

LAPORAN PUBLIKASI

**12 INDIKATOR MUTU WAJIB DAN
RSUD DR. KANUJOSO DJATIWIOWO
PERIODE JULI – SEPTEMBER TAHUN 2020**



**KOMITE MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN
RSUD DR. KANUJOSO DJATIWIOWO BALIKPAPAN
Jalan MT Haryono 656 Balikpapan Telp. (0542) 873901 ext. 2021
Email : kmkp.rskd@gmail.com**

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, puji syukur atas rahmat Allah SWT, Laporan Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Triwulan III / Juli – September Tahun 2020 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 ketiga 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, Oktober 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	29

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 01 Juli hingga 30 September 2020 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

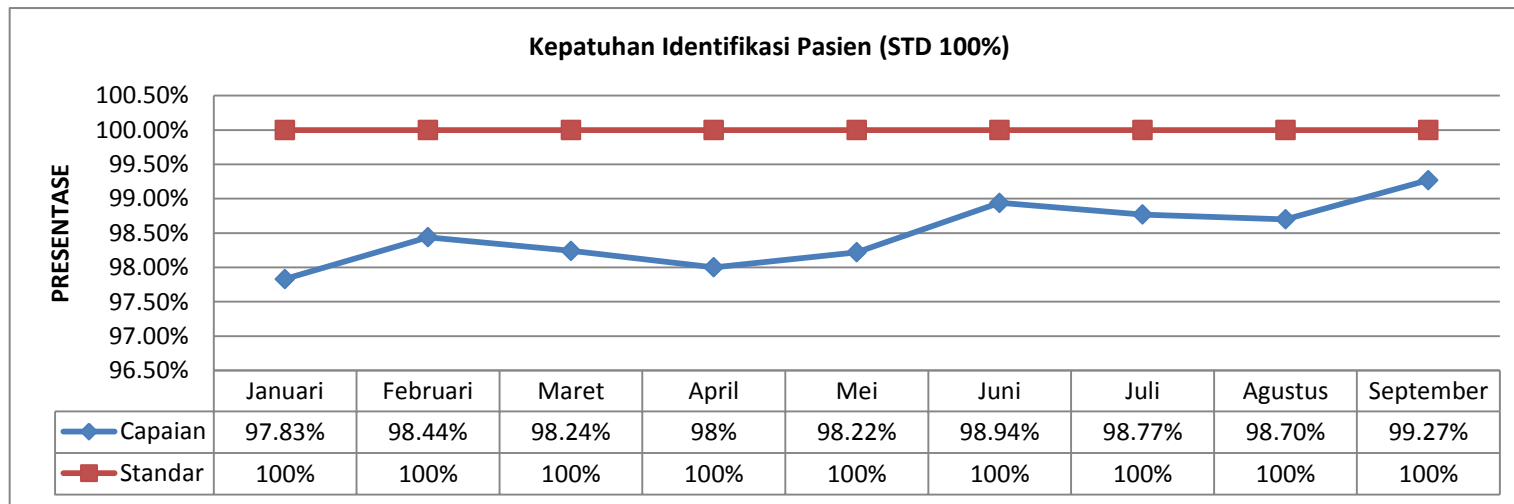
2. Tujuan Khusus

- 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>Waktu tanggap seksio sesaria emergency</i>	$\geq 80\%$
	<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 :

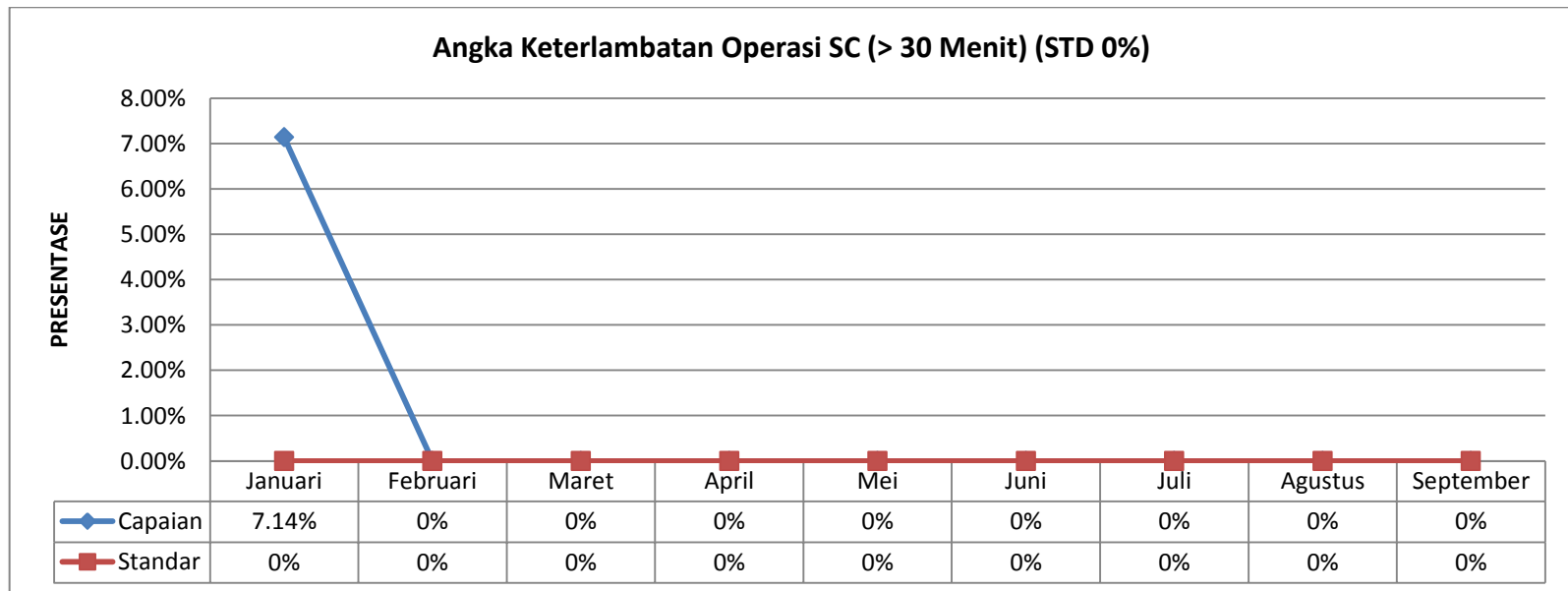
Indikator mutu Kepatuhan Identifikasi Pasien menggambarkan terlaksananya proses identifikasi agar menjamin keselamatan pasien. Dari grafik tersebut terlihat hasil capaian cenderung tidak stabil dan tidak sesuai dengan standar yang diharapkan, yaitu 100%. Rerata capaian pada TW I 98.17% dan TW II 98.39%. Rerata capaian pada TW II mengalami peningkatan perbaikan sebesar 0.22% bila dibandingkan dengan TW I.

Pada TW III rerata capaian sebesar 98.91%, capaian tidak sesuai dengan standar yang diharapkan. Bila dibandingkan dengan capaian TW II, capaian TW III mengalami perbaikan capaian sebesar 0.52%. Hasil capaian pada TW I hingga TW III cenderung tidak stabil dan tidak sesuai dengan standar yang diharapkan.

Rencana tindak lanjut :

1. Resosialisasi SPO Identifikasi Pasien kepada seluruh petugas rumah sakit.
2. Membuat usulan untuk memasukkan indikator ini ke dalam penilaian kinerja klinis staf keperawatan

2. Angka Keterlambatan Operasi SC (>30 Menit)



Analisa :

Indikator mutu Angka Keterlambatan Operasi SC (>30 Menit) memberikan gambaran kualitas terhadap seberapa banyak angka/temuan pasien yang direncanakan operasi section caesaria mengalami keterlambatan dari jam/jadwal seharusnya. Dari

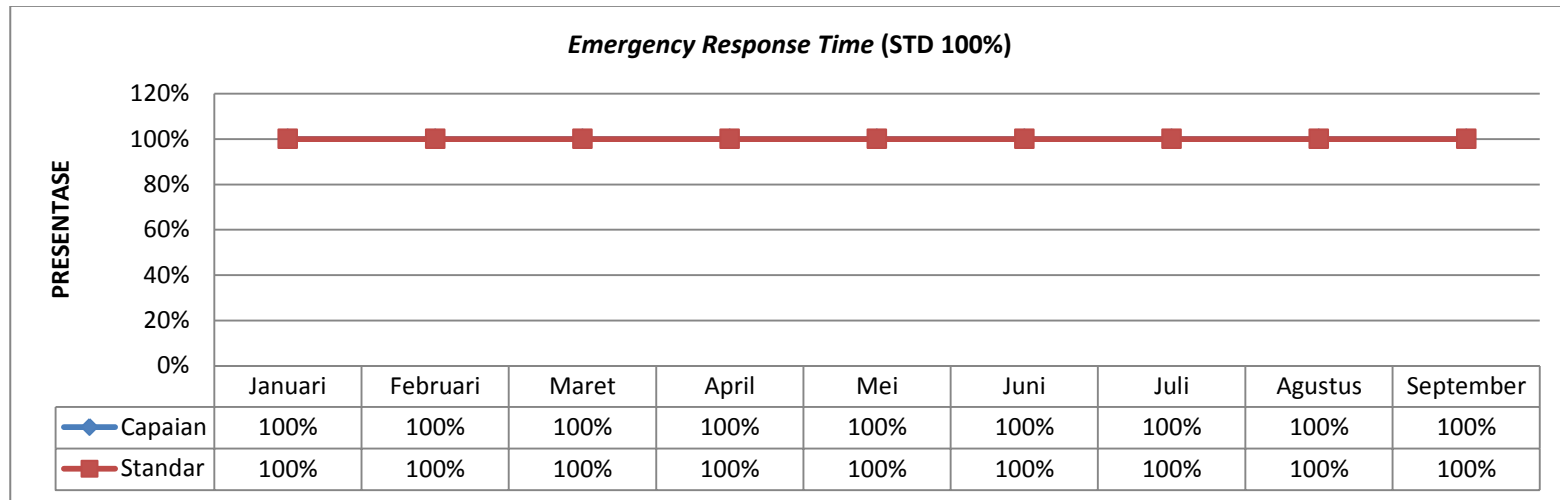
hasil capaian indikator tersebut untuk rerata capaian pada TW I sebesar 2.38% dan TW II sebesar 0%. Hasil capaian pada TW II mengalami perbaikan, yaitu penurunan angka keterlambatan operasi SC sebesar 2.38%.

Rerata capaian pada TW III sebesar 0%, capaian telah sesuai dengan standar yang diharapkan. Capaian pada TW II hingga TW III cenderung stabil dan sesuai dengan standar yang diharapkan.

Rencana tindak lanjut :

1. Staf yang terkait dapat saling berkoordinasi dengan baik untuk menjaga serta mempertahankan hasil capaian yang telah baik pada TW II hingga III.
2. Meningkatkan kinerja staff ruang Bougenville dalam penanganan/mempersiapkan pasien yang akan direncanakan SC.

Emergency Response Time



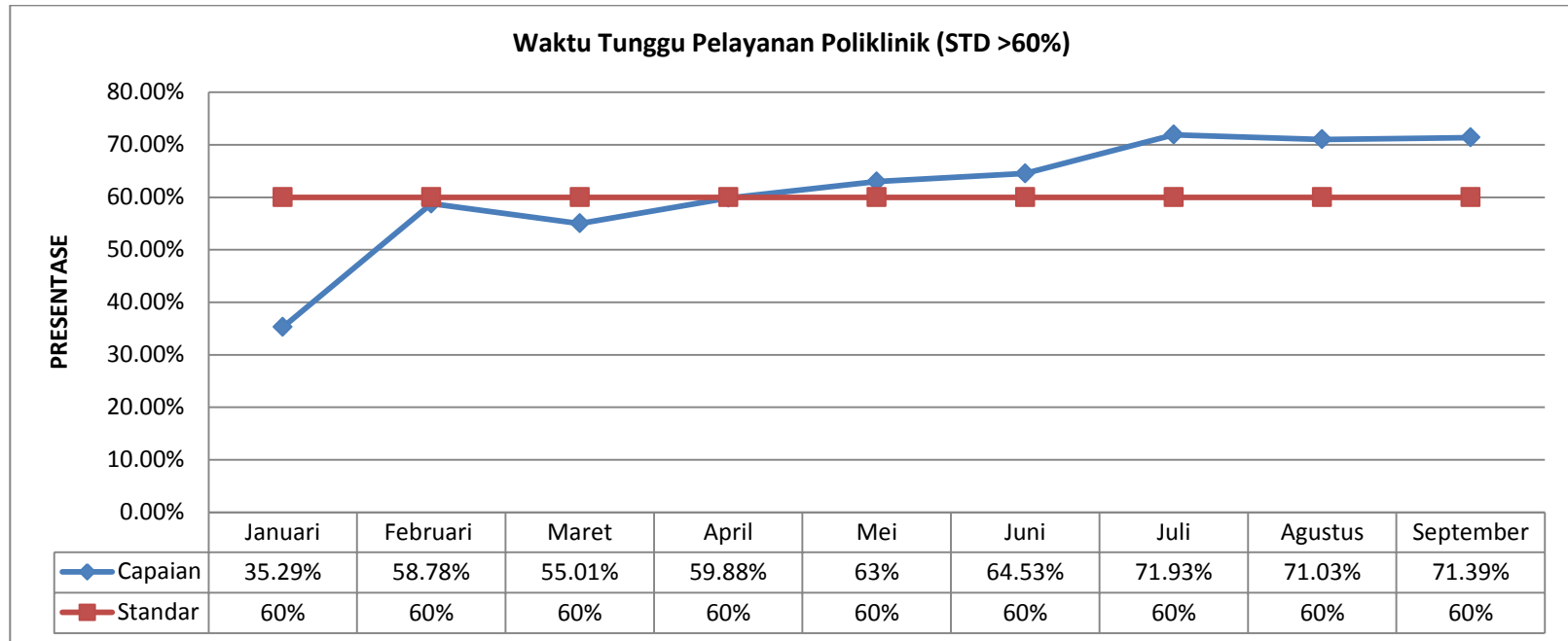
Analisa :

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, rerata capaian TW I hingga TW III sebesar 100%. Hasil capaian sesuai standar yang diharapkan, yaitu 100%.

Rencana tindak lanjut :

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

3. Waktu Tunggu Pelayanan Poliklinik



Analisa :

Indikator mutu Waktu Tunggu Pelayanan Poliklinik 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 TW I hingga TW II cenderung mengalami peningkatan pencapaian. Rerata capaian TW I sebesar 49.69% dan TW II 62.47%. Rerata capaian TW II mengalami peningkatan perbaikan sebesar 12.78% bila dibandingkan dengan TW I. Rerata capaian pada TW II sesuai dengan standar yang diharapkan, yaitu > 60%.

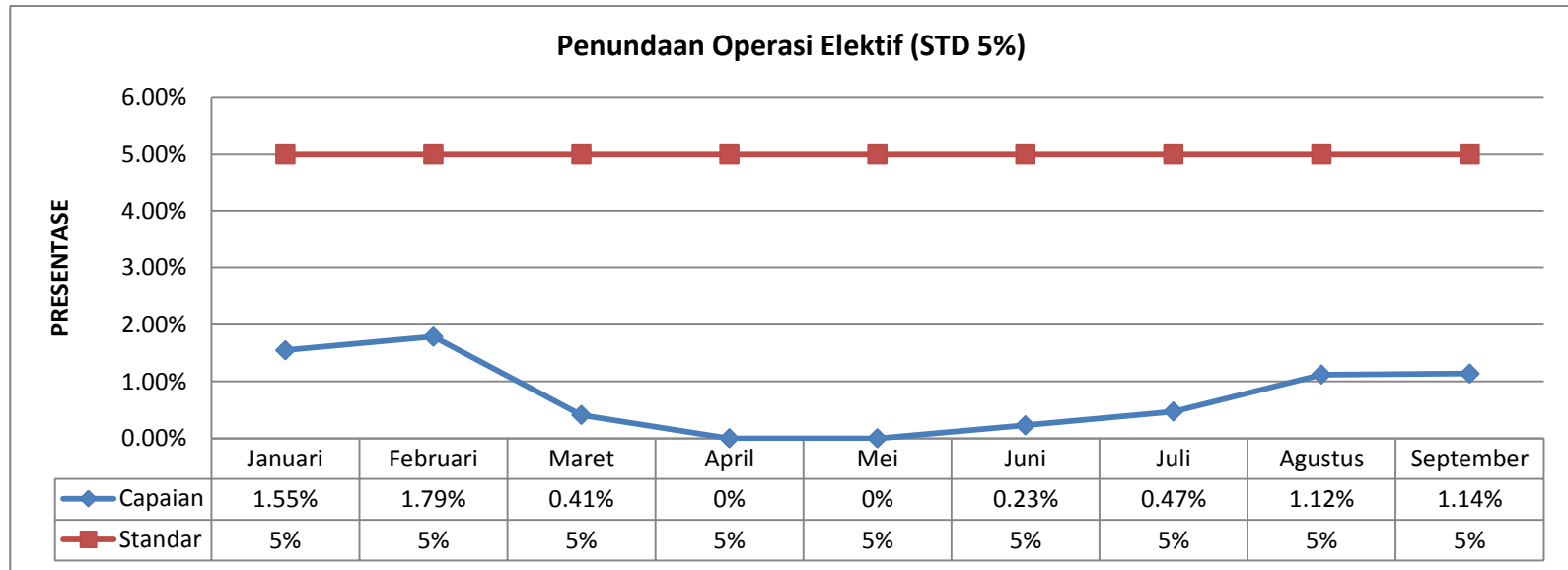
Pada TW III rerata capaian sebesar 71.45%, hasil capaian sesuai dengan standar yang diharapkan. Bila dibandingkan dengan TW II, capaian TW III mengalami perbaikan sebesar 8.98%. Hasil capaian pada TW I hingga TW III cenderung mengalami peningkatan capaian.

Dari total 23 poliklinik untuk layanan publik, pada bulan Juli dan Agustus terdapat 21 poliklinik yang melakukan pelayanan dan melakukan pemantauan indikator mutu pelayanan di unit terkait. Terdapat 2 poliklinik tidak melakukan pemantauan capaian indikator mutu, yaitu poliklinik geriatric (terkait tidak dibukanya pelayanan selama pandemic) dan poliklinik mata (terkait keterbatasan SDM). Pada bulan September terdapat 20 poliklinik yang melakukan pelayanan dan melakukan pemantauan indikator mutu pelayanan di unit terkait. Terdapat 3 poliklinik tidak melakukan pemantauan capaian indikator mutu, yaitu poliklinik geriatric (terkait tidak dibukanya pelayanan selama pandemic) dan; poliklinik mata dan VCT (terkait keterbatasan SDM)

Rencana tindak lanjut :

1. Menyampaikan hasil capaian kepada Instalasi Rawat Jalan dan menghimbau kepada para staf untuk mempertahankan dan meningkatkan capaian yang telah baik ini.
2. KMKP, IRJA, Bagian Pelayanan dan Direktur melakukan koordinasi terkait perbaikan dari capaian indikator mutu tersebut.
3. Mengupayakan agar keseluruhan poliklinik public dapat secara aktif dan seragam dalam penginputan capaian indikator mutu.

4. Penundaan Operasi Elektif



Analisa :

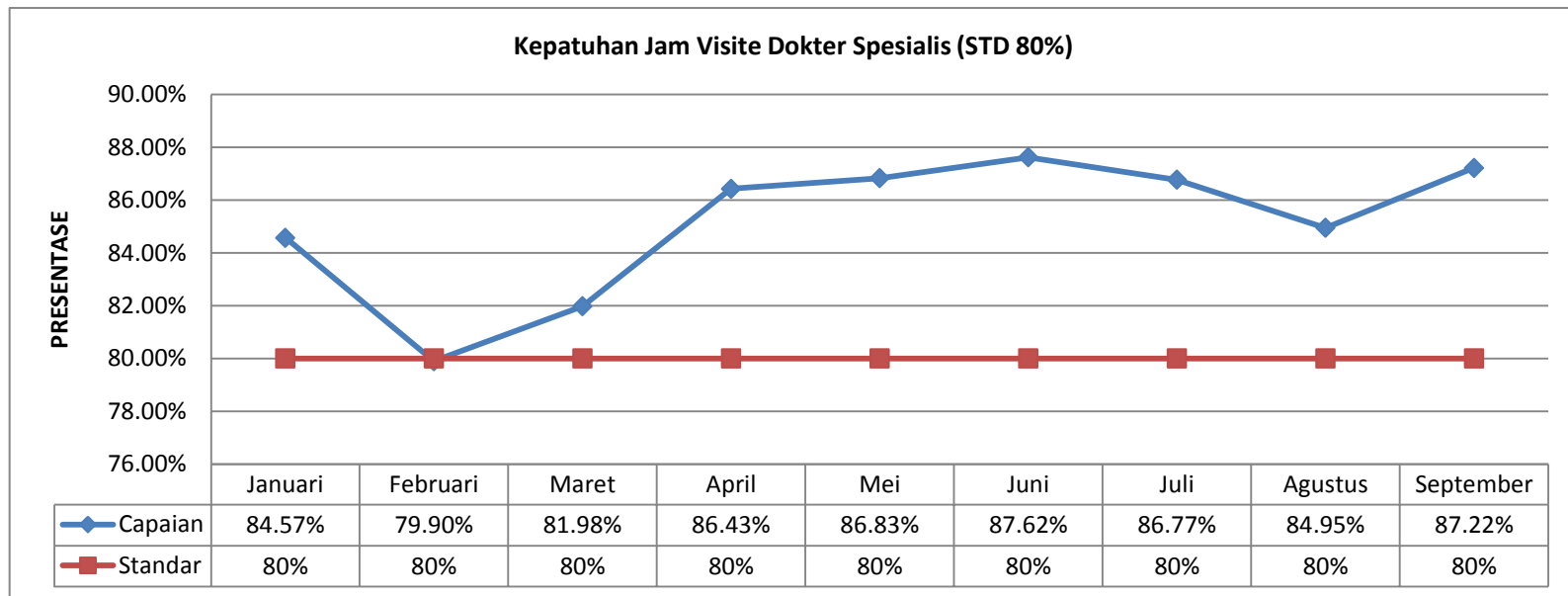
Indikator mutu Penundaan Operasi Elektif bertujuan untuk menilai kecepatan pelayanan bedah dan ketepatan penjadwalan operasi. Capaian indikator mutu cenderung stabil mengalami penurunan perbaikan dan sesuai dengan standar yang diharapkan, rerata capaian pada TW I sebesar 1.25% dan TW II sebesar 0.077%. Pada TW II mengalami perbaikan pencapaian, yaitu penurunan penundaan operasi elektif sebesar 1.173%. Hasil capaian TW I hingga TW II sesuai dengan standar yang diharapkan, yaitu $< 5\%$.

Rerata capaian pada TW III sebesar 0.91%, capaian sesuai dengan standar yang diharapkan yaitu <5%. Bila dibandingkan dengan TW II, rerata capaian TW III mengalami peningkatan angka capaian penundaan operasi elektif sebesar 0.833%. Capaian pada TW I hingga TW III cenderung tidak stabil tetapi sesuai dengan standar yang diharapkan.

Rencana tindak lanjut :

1. Mempertahankan hasil capaian yang telah baik serta melakukan upaya perbaikan agar hasil capaian cenderung stabil dan mengalami penurunan angka penundaan operasi elektif.
2. Melakukan *breakdown* data untuk mengetahui unit mana saja yang paling banyak berkontribusi terhadap ketidaktepatan penjadwalan operasi.

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 rerata capaian pada TW II sebesar 86.96% dan TW I sebesar 82.15%. Capaian pada TW II mengalami peningkatan sebesar 4.81% bila dibandingkan rerata capaian TW I. Rerata capaian pada TW I hingga TW II telah sesuai dengan standar yang diharapkan.

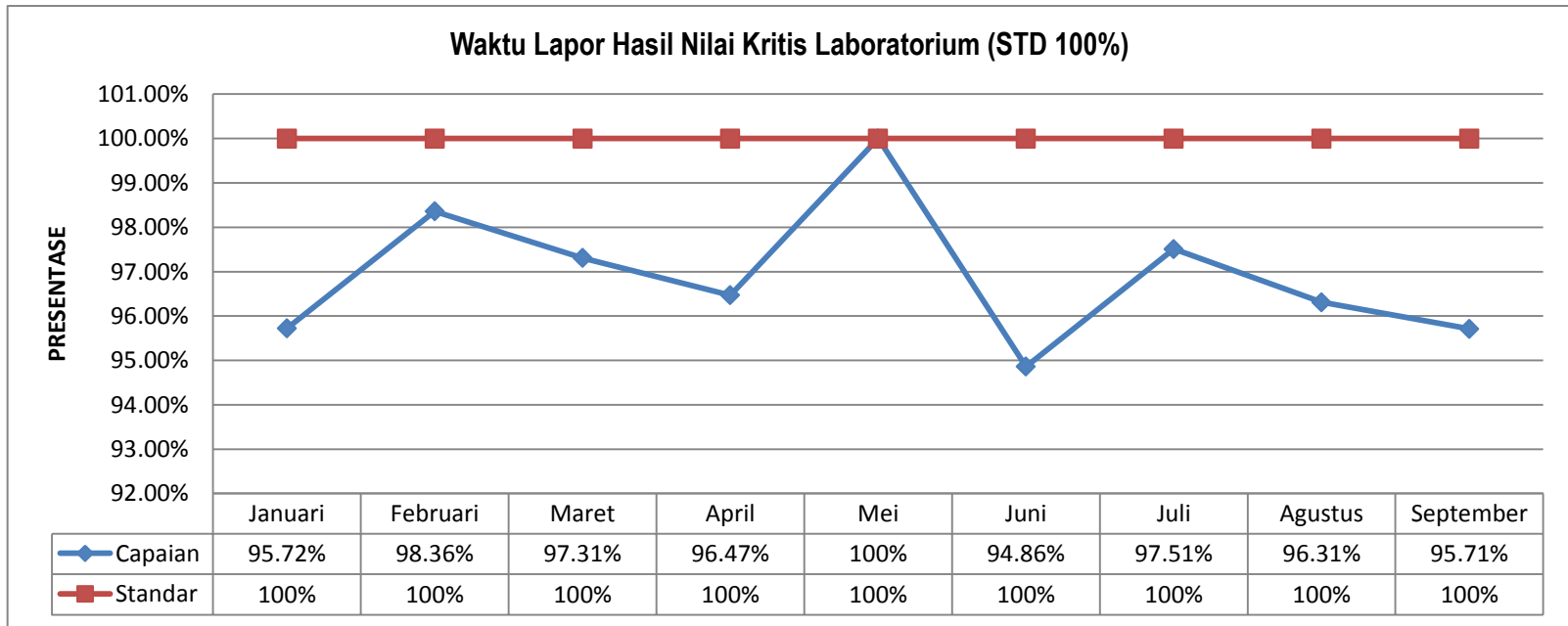
Pada TW III rerata capaian sebesar 86.31%, hasil capaian telah sesuai dengan standar yang diharapkan. Bila dibandingkan dengan TW II, rerata capaian TW III mengalami penurunan sebesar 0.65%. Hasil capaian pada TW I hingga III cenderung

tidak stabil. Pada bulan Februari hasil capaian tidak sesuai dengan standar yang diharapkan tetapi pada bulan selanjutnya capaian mengalami perbaikan dan sesuai dengan standar yang diharapkan.

Rencana tindak lanjut :

1. Komite Medik melakukan koordinasi dengan para DPJP serta Dokter Umum agar dapat menjaga, memperbaiki serta meningkatkan hasil capaian yang telah baik.
2. Dari ruang pelayanan, membuat jadwal visite dokter dan membantu mengingatkan para dokter terkait jadwal visite.

6. Waktu Laporan Hasil Nilai Kritis Laboratorium



Analisa :

Indikator mutu Waktu Laporan 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 Laporan Hasil Tes Kritis Laboratorium cenderung tidak stabil dan rerata capaian pada TW II mengalami penurunan capaian sebesar 0.02% bila dibandingkan dengan TW I. Rerata capaian TW I sebesar 97.13% dan TW II 97.11%. Hasil capaian TW I hingga TW II tidak sesuai dengan standar yang diharapkan, yaitu 100%.

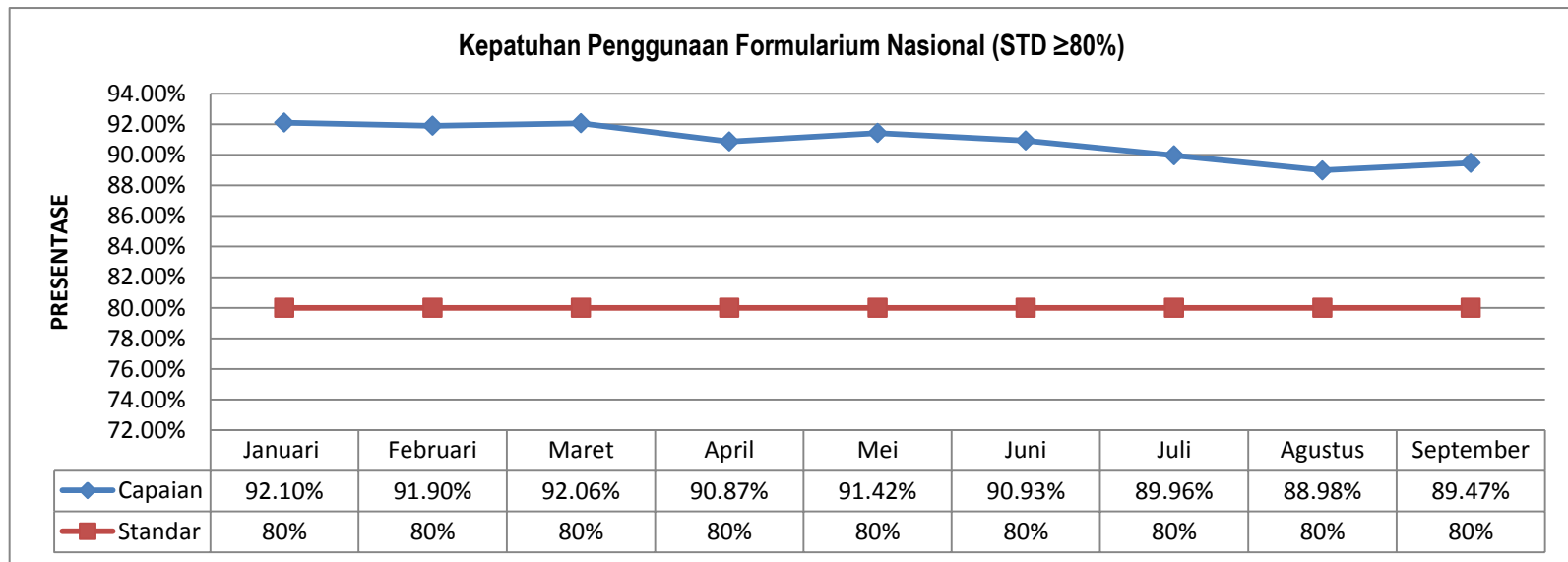
Pada capaian TW III, rerata capaian sebesar 96.51%. Capaian TW III tidak sesuai dengan standar yang diharapkan, yaitu 100%. Bila dibandingkan dengan capaian TW II, capaian TW III mengalami penurunan angka capaian sebesar 0.6%.

Hasil capaian pada TW I hingga TW III cenderung tidak stabil, pada bulan Mei capaian telah sesuai standar tetapi pada bulan lainnya capaian tidak sesuai dengan standar yang diharapkan.

Rencana tindak lanjut :

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

7. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional



Analisa :

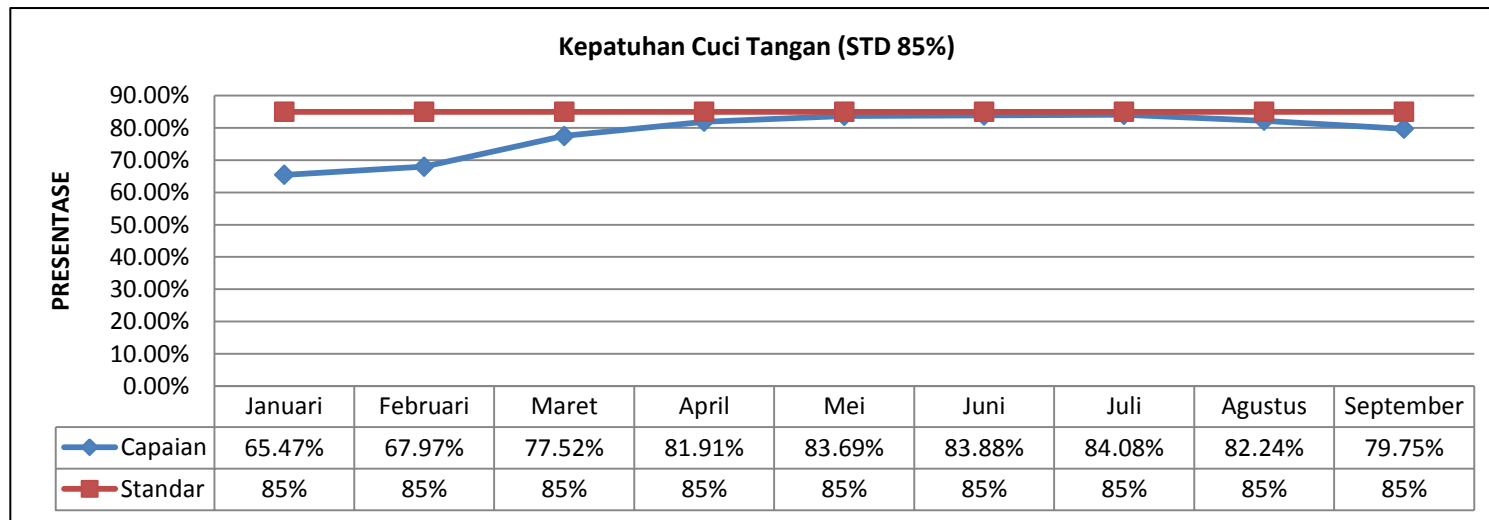
Indikator mutu Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional memberikan gambaran kepatuhan para dokter dalam meresepkan obat kepada pasien sesuai dengan daftar obat-obatan Formularium Nasional. Dari capaian di atas didapatkan hasil yang cenderung tidak stabil tetapi sesuai standar yang diharapkan, yaitu $\geq 80\%$. Rata-rata capaian pada TW I sebesar 92.02% dan TW II sebesar 91.07%. Meskipun mengalami penurunan capaian pada TW II sebesar 0.95%, hasil capaian sesuai dengan standar yang diharapkan yaitu $\geq 80\%$.

Pada TW III rerata capaian sebesar 89.47%, hasil capaian telah sesuai standar yang diharapkan. Bila dibandingkan dengan TW II, capaian TW III mengalami penurunan capaian sebesar 1.6% tetapi capaian masih sesuai dengan standar yang diharapkan.

Rencana tindak lanjut :

1. Komite Farmasi melakukan koordinasi dengan Komite Medik terkait indikator mutu tersebut.
2. Instalasi Farmasi berupaya mempertahankan serta meningkatkan hasil capaian.

8. Kepatuhan Cuci Tangan



Analisa :

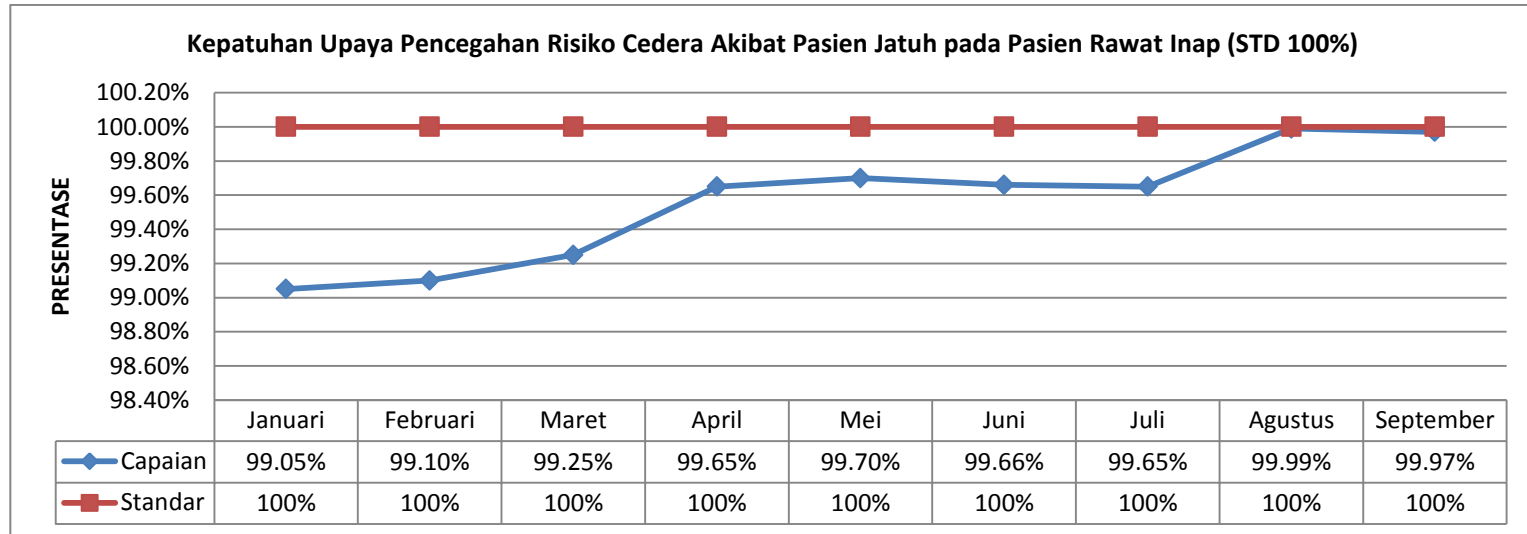
Indikator mutu Kepatuhan Cuci Tangan memberikan gambaran kualitas dalam mengetahui ketaatan petugas dalam melakukan prosedur cuci tangan dengan menggunakan metode enam langkah dan lima momen. Berdasarkan grafik di atas, hasil capaian pada TW I hingga TW II cenderung mengalami peningkatan angka kepatuhan dan stabil tetapi tidak sesuai dengan standar yang diharapkan, yaitu 85%. Rerata hasil capaian pada TW I sebesar 70.32% dan TW II sebesar 83.16%.

Pada TW III rerata capaian sebesar 82.02%, hasil capaian tidak sesuai standar yang diharapkan. Bila dibandingkan dengan capaian TW II, capaian TW III mengalami penurunan capaian sebesar 1.14%. Hasil capaian TW I hingga TW III cenderung tidak stabil dan tidak sesuai dengan standar yang diharapkan.

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 mengalami

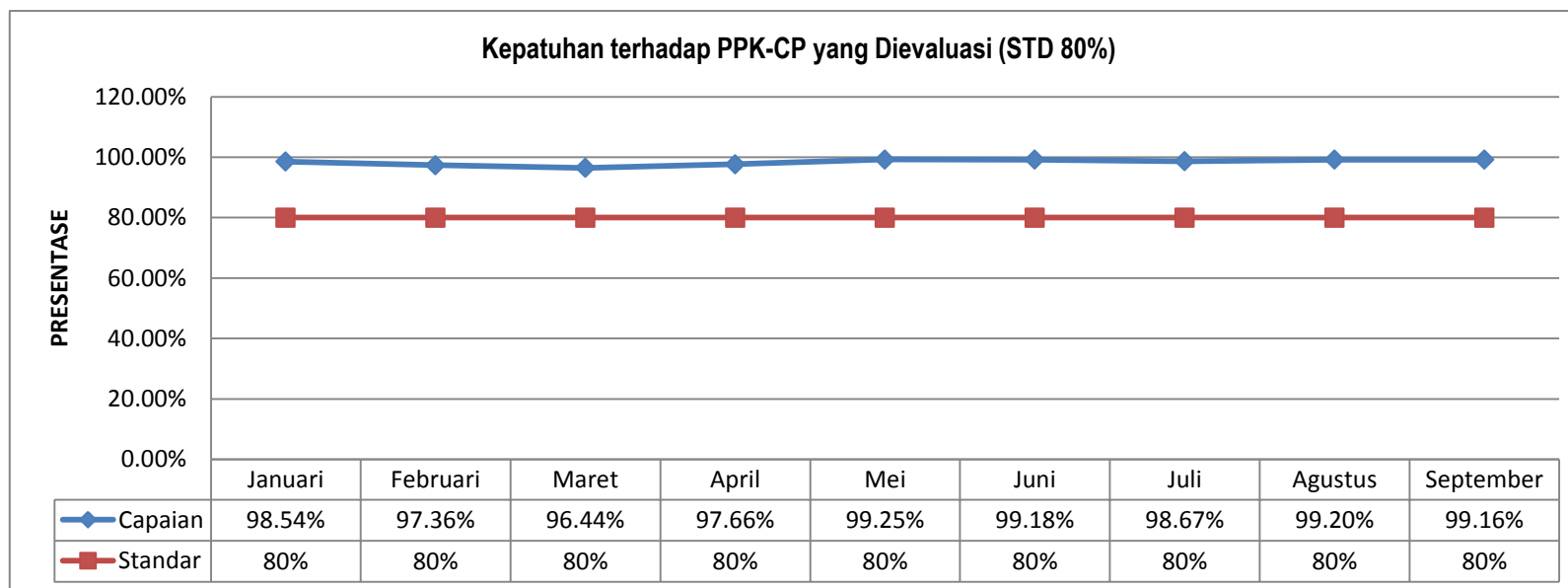
peningkatan capaian, dengan rerata capaian pada pada TW I sebesar 99.13% dan TW II sebesar 99.67%. Standar yang diharapkan pada capaian indikator mutu tersebut sebesar 100%.

Pada TW III rerata capaian sebesar 99.87%, capaian tidak sesuai dengan standar yang diharapkan. Bila dibandingkan dengan capaian TW II, capaian TW III mengalami perbaikan sebesar 0.2%. Hasil capaian pada TW I hingga TW III cenderung tidak stabil dan tidak sesuai dengan standar yang diharapkan.

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.

10. Kepatuhan terhadap PPK-CP yang Dievaluasi



Analisa :

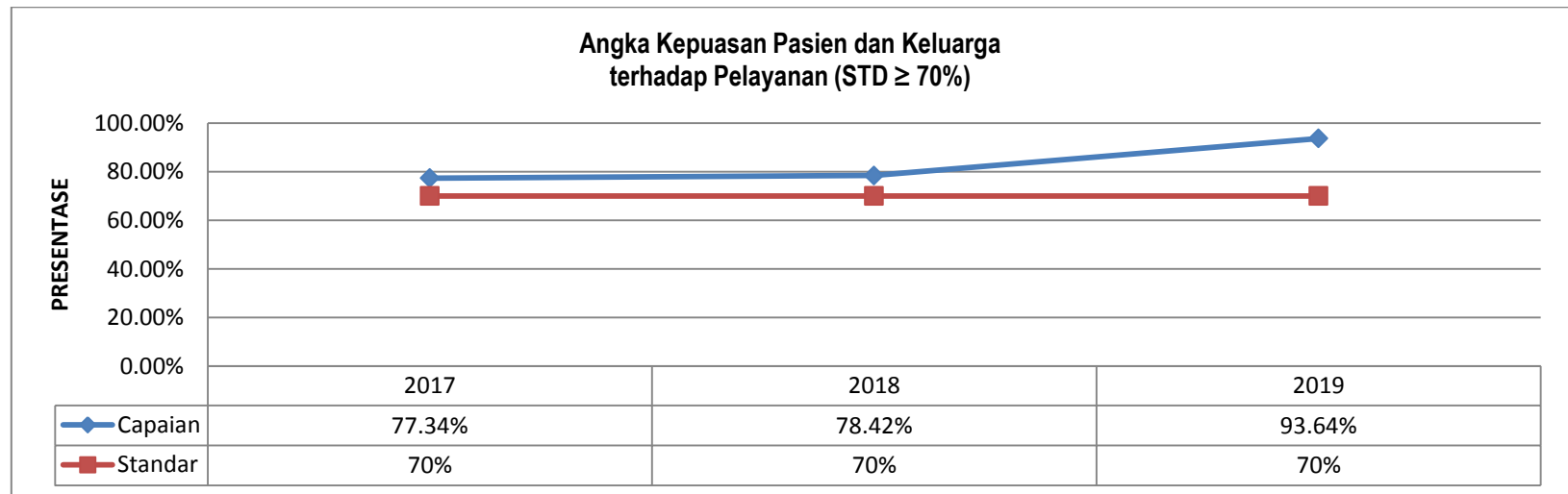
Indikator mutu Kepatuhan terhadap PPK-CP yang Dievaluasi memberikan gambaran kualitas dalam kepatuhan DPJP dalam PPK-CP. Berdasarkan grafik di atas, hasil capaian cenderung tidak stabil tetapi telah sesuai dengan standar yang diharapkan yaitu > 80%. Rerata capaian pada TW I sebesar 97.45% dan TW II sebesar 98.7%. Hasil capaian pada TW II mengalami perbaikan capaian sebesar 1.25% bila dibandingkan dengan TW I.

Pada TW III rerata capaian sebesar 99.01%. Hasil capaian pada TW III telah sesuai dengan standar yang diharapkan. Bila dibandingkan dengan TW II, capaian TW III mengalami perbaikan capaian sebesar 0.31%

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)



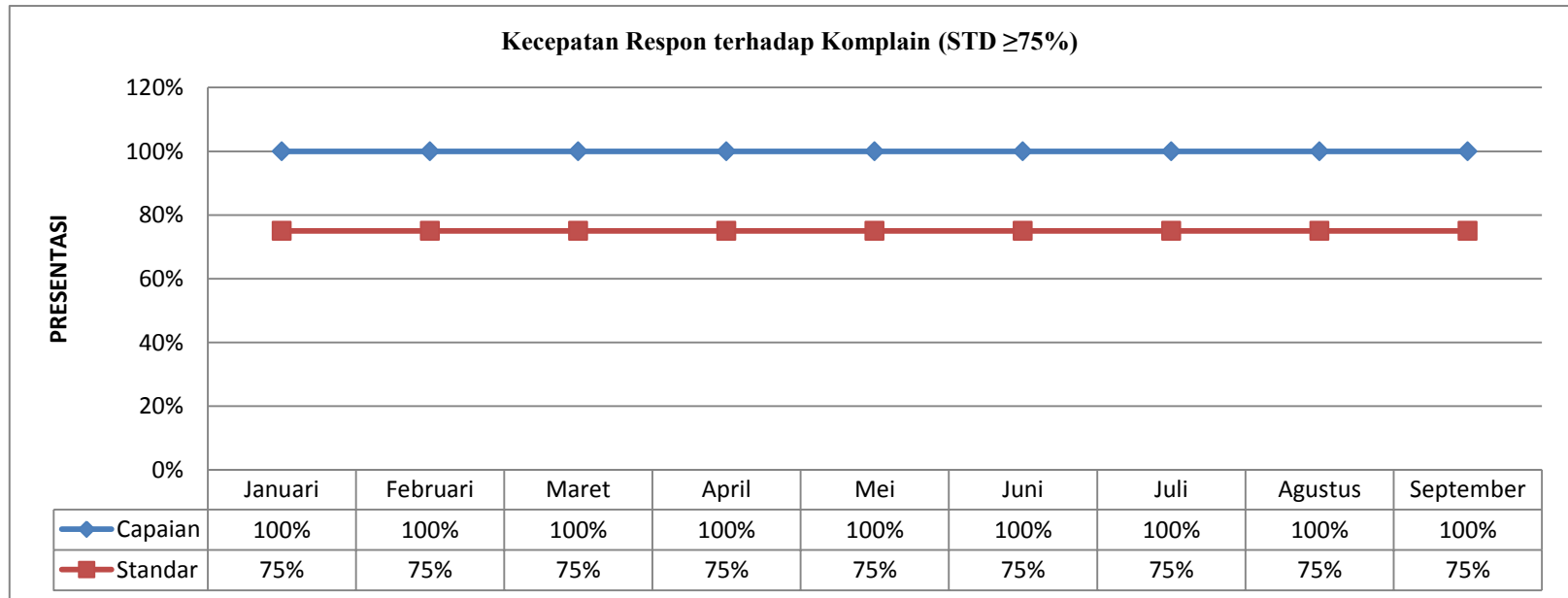
Analisa :

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 di rumah 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 yang diharapkan. Rerata capaian TW I hingga TW III telah baik dan sesuai dengan standar yang diharapkan, yaitu $\geq 75\%$. Rerata capaian TW I hingga TW III sebesar 100%.

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

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.