) telah menetapkan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien (PMKP) yang menjangkau seluruh unit pelayanan di rumah sakit.

Direktur bersama dengan jajaran struktural dan pimpinan unit pelayanan telah memilih dan menetapkan pengukuran mutu di setiap unit, baik unit pelayanan maupun unit kerja, setrta mutu pelayanan prioritas rumah sakit. Setiap indikator dibuat profilnya oleh KMKP bersama unit terkait. Pengumpulan data dilakukan oleh PIC Data unit terkait. Pemantauan pengumpulan data dilakukan melalui supervisi oleh pimpinan unit. Selain itu juga dilakukan supervisi oleh KMKP dan Direktur. Target capaian setiap indikator mutu mengacu pada Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit , target dari Sistem Manajemen Dokumen Akreditasi (SISMADAK), dan dari keputusan pimpinan Unit bersama dengan KMKP. Seluruh unit membuat laporan hasil capaian indikator mutu kepada KMKP.

Data indikator mutu yang telah dikumpulkan oleh setiap unit dari tanggal 1 Oktober hingga 31 Desember 2019 dilakukan analisis dan ditampilkan dalam bentuk diagram titik untuk melihat tren. Khusus untuk 12 indikator mutu nasional dilakukan *benchmarking* melalui SISMADAK. Seluruh kegiatan ini bertujuan

untuk melihat perkembangan mutu pelayanan rumah sakit berdasarkan indikator yang telah ditetapkan.

## **B. TUJUAN**

### 1. Tujuan Umum

Tergambarnya mutu pelayanan dan penerapan keselamatan pasien di RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan

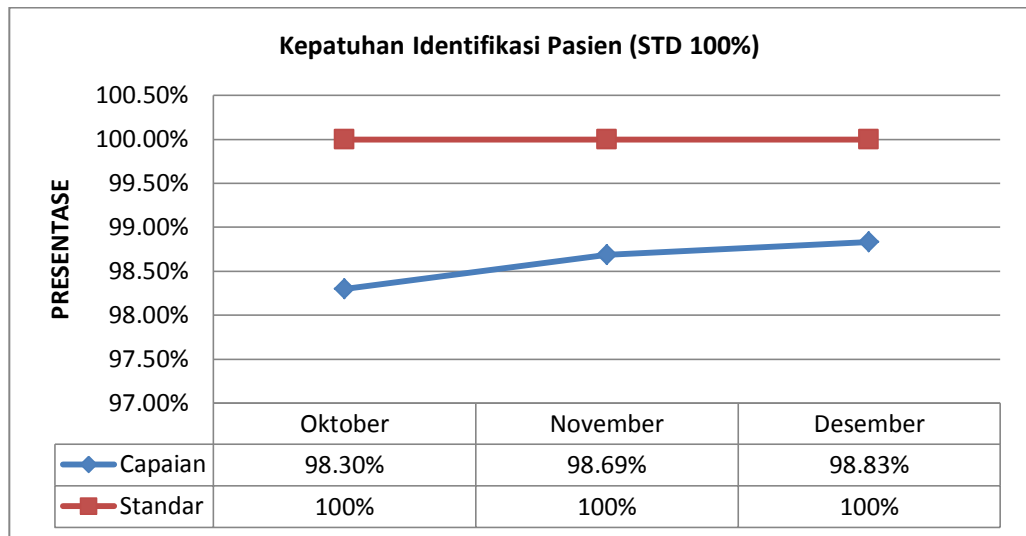
### 2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan evaluasi program peningkatan mutu rumah sakit melalui pemantauan capaian indikator mutu kepada Direktur
- b. Mendapat rekomendasi dari Dewan Pengawas sebagai representasi pemilik rumah sakit terkait capaian indikator mutu pelayanan.

## BAB II. CAPAIAN 12 INDIKATOR MUTU WAJIB

No.	Indikator Mutu Wajib / Nasional Kemenkes	Standar
1.	Kepatuhan identifikasi pasien	100%
2.	<i>Emergency response time</i>	100%
3.	Waktu tunggu rawat jalan	>60%
4.	Penundaan operasi elektif	5%
5.	Ketepatan jam visite dokter spesialis	80%
6.	Waktu lapor hasil tes kritis laboratorium	100%
7.	Kepatuhan penggunaan formularium nasional	80%
8.	Kepatuhan cuci tangan	85%
9.	Kepatuhan upaya pencegahan risiko cedera akibat pasien jatuh	100%
10.	Kepatuhan terhadap clinical pathway	80%
11.	Kepuasan pasien dan keluarga	80%
12.	Kecepatan respon terhadap complain	75%

## 1. Kepatuhan Identifikasi Pasien



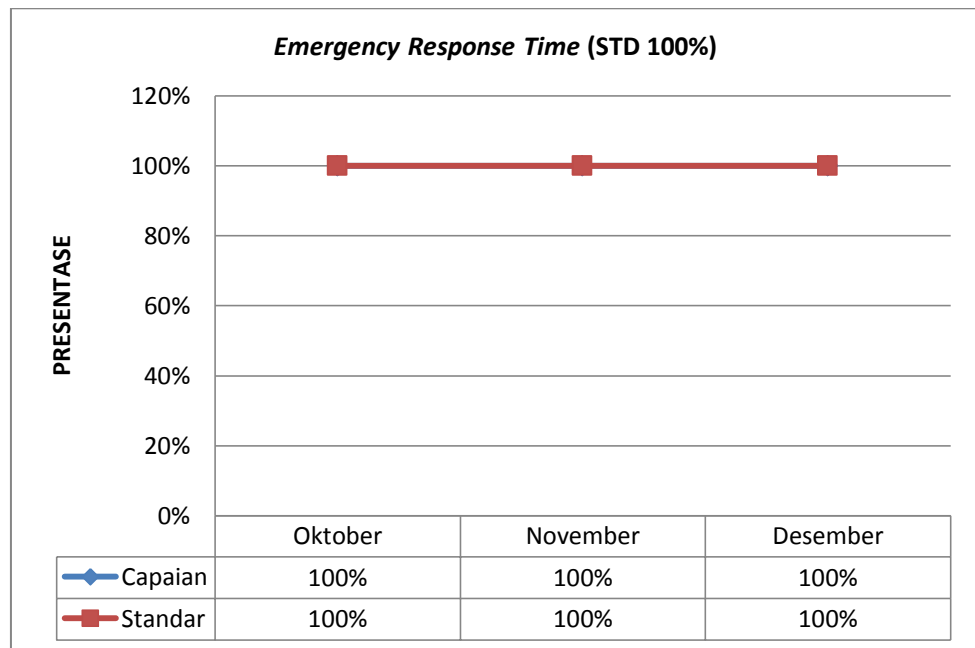
Analisa :

Indikator mutu Kepatuhan Identifikasi Pasien menggambarkan terlaksananya proses identifikasi agar menjamin keselamatan pasien. Dari grafik tersebut terlihat hasil capaian mengalami peningkatan perbaikan dengan rerata TW IV sebesar 98.61%. Bila dibandingkan dengan TW I (98.46%), II (97.01%), dan III (98.19%), hasil capaian TW IV mengalami peningkatan. Rerata capaian pada tahun 2019 sebesar 98.07%, hasil capaian di bawah standar yang diharapkan yaitu 100%.

Rencana tindak lanjut :

1. Resosialisasi SPO Identifikasi Pasien kepada seluruh petugas rumah sakit.

## 2. *Emergency Response Time*



Analisa :

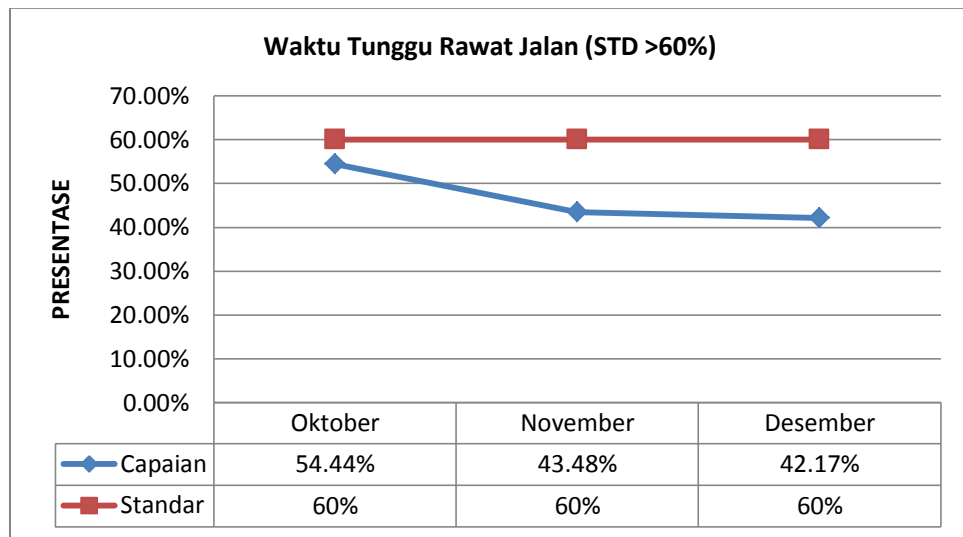
Indikator mutu *Emergency Response Time* memberikan gambaran kualitas terhadap waktu yang dibutuhkan mulai pasien dilakukan Triage di IRD sampai mendapat pelayanan dokter. Triage adalah usaha pemilahan pasien sebelum ditangani berdasarkan tingkat kegawatdaruratan/trauma/penyakit dengan mempertimbangkan prioritas penanganan dan sumber daya yang ada. Berdasarkan grafik di atas, hasil capaian telah baik dan sesuai standar. Capaian untuk tahun 2019 didapatkan rerata sebesar 100%, dimana hasil capaian terkait indikator mutu di atas telah baik, stabil, dan sesuai standar yang diharapkan.

Rencana tindak lanjut :

1. Kepala Instalasi dan Kepala Ruangan IRD agar berkoordinasi dengan stafnya terkait hasil capaian agar dapat mempertahankan hasil yang telah baik dan sesuai standar.



### 3. Waktu Tunggu Rawat Jalan



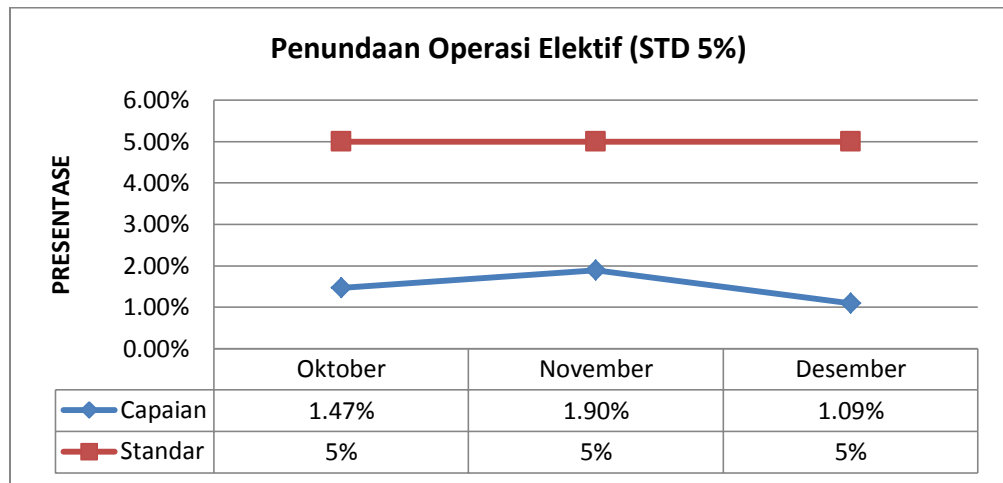
Analisa :

Indikator mutu Waktu Tunggu Rawat Jalan memberikan gambaran kualitas terhadap rata-rata waktu yang diperlukan mulai dari pasien yang sudah terdaftar tiba di poliklinik sampai dilayani dokter. Berdasarkan grafik di atas, hasil capaian cenderung mengalami penurunan pencapaian dengan rerata capaian TW IV sebesar 46.73%. Hasil capaian bila dibandingkan dengan TW I hingga III mengalami penurunan capaian. Rerata capaian pada tahun 2019 sebesar 60.4%, sesuai dengan standar yang diharapkan > 60% tetapi capaian TW I hingga IV mengalami penurunan.

Rencana tindak lanjut :

1. Menyampaikan hasil capaian kepada Instalasi Rawat Jalan dan menghimbau kepada para staf untuk memperbaiki capaian ini.
2. KMKP, IRJA, Bagian Pelayanan dan Direktur melakukan koordinasi terkait perbaikan dari capaian indikator mutu tersebut.
3. KMKP membuat rancangan perbaikan indikator mutu dengan metode PDSA (Plan Do Study Action).

#### 4. Penundaan Operasi Elektif



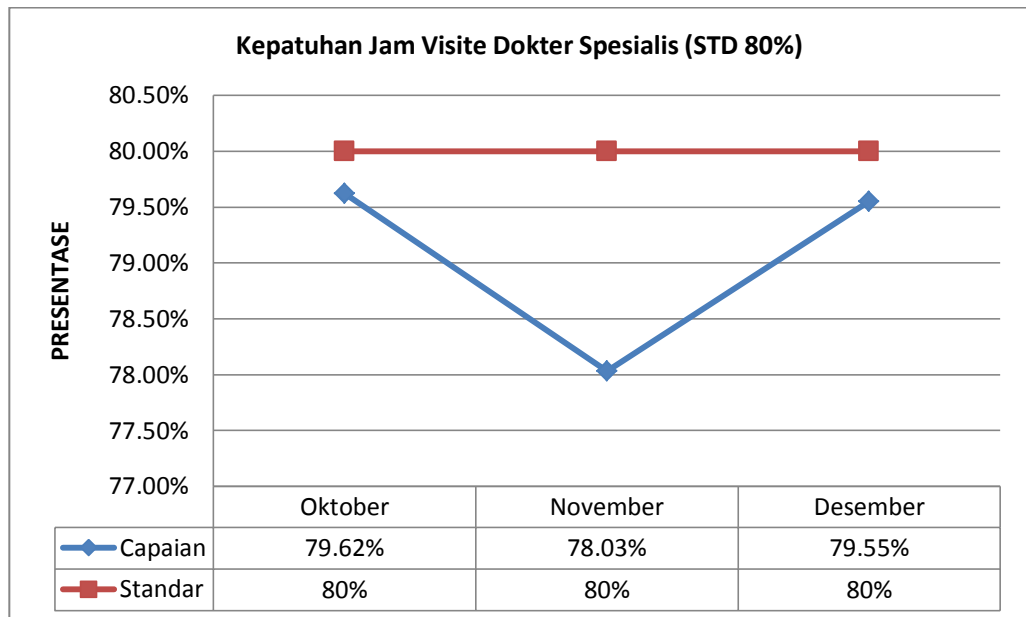
Analisa :

Indikator mutu Penundaan Operasi Elektif bertujuan untuk menilai kecepatan pelayanan bedah dan ketepatan penjadwalan operasi. Capaian indikator mutu cenderung tidak stabil tetapi sudah sesuai dengan standar. Rerata capaian TW IV 1.487%. Bila dibandingkan dengan TW I (4.77%), II (5.687%), dan III (3.38%), rerata capaian TW IV mengalami penurunan angka kejadian penundaan (perbaikan data). Hasil rerata capaian pada tahun 2019 sebesar 3.831% dengan standar 5%. Grafik capaian cenderung tidak stabil tetapi sesuai dtandar yang diharapkan.

Rencana tindak lanjut :

1. Mempertahankan hasil capaian triwulan IV yang telah baik.
2. Melakukan *breakdown* data untuk mengetahui unit mana saja yang paling banyak berkontribusi terhadap ketidaktepatan penjadwalan operasi.
3. Melaporkan temuan tersebut kepada Bidang Pelayanan Medik.
4. Mengadakan pertemuan yang dihadiri oleh Instalasi Bedah Sentral, Instalasi Rawat Inap, dan Instalasi Rawat Jalan dan dikoordinir oleh Bidang Pelayanan Medik.

## 5. Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis



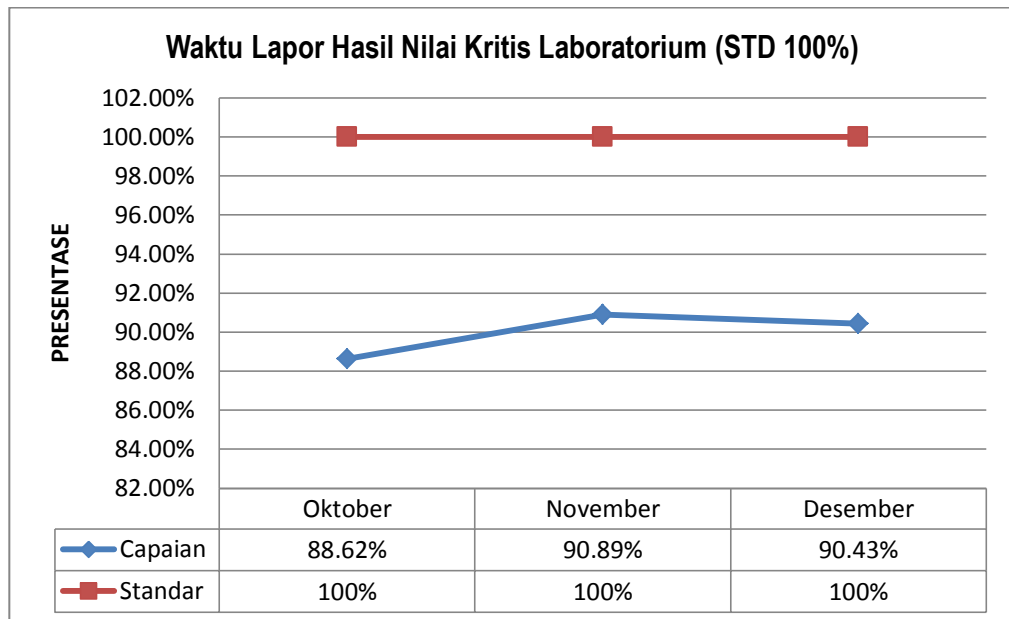
Analisa :

Indikator mutu Kepatuhan Jam Visite Dokter memberikan gambaran kualitas terhadap ketepatan waktu DPJP dalam melakukan visite pada pasien rawat inap. Berdasarkan grafik di atas, hasil capaian cenderung tidak stabil dan belum sesuai standar dengan rerata capaian pada TW IV sebesar 79.067%. Bila dibandingkan dengan rerata capaian pada TW I (70.76%), II (74.23), dan III (76.67%), hasil capaian pada TW IV mengalami peningkatan perbaikan. Rerata capaian pada tahun 2019 sebesar 75.18%, capaian belum sesuai standar yang diharapkan yaitu 80%.

Rencana tindak lanjut :

1. KMKP berkoordinasi dengan Direktur dan Komite Medik untuk membahas capaian ini sehingga dapat dirumuskan rencana perbaikannya.
2. KMKP membuat rancangan perbaikan indikator mutu dengan metode PDSA (Plan Do Study Action).
3. Dari ruang pelayanan, membuat jadwal visite dokter dan membantu mengingatkan para dokter terkait jadwal visite.

## 6. Waktu Lapor Hasil Nilai Kritis Laboratorium



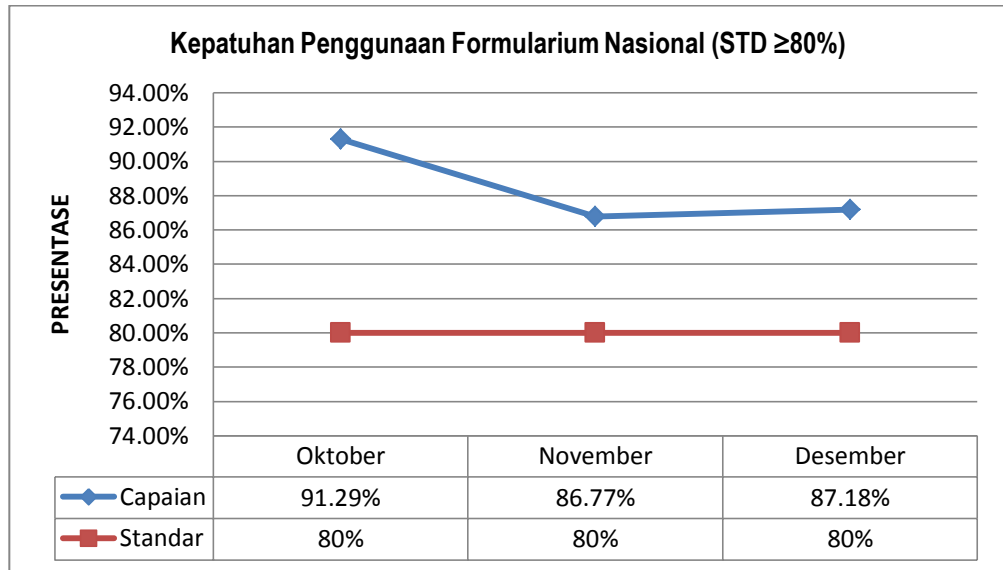
Analisa :

Indikator mutu Waktu Lapor Hasil Test Kritis Laboratorium memberikan gambaran kualitas terhadap lamanya waktu yang diperlukan petugas untuk melaporkan hasil kritis laboratorium kepada DPJP. Hal ini bertujuan untuk memantau ketepatan waktu petugas untuk melaporkan hasil serta berpengaruh terhadap keselamatan pasien. Berdasarkan grafik di atas, capaian indikator mutu Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Laboratorium cenderung tidak stabil dengan rerata capaian pada TW IV sebesar 89.98% dengan standar seharusnya 100%. Bila dibandingkan dengan TW I (95.38%), II (99.68%), dan III (92.65%) cenderung mengalami penurunan hasil capaian. Rerata capaian pada tahun 2019 sebesar 94.42%, hasil capaian tersebut belum sesuai dengan standar yang diharapkan.

Rencana tindak lanjut :

1. Menghimbau seluruh staf Laboratorium untuk memperbaiki hasil capaian.
2. Menambah kriteria nilai kritis yang harus dilaporkan (mengacu pada hasil pertemuan antara Instalasi Laboratorium dengan DPJP terkait).

## 7. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional



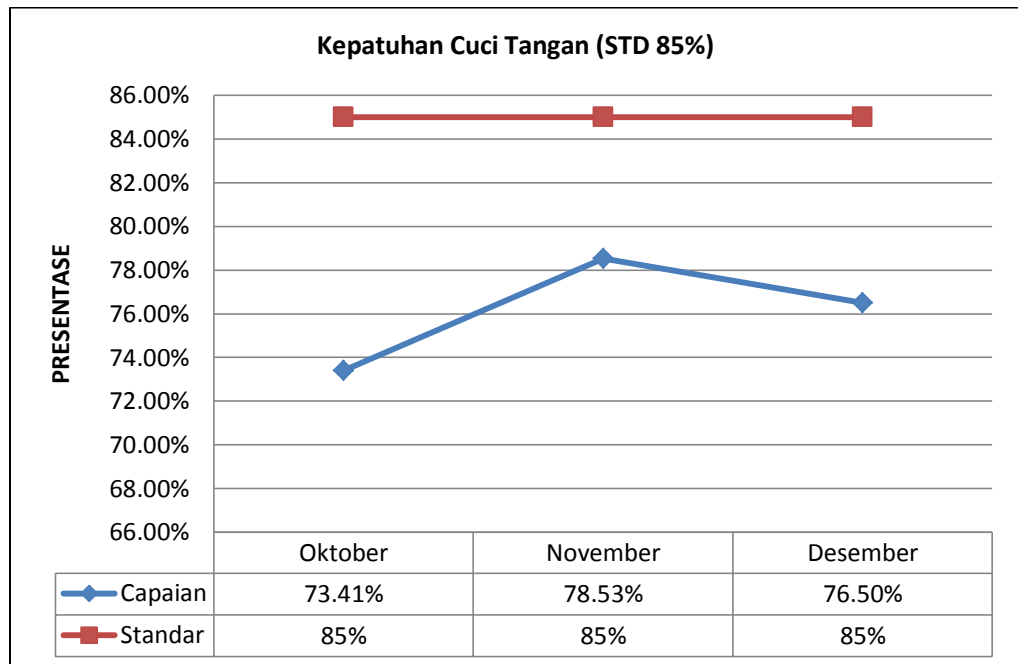
Analisa :

Indikator mutu Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional memberikan gambaran kepatuhan para dokter dalam meresepkan obat kepada pasien sesuai dengan daftar obat-obatan Formularium Nasional. Dari capaian di atas didapatkan hasil yang mengalami penurunan capaian dengan rerata capaian TW IV sebesar 88.413%. Bila dibandingkan dengan TW I (94.74%) dan III (89.67%) mengalami penurunan pencapaian. Bila dibandingkan dengan TW II (86.527%) mengalami peningkatan pencapaian. Rerata hasil capaian untuk indikator mutu di atas pada tahun 2019 sebesar 89.84% dengan standar  $\geq 80\%$ , hasil capaian telah sesuai dengan standar yang diharapkan walaupun grafik capaian cenderung tidak stabil.

Rencana tindak lanjut :

1. Komite Farmasi melakukan koordinasi dengan Komite Medik terkait indikator mutu tersebut.

## 8. Kepatuhan Cuci Tangan



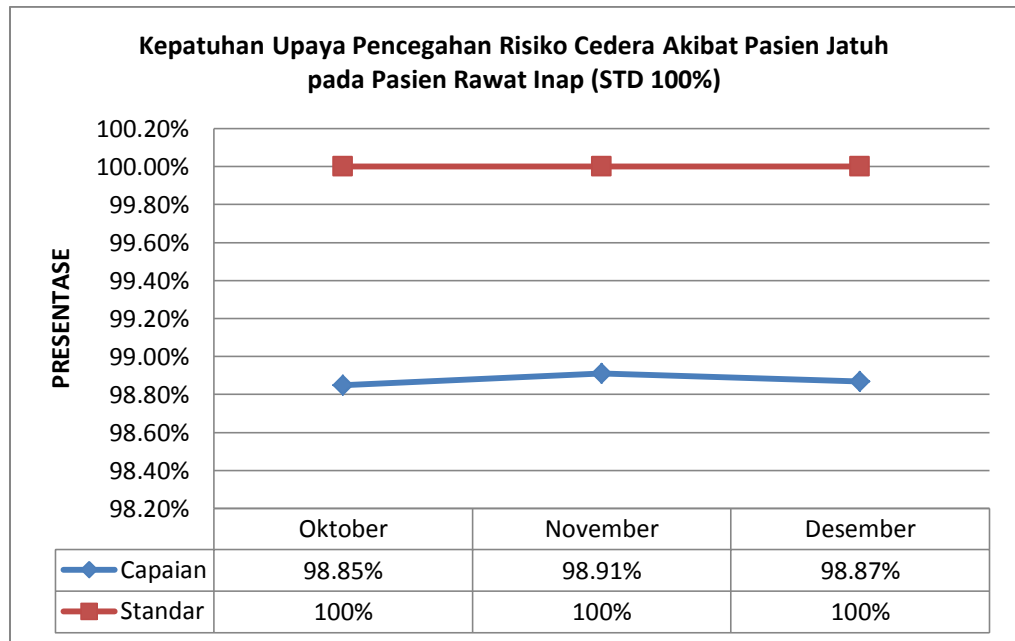
Analisa :

Indikator mutu Kepatuhan Cuci Tangan memberikan gambaran kualitas dalam mengetahui ketaatan petugas dalam melakukan prosedur cuci tangan dengan menggunakan metode enam langkah dan lima momen. Berdasarkan grafik di atas, hasil capaian cenderung tidak stabil dan belum sesuai dengan standar yang diharapkan, yaitu 85%. Rerata hasil capaian TW IV sebesar 76.15%, bila dibandingkan dengan TW I (67.17%), II (73.75%), dan III (70.36%), hasil capaian mengalami peningkatan capaian. Rerata capaian indikator mutu di atas untuk tahun 2019 sebesar 71.86%, hasil capaian berada di bawah standar seharusnya.

Rencana tindak lanjut :

1. Memotivasi seluruh staf rumah sakit untuk memperbaiki capaian ini.
2. Menghimbau kepada seluruh Instalasi agar mendemonstrasikan cuci tangan secara benar sesuai SPO pada setiap pertemuan pagi (*morning meeting*) dan apel rutin Senin.
3. PPI melakukan pemantauan secara berkala ke unit-unit pelayanan terkait kepatuhan cuci tangan.

9. Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Cedera Akibat Pasien Jatuh pada Pasien Rawat Inap



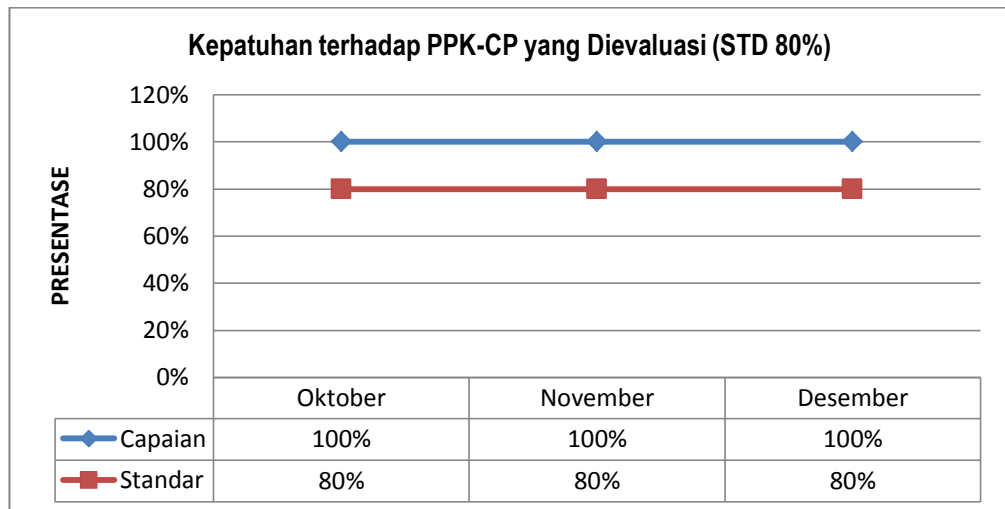
Analisa :

Indikator mutu Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Cedera Akibat Pasien Jatuh pada Pasien Rawat Inap memberikan gambaran kualitas dalam terselenggaranya pelayanan keperawatan yang aman dan efektif bagi pasien dalam upaya mencapai pemenuhan sasaran keselamatan pasien. Berdasarkan grafik di atas, hasil capaian cenderung tidak stabil dan belum sesuai dengan standar yang diharapkan. Rerata capaian untuk TW IV sebesar 98.88%. Bila dibandingkan dengan TW I (96.19%), II (97.847%), dan III (98.78%), hasil capaian mengalami peningkatan capaian tetapi belum mencapai standar yang diharapkan, yaitu 100%. Rerata capaian pada tahun 2019 sebesar 97.92%.

Rencana tindak lanjut :

1. KMKP bersama Komite Keperawatan dan Kepala Instalasi Rawat Inap melakukan resosialisasi SPO Pencegahan Risiko Cedera akibat Pasien Jatuh kepada seluruh staf Instalasi Rawat Inap.
2. Membuat usulan untuk memasukkan indikator ini ke dalam penilaian kinerja klinis staf keperawatan.

## 10. Kepatuhan terhadap PPK-CP yang Dievaluasi



Analisa :

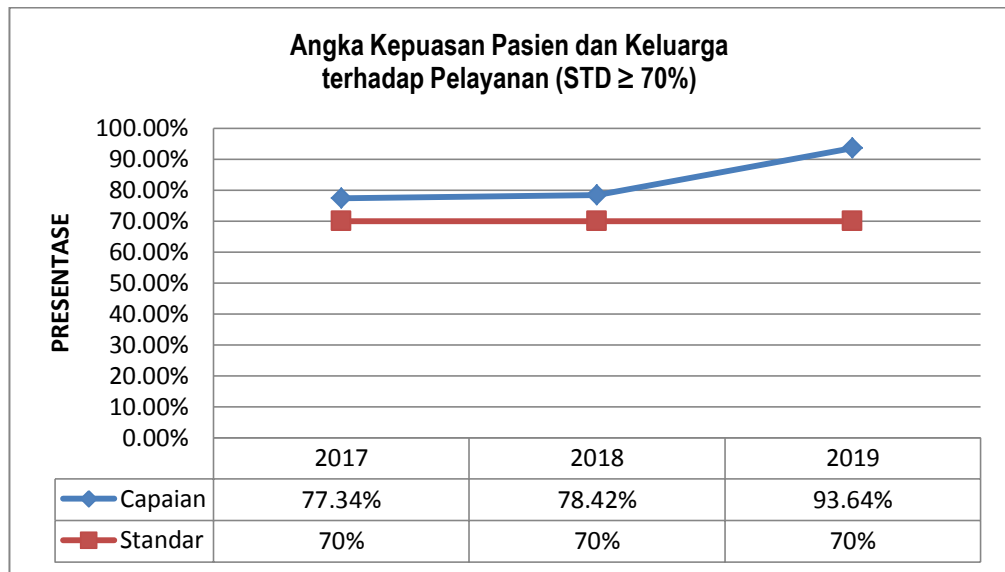
Indikator mutu Kepatuhan terhadap PPK-CP yang Dievaluasi memberikan gambaran kualitas dalam kepatuhan DPJP dalam PPK-CP. Berdasarkan grafik di atas, hasil capaian cenderung stabil dan sesuai dengan standar yang diharapkan dengan rerata capaian TW IV sebesar 100%. Bila dibandingkan dengan TW I (93.67%), II (95.38%), dan (100%), hasil capaian mengalami peningkatan capaian. Rerata capaian pada tahun 2019 sebesar 97.26%, hasil capaian sesuai dengan standar yang diharapkan.

Rencana tindak lanjut :

1. KMKP berkoordinasi dengan Komite Medik untuk membahas capaian ini sehingga dapat dirumuskan upaya untuk mempertahankan indikator mutu tersebut.



11. Angka Kepuasan Pasien dan Keluarga terhadap Pelayanan (data pertahun)



Analisa :

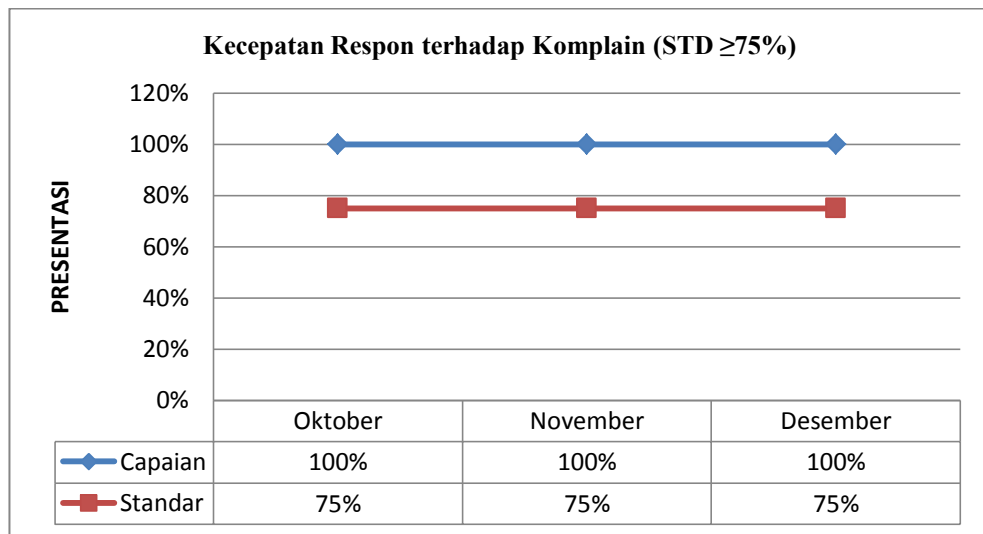
Indikator mutu Angka Kepuasan Pasien dan Keluarga terhadap Pelayanan memberikan gambaran kualitas terhadap presentase capaian terkait kepuasa pasien dan keluarga terhadap pelayanan. Dari hasil capaian didapatkan hasil yang cenderung stabil dan mengalami peningkatan pencapaian, serta sesuai standar.

Rencana tindak lanjut :

1. Seluruh unit di rumah sakit berupaya menjaga mutu dan kualitas pelayanan
2. Jajaran direksi menghimbau kepada seluruh karyawan untuk senantiasa mengupayakan pelayanan yang berkualitas sehingga pasien/pengunjung merasa puas dengan pelayanan di rumah sakit
3. KMKP melakukan koordinasi dengan unit-unit secara berkala demi menjaga mutu rumah sakit
4. Selain aspek waktu kecepatan pelayanan, aspek kemudahan prosedur pelayanan menjadi aspek dengan nilai terendah sehingga perlu mengevaluasi informasi tertulis yang sudah ada di rumah sakit untuk melihat apakah bias dipahami oleh pasien dengan mudah sehingga mereka tidak mengalami kesulitan dalam mendapatkan pelayanan dirumah sakit.

5. Keberadaan MPP harus terus dioptimalkan karena punya daya ungkit yang cukup tinggi dalam meningkatkan kepuasan pasien dan keluarganya.
6. Rumah Sakit perlu menjaga agar keberadaan fasilitas dan ruang perawatan tetap kondusif dalam memberikan kepuasan terhadap pasien, dengan menjaga kebersihan dan merawat sarana dan prasarana yang ada di ruang perawatan tersebut.

## 12. Kecepatan Respon terhadap Komplain



Analisa :

Indikator mutu Kecepatan Respon Terhadap Komplain memberikan gambaran kualitas terhadap kecepatan rumah sakit dalam menanggapi complain baik tertulis, lisan, atau melalui mass media yang sudah diidentifikasi tingkat risiko. Dari hasil capaian didapatkan hasil yang stabil dan telah sesuai dengan standar, rerata capaian TW IV sebesar 100%. Rerata capaian untuk tahun 2019 sebesar 97.22%, hasil capaian telah sesuai dengan standar yang diharapkan.

Rencana tindak lanjut :

1. Seluruh unit di rumah sakit berupaya menjaga mutu dan kualitas pelayanan
2. Unit Humas mempertahankan hasil capaian yang telah baik

3. Jajaran direksi memnghimbau kepada seluruh karyawan untuk senantiasa mengupayakan pelayanan yang berkualitas sehingga pasien/pengunjung merasa puas dengan pelayanan di rumah sakit
4. KMKP melakukan koordinasi dengan unit-unit secara berkala demi menjaga mutu rumah sakit

Hasil rata-rata capaian 12 indikator mutu wajib triwulan IV adalah sebagai berikut :

No.	Indikator Mutu Wajib / Nasional Kemenkes	Standar	Capaian RSKD Triwulan IV/2019	Capaian RSAS Banjarmasin Triwulan IV/2019	Rerata capaian RS di Provinsi Kalimantan Timur Triwulan IV/2019
1.	Kepatuhan identifikasi pasien	100%	98.61%	98.57%	Belum ada data.  Terkait SISMADAK sedang melakukan update aplikasi.
2.	<i>Emergency response time</i>	100%	100%	100%	
3.	Waktu tunggu rawat jalan	>60%	46.73%	96.33%	
4.	Penundaan operasi elektif	5%	1.487%	1.05%	
5.	Ketepatan jam visite dokter spesialis	80%	79.067%	89.55%	
6.	Waktu lapor hasil tes kritis laboratorium	100%	89.98%	90.45%	
7.	Kepatuhan penggunaan formularium nasional	80%	88.413%	85.71%	
8.	Kepatuhan cuci tangan	85%	76.15%	72.5%	
9.	Kepatuhan upaya pencegahan risiko cedera akibat pasien jatuh	100%	98.88%	97.60%	
10.	Kepatuhan terhadap clinical pathway	80%	100%	86.51%	
11.	Kepuasan pasien dan keluarga	80%	Data pertahun 2017 : 77.34% 2018 : 78.42% 2019 : 93.64%	Data pertahun 2017 : 98.63% 2018 : 96.7% 2019 : 99.76%	
12.	Kecepatan respon terhadap complain	75%	100%	100%	

### **BAB III. PENUTUP**

Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien dilakukan di semua unit pelayanan, baik pada unit pelayanan, penunjang medis dan non medis, maupun pada unit pelayanan administrasi dan manajemen; dan dilakukan supervisi dan evaluasi secara berkelanjutan.

Laporan hasil pencapaian indikator PMKP Rumah Sakit ini dapat dijadikan acuan bagi pengelola rumah sakit untuk melakukan perbaikan mutu layanan serta menyusun perencanaan, pembiayaan pada setiap jenis pelayanan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.