

Yayasan Badan Wakaf Sultan Agung



**RSI SULTAN
AGUNG**
ISLAMIC TEACHING HOSPITAL
Rumah Sakit Sesuai Prinsip Syariah
SEMARANG - JAWA TENGAH

**LAPORAN
HASIL CAPAIAN PROGRAM
PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN
TRIWULAN III TAHUN 2022**



**Mencintai Allah, Menyayangi Sesama
Berkhidmat Menyelamatkan Umat**

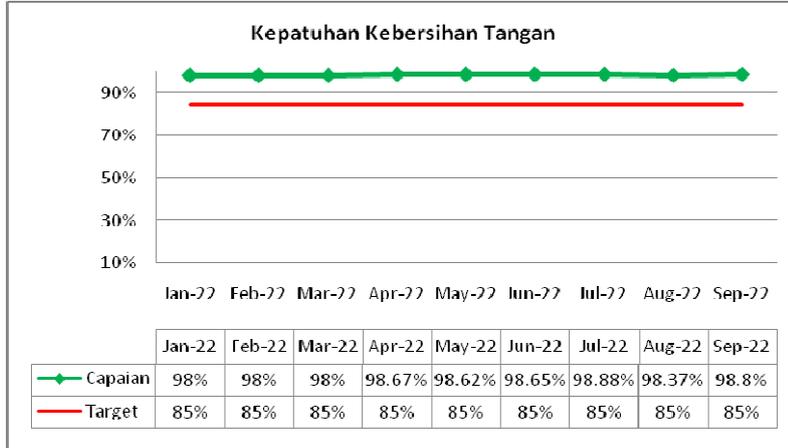


**BAB I
 PENGUKURAN MUTU**

1.1. Pengukuran Indikator Mutu

A. Indikator Nasional Mutu (INM)

1. Kepatuhan Kebersihan Tangan



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu kepatuhan kebersihan tangan, pada triwulan III adalah 98.68%, telah mencapai target pencapaian. Kepatuhan kebersihan tangan berdasarkan profesi perawat, dokter, penunjang, dan petugas non medis sudah melebihi target. Hasil kegiatan supervisi kepatuhan kebersihan tangan juga sudah melebihi target.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya lebih baik.

2. Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)

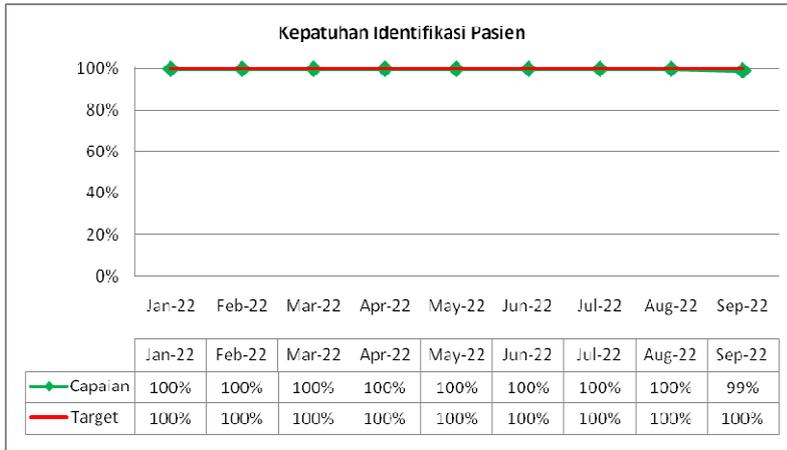


Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu kepatuhan penggunaan APD, pada triwulan III adalah 99.9%, belum mencapai target pencapaian.
- Kepatuhan penggunaan APD berdasarkan ruangan, belum semua ruangan mencapai target, karena pemakaian APD tidak sesuai indikasi (berlebihan).
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya lebih baik.
- Tindak lanjut : tingkatkan kepatuhan pemakaian APD sesuai indikasi.



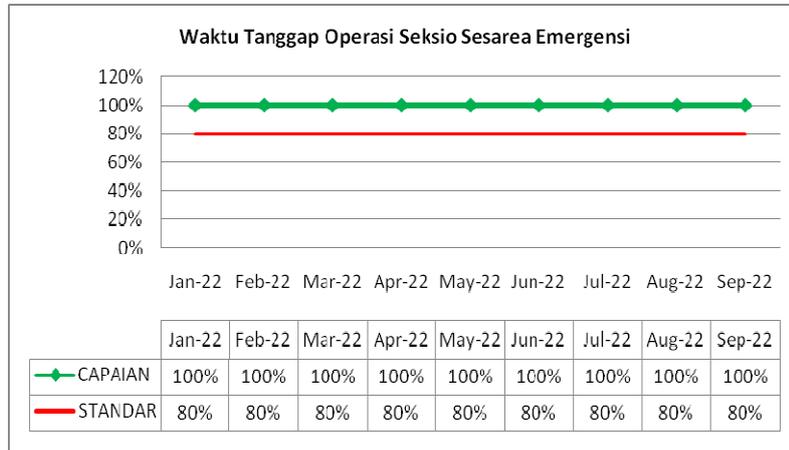
3. Kepatuhan identifikasi pasien



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu ketepatan identifikasi pasien, pada triwulan III adalah 99%, belum mencapai target pencapaian. Identifikasi pasien dianggap benar jika pemberi pelayanan melakukan identifikasi seluruh tindakan intervensi yang dilakukan dengan benar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya menurun. Karena pada bulan September ada 1 kejadian petugas yang tidak melakukan identifikasi pada saat pemberian obat *spironolactone* pada pasien.
- Tindak lanjut : Dilaksanakannya sosialisasi SPO Melakukan Identifikasi Pasien.

4. Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi

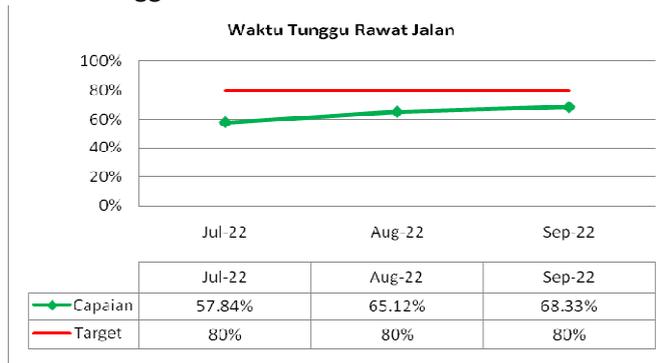


Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi pada triwulan III adalah 100%, telah mencapai target.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.



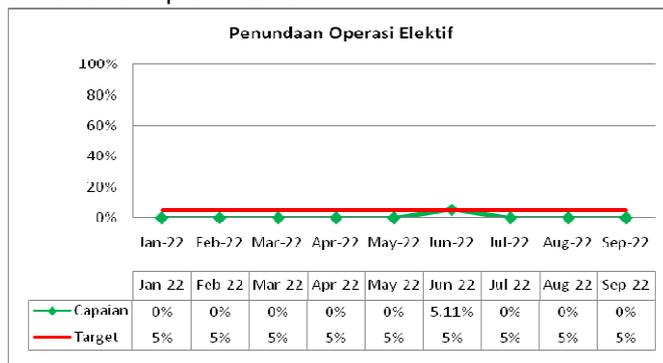
5. Waktu Tunggu Rawat Jalan



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu waktu tunggu rawat jalan, pada triwulan III adalah 64%, belum mencapai target pencapaian. Nilai persentase yang paling rendah yaitu waktu tunggu rawat jalan di klinik bedah.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama.
- Upaya Perbaikan : Pada bulan Agustus upaya perbaikan dengan reminding kedatangan dokter dan pada bulan September redesain penjadwalan dokter.

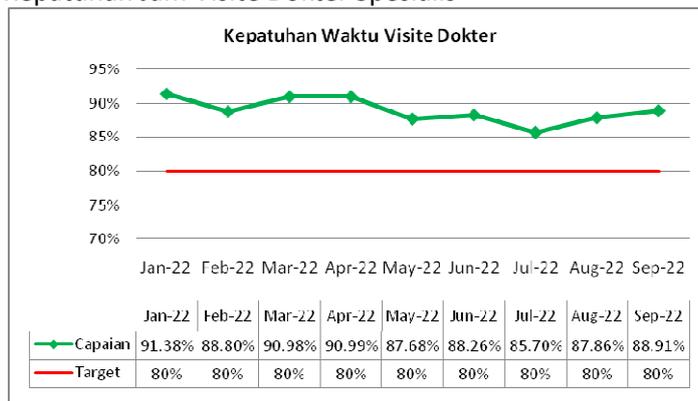
6. Penundaan Operasi Elektif



Analisa :

- Capaian indikator mutu penundaan operasi elektif, pada triwulan III mencapai target pencapaian < 5%. Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya lebih baik.

7. Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis

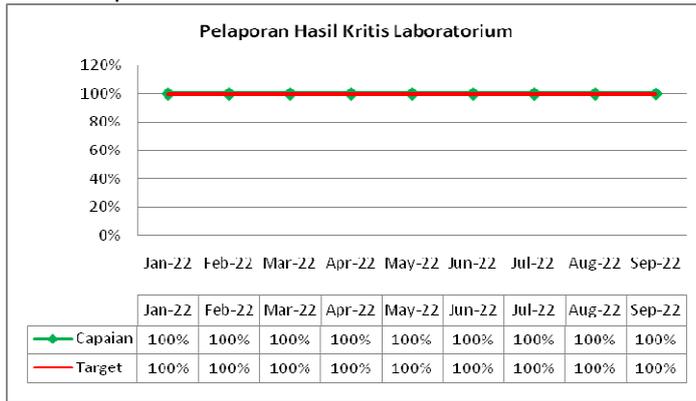


Analisa :

- Capaian indikator mutu pada triwulan III adalah 87.49%, telah mencapai target pencapaian. Dokter spesialis di Rumah Sakit Islam Sultan Agung harus memberikan pelayanan di klinik, rawat inap, dan instalasi bedah sentral maupun unit tindakan lainnya sehingga visite lebih dari jam 14.00 WIB.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya menurun.



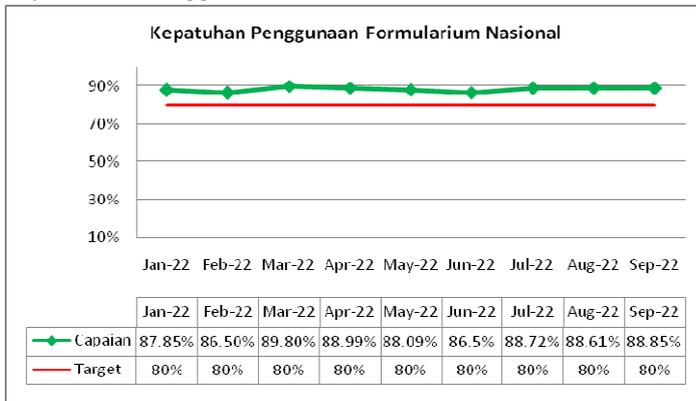
8. Waktu Laporan Hasil Tes Kritis Laboratorium



Analisa :

- Capaian indikator mutu waktu laporan hasil tes kritis laboratorium pada triwulan III adalah 100%, telah target pencapaian.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.

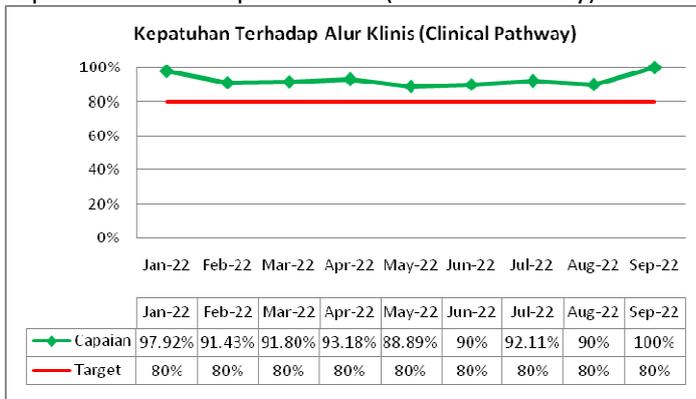
9. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional



Analisa :

- Capaian indikator mutu kepatuhan penggunaan formularium nasional pada triwulan III adalah 88.73%, telah mencapai target pencapaian. Beberapa staf medis ada yang belum disiplin dalam melakukan peresepan obat formularium nasional.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya lebih baik.

10. Kepatuhan Terhadap Alur Klinis (Clinical Pathway)

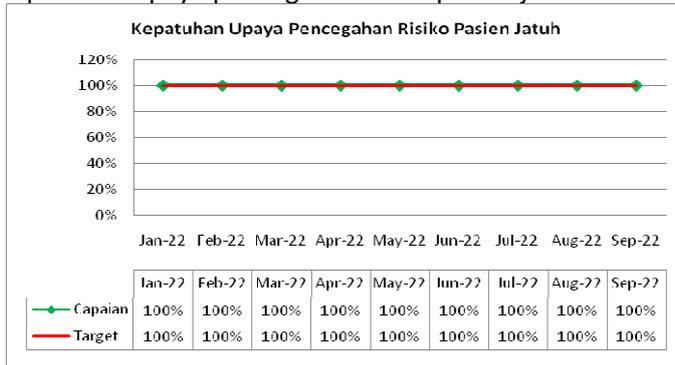


Analisa :

- Capaian indikator mutu kepatuhan terhadap clinical pathway pada triwulan III adalah 94%, telah mencapai target pencapaian.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya lebih baik.



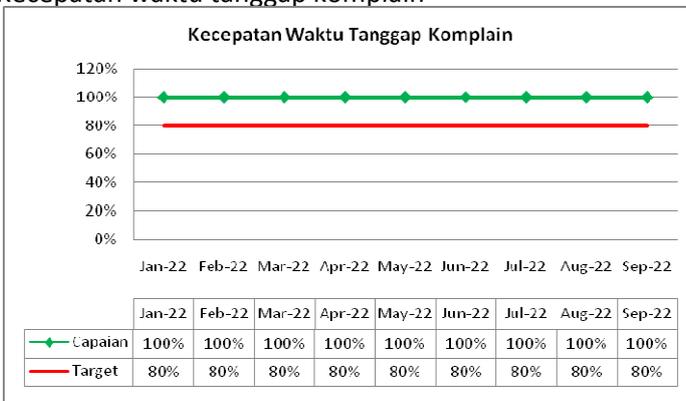
11. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh



Analisa :

- Capaian indikator mutu pada triwulan III 100%, telah mencapai target pencapaian.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.

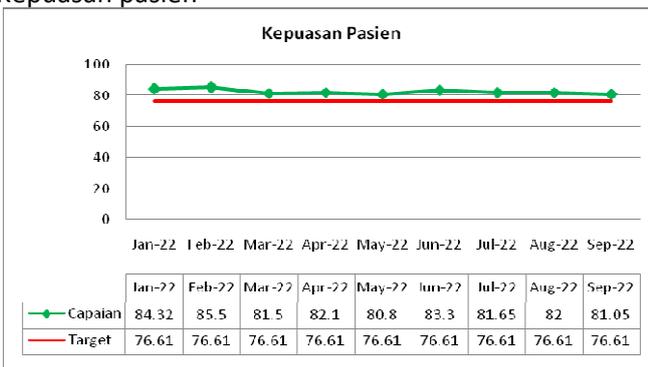
12. Kecepatan waktu tanggap komplain



Analisa :

- Capaian indikator mutu kecepatan respon terhadap komplain pada triwulan III adalah 100%, telah mencapai standar. Komplain yang ditanggapi dan ditindaklanjuti oleh bagian Humas sudah sesuai dengan waktu yang ditetapkan berdasarkan grading.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.

13. Kepuasan pasien



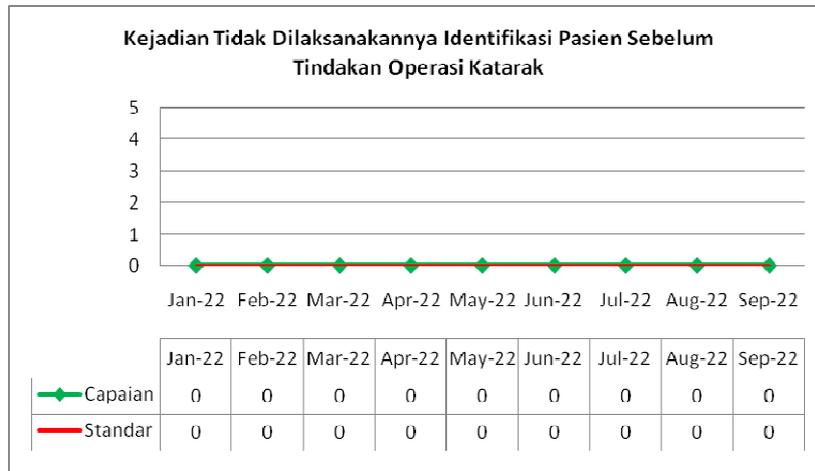
Analisa :

- Capaian indikator mutu kepuasan pasien pada triwulan III adalah 82, telah mencapai standar. Berdasarkan hasil survei, nilai pelayanan yang kurang baik adalah pada unsur pelayanan waktu kedatangan dokter.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.
- Berdasarkan laporan unit Humas pada triwulan III tidak ada laporan tentang ketidakpuasan pelanggan terkait adanya peserta didik di RSISA.

B. Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit (IMP-RS)

1. Indikator Sasaran Keselamatan Pasien

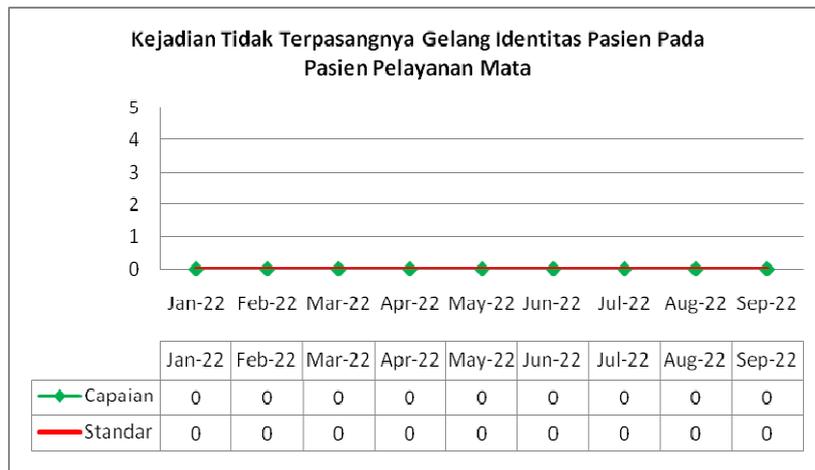
a. Kejadian Tidak Dilaksanakannya Identifikasi Pasien Sebelum Tindakan Operasi Katarak



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka tidak dilaksanakannya identifikasi pasien sebelum tindakan operasi katarak, pada triwulan III adalah 0 kejadian, telah mencapai standar 0 kejadian.
- Bila dibandingkan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.

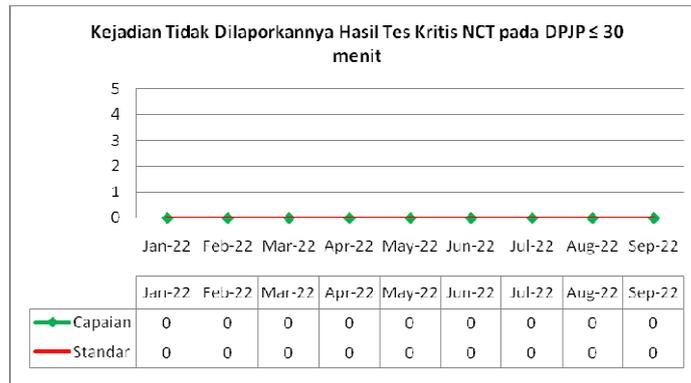
b. Kejadian Tidak Terpasangnya Gelang Identitas Pasien Pada Pasien Pelayanan Mata



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu kejadian tidak terpasangnya gelang identitas pasien pada pasien pelayanan mata, pada triwulan III telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.

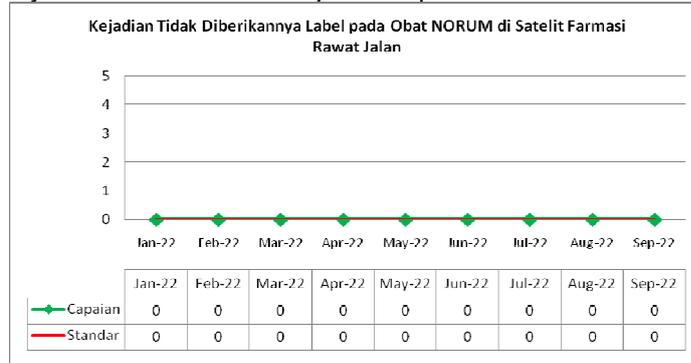
c. Kejadian Tidak Dilaporkannya Hasil Tes Kritis NCT pada DPJP \leq 30 menit



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu kejadian tidak dilaporkannya hasil tes kritis NCT pada DPJP \leq 30 menit, pada triwulan III telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.

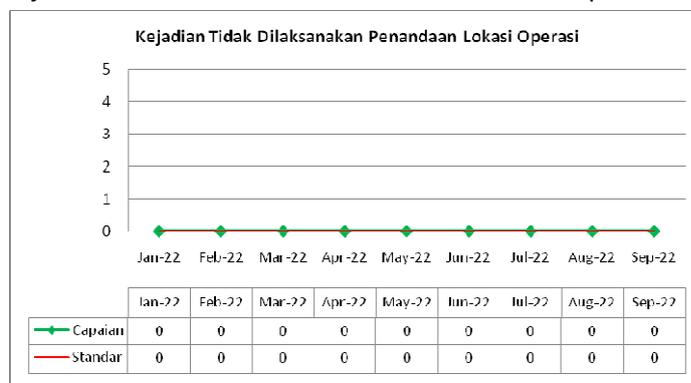
d. Kejadian Tidak Diberikannya Label pada Obat NORUM di Satelit Farmasi Rawat Jalan



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu kejadian tidak diberikannya label pada obat NORUM di satelit farmasi rawat jalan, pada triwulan III adalah 0 kejadian, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama.

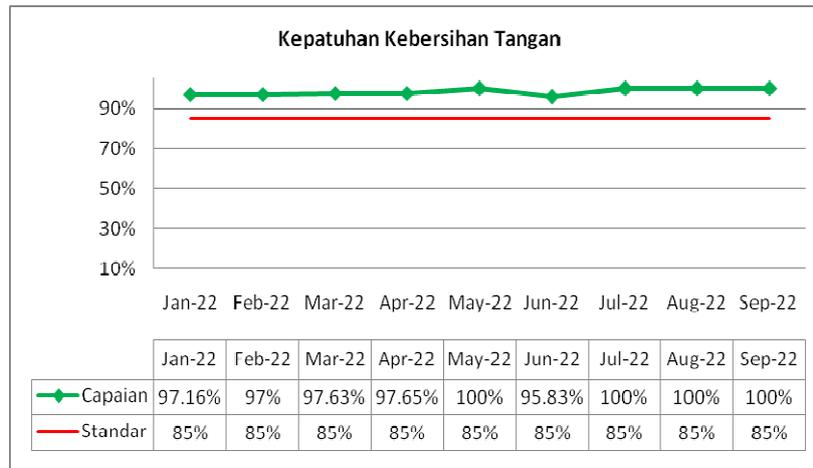
e. Kejadian Tidak Dilaksanakan Penandaan Lokasi Operasi



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu kejadian tidak dilaksanakan penandaan lokasi operasi, pada triwulan III telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.

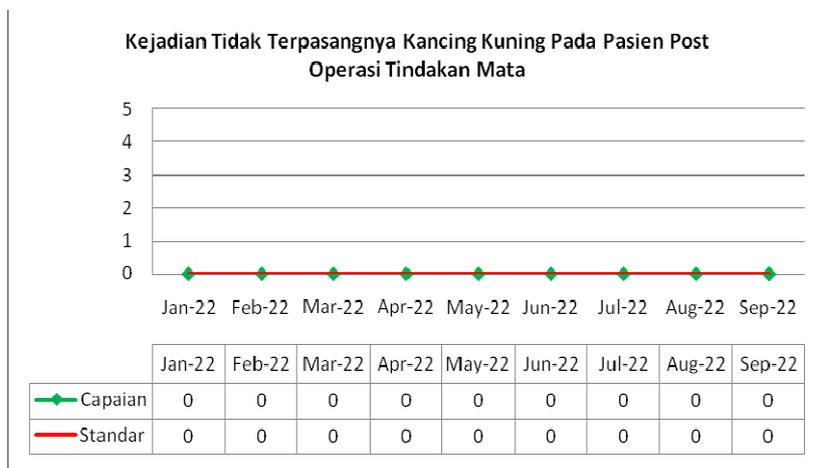
f. Kepatuhan Kebersihan Tangan



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu kepatuhan kebersihan tangan di SEC, pada triwulan III telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya lebih baik.

g. Kejadian Tidak Terpasangnya Kancing Kuning Pada Pasien Post Operasi Tindakan Mata



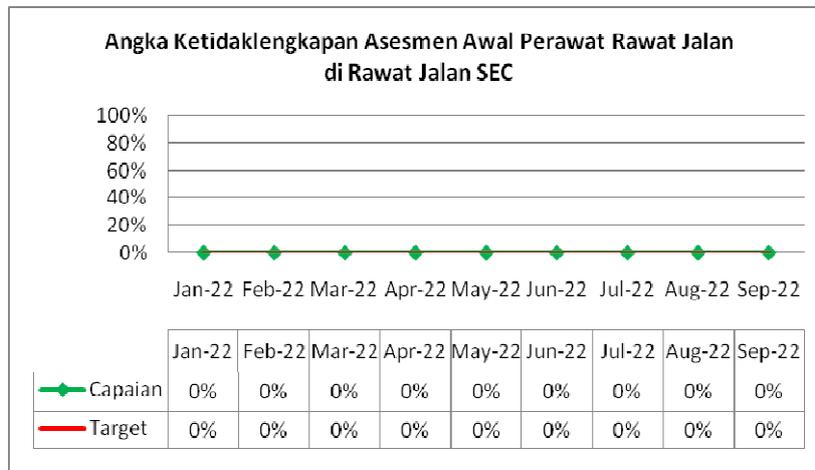
Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu kejadian tidak terpasangnya kancing kuning pada pasien post operasi tindakan mata, pada triwulan III telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.



2. Indikator Pelayanan Klinis Prioritas

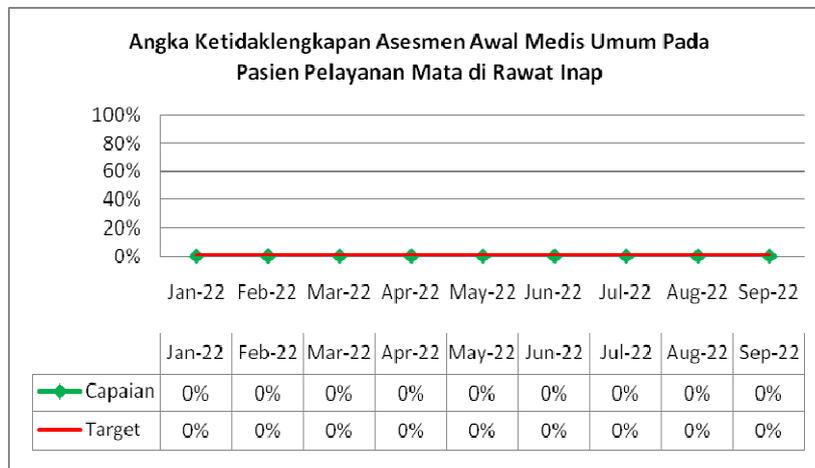
a. Angka Ketidaklengkapan Asesmen Awal Perawat Rawat Jalan di Rawat Jalan SEC



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka ketidaklengkapan asesmen awal perawat rawat jalan di rawat jalan SEC, pada triwulan III adalah 0%, telah mencapai target pencapaian 0%.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.

b. Angka Ketidaklengkapan Asesmen Awal Medis Umum Pada Pasien Pelayanan Mata Di Rawat Inap

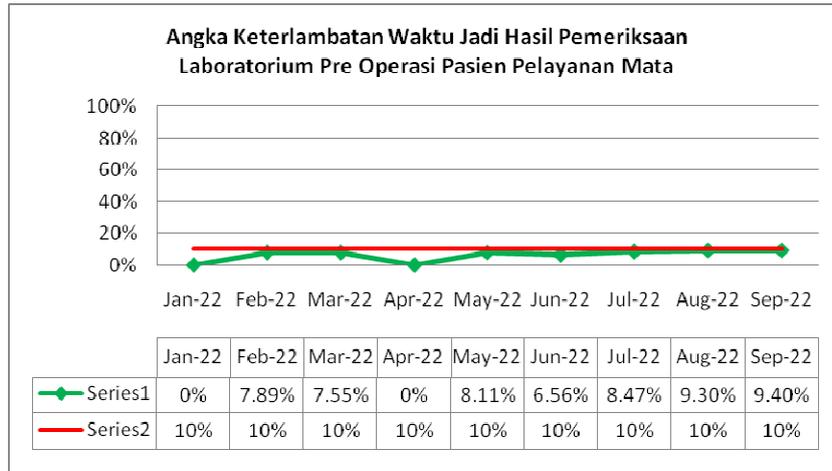


Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka ketidaklengkapan asesmen awal medis umum pada pasien pelayanan mata di rawat inap, pada triwulan III adalah 0%, telah mencapai target pencapaian 0%.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.



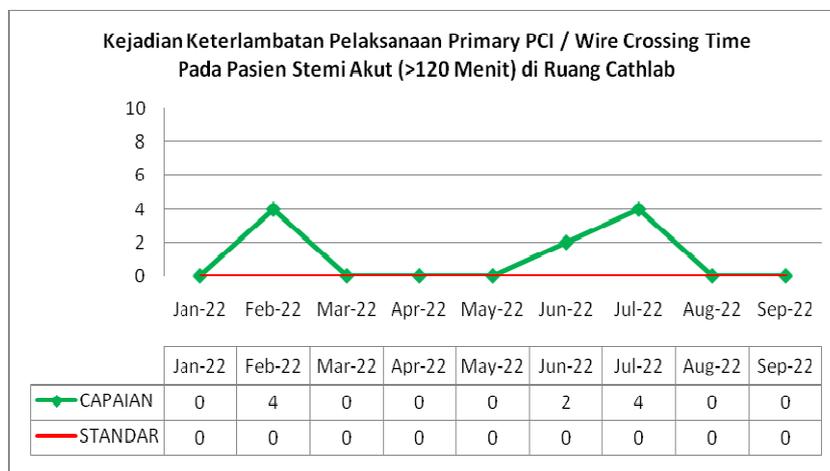
c. Angka Keterlambatan Waktu Jadi Hasil Pemeriksaan Laboratorium Pre Operasi Pasien Pelayanan Mata



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka keterlambatan waktu jadi hasil pemeriksaan laboratorium pre operasi pasien pelayanan mata, pada triwulan III adalah 9%, telah mencapai target pencapaian <10%.
- Bila dibandingkan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.

d. Kejadian Keterlambatan Pelaksanaan Primary PCI / Wire Crossing Time Pada Pasien Stemi Akut (>120 Menit) di Ruang Cathlab

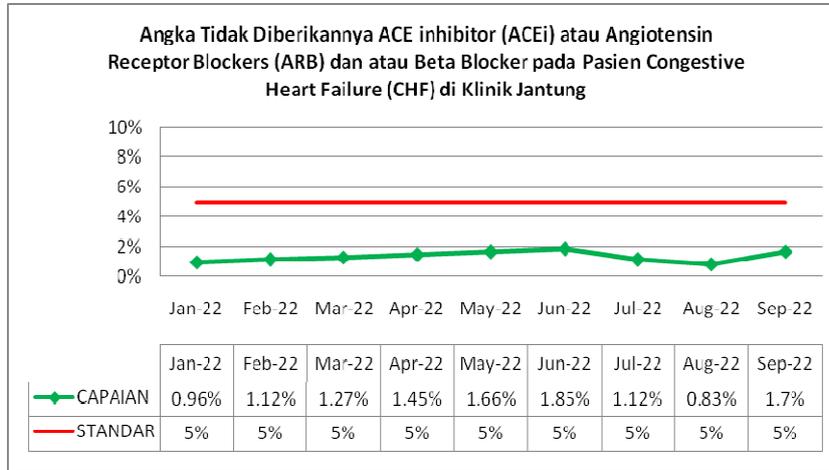


Analisa :

- Capaian indikator mutu kejadian keterlambatan pelaksanaan primary PCI/ wire crossing time pada pasien stemi akut (>120 menit) di ruang cathlab, pada triwulan III belum mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama.



- e. Angka Tidak Diberikannya ACE inhibitor (ACEi) atau Angiotensin Receptor Blockers (ARB) dan atau Beta Blocker pada Pasien Congestive Heart Failure (CHF) di Klinik Jantung

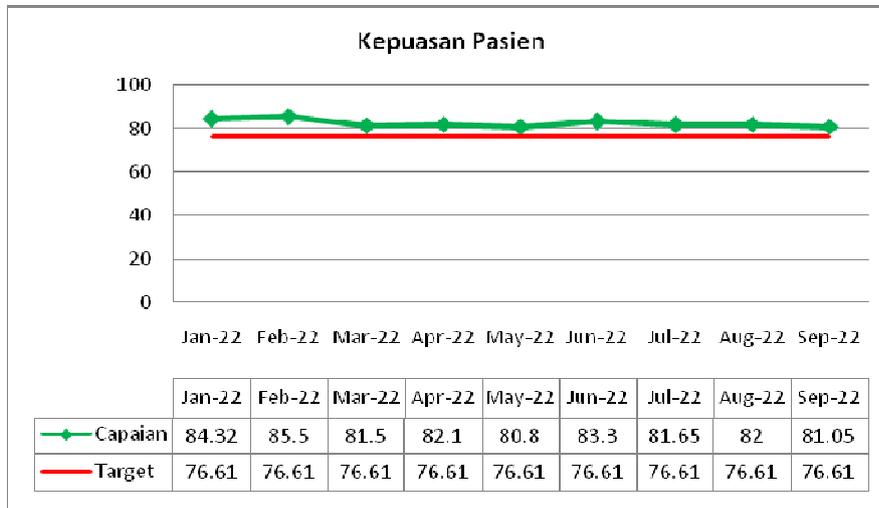


Analisa :

- Capaian indikator mutu pada triwulan III telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.

3. Indikator Sesuai Tujuan Strategis Rumah Sakit

a. Kepuasan Pasien

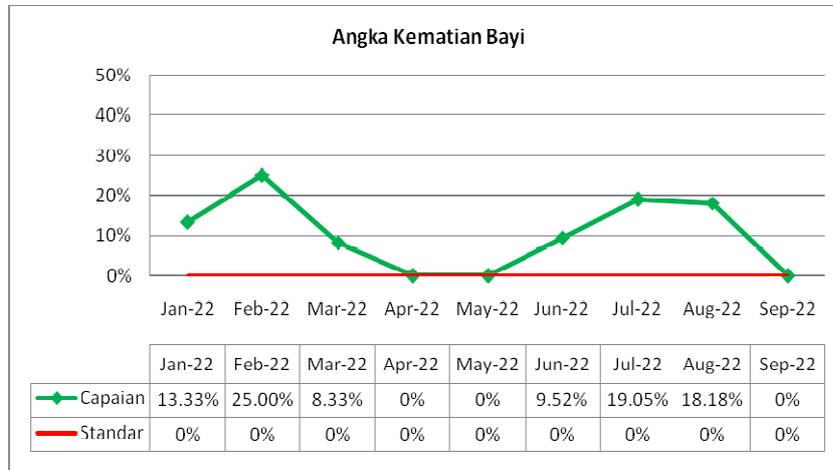


Analisa :

- Capaian indikator mutu kepuasan pasien pada triwulan III adalah 82, telah mencapai standar. Berdasarkan hasil survei, nilai pelayanan yang kurang baik adalah pada unsur pelayanan waktu kedatangan dokter.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.



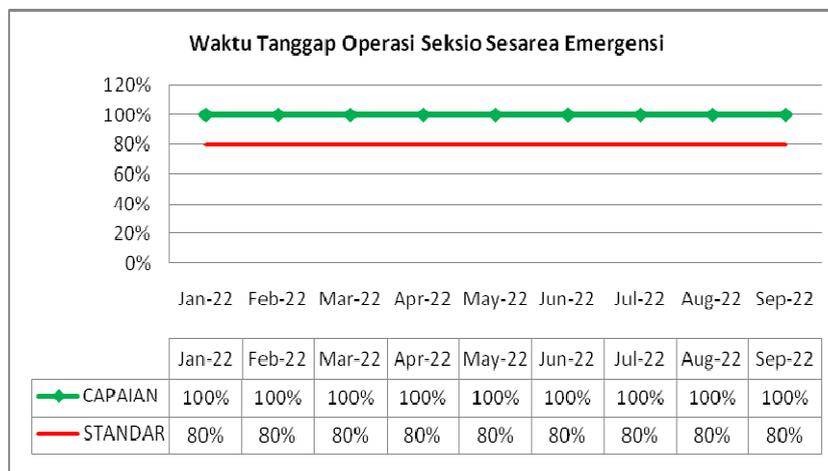
4. Indikator Terkait Perbaikan Sistem
a. Indikator Mutu Program Nasional
1) Angka Kematian Bayi



Analisa :

- Capaian indikator mutu angka kematian bayi, pada triwulan III belum mencapai standar. Pada bulan Juli ada 4 kematian bayi dan bulan Agustus ada 4 kematian bayi. Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama.
- Tindak lanjut : pertemuan audit maternal perinatal oleh tim ponex dan komite mutu profesi.

2) Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi

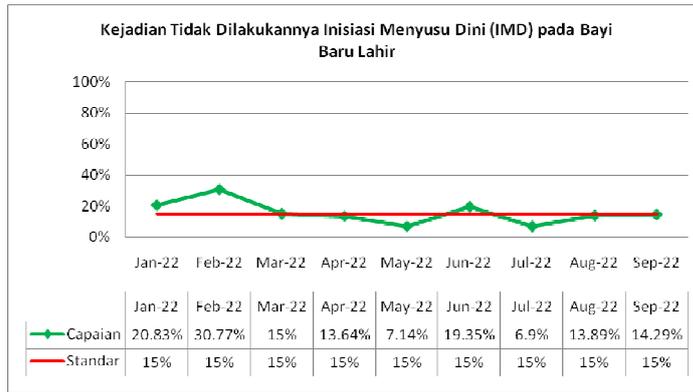


Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi pada triwulan III adalah 100%, telah mencapai target.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.



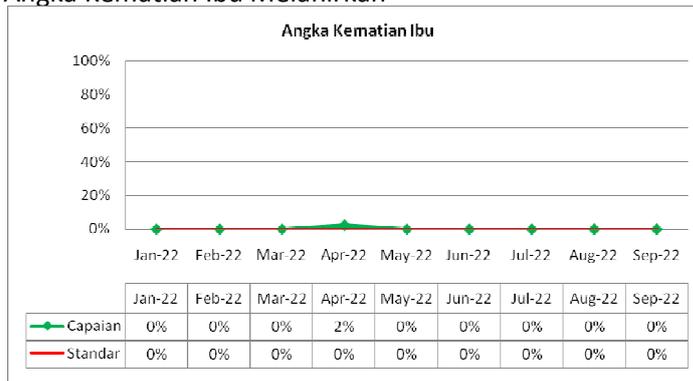
3) Kejadian Tidak Dilakukannya Inisiasi Menyusu Dini (IMD) pada Bayi Baru Lahir



Analisa :

- Capaian indikator mutu kejadian tidak dilakukannya inisiasi menyusu dini (IMD) pada bayi baru lahir adalah 12%, pada triwulan III telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya lebih baik.

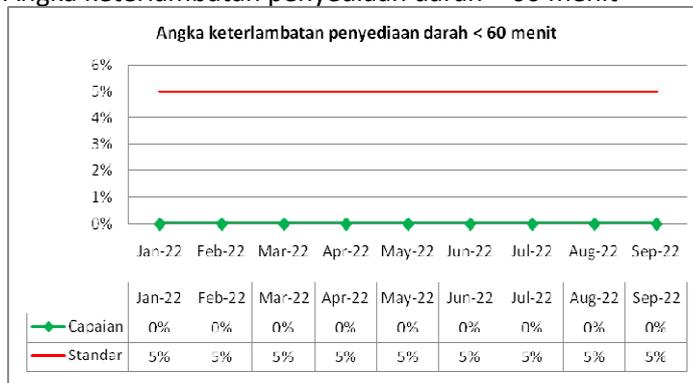
4) Angka Kematian Ibu Melahirkan



Analisa :

- Capaian indikator mutu angka kematian ibu melahirkan, pada triwulan III telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya lebih baik.

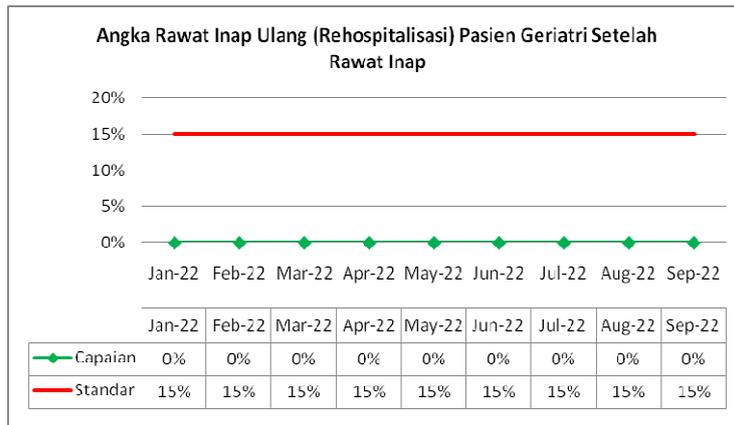
5) Angka keterlambatan penyediaan darah < 60 menit



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu pada triwulan III telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.

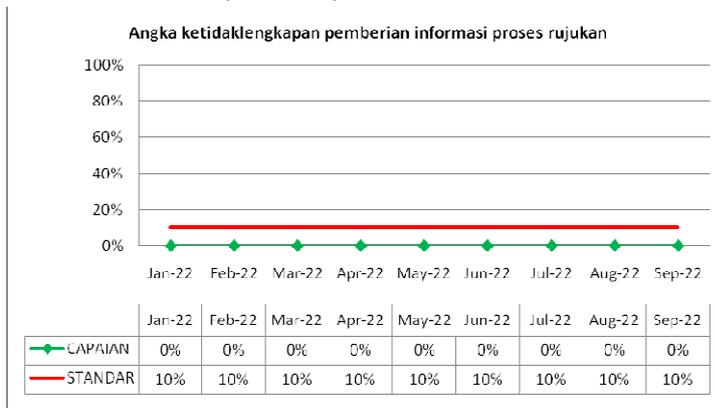
6) Angka Rawat Inap Ulang (Rehospitalisasi) Pasien Geriatri



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu pada triwulan III telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.

b. Indikator Mutu Pelayanan Rujukan

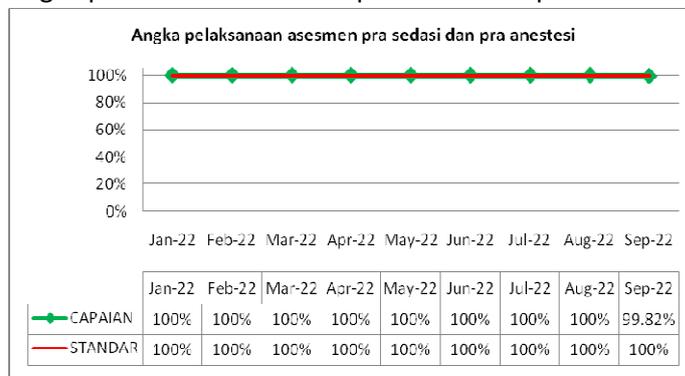


Analisa :

- Capaian indikator mutu angka ketidaklengkapan pemberian informasi proses rujukan pada triwulan III adalah 0%, telah mencapai standar < 10%.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.

c. Indikator Mutu Pelayanan Anestesi dan Sedasi

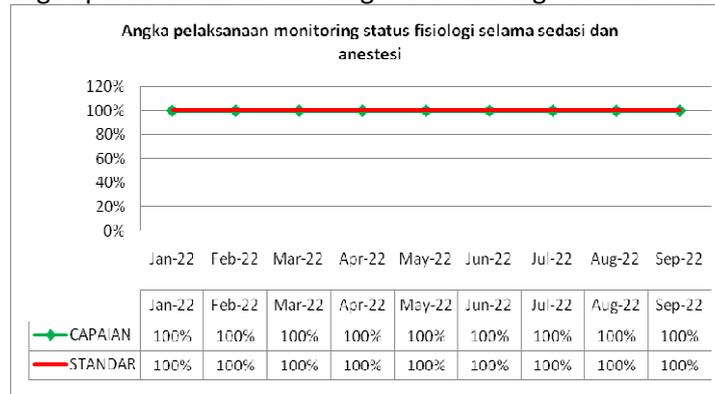
1) Angka pelaksanaan asesmen pra sedasi dan pra anestesi



Analisa :

- Capaian indikator mutu pada triwulan III adalah 99%, belum mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya menurun.

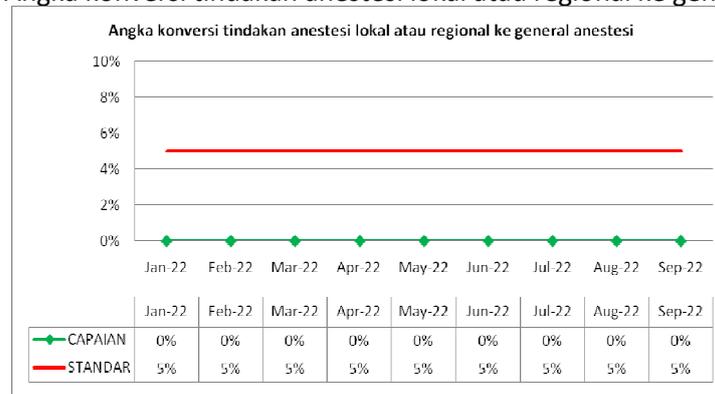
2) Angka pelaksanaan monitoring status fisiologi selama sedasi dan anestesi



Analisa :

- Capaian indikator mutu angka pelaksanaan monitoring status fisiologi selama sedasi dan anestesi pada triwulan III adalah 100%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama.

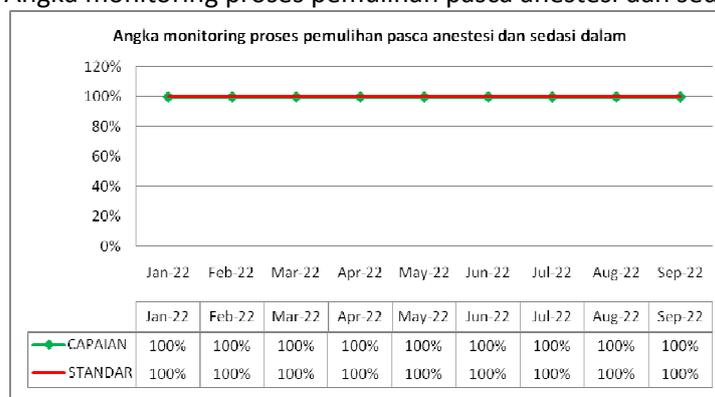
3) Angka konversi tindakan anestesi lokal atau regional ke general anestesi



Analisa :

- Capaian indikator mutu angka konversi tindakan anestesi lokal atau regional ke general anestesi pada triwulan III adalah 0%, telah mencapai standar <5%.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama.

4) Angka monitoring proses pemulihan pasca anestesi dan sedasi dalam

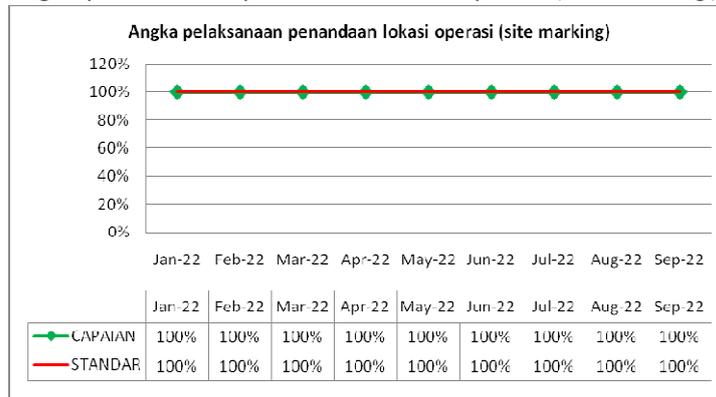


Analisa :

- Capaian indikator mutu pada triwulan III adalah 100%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama.

d. Indikator Mutu Pelayanan Bedah

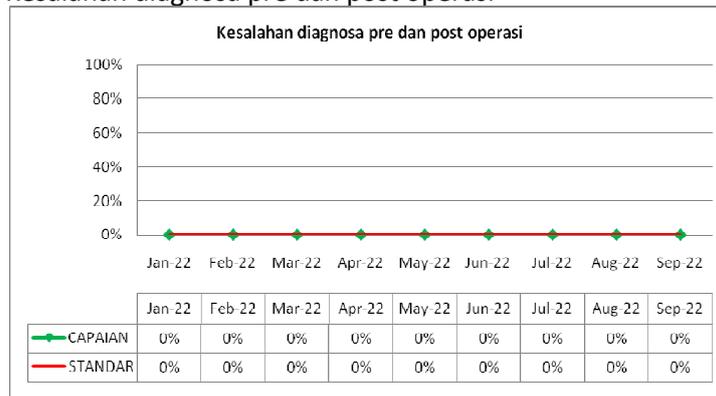
1) Angka pelaksanaan penandaan lokasi operasi (*site marking*)



Analisa :

- Capaian indikator mutu angka pelaksanaan penandaan lokasi operasi (*site marking*) pada triwulan III adalah 100%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.

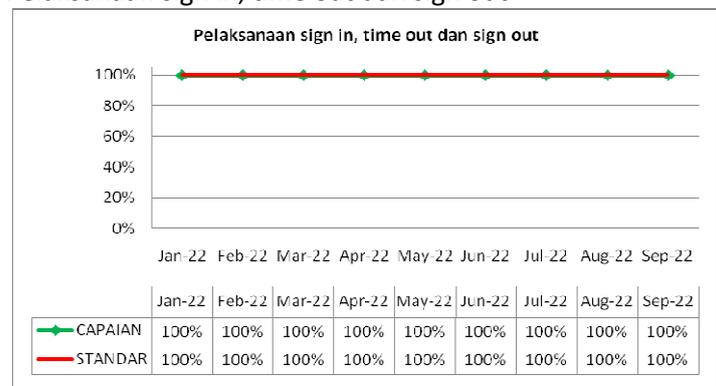
2) Kesalahan diagnosa pre dan post operasi



Analisa :

- Capaian indikator mutu kesalahan pre dan post operasi pada triwulan III telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.

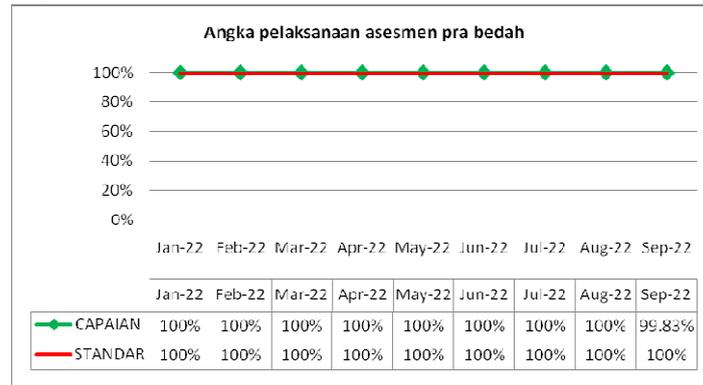
3) Pelaksanaan sign in, time out dan sign out



Analisa :

- Capaian indikator mutu pada triwulan III adalah 100%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.

4) Angka pelaksanaan asesmen pra bedah

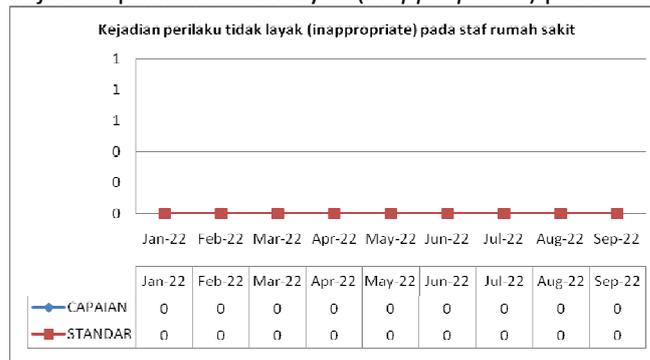


Analisa :

- Capaian indikator mutu angka pelaksanaan asesmen pra bedah pada triwulan III adalah 99%, belum mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya menurun.

e. Indikator Mutu Pemantauan Budaya Keselamatan

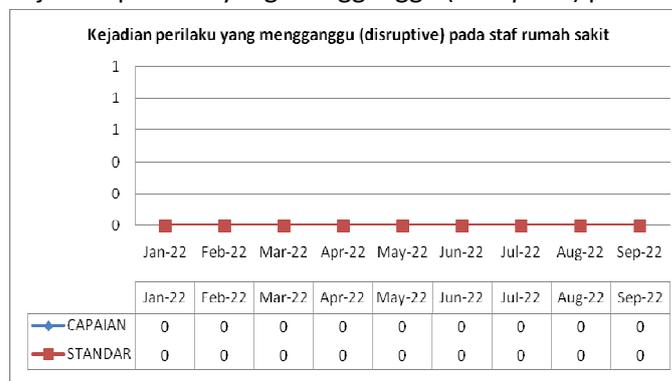
1) Kejadian perilaku tidak layak (*inappropriate*) pada staf rumah sakit



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu kejadian perilaku tidak layak (*inappropriate*) pada staf rumah sakit, pada triwulan III adalah 0 kejadian.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama.

2) Kejadian perilaku yang mengganggu (*disruptive*) pada staf rumah sakit

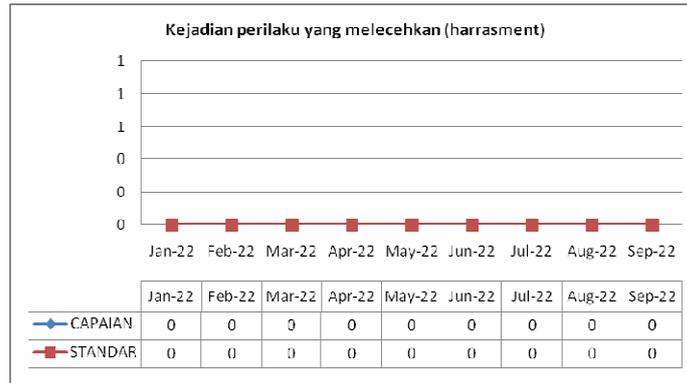


Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu kejadian perilaku yang mengganggu (*disruptive*) pada staf rumah sakit, pada triwulan III adalah 0 kejadian.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama.



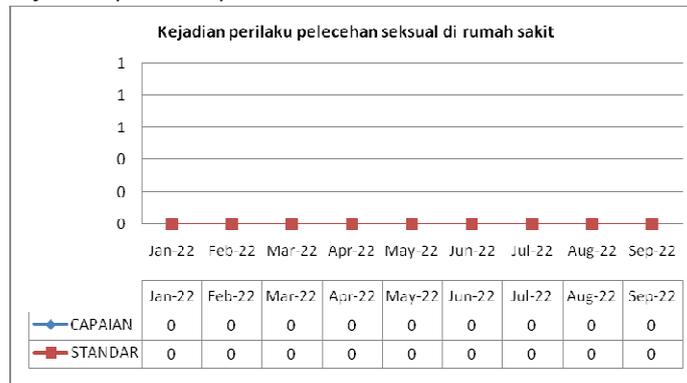
3) Kejadian perilaku yang melecehkan (*harrasment*)



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu kejadian perilaku yang melecehkan (*harrasment*), pada triwulan III adalah 0 kejadian.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama.

4) Kejadian perilaku pelecehan seksual di rumah sakit



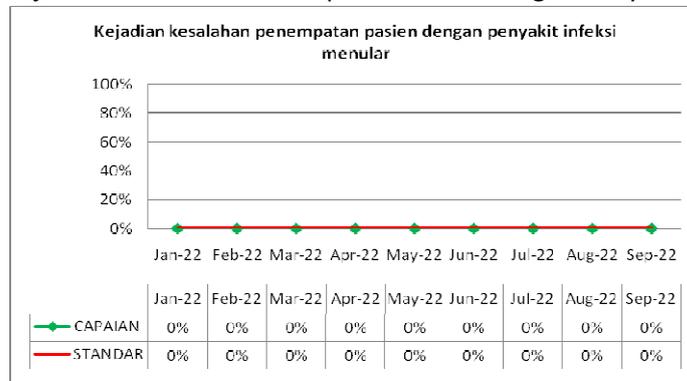
Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu kejadian perilaku pelecehan seksual di rumah sakit, pada triwulan III adalah 0 kejadian.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama.

5. Indikator Terkait Manajemen Risiko

a. Indikator Mutu Pelayanan Risiko Tinggi

1) Kejadian Kesalahan Penempatan Pasien dengan Penyakit Infeksi Menular

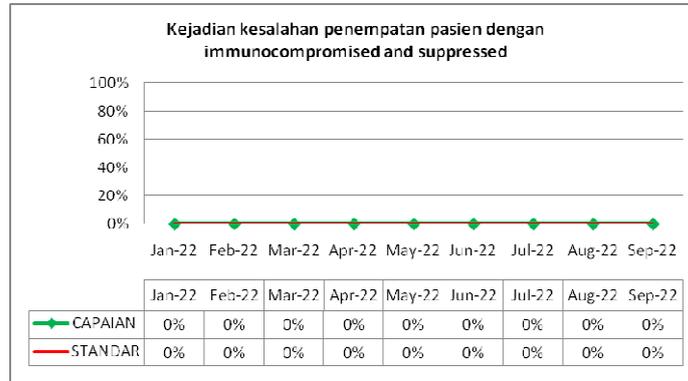


Analisa :

- Capaian indikator mutu pada triwulan III adalah 0%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama.



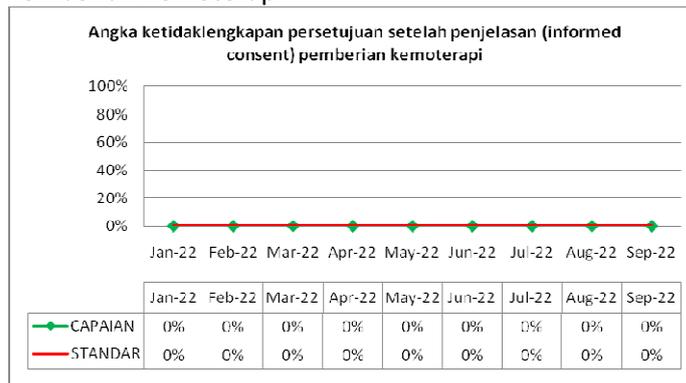
2) Kejadian Kesalahan Penempatan Pasien dengan immunocompromised and suppressed



Analisa :

- Capaian indikator mutu pada triwulan III adalah 0%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama.

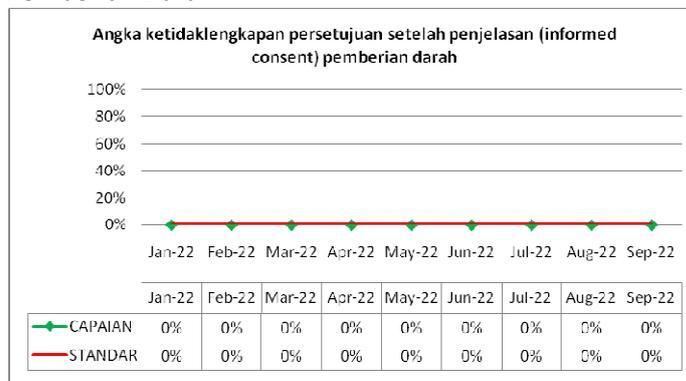
3) Angka Ketidaklengkapan Persetujuan Setelah Penjelasan (*Informed Consent*) Pemberian Kemoterapi



Analisa :

- Capaian indikator mutu pada triwulan III adalah 0%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama.

4) Angka Ketidaklengkapan Persetujuan Setelah Penjelasan (*Informed Consent*) Pemberian Darah

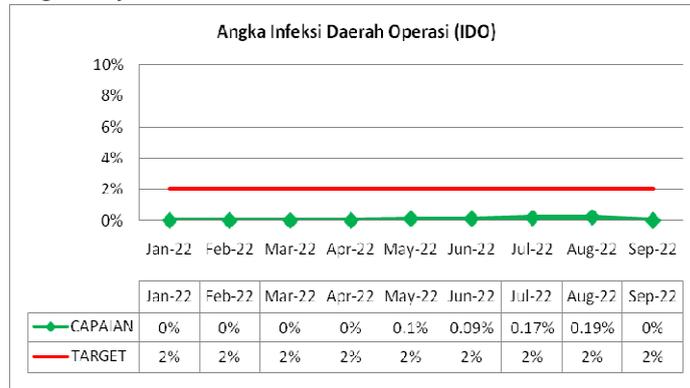


Analisa :

- Capaian indikator mutu pada triwulan III adalah 0%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama.

b. Indikator Mutu Surveilans Infeksi (HAIs)

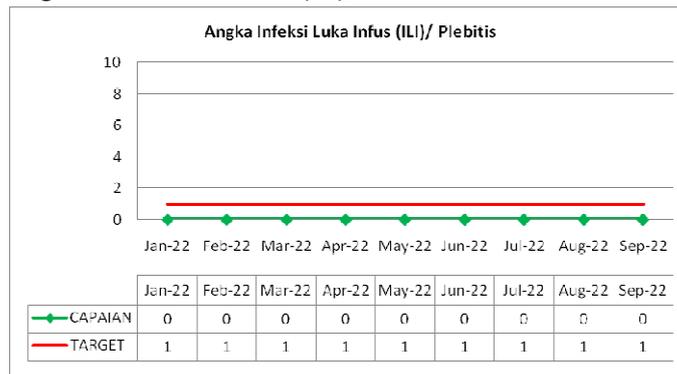
1) Angka Kejadian IDO



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka kejadian IDO, pada triwulan III adalah 0.1%, telah mencapai standar <2%. Pada bulan Juli ada 2 kejadian, bulan Agustus ada 2 kejadian, dan bulan September tidak ada kejadian IDO.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya lebih baik.

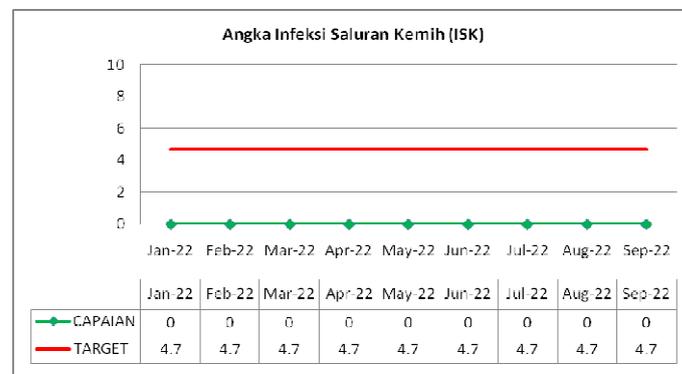
2) Angka Infeksi Luka Infus (ILI)/ Plebitis



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka infeksi luka infus (ILI), pada triwulan III adalah 0‰, telah mencapai standar <1‰.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.

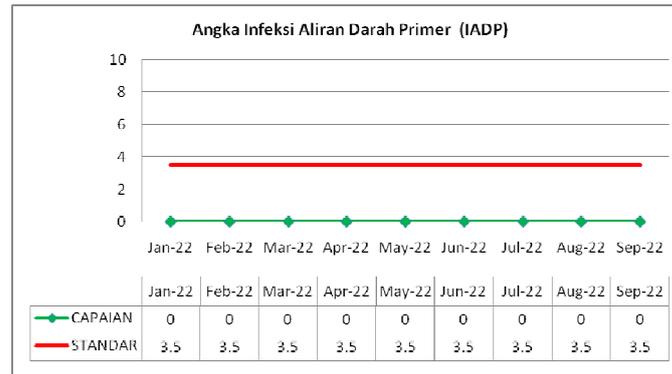
3) Angka Infeksi Saluran Kemih (ISK)



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka infeksi saluran kemih (ISK), pada triwulan III adalah 0‰, telah mencapai standar <4.7‰.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.

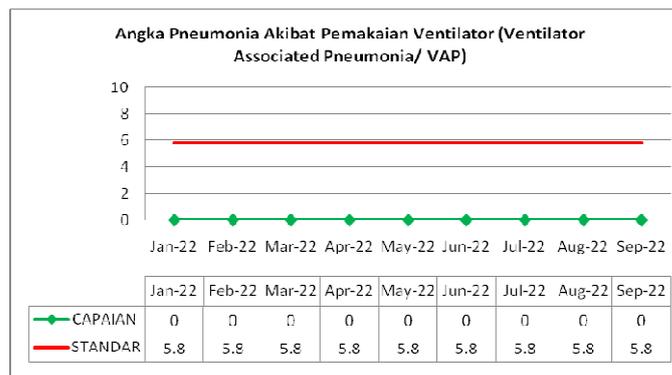
4) Angka Infeksi Aliran Dar ah Primer (IADP)



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka infeksi aliran darah primer (IADP), pada triwulan III adalah 0%, telah mencapai standar <3.5%.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.

5) Angka Pneumonia Akibat Pemakaian Ventilator (Ventilator Associated Pneumonia/ VAP)

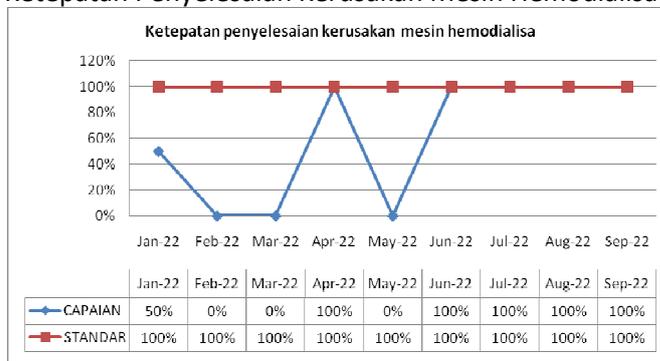


Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka pneumonia akibat pemakaian ventilator (VAP), pada triwulan III adalah 0%, telah mencapai standar <5.8%.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.

c. Indikator Mutu Pelaksanaan Kontrak

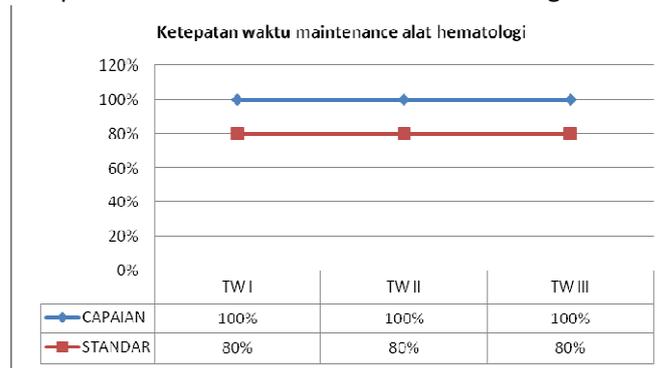
1) Ketepatan Penyelesaian Kerusakan Mesin Hemodialisa



Analisa :

- Capaian indikator mutu ketepatan penyelesaian kerusakan mesin hemodialisa pada triwulan III telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya lebih baik.

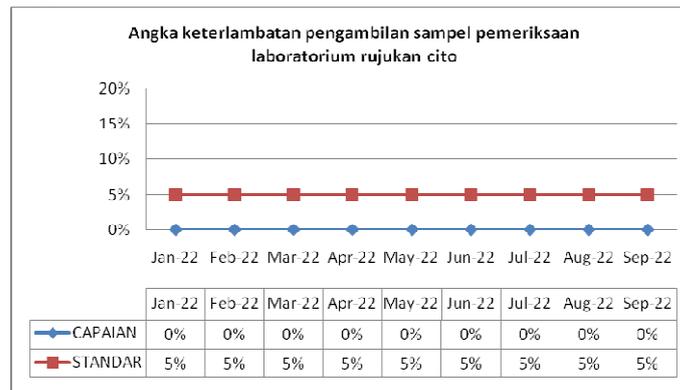
2) Ketepatan waktu maintenance alat hematologi



Analisa :

- Capaian indikator mutu ketepatan waktu maintenance alat hematologi pada triwulan III telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.

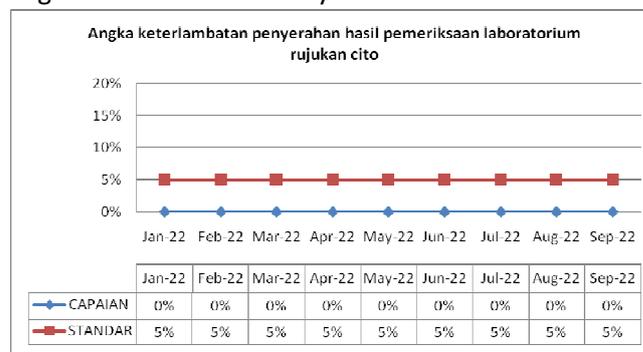
3) Angka Keterlambatan Pengambilan Sampel Pemeriksaan Laboratorium Rujukan Cito



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka keterlambatan pengambilan sampel pemeriksaan laboratorium rujukan cito, pada triwulan III telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.

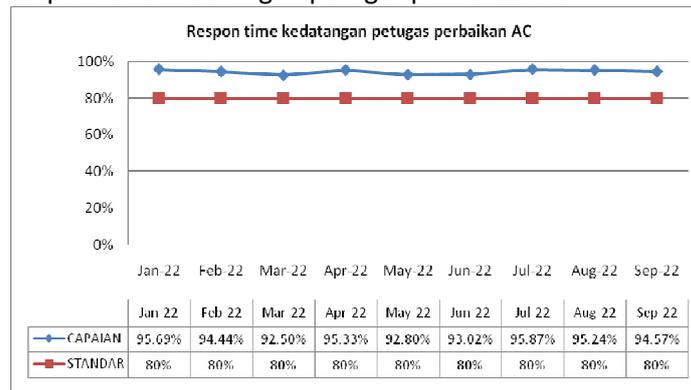
4) Angka Keterlambatan Penyerahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium Rujukan Cito



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka keterlambatan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium rujukan cito, pada triwulan III telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.

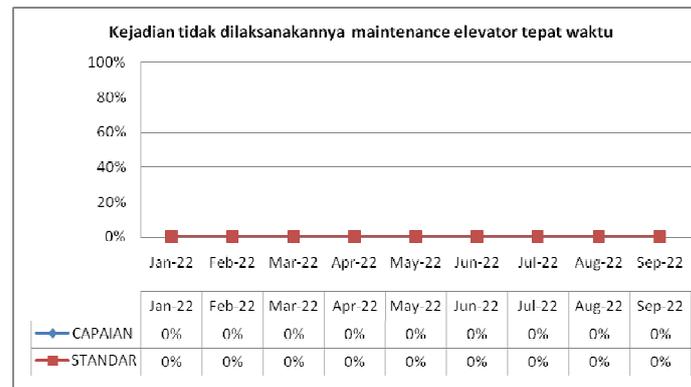
5) Respon time kedatangan petugas perbaikan AC



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu pada triwulan III adalah 95%, telah melebihi standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya lebih baik.

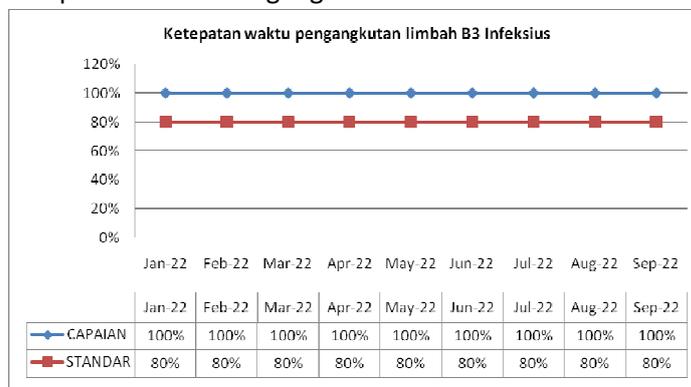
6) Kejadian Tidak Dilaksanakannya Maintenance Elevator Tepat Waktu



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu pada triwulan III adalah 0%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.

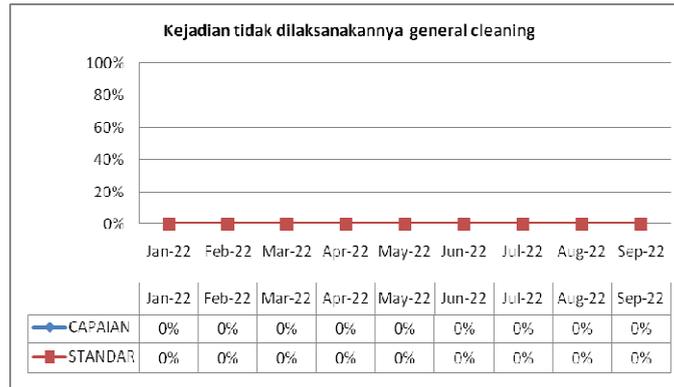
7) Ketepatan Waktu Pengangkutan Limbah B3 Infeksius



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu ketepatan waktu pengangkutan limbah B3 Infeksius pada triwulan III adalah 100%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.

8) Kejadian Tidak Dilaksanakannya General Cleaning

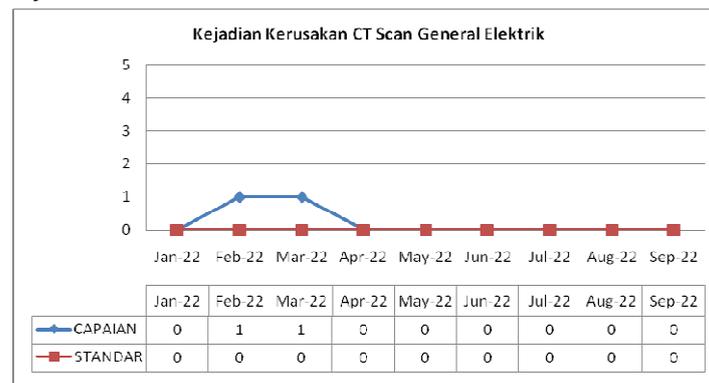


Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu pada triwulan III adalah 0%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.

d. Indikator Mutu Hasil Pengadaan

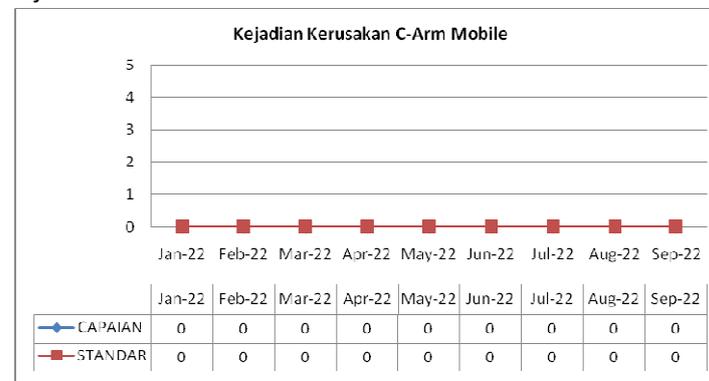
1) Kejadian Kerusakan CT Scan General Elektrik



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu pada triwulan III tidak ada kerusakan, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan capaian triwulan II, hasilnya lebih baik.

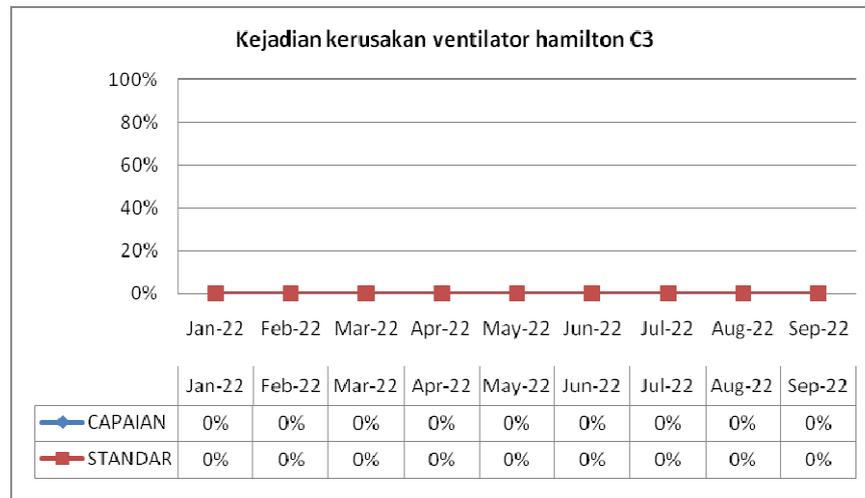
2) Kejadian Kerusakan C-Arm Mobile



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu kejadian kerusakan C-Arm mobile pada triwulan III tidak ada kerusakan, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.

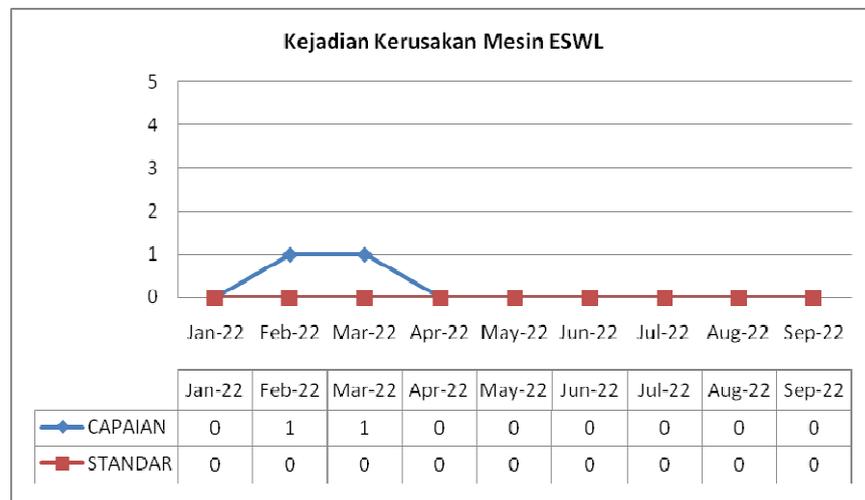
3) Kejadian Kerusakan Ventilator Hamilton C3



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu kejadian kerusakan ventilator hamilton C3 pada triwulan III adalah 0%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.

4) Kejadian Kerusakan Mesin ESWL

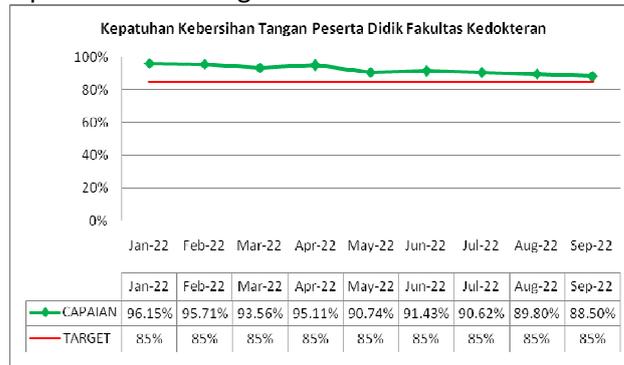


Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu kejadian kerusakan mesin ESWL pada triwulan III adalah 0 kejadian, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan capaian triwulan II, hasilnya lebih baik.



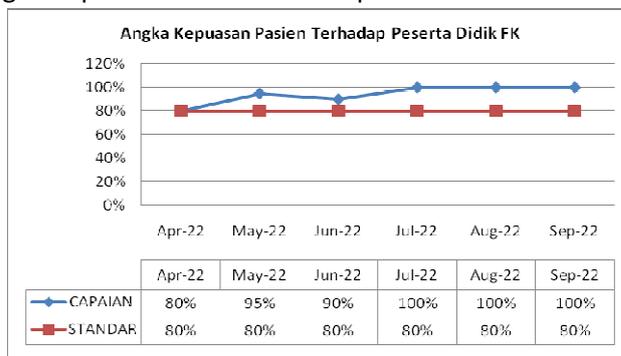
6. Indikator Terkait Program Pendidikan Kedokteran
a. Indikator Mutu Pelaksanaan Pendidikan
1) Kepatuhan Cuci Tangan Peserta Didik Fakultas Kedokteran



Analisa :

- Capaian indikator mutu pada triwulan III adalah 90%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya menurun. Kondisi ini terkait dengan kendala pelaksanaan keterlambatan pelatihan cuci tangan bagi peserta didik pada bulan Mei 2022, namun sudah dilakukan koordinasi dan perbaikan pada bulan berikutnya sehingga capaian kepatuhan cuci tangan pada peserta didik semakin meningkat.
- Selama triwulan III tidak ada laporan insiden terkait kejadian HAIS akibat mahasiswa yang tidak patuh cuci tangan.

b. Angka Kepuasan Pasien Terhadap Peserta Didik FK



Analisa :

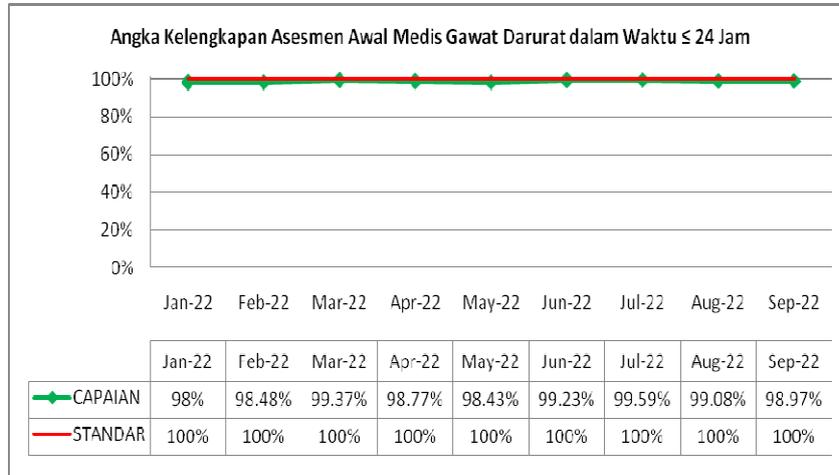
- Capaian indikator mutu pada triwulan III adalah 100%, telah mencapai standar.
- Hasil ini didukung dengan sosialisasi dan monitoring implementasi tata tertib peserta didik pada awal orientasi rumah sakit implementasi. Jika saat orientasi ada pelanggaran tata tertib oleh peserta didik, maka langsung dilakukan upaya perbaikan dengan cara peringatan dan edukasi kepada pihak terlibat sehingga dapat meningkatkan pengetahuan, sikap serta perilaku peserta didik dalam mendukung dan menjaga mutu pelayanan dan keselamatan pasien.
- Analisis capaian indikator mutu rumah sakit secara keseluruhan di atas target yang ditetapkan dalam seluruh periode laporan, data ini menggambarkan bahwa adanya peserta didik yang melaksanakan kegiatan pembelajaran klinis di RSI Sultan Agung tidak menurunkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien. Berbagai upaya yang dilakukan dalam mencapai target tersebut adalah pemberian materi dan pelatihan hands on terkait cuci tangan 6 langkah dan 5 momen, pelatihan implementasi service excellent, dan sosialisasi serta implementasi tata tertib dan kewenangan peserta didik pada saat permulaan stase di setiap bagian/KSM di rumah sakit.



C. Indikator Mutu Prioritas Unit (IMP-Unit)

1. Instalasi Gawat Darurat

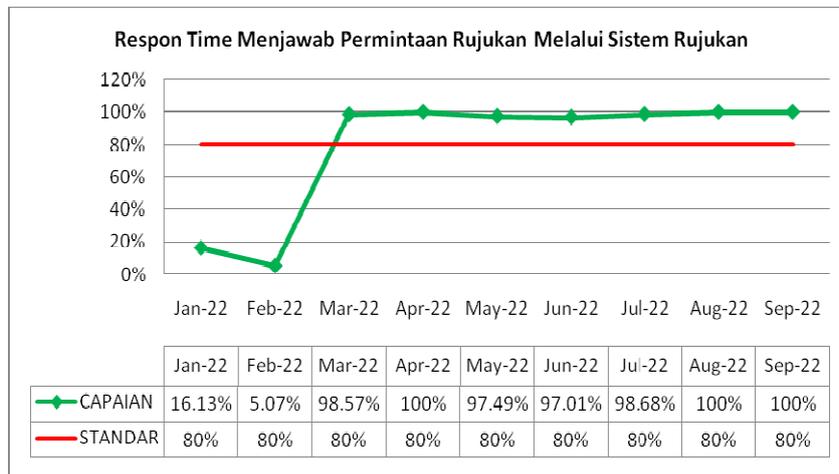
a. Angka Kelengkapan Asesmen Awal Medis Gawat Darurat dalam Waktu ≤ 24 Jam



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka kelengkapan asesmen awal medis gawat darurat dalam waktu ≤ 24 jam, pada triwulan III belum mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.
- Upaya perbaikan : pengarahan terkait kelengkapan asesmen awal medis gawat darurat.

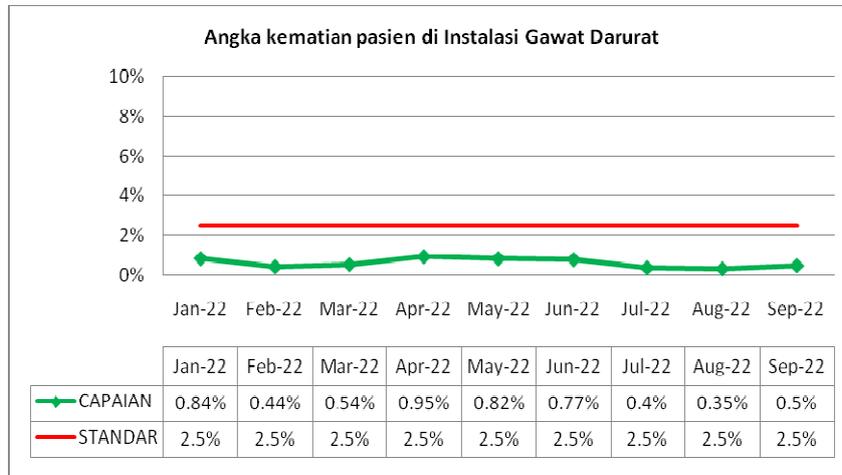
b. Respon Time Menjawab Permintaan Rujukan Melalui Sistem Rujukan



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu respon time menjawab permintaan rujukan melalui sistem rujukan, pada triwulan III telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.

c. Angka Kematian Pasien di Instalasi Gawat Darurat

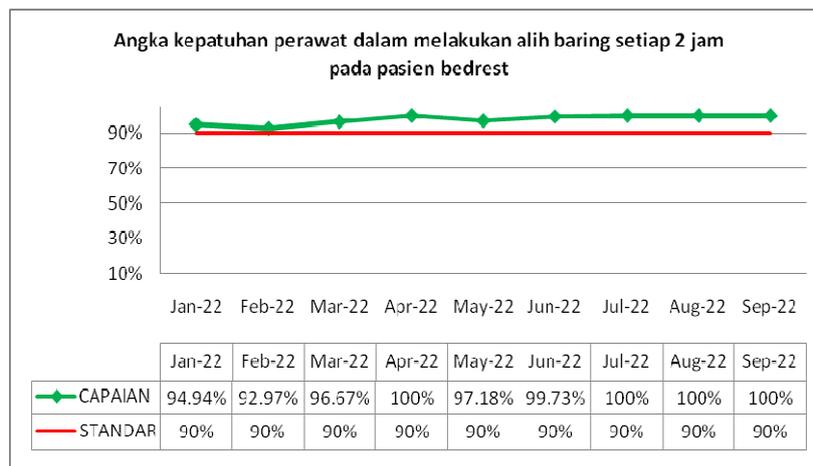


Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka kematian pasien di IGD pada triwulan III telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.

2. Instalasi Intensive Care Unit (ICU)

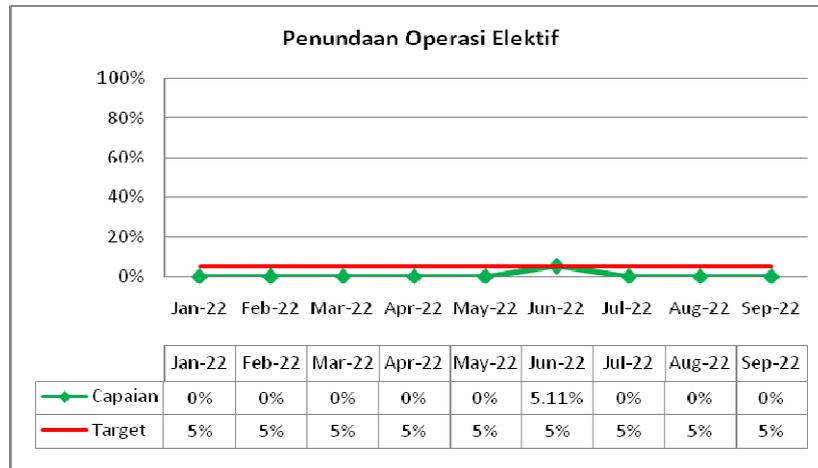
a. Kepatuhan Perawat dalam Melakukan Alih Baring Setiap 2 Jam pada Pasien Bedrest



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu kepatuhan perawat dalam melakukan alih baring setiap 2 jam pada pasien bedrest, pada triwulan III telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.

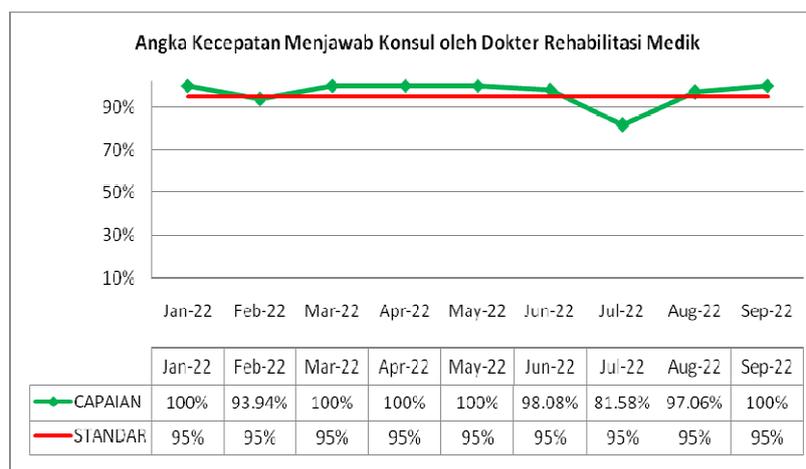
3. Instalasi Bedah Sentral
 a. Penundaan Operasi Elektif



Analisa :

- Capaian indikator mutu penundaan operasi elektif, pada triwulan III mencapai target pencapaian < 5%.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya lebih baik.

4. Instalasi Rehabilitasi Medik
 a. Angka Kecepatan Menjawab Konsul oleh Dokter Rehabilitasi Medik

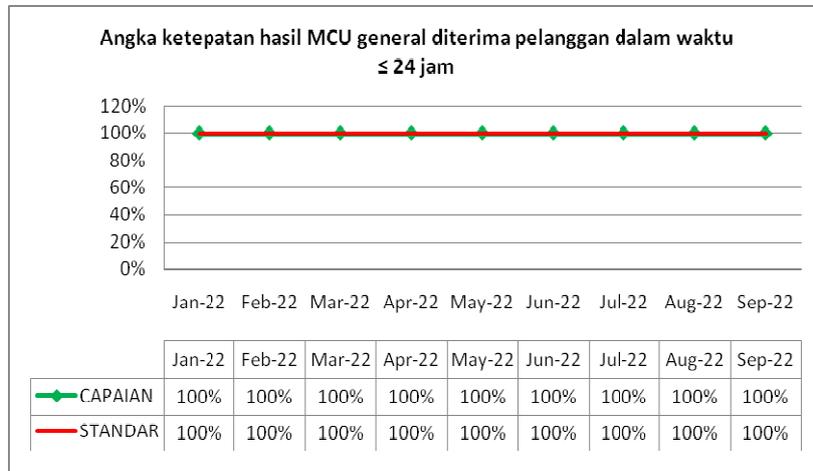


Analisa :

- Capaian indikator mutu angka kecepatan menjawab konsul oleh dokter rehabilitasi medik, pada triwulan III telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya menurun.

5. Instalasi Medical Check Up

a. Angka ketepatan hasil MCU general diterima pelanggan dalam waktu ≤ 24 jam

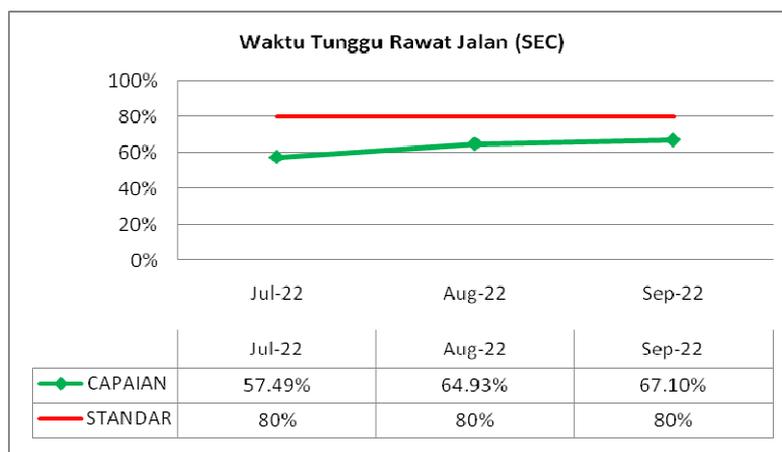


Analisa :

- Capaian indikator mutu angka ketepatan hasil MCU general diterima pelanggan dalam waktu ≤ 24 jam, pada triwulan III telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.

6. Instalasi Sultan Agung Eye Center (SEC)

a. Waktu Tunggu Rawat Jalan

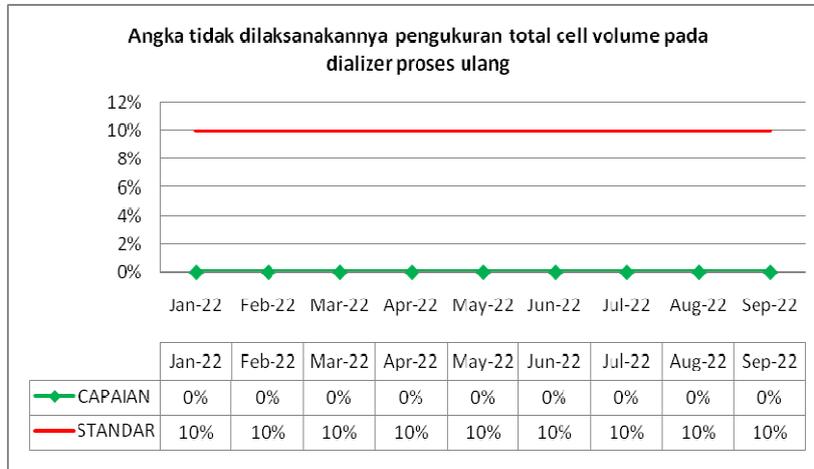


Analisa :

- Capaian indikator mutu waktu tunggu rawat jalan di SEC, pada triwulan III adalah 63%, belum mencapai standar 80%.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya lebih baik.
- Tindak lanjut : koordinasi rawat jalan dengan bagian pelayanan medis rawat jalan.

7. Instalasi Hemodialisa

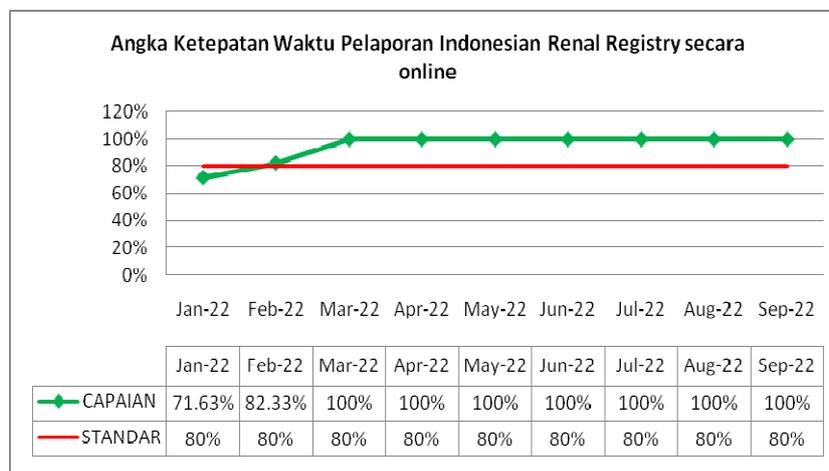
a. Angka Tidak Dilaksanakannya Pengukuran Total Cell Volume Pada Dializer Proses Ulang



Analisa :

- Capaian indikator mutu angka tidak dilaksanakannya pengukuran total cell volume pada dializer proses ulang, pada triwulan III telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.

b. Angka Ketepatan Waktu Pelaporan *Indonesian Renal Registry* secara online



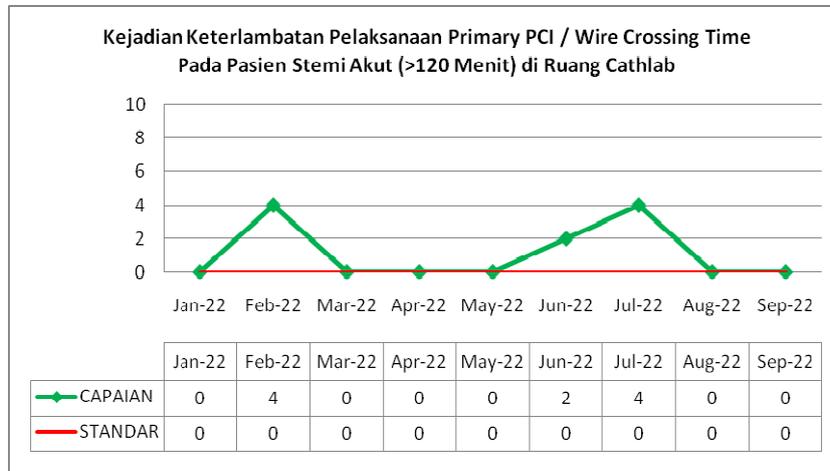
Analisa :

- Capaian indikator mutu angka ketepatan waktu pelaporan *indonesian renal registry* secara online, pada triwulan III telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.



8. Instalasi Cardiovaskuler Center

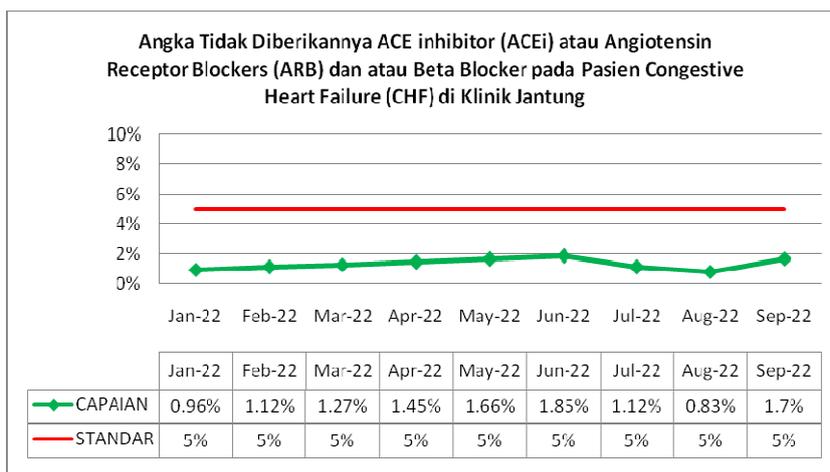
- a. Kejadian Keterlambatan Pelaksanaan Primary PCI / Wire Crossing Time Pada Pasien Stemi Akut (>120 Menit) di Ruang Cathlab



Analisa :

- Capaian indikator mutu kejadian keterlambatan pelaksanaan primary PCI/ wire crossing time pada pasien stemi akut (>120 menit) di ruang cathlab, pada triwulan III belum mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama.

- b. Angka Tidak Diberikannya ACE inhibitor (ACEi) atau Angiotensin Receptor Blockers (ARB) dan atau Beta Blocker pada Pasien Congestive Heart Failure (CHF) di Klinik Jantung



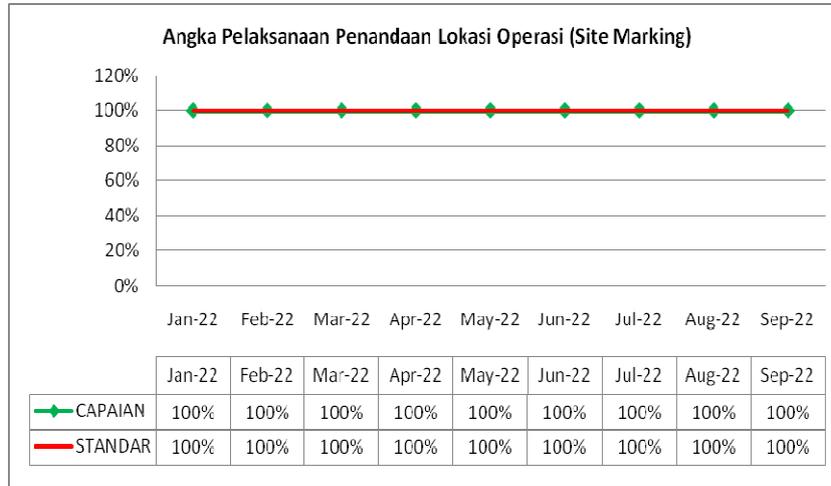
Analisa :

- Capaian indikator mutu pada triwulan III telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.



9. Instalasi Pain Center

a. Angka Pelaksanaan Penandaan Lokasi Operasi (Site Marking)

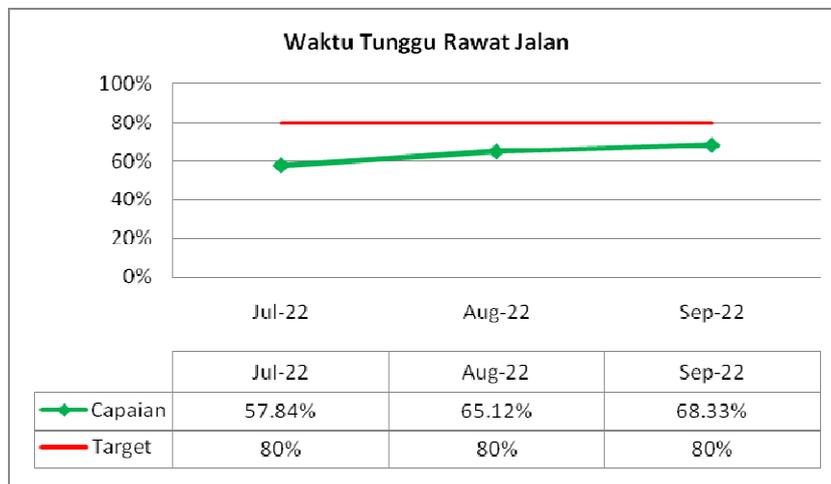


Analisa :

- Capaian indikator mutu angka pelaksanaan penandaan lokasi operasi (site marking) pada triwulan III telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama.

10. Rawat Jalan

a. Waktu Tunggu Rawat Jalan

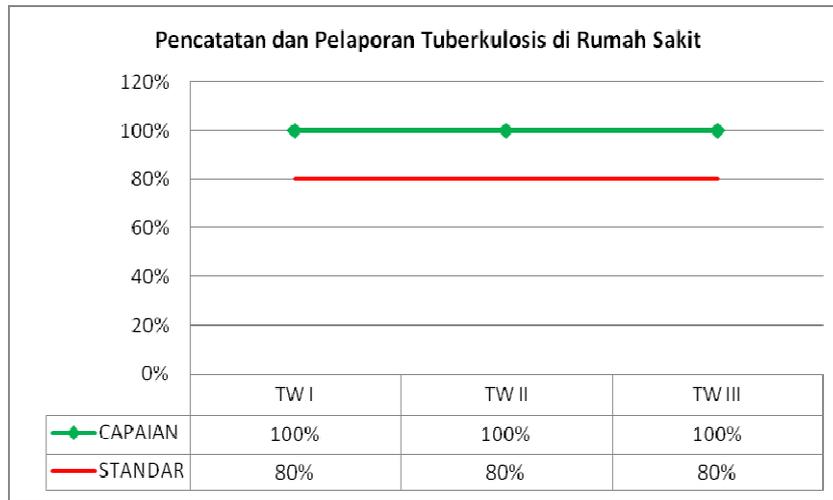


Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu waktu tunggu rawat jalan, pada triwulan III adalah 64%, belum mencapai target pencapaian. Nilai persentase yang paling rendah yaitu waktu tunggu rawat jalan di klinik bedah.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama.
- Upaya Perbaikan : Pada bulan Agustus upaya perbaikan dengan reminding kedatangan dokter dan pada bulan September redesain penjadwalan dokter.



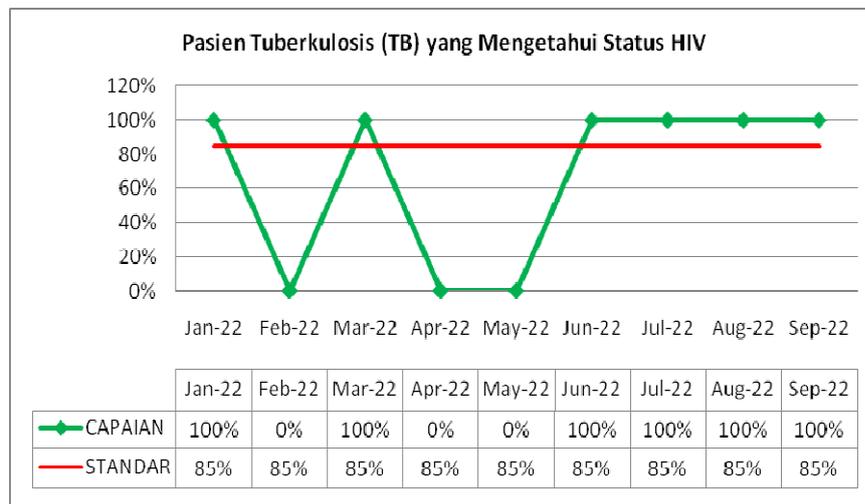
b. Pencatatan dan Pelaporan Kasus Tuberculosis



Analisa :

- Capaian indikator mutu pencatatan dan pelaporan kasus tuberculosis, pada triwulan III telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama.

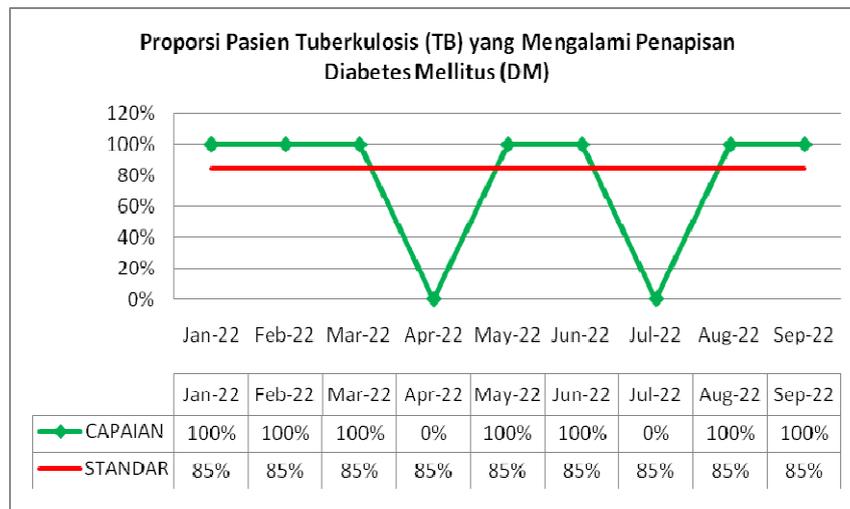
c. Pasien Tuberculosis yang Mengetahui Status HIV



Analisa :

- Capaian indikator mutu pasien tuberculosis yang mengetahui status HIV, pada triwulan III telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama.

d. Proporsi Pasien Tuberkulosis yang Mengalami Penapisan Diabetes Melitus



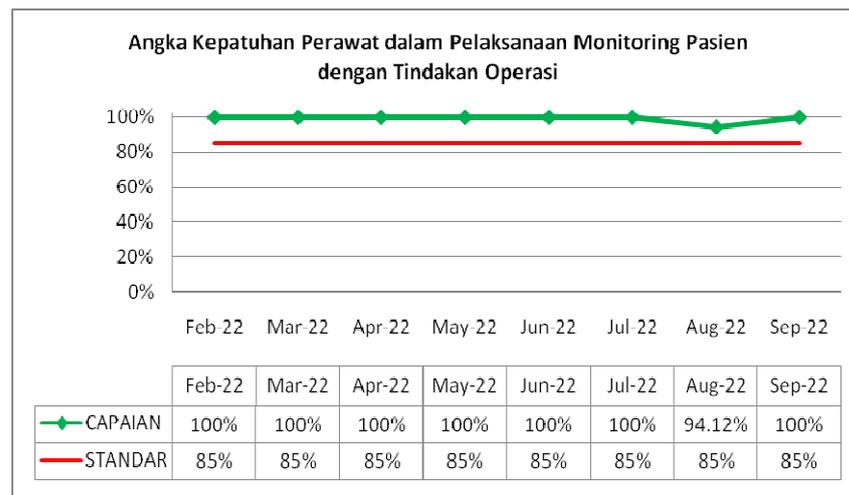
Analisa :

- Capaian indikator mutu pasien tuberkulosis yang mengalami penapisan diabetes melitus, pada triwulan III telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama. pada bulan Juli tidak dapat dilakukan pengukuran, karena tidak ada pasien.

11. Rawat Inap

a. Adn

- 1) Angka Kepatuhan Perawat dalam Pelaksanaan Monitoring Pasien dengan Tindakan Operasi

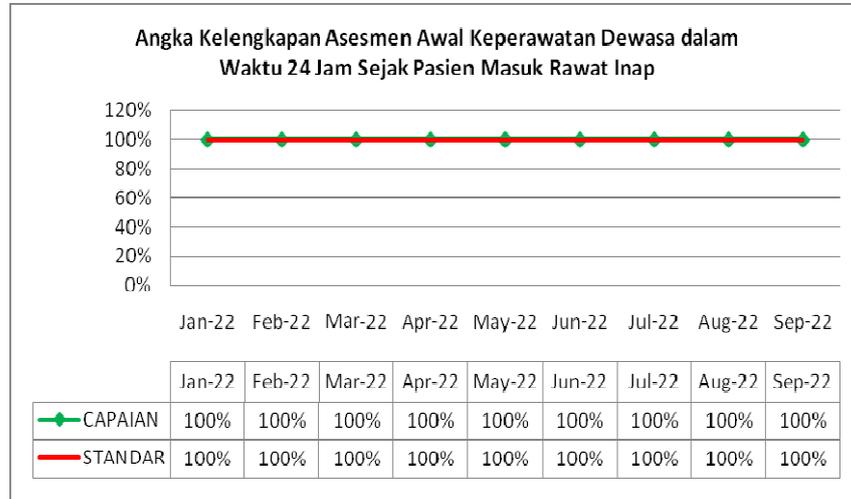


Analisa :

- Capaian indikator mutu angka kepatuhan perawat dalam pelaksanaan monitoring pasien dengan tindakan operasi, pada triwulan III telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.

b. Na'im

1) Angka Kelengkapan Asesmen Awal Keperawatan Dewasa dalam Waktu 24 Jam Sejak Pasien Masuk Rawat Inap

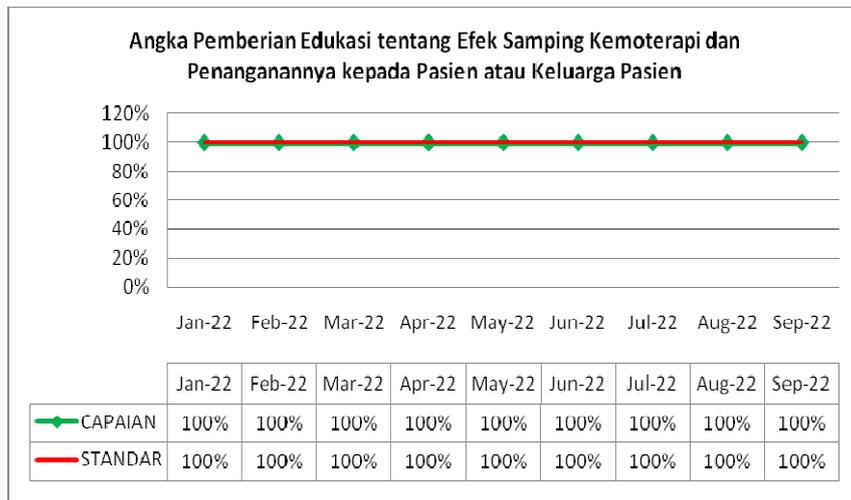


Analisa :

- Capaian indikator mutu angka kelengkapan asesmen awal keperawatan dewasa dalam waktu 24 jam sejak pasien masuk rawat inap, pada triwulan III telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.

c. Ma'wa

1) Angka Pemberian Edukasi tentang Efek Samping Kemoterapi dan Penanganannya kepada Pasien atau Keluarga Pasien



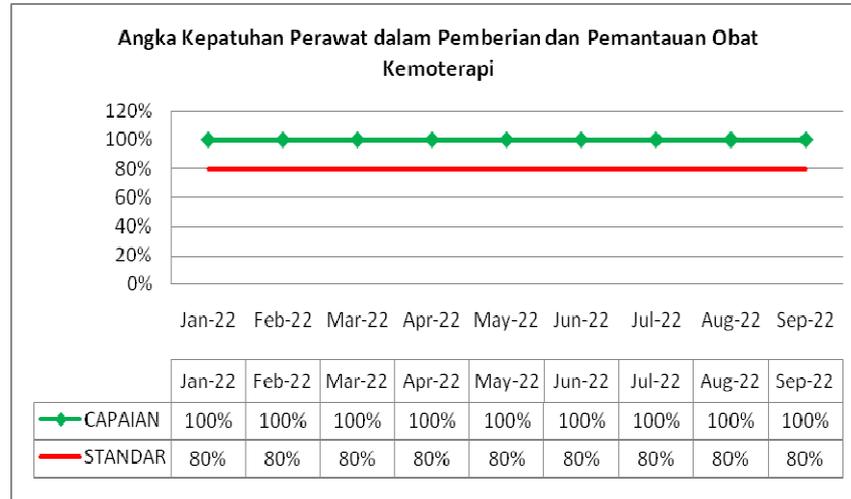
Analisa :

- Capaian indikator mutu angka pemberian edukasi tentang efek samping kemoterapi dan penanganannya kepada pasien atau keluarga pasien, pada triwulan III telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.



d. Darussalam

1) Angka Kepatuhan Perawat dalam Pemberian dan Pemantauan Obat Kemoterapi

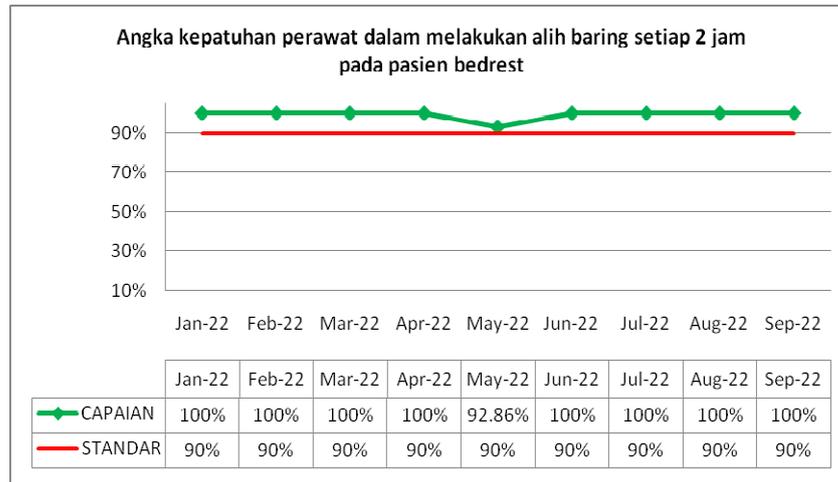


Analisa :

- Capaian indikator mutu angka kepatuhan perawat dalam pemberian dan pemantauan obat kemoterapi, pada triwulan III telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.

e. Darul Muqomah

1) Angka Kepatuhan Perawat dalam Melakukan Alih Baring Setiap 2 jam Pada Pasien Bedrest



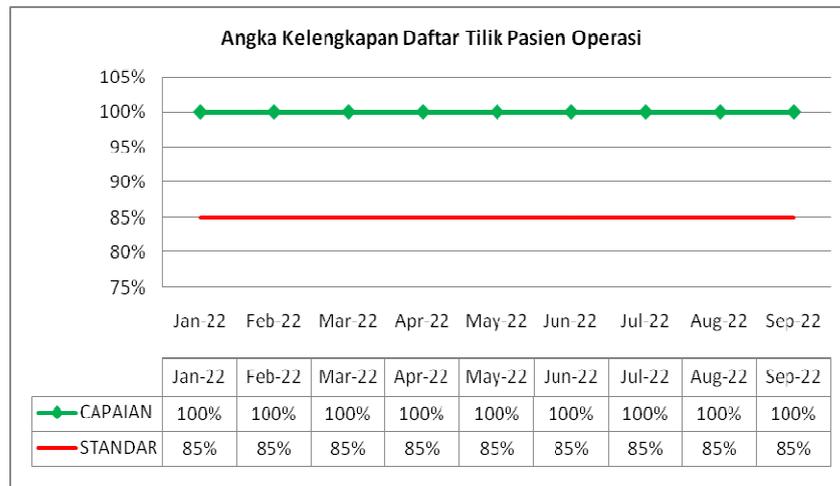
Analisa :

- Capaian indikator mutu angka kepatuhan perawat dalam melakukan alih baring setiap 2 jam pada pasien bedrest, pada triwulan II telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.



f. Baitus Salam 1

1) Angka Kelengkapan Daftar Tilik Pasien Operasi

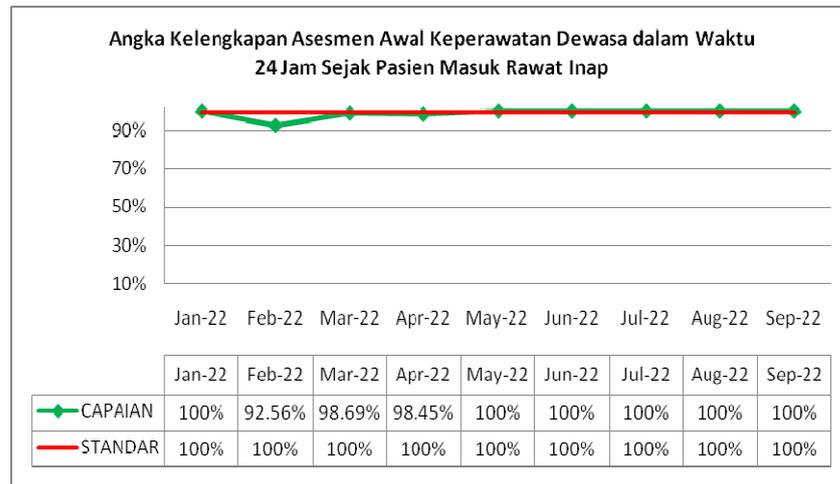


Analisa :

- Capaian indikator mutu angka kelengkapan daftar tilik pasien operasi, pada triwulan III telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.

g. Baitus Salam 2

1) Angka Kelengkapan Asesmen Awal Keperawatan Dewasa dalam Waktu 24 Jam Sejak Pasien Masuk Rawat Inap



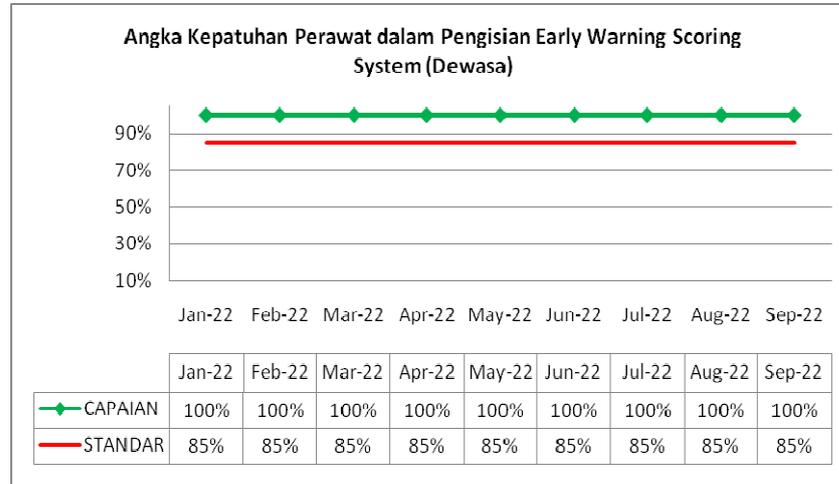
Analisa :

- Capaian indikator mutu angka kelengkapan asesmen awal keperawatan dewasa dalam waktu 24 jam sejak pasien masuk rawat inap, pada triwulan III telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya lebih baik.



h. Baitul Ma'ruf

1) Angka Kepatuhan Perawat dalam Pengisian Early Warning Scoring System (Dewasa)



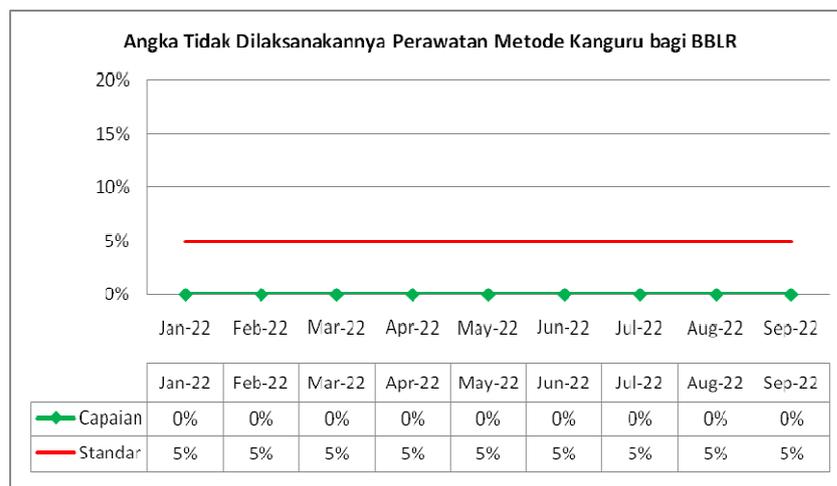
Analisa :

- Capaian indikator mutu angka kepatuhan perawat dalam pengisian *early warning scoring system* (dewasa), pada triwulan III telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.

12. Instalasi Peristi

a. Kamar Bayi

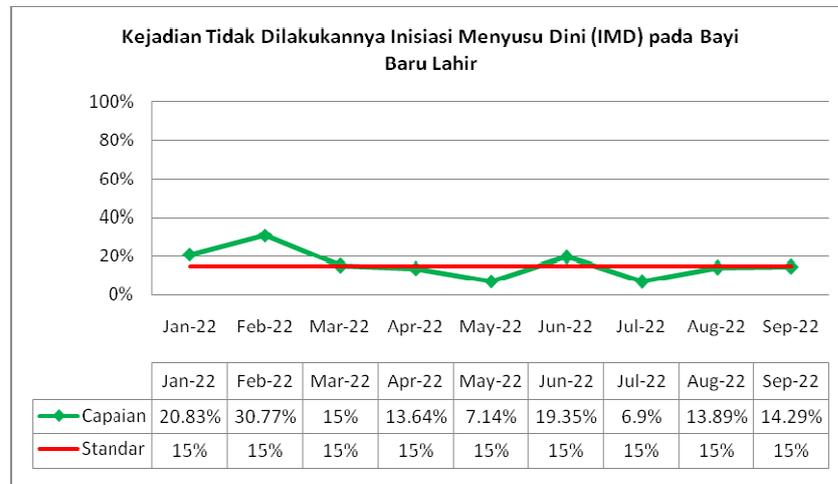
1) Angka Tidak Dilaksanakannya Perawatan Metode Kanguru bagi BBLR



Analisa :

- Capaian indikator mutu angka tidak dilaksanakannya perawatan metode kanguru bagi BBLR, pada triwulan III telah mencapai standar <5%.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.

b. Ruang Kamar Bersalin
 1) Kejadian Tidak Dilakukannya Inisiasi Menyusu Dini (IMD) pada Bayi Baru Lahir

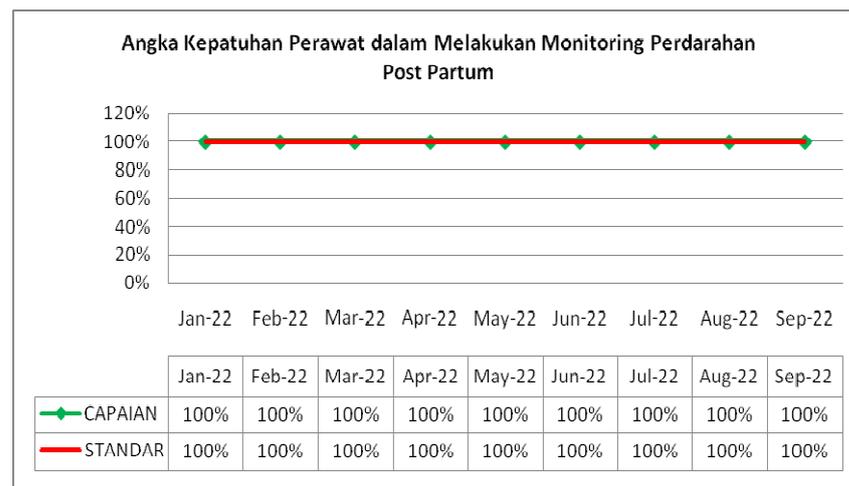


Analisa :

- Capaian indikator mutu kejadian tidak dilakukannya inisiasi menyusu dini (IMD) pada bayi baru lahir adalah 12%, pada triwulan III telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya lebih baik.
- Upaya perbaikan : evaluasi profil indikator mutu dan optimalisasi pelaksanaan standar prosedur operasional inisiasi menyusu dini.

c. Ruang Rawat Gabung

1) Angka Kepatuhan Perawat dalam Melakukan Monitoring Perdarahan Post Partum

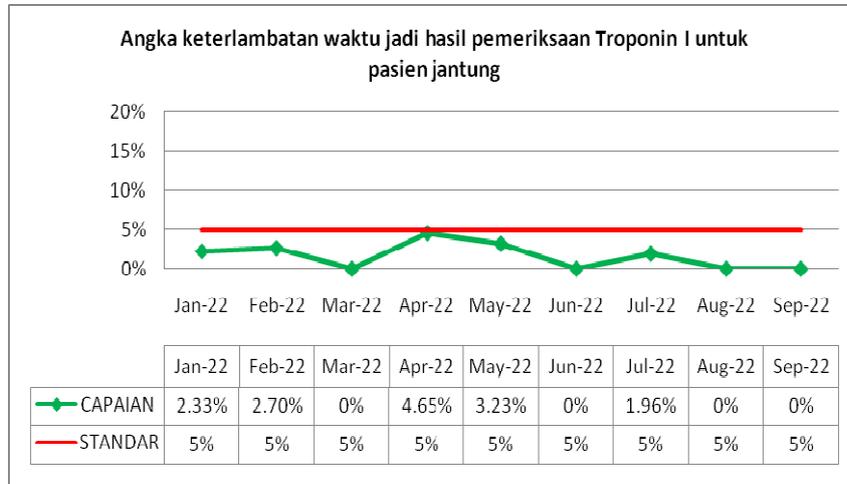


Analisa :

- Capaian indikator mutu angka kepatuhan perawat dalam melakukan monitoring perdarahan post partum, pada triwulan III telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.

13. Instalasi Laboratorium

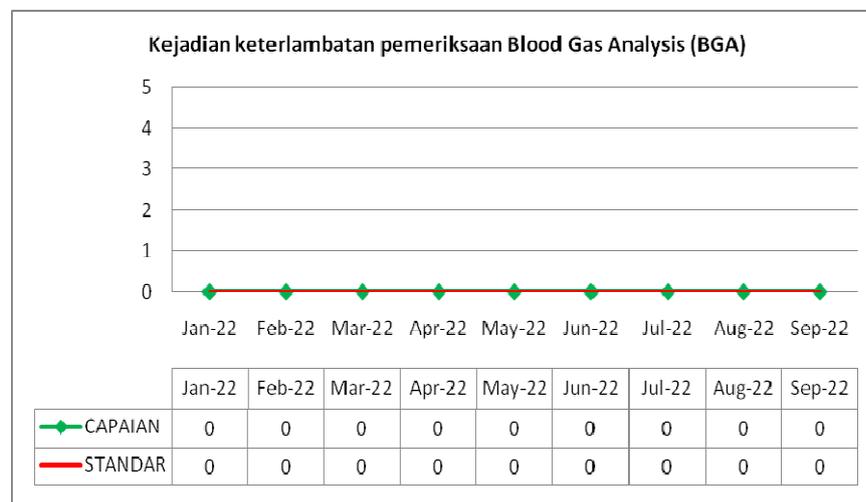
a. Angka keterlambatan waktu jadi hasil pemeriksaan troponin I untuk pasien jantung



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka keterlambatan waktu jadi hasil pemeriksaan troponin I untuk pasien jantung, pada triwulan III adalah 0.65%, telah mencapai standar <5%.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya lebih baik.

b. Kejadian keterlambatan pemeriksaan Blood Gas Analysis (BGA)

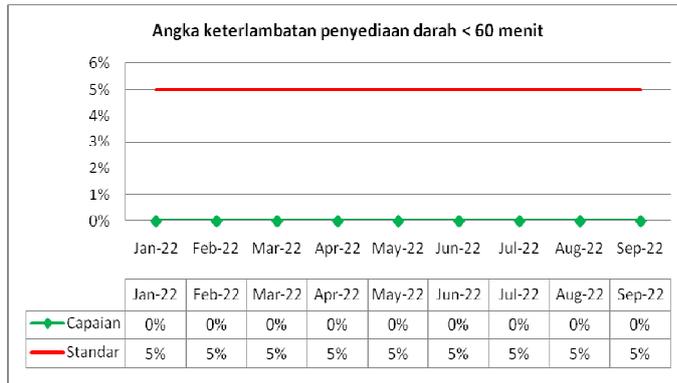


Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu kejadian keterlambatan pemeriksaan Blood Gas Analysis (BGA), pada triwulan III telah mencapai standar 0 kejadian.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya lebih baik.



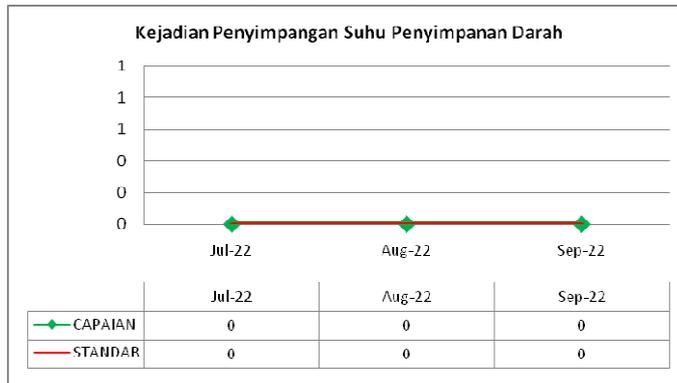
c. Angka keterlambatan penyediaan darah < 60 menit



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka keterlambatan penyediaan darah < 60 menit, pada triwulan II adalah 0%, telah mencapai standar < 5%.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya lebih baik.

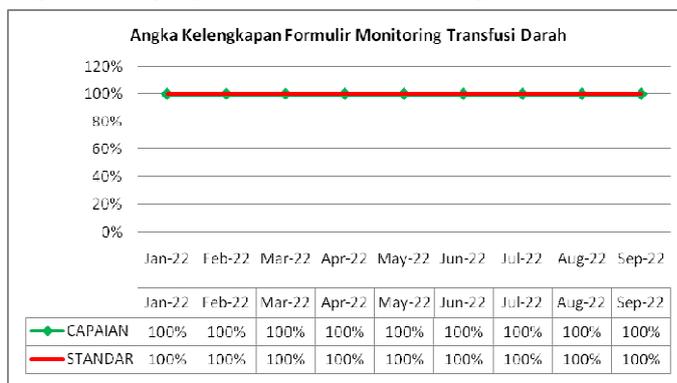
d. Kejadian Penyimpangan Suhu Penyimpanan Darah



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu kejadian penyimpangan suhu penyimpanan darah, pada triwulan III adalah 0 kejadian, telah mencapai standar.

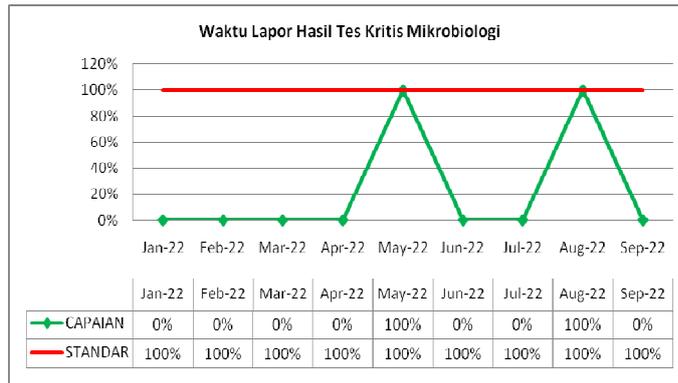
e. Angka Kelengkapan Formulir Monitoring Transfusi Darah



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu pada triwulan III adalah 100%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.

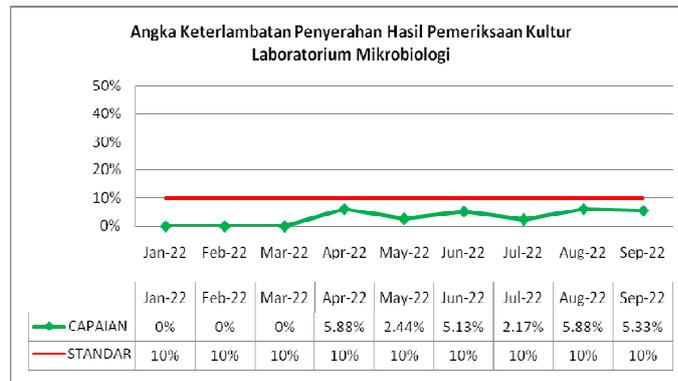
f. Waktu Laporan Hasil Tes Kritis Mikrobiologi



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu waktu laporan hasil tes kritis mikrobiologi, pada triwulan III, telah mencapai standar.
- Tidak ada pengukuran pada bulan Juli dan September, karena tidak ada data/kasus.

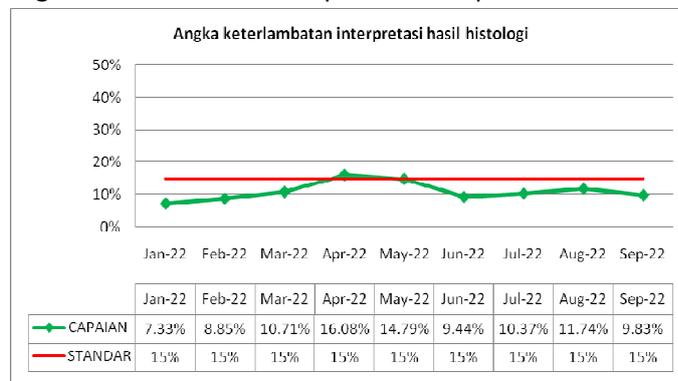
g. Angka keterlambatan penyerahan hasil pemeriksaan kultur mikrobiologi



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka keterlambatan penyerahan hasil pemeriksaan kultur mikrobiologi, pada triwulan III telah mencapai standar <20%.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama.

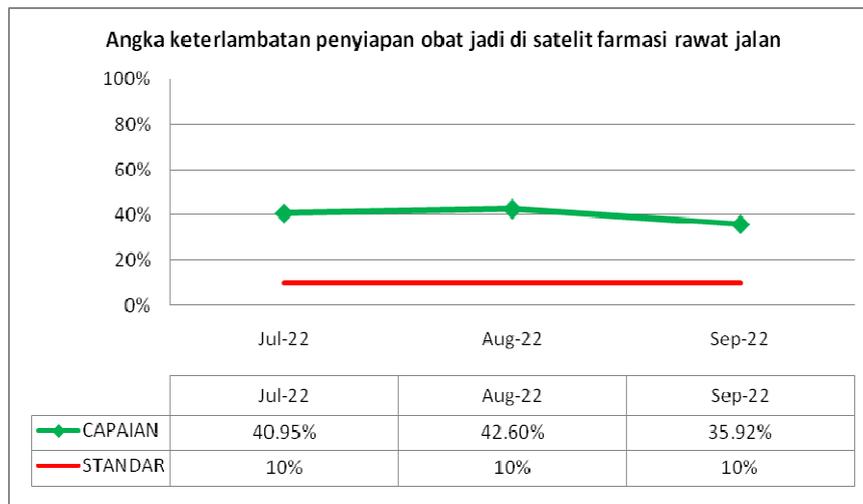
h. Angka keterlambatan interpretasi hasil pemeriksaan histologi



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka keterlambatan interpretasi hasil pemeriksaan histologi, pada triwulan III, telah mencapai standar <20%.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama.

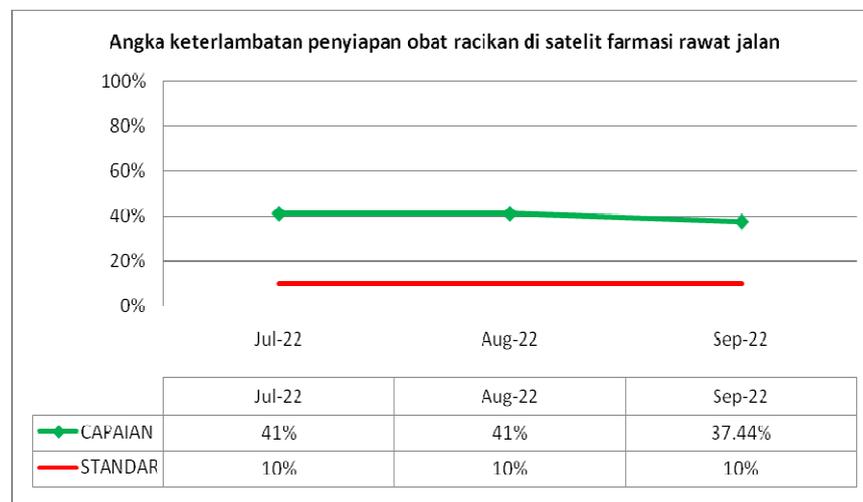
14. Instalasi Farmasi
 a. Angka keterlambatan penyiapan obat jadi di satelit farmasi rawat jalan



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka keterlambatan penyiapan obat jadi di satelit farmasi rawat jalan, pada triwulan III adalah 40%, belum mencapai standar <10%.
- Penyiapan resep obat jadi mulai dari selesainya proses pengkajian resep sampai dengan proses penyiapan obat selesai, waktunya masih lebih dari 20 menit.

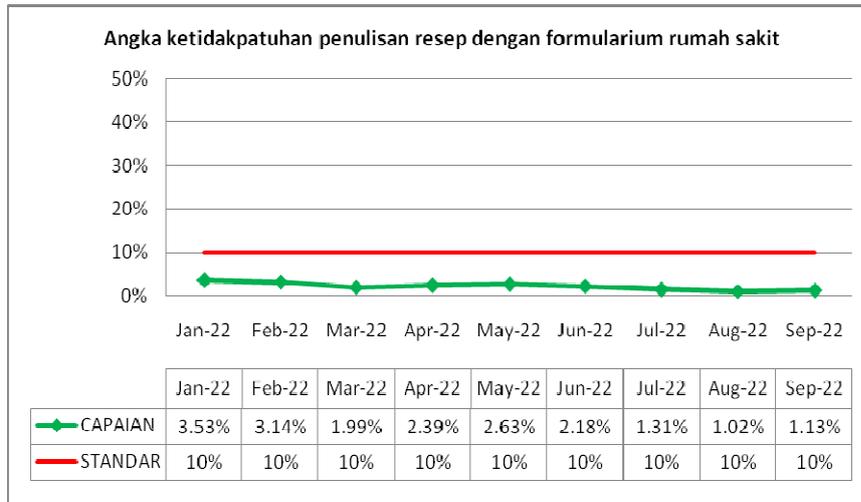
b. Angka keterlambatan penyiapan obat racikan di satelit farmasi rawat jalan



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka keterlambatan penyiapan obat racikan di satelit farmasi rawat jalan, pada triwulan III adalah 40%, belum mencapai standar <10%.
- Penyiapan resep obat racikan mulai dari selesainya proses pengkajian resep sampai dengan obat racikan siap diserahkan kepada pasien, waktunya masih yang lebih dari 45 menit.

c. Angka ketidakpatuhan penulisan resep dengan formularium rumah sakit

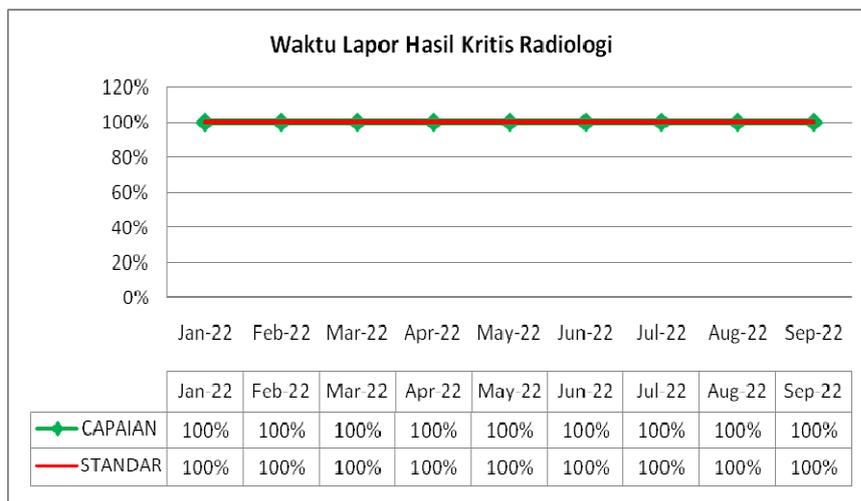


Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka ketidakpatuhan penulisan resep dengan formularium rumah sakit, pada triwulan III adalah 1.15%, telah mencapai standar <10%.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya lebih baik.

15. Instalasi Radiologi

a. Waktu Lapor Hasil tes Kritis Radiologi

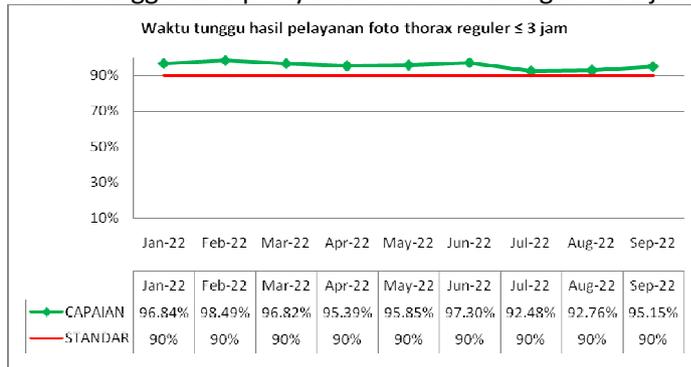


Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu waktu lapor hasil tes kritis radiologi, pada triwulan III adalah 100%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.



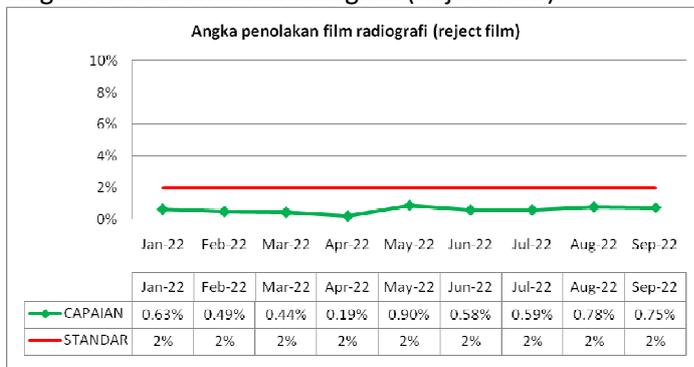
b. Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax reguler ≤ 3 jam



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax reguler ≤ 3 jam, pada triwulan III adalah 93.46%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya menurun.

c. Angka Penolakan Film Radiografi (Reject Film)

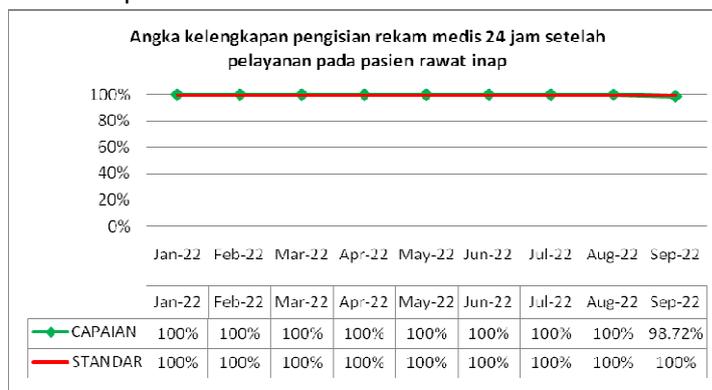


Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka penolakan film radiografi (reject film), pada triwulan III adalah 0.71%, telah mencapai standar <2%.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.

16. Instalasi Rekam Medis

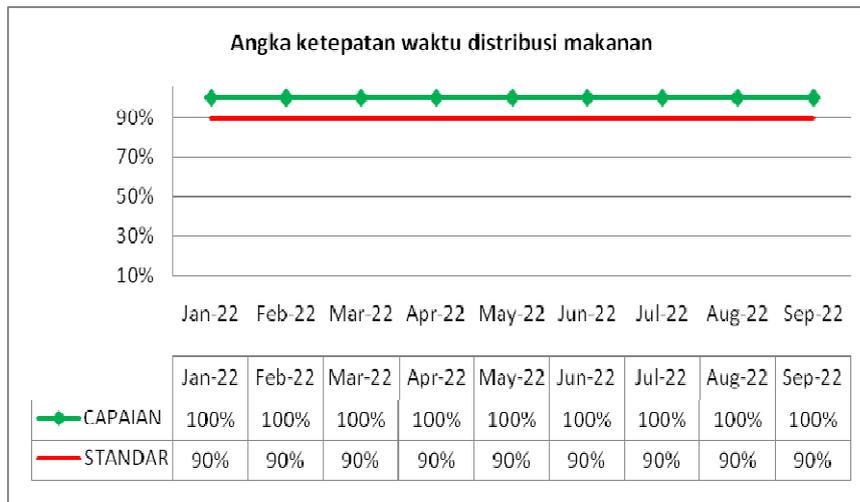
a. Angka Kelengkapan Pengisian Rekam Medis 24 jam Setelah Pelayanan pada Pasien Rawat Inap



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu pada triwulan III adalah 99.6%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya menurun.

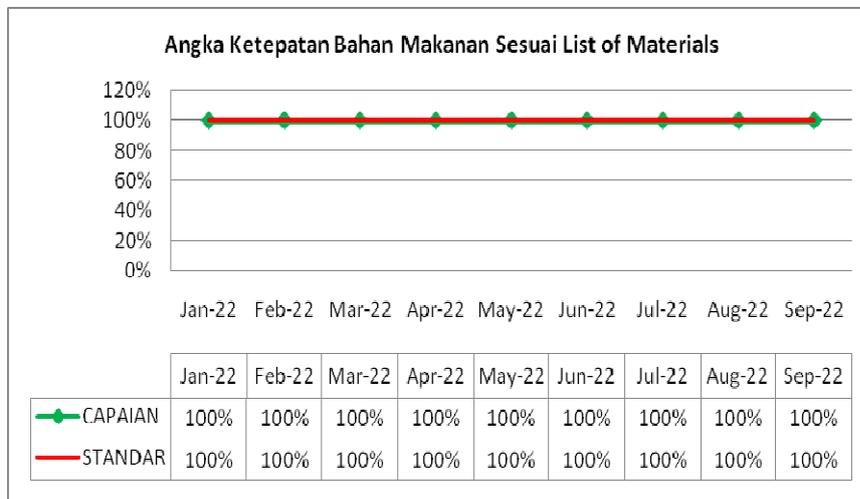
17. Instalasi Gizi
 a. Ketepatan waktu distribusi makanan



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka ketepatan waktu distribusi makanan, pada triwulan III adalah 100%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.

b. Angka Ketepatan Bahan Makanan Sesuai List of Materials

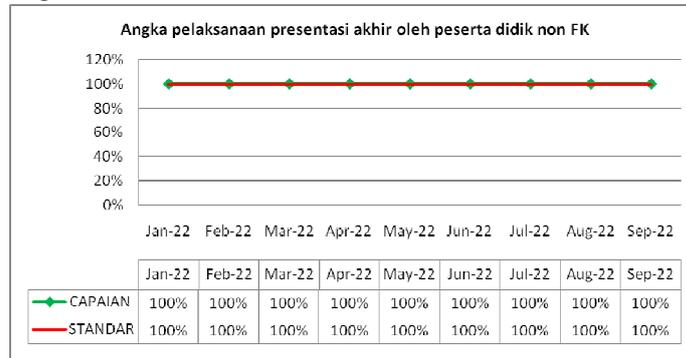


Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka ketepatan bahan makanan sesuai List of Materials, pada triwulan III adalah 100%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.

18. Bagian Pendidikan
 a. Pendidikan Non Profesi Dokter

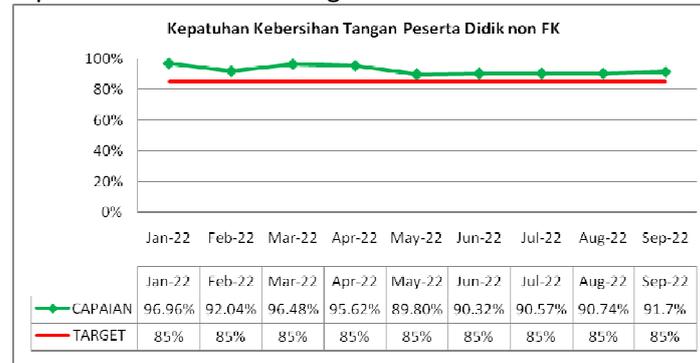
1) Angka Pelaksanaan Presentasi Akhir oleh Peserta Didik Non FK



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka pelaksanaan presentasi akhir oleh peserta didik non FK, pada triwulan III adalah 100%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.

2) Kepatuhan Kebersihan Tangan Peserta Didik Non Fakultas Kedokteran

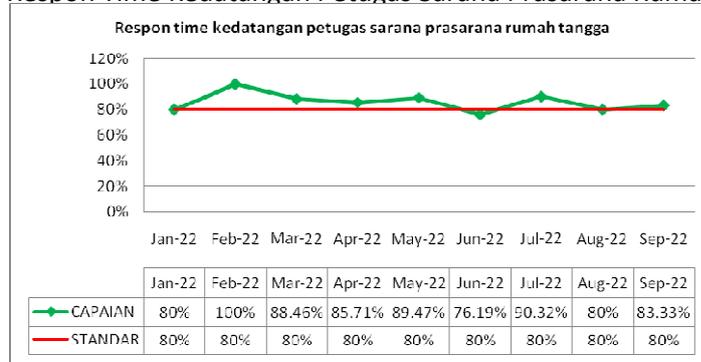


Analisa :

- Capaian indikator mutu pada triwulan III adalah 91%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.
- Selama triwulan III tidak ada laporan insiden terkait kejadian HAIS akibat mahasiswa yang tidak patuh cuci tangan.

19. Instalasi Pemeliharaan Sarana dan Pra Sarana Rumah Sakit (IPSR)

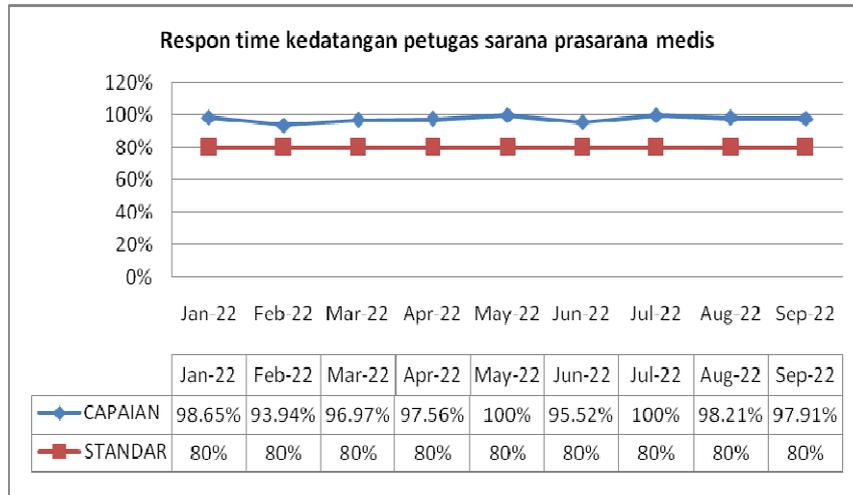
a. Respon Time Kedatangan Petugas Sarana Prasarana Rumah Tangga



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu waktu tanggap kerusakan sarana rumah tangga, pada triwulan III adalah 85%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya lebih baik.

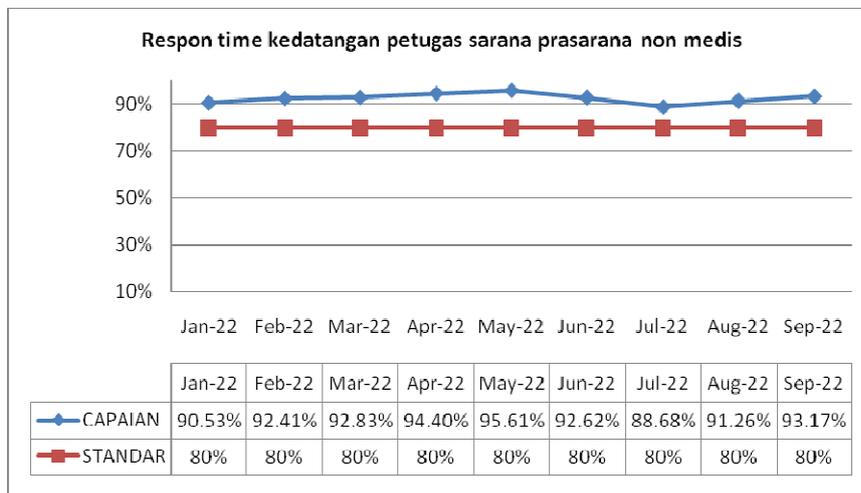
b. Respon Time Kedatangan Petugas Sarana Prasarana Medis



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu respon time kedatangan petugas sarana prasarana medis, pada triwulan III adalah 99%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya lebih baik.

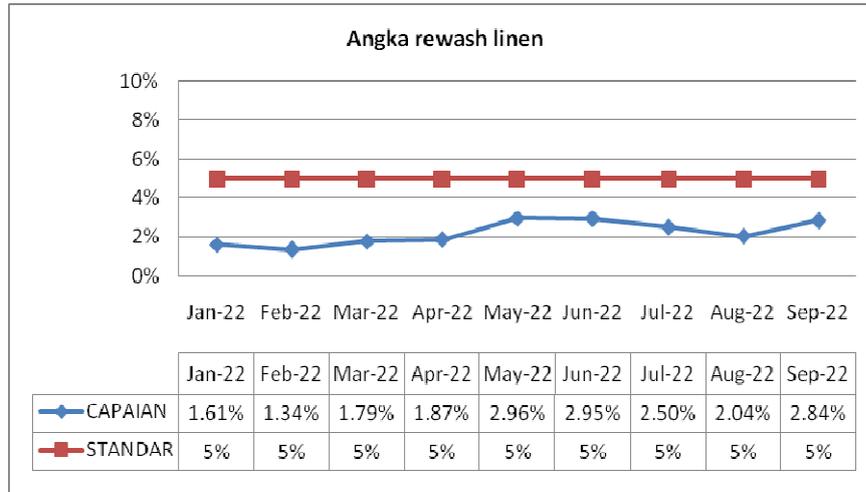
c. Respon Time Kedatangan Petugas Sarana Prasarana Non Medis



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu respon time kedatangan petugas sarana prasarana non medis, pada triwulan III adalah 91%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sedikit menurun.

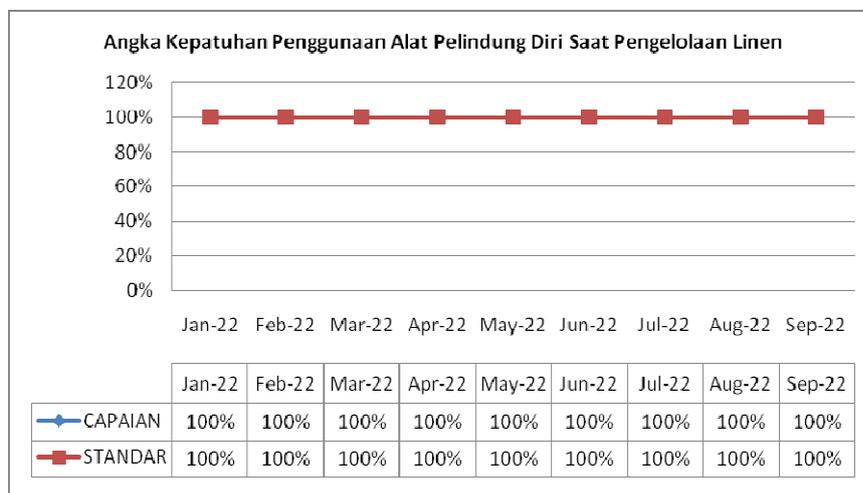
20. Bagian Umum
 a. Angka Rewash Linen



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka rewash linen, pada triwulan III adalah 2.5%, telah mencapai standar <5%.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama.

b. Angka Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Pengelolaan Linen

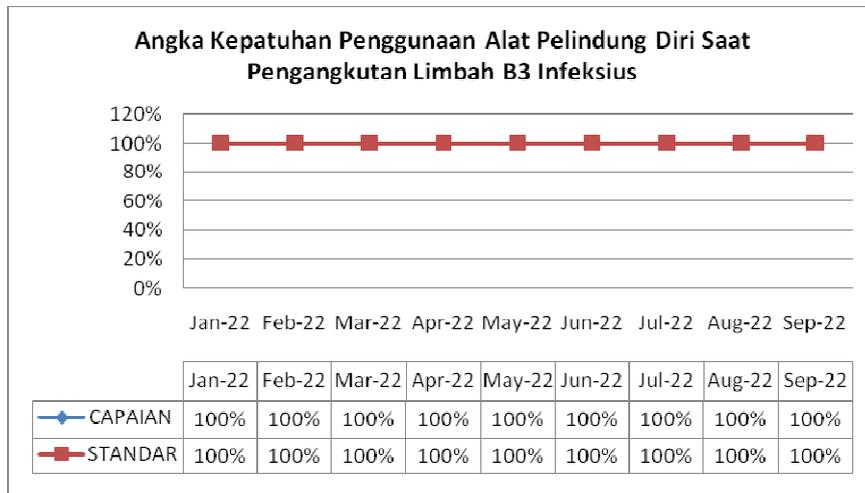


Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu kepatuhan penggunaan alat pelindung diri saat pengelolaan linen, pada triwulan III adalah 100%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama.



c. Angka Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Pengangkutan Limbah B3 Infeksius

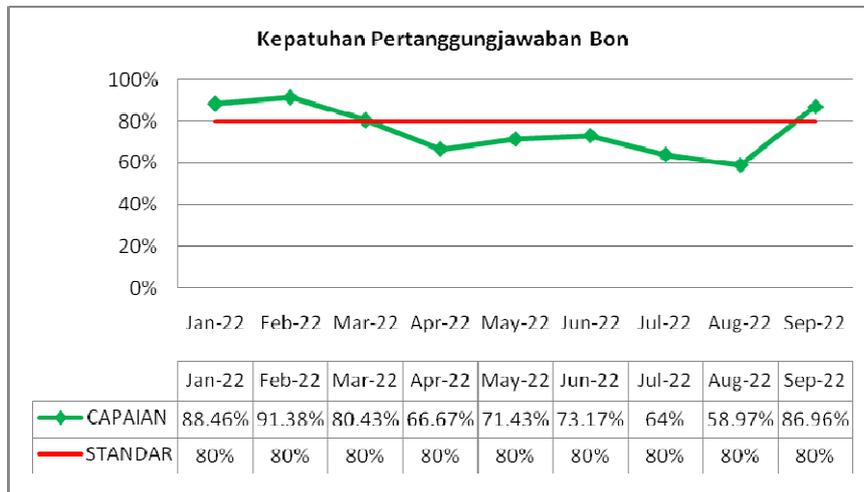


Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu kepatuhan penggunaan alat pelindung diri saat pengangkutan limbah B3 infeksius, pada triwulan III adalah 100%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama.

21. Bagian Keuangan dan Akuntansi

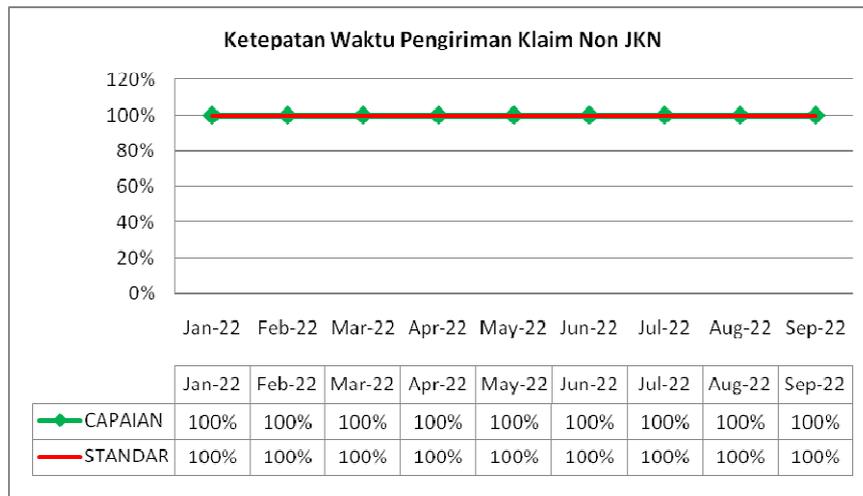
a. Kepatuhan Pertanggungjawaban Bon



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu kepatuhan pertanggungjawaban bon, pada triwulan III belum mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama.

b. Ketepatan Waktu Pengiriman Klaim Non JKN

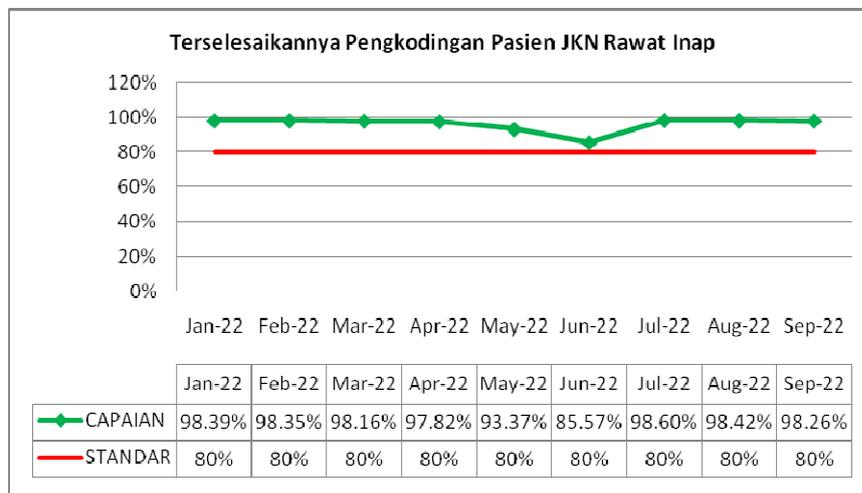


Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu ketepatan waktu pengiriman klaim non JKN, pada triwulan III adalah 100%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama.

22. Bagian Casemix

a. Terelesaikannya Pengkodingan Pasien JKN Rawat Inap

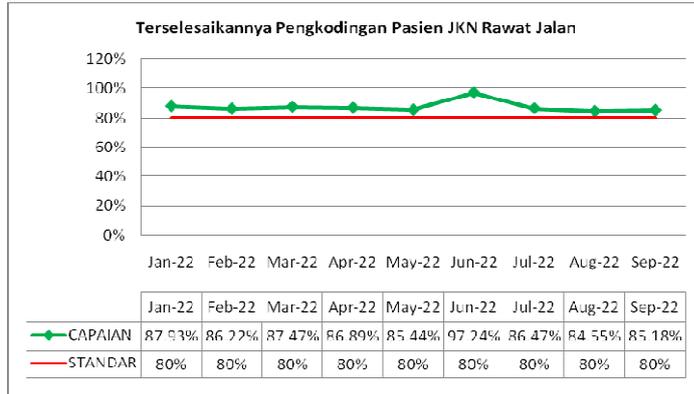


Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu terselenggaranya pengkodingan pasien JKN rawat inap, pada triwulan III adalah 98%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya lebih baik.



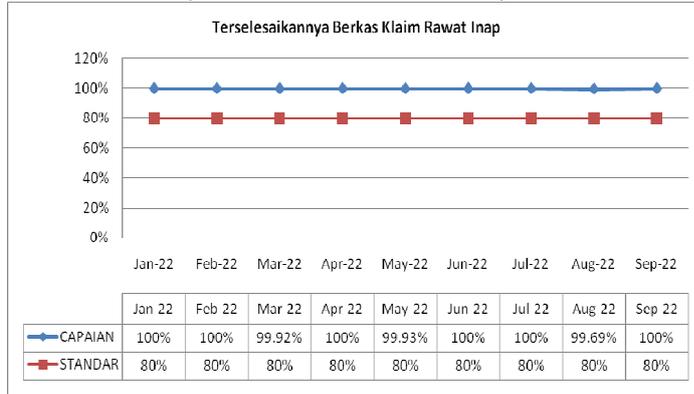
b. Terelesaikannya Pengkodingan Pasien JKN Rawat Jalan



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu terselenggaranya pengkodingan pasien JKN rawat jalan, pada triwulan III adalah 85%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama.

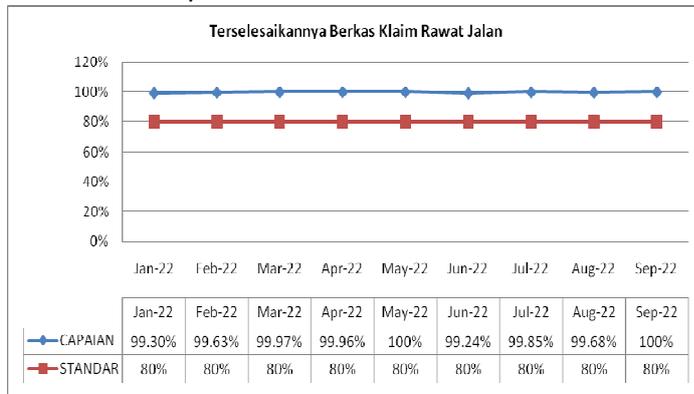
c. Terelesaikannya Berkas Klaim Rawat Inap



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu terelesaikannya berkas klaim rawat inap pada triwulan III adalah 99.9%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.

d. Terelesaikannya Berkas Klaim Rawat Jalan

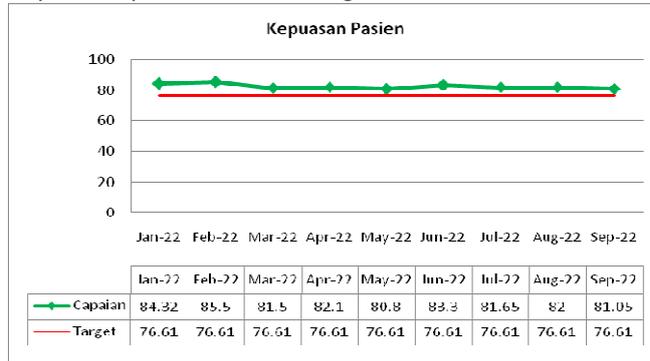


Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu terelesaikannya berkas klaim rawat jalan pada triwulan III adalah 99.8%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.



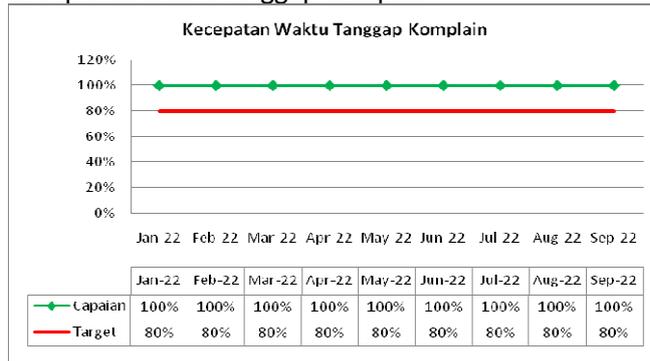
23. Bagian Humas dan Kemitraan
 a. Kepuasan pasien dan keluarga



Analisa :

- Capaian indikator mutu kepuasan pasien pada triwulan III adalah 82, telah mencapai standar. Berdasarkan hasil survei, nilai pelayanan yang kurang baik adalah pada unsur pelayanan waktu kedatangan dokter.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.
- Berdasarkan laporan unit Humas pada triwulan III tidak ada laporan tentang ketidakpuasan pelanggan terkait adanya peserta didik di RSISA.

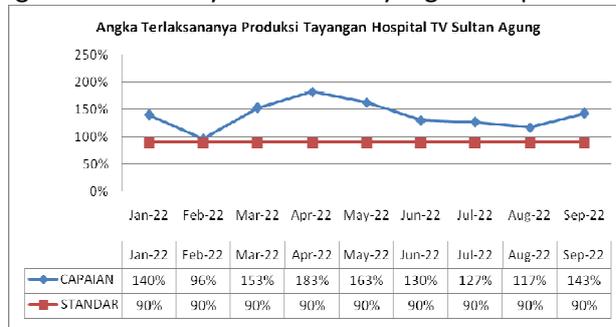
b. Kecepatan waktu tanggap komplain



Analisa :

- Capaian indikator mutu kecepatan respon terhadap komplain pada triwulan III adalah 100%, telah mencapai standar. Komplain yang ditanggapi dan ditindaklanjuti oleh bagian Humas sudah sesuai dengan waktu yang ditetapkan berdasarkan grading.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.

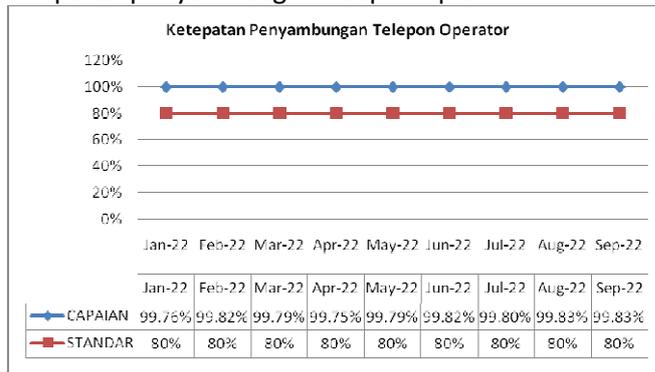
c. Angka Terlaksananya Produksi Tayangan Hospital TV Sultan Agung



Analisa :

- Capaian indikator mutu pada triwulan III adalah 129%, telah melebihi standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.

d. Ketepatan penyambungan telepon operator

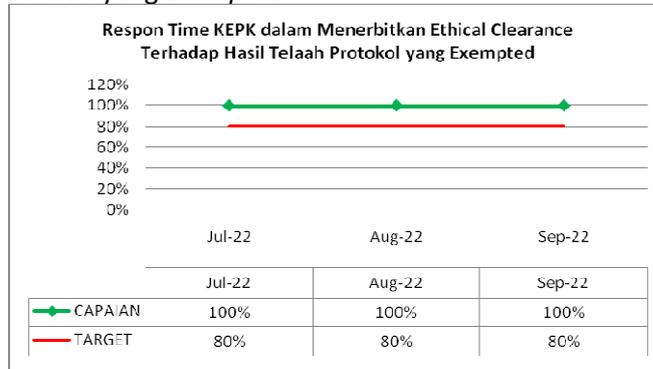


Analisa :

- Capaian indikator mutu pada triwulan III adalah 99.8%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.

24. Komite Etik Penelitian Kesehatan (KEPK)

a. Respon Time KEPK dalam Menerbitkan *Ethical Clearance* Terhadap Hasil Telaah Protokol yang *Exempted*

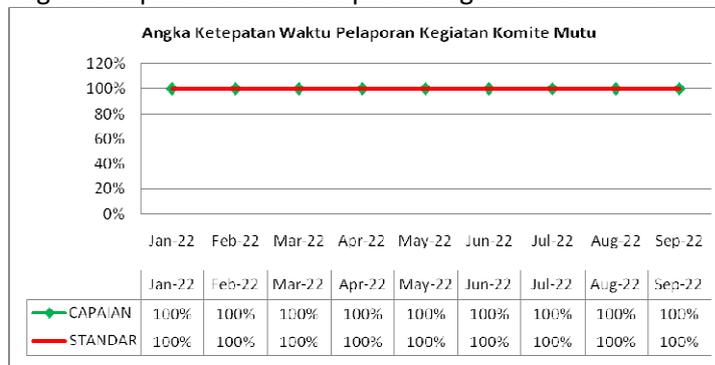


Analisa :

- Capaian indikator mutu Respon Time KEPK dalam Menerbitkan *Ethical Clearance* Terhadap Hasil Telaah Protokol yang *Exempted* pada triwulan III adalah 100%, telah mencapai target. *Ethical clearance* dengan hasil exempted dapat terbit dalam waktu 1 minggu.
- Pertahankan capaian indikator mutu.

25. Komite Mutu Rumah Sakit

a. Angka Ketepatan Waktu Pelaporan Kegiatan Komite Mutu

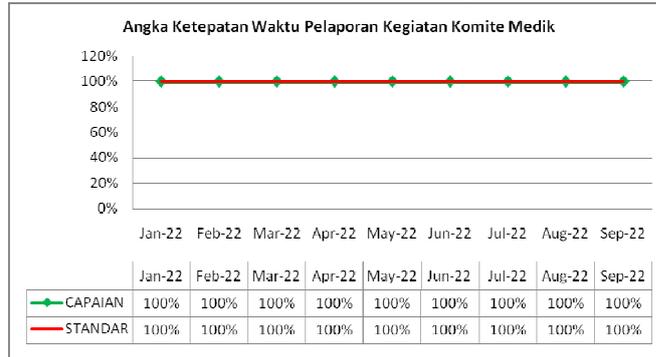


Analisa :

- Capaian indikator mutu angka ketepatan waktu pelaporan kegiatan komite mutu pada triwulan III adalah 100%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.

26. Komite Medik

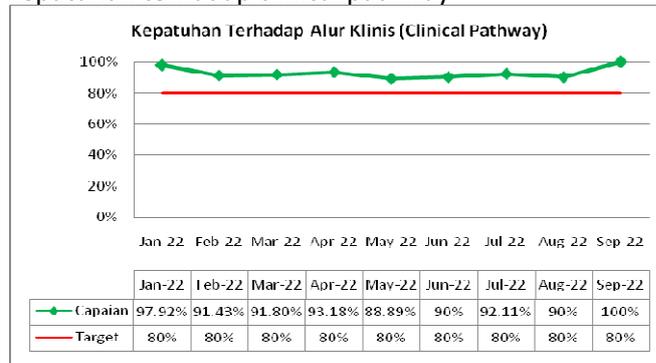
a. Angka Ketepatan Waktu Pelaporan Kegiatan Komite Medik



Analisa :

- Capaian indikator mutu angka ketepatan waktu pelaporan kegiatan komite medik pada triwulan III adalah 100%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.

b. Kepatuhan terhadap clinical pathway

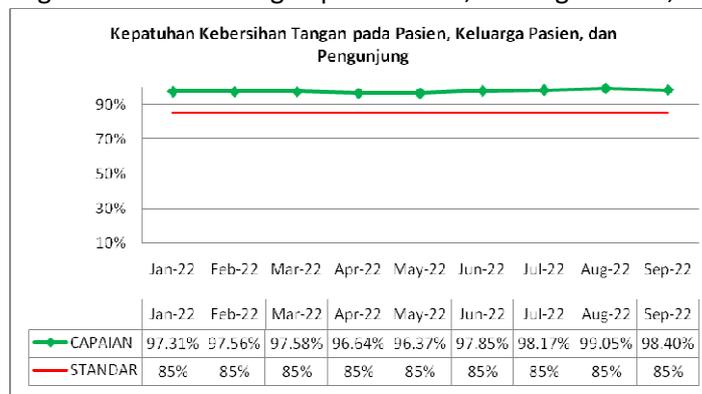


Analisa :

- Capaian indikator mutu kepatuhan terhadap clinical pathway pada triwulan III adalah 94%, telah mencapai target pencapaian.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya lebih baik.

26. Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

a. Angka Kebersihan Tangan pada Pasien, Keluarga Pasien, dan Pengunjung

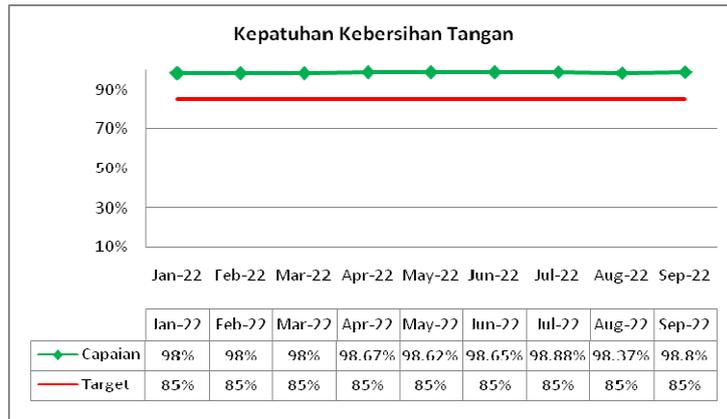


Analisa :

- Capaian indikator mutu angka kebersihan tangan pada pasien, keluarga pasien, dan pengunjung pada triwulan III adalah 98.54%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya lebih baik.



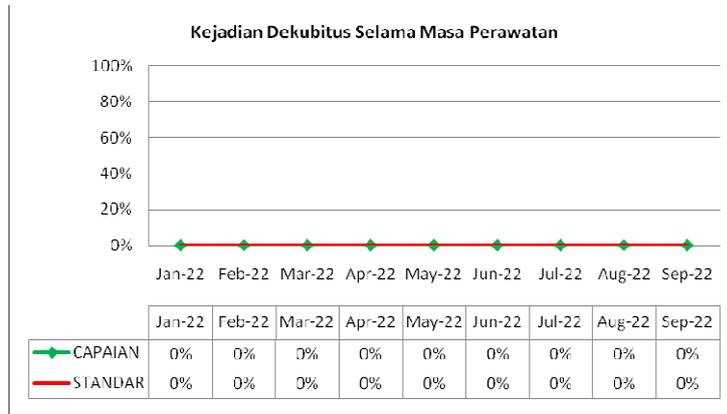
b. Kepatuhan Kebersihan tangan



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu kepatuhan kebersihan tangan, pada triwulan III adalah 98.68%, telah mencapai target pencapaian. Kepatuhan kebersihan tangan berdasarkan profesi perawat, dokter, penunjang, dan petugas non medis sudah melebihi target. Hasil kegiatan supervisi kepatuhan kebersihan tangan juga sudah melebihi target.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya lebih baik.

c. Kejadian dekubitus selama masa perawatan



Analisa :

- Capaian indikator mutu pada triwulan III adalah 0%, belum mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama.

D. Indikator Mutu Syariah

1. Indikator mutu wajib syariah

NO	JUDUL INDIKATOR MUTU	TARGET	CAPAIAN								
			JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUNI	JULI	AGST	SEPT
1	Pendampingan Talqin Kepada Pasien Sakaratul Maut (<i>End of Life</i>)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2	Mengingatikan Waktu Sholat	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
3	Pemasangan DC sesuai gender	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%



2. Indikator standar pelayanan minimal (SPM) syariah

NO	JUDUL INDIKATOR MUTU	TARGET	CAPAIAN									
			JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUNI	JULI	AGST	SEPT	
1	Pemasangan EKG sesuai Gender	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2	Hijab untuk pasien	80%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	99.6%	100%	100%
3	Penutup dada pada ibu menyusui	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
4	Membaca Basmalah pada pemberian obat dan tindakan	80%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
5	<i>Mandatory training</i> untuk fiqih pasien	100%	Tidak ada data									
6	Adanya edukasi islami (Leaflet atau buku kerohanian)	90%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
7	Pemakaian hijab di kamar operasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
8	Penjadwalan operasi elektif tidak terbentur waktu sholat	80%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
9	Angka dilaksanakannya akad ijarah pada pasien rawat inap	70%	98.68%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
10	Angka dilaksanakannya akad syariah dalam perjanjian kerjasama	80%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Tidak ada pengukuran	

3. Indikator mutu unit syariah

NO	JUDUL INDIKATOR MUTU	TARGET	CAPAIAN									
			JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUNI	JULI	AGST	SEPT	
1	Angka bimbingan psikospiritual unit BPI kepada pasien rawat inap	90%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2	Angka pelaksanaan budaya baca Al-Qur'an per unit	80%	87%	94%	92%	98.0%	94%	92%	98.0%	94%	92%	
3	Angka kehadiran kegiatan doa pagi karyawan	80%	89.37%	89.7%	95%	92.9%	93.1%	91.2%	92.9%	93.1%	91.2%	

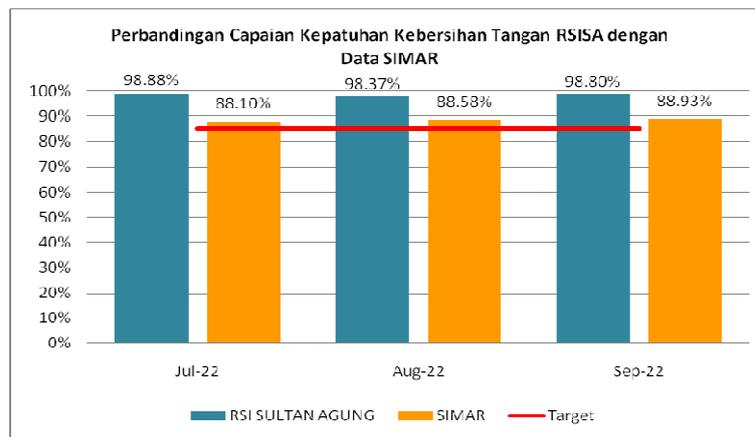


NO	JUDUL INDIKATOR MUTU	TARGET	CAPAIAN								
			JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUNI	JULI	AGST	SEPT
4	Angka kehadiran tahsin Al-Qur'an karyawan	80%	74.74%	66.2%	95%	92.7%	92.0%	94.3%	92.7%	92.0%	94.3%
5	Membaca Basmalah sebelum Pengambilan Sampel	80%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
6	Membaca Basmalah sebelum Tindakan Kontras	80%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

1.2. Benchmark Indikator Mutu

1. Kepatuhan Kebersihan Tangan

Kepatuhan Kebersihan Tangan	Jul-22	Aug-22	Sep-22
RSI SULTAN AGUNG	98.88%	98.37%	98.8%
SIMAR	88.10%	88.58%	88.93%
Target Pencapaian	85%	85%	85%



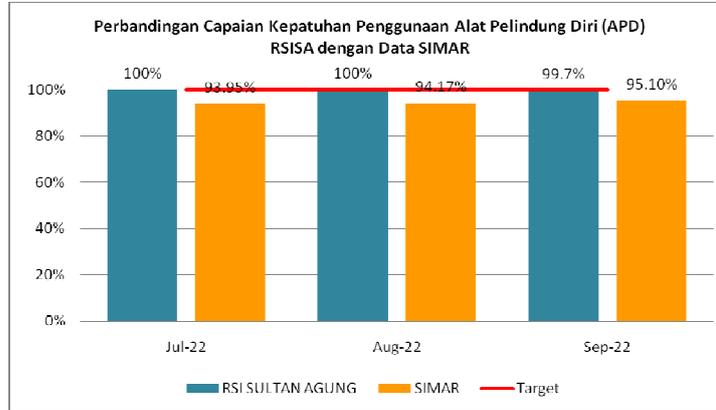
Analisa :

- Berdasarkan grafik di atas, capaian kepatuhan kebersihan tangan Rumah Sakit Islam Sultan Agung pada bulan Juli sampai dengan September 2022 telah mencapai target pencapaian.
- Dibandingkan dengan pencapaian dari data Sistem Informasi Mutu dan Akreditasi Rujukan (SIMAR), maka pencapaian Rumah Sakit Islam Sultan Agung lebih baik dibandingkan capaian data SIMAR.



2. Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)

Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri	Jul-22	Aug-22	Sep-22
RSI SULTAN AGUNG	100%	100%	99.7%
SIMAR	93.95%	94.17%	95.10%
Target Pencapaian	100%	100%	100%

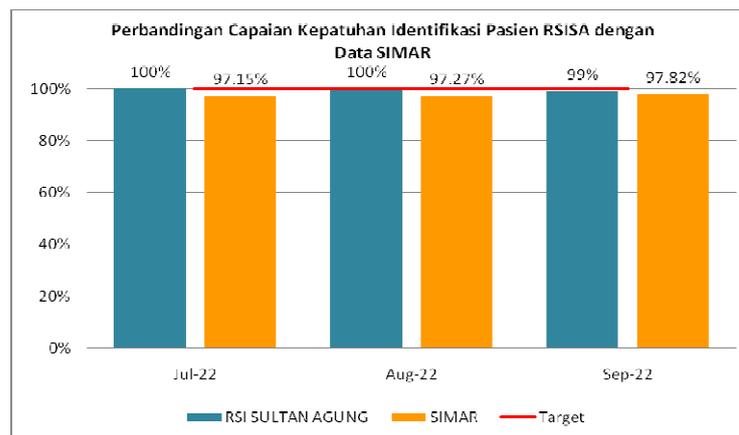


Analisa :

- Berdasarkan grafik di atas, capaian kepatuhan penggunaan alat pelindung diri (APD) Rumah Sakit Islam Sultan Agung pada bulan Juli sampai dengan September 2022 belum mencapai target pencapaian.
- Dibandingkan dengan pencapaian dari data Sistem Informasi Mutu dan Akreditasi Rujukan (SIMAR), maka pencapaian Rumah Sakit Islam Sultan Agung lebih baik dibandingkan capaian data SIMAR.

3. Kepatuhan Identifikasi Pasien

Kepatuhan Identifikasi Pasien	Jul-22	Aug-22	Sep-22
RSI SULTAN AGUNG	100%	100%	99%
SIMAR	97.15%	97.27%	97.82%
Target Pencapaian	100%	100%	100%



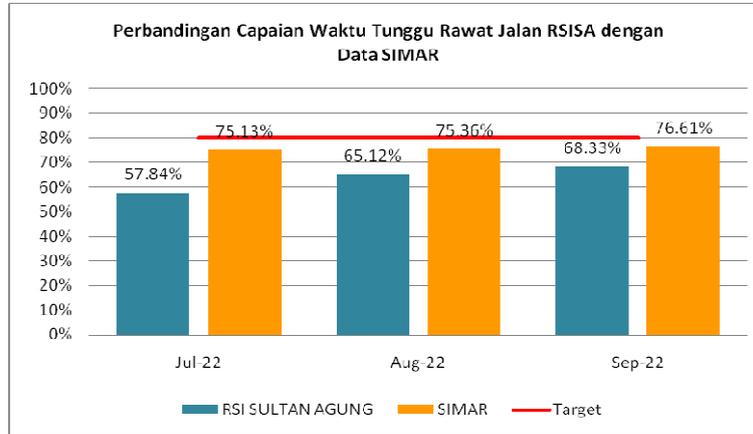
Analisa :

- Berdasarkan grafik di atas, capaian kepatuhan identifikasi pasien Rumah Sakit Islam Sultan Agung pada bulan Juli dan Agustus 2022 telah mencapai target pencapaian. Tetapi pada bulan September belum mencapai target.
- Dibandingkan dengan pencapaian dari data Sistem Informasi Mutu dan Akreditasi Rujukan (SIMAR), maka pencapaian Rumah Sakit Islam Sultan Agung lebih baik dibandingkan capaian data SIMAR.



4. Waktu Tunggu Rawat Jalan

Waktu Tunggu Rawat Jalan	Jul-22	Aug-22	Sep-22
RSI SULTAN AGUNG	57.84%	65.12%	68.33%
SIMAR	75.13%	75.36%	76.61%
Target Pencapaian	80%	80%	80%

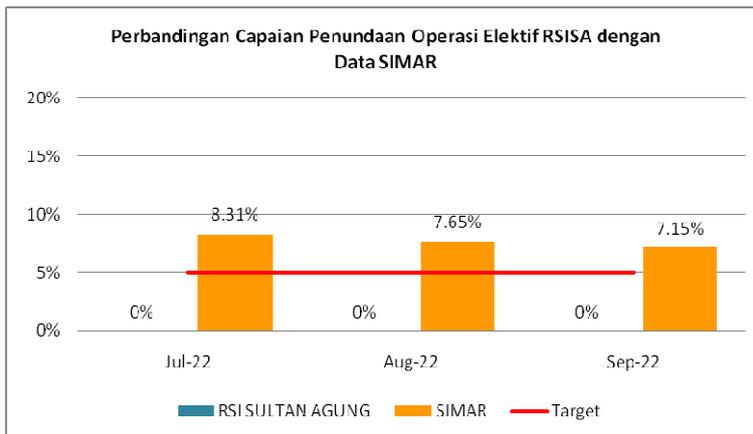


Analisa :

- Berdasarkan grafik di atas, capaian waktu tunggu rawat jalan Rumah Sakit Islam Sultan Agung pada bulan Juli sampai dengan September 2022 belum mencapai target.
- Dibandingkan dengan pencapaian dari data Sistem Informasi Mutu dan Akreditasi Rujukan (SIMAR), maka pencapaian data SIMAR lebih baik dibandingkan capaian Rumah Sakit Islam Sultan Agung.

5. Penundaan Operasi Elektif

Penundaan Operasi Elektif	Jul-22	Aug-22	Sep-22
RSI SULTAN AGUNG	0%	0%	0%
SIMAR	8.31%	7.65%	7.15%
Target Pencapaian	< 5%	< 5%	< 5%



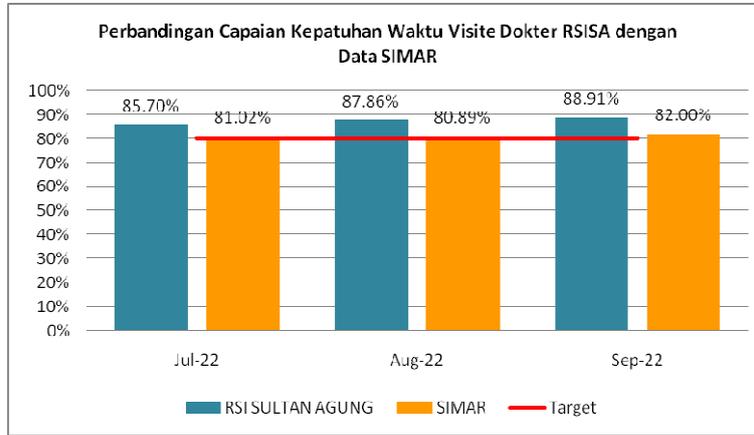
Analisa :

- Berdasarkan grafik di atas, capaian penundaan operasi elektif Rumah Sakit Islam Sultan Agung pada bulan Juli sampai dengan September 2022 telah mencapai target pencapaian.
- Dibandingkan dengan pencapaian dari data Sistem Informasi Mutu dan Akreditasi Rujukan (SIMAR), maka pencapaian Rumah Sakit Islam Sultan Agung lebih baik dibandingkan pencapaian data SIMAR.



6. Kepatuhan Waktu Visite Dokter

Kepatuhan Waktu Visite Dokter	Jul-22	Aug-22	Sep-22
RSI SULTAN AGUNG	85.70%	87.86%	88.91%
SIMAR	81.02%	80.89%	82.00%
Target Pencapaian	80%	80%	80%

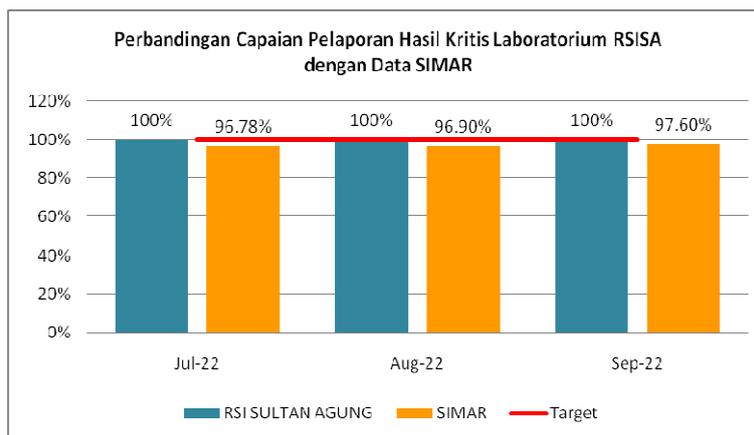


Analisa :

- Berdasarkan grafik di atas, capaian kepatuhan waktu visite dokter Rumah Sakit Islam Sultan Agung pada bulan Juli sampai dengan September 2022 telah mencapai target.
- Dibandingkan dengan pencapaian dari data Sistem Informasi Mutu dan Akreditasi Rujukan (SIMAR), maka pencapaian Rumah Sakit Islam Sultan Agung lebih baik dibandingkan capaian data SIMAR.

7. Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium

Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium	Jul-22	Aug-22	Sep-22
RSI SULTAN AGUNG	100%	100%	100%
SIMAR	96.78%	96.90%	97.60%
Target Pencapaian	100%	100%	100%



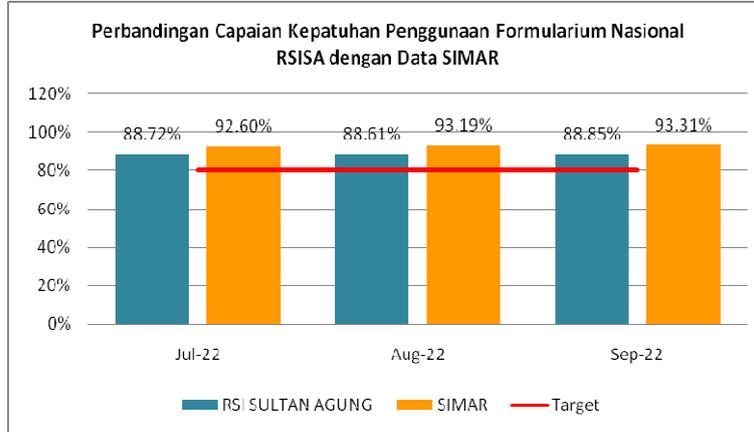
Analisa :

- Berdasarkan grafik di atas, capaian pelaporan hasil kritis laboratorium Rumah Sakit Islam Sultan Agung pada bulan Juli sampai dengan September 2022 telah mencapai target.
- Dibandingkan dengan pencapaian dari data Sistem Informasi Mutu dan Akreditasi Rujukan (SIMAR), maka pencapaian Rumah Sakit Islam Sultan Agung lebih baik dibandingkan capaian data SIMAR.



8. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional

Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional	Jul-22	Aug-22	Sep-22
RSI SULTAN AGUNG	88.72%	88.61%	88.85%
SIMAR	92.60%	93.19%	93.31%
Target Pencapaian	80%	80%	80%

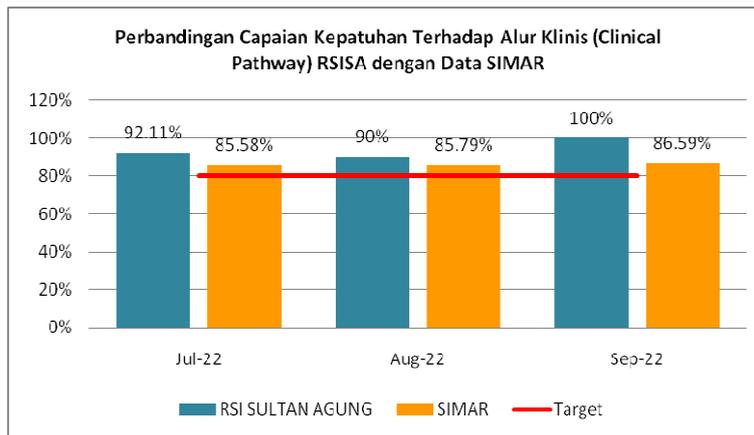


Analisa :

- Berdasarkan grafik di atas, capaian kepatuhan penggunaan formularium nasional Rumah Sakit Islam Sultan Agung pada Juli sampai dengan September 2022 telah mencapai target.
- Dibandingkan dengan pencapaian dari data Sistem Informasi Mutu dan Akreditasi Rujukan (SIMAR), maka pencapaian data SIMAR lebih baik dibandingkan capaian Rumah Sakit Islam Sultan Agung.

9. Kepatuhan Terhadap Alur Klinis (Clinical Pathway)

Kepatuhan Terhadap Alur Klinis (CP)	Jul-22	Aug-22	Sep-22
RSI SULTAN AGUNG	92.11%	90%	100%
SIMAR	85.58%	85.79%	86.59%
Target Pencapaian	80%	80%	80%



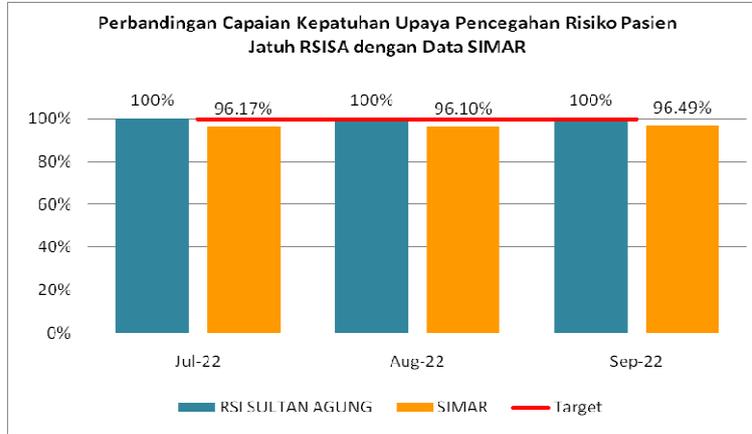
Analisa :

- Berdasarkan grafik di atas, capaian kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway) Rumah Sakit Islam Sultan Agung pada bulan Juli sampai dengan September 2022 telah mencapai target.
- Dibandingkan dengan pencapaian dari data Sistem Informasi Mutu dan Akreditasi Rujukan (SIMAR), maka pencapaian Rumah Sakit Islam Sultan Agung lebih baik dibandingkan pencapaian data SIMAR.



10. Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh

Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh	Jul-22	Aug-22	Sep-22
RSI SULTAN AGUNG	100%	100%	100%
SIMAR	96.17%	96.10%	96.49%
Target Pencapaian	100%	100%	100%

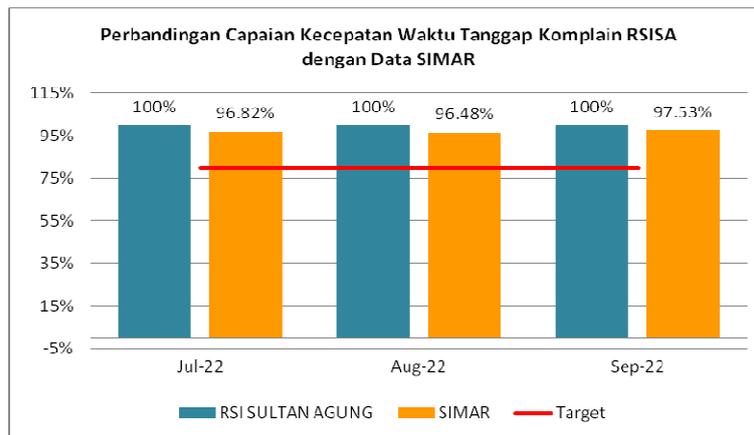


Analisa :

- Berdasarkan grafik di atas, capaian kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh Rumah Sakit Islam Sultan Agung pada bulan Juli sampai dengan September 2022 telah mencapai target.
- Dibandingkan dengan pencapaian dari data Sistem Informasi Mutu dan Akreditasi Rujukan (SIMAR), maka pencapaian Rumah Sakit Islam Sultan Agung lebih baik dibandingkan capaian data SIMAR.

11. Kecepatan Waktu Tanggap Komplain

Kecepatan Waktu Tanggap Komplain	Jul-22	Aug-22	Sep-22
RSI SULTAN AGUNG	100%	100%	100%
SIMAR	96.82%	96.48%	97.53%
Target Pencapaian	80%	80%	80%



Analisa :

- Berdasarkan grafik di atas, capaian kecepatan waktu tanggap komplain Rumah Sakit Islam Sultan Agung pada bulan Juli sampai dengan September 2022 telah mencapai target.
- Dibandingkan dengan pencapaian dari data Sistem Informasi Mutu dan Akreditasi Rujukan (SIMAR), maka pencapaian Rumah Sakit Islam Sultan Agung lebih baik dibandingkan capaian data SIMAR.


BAB II
MENINGKATKAN PERBAIKAN MUTU DAN MEMPERTAHANKAN PERBAIKAN BERKELANJUTAN
2.1. Tabel Perbaikan Mutu dan Mempertahankan perbaikan Triwulan III

No	Keterangan	Analisa	Tindakan	Monitoring Hasil Upaya Perbaikan
Bulan Juli 2022				
1	Wound dehiscence MDRO paha kiri pada pasien post operasi arteri graft	Berdasar kultur pus, diketahui bahwa antibiotik yang telah diberikan pada pasien, termasuk AB yang resistant	Sosialisasi terkait Pedoman Penggunaan Antibiotik kepada DPJP terkait insiden	Kejadian wound dehiscence MDRO paha kiri tidak terjadi kembali setelah dilakukan upaya perbaikan
2	Infeksi Daerah Operasi (IDO) daerah perut	Pelaksanaan ganti balut belum sesuai dengan SPO ganti balut	Melakukan review SPO ganti balut	Kejadian IDO daerah perut tidak terjadi kembali setelah dilakukan upaya perbaikan
Bulan Agustus 2022				
3	Kesalahan pemberian obat tramadol tetapi isi obat furosemide	Obat di formularium kosong	Pembelian produk sesuai formularium rumah sakit	Kejadian kesalahan pemberian obat tramadol tidak terjadi kembali setelah dilakukan perbaikan
4	Infeksi Daerah Operasi	Pasien tidak dilakukan kultur sehingga antibiotik definitive tidak dapat ditentukan, pasien diberi antibiotik empirik ceftriaxone	<ol style="list-style-type: none"> Sosialisasi kepada DPJP terkait peta medan kuman terkini (restriksi pemberian ceftriaxone) Evaluasi PPK bedah (appendicitis) dengan cantumkan AB pilihan dan durasi, AB topikal perlukah, drain+irigasi Perlu kajian Perlunya pemberian antibiotik topikal untuk perawatan luka dan efektivitas dalam mencegah timbunan pus atau apabila terjadi infeksi 	Kejadian insiden IDO tidak terjadi kembali setelah dilakukan perbaikan
5	Pasien kanker payudara stadium 4 metastase di rawat untuk perbaikan keadaan umum dan kemoterapi mengalami henti jantung sesaat tiba di ruang rawat inap	1. Pasien mengalami penurunan kondisi pada proses transfer dari rawat jalan menuju rawat inap oleh petugas CSO	Lakukan resosialisasi SPO dan sosialisasi ke staf	Kejadian insiden tersebut tidak terjadi kembali setelah dilakukan perbaikan
		2. Waktu tunggu rawat jalan belum sesuai standar indikator mutu	Perawat rawat jalan menghubungi dokter sebelum jam praktek tentang jadwal dan perkiraan jumlah pasien	



6	Infeksi Daerah Operasi area kepala post craniotomy	1. Pengisian bundle IDO tidak lengkap	Sosialisasi kepatuhan pengisian formulir Bundle IDO ke Rawat Inap	Kejadian insiden IDO pada area kepala tidak terjadi kembali setelah dilakukan perbaikan
		2. Edukasi perawatan luka dirumah kurang optimal dan belum ada media leaflet	Koordinasi dengan PKRS untuk dibuatkan leaflet perawatan luka pasca operasi selama di rumah	
		3. Pasien diberi antibiotik topikal saat dirumah, kecurigaan IDO dari topikal antibiotik yang diberikan	Sosialisasi tentang keuntungan dan kerugian pemberian salep antibiotik kepada perawat dan keluarga pasien	
		4. Perawatan luka memerlukan perhatian khusus (pengadaan alkesnya dll)	Kajian Perlukah dibuat kebijakan tentang ruang khusus ganti balut	
7	Pasien jatuh dari tempat tidur	1. Pasien bingung akan kondisinya/ tidak menyadari kelemahannya	1. Memberikan edukasi kepada keluarga tentang pencegahan pasien resiko jatuh	Kejadian insiden pasien jatuh dari tempat tidur tidak terjadi kembali setelah dilakukan perbaikan
		2. Gangguan keseimbangan	2. Pemasangan restrain kalau perlu, pastikan pengamanan tempat tidur terpasang 3. Memberikan sosialisasi ulang kepada staf perawat firdaus tentang pencegahan jatuh pada pasien beresiko jatuh	
Bulan September 2022				
8	Pasien SAH pro EVD mengalami henti jantung pasca induksi anestesi	1. Dokter IGD tidak melakukan tindakan terhadap pelaporan hasil nilai kritis 2. DPJP bedah saraf tidak melakukan assessment awal medis dan inform consent tindakan 3. Dokter anastesi tidak melakukan assessment pra anastesi	1. Pembinaan kepada dokter terkait peningkatan kepatuhan terhadap prosedur : a. Pelaksanaan pelaporan nilai kritis b. Pelaksanaan assessment awal medis untuk pasien c. Assessment pra anastesi 2. Sosialisasi kepada perawat IGD dan IBS tentang prosedur <i>handover</i> antar unit	Kejadian insiden tersebut tidak terjadi kembali setelah dilakukan perbaikan



9	Keterlambatan cito Hemodialisa	Belum ada SPO Penjadwalan Perawat Tindakan Cito HD	Pembuatan SPO Penjadwalan Perawat Tindakan Cito HD, Resosialisasi SPO Penjadwalan Perawat Tindakan Cito HD	Kejadian insiden keterlambatan cito HD tidak terjadi kembali setelah dilakukan perbaikan
10	Kesalahan identifikasi pemberian obat	Tidak ada media pengingat dan refresh SPO Penyiapan obat sudah lama tidak dilakukan	1. Melakukan resosialisasi SPO Verifikasi Obat 2. Buat banner "Lakukan verifikasi obat pada setiap tahap penyiapan obat"	Kejadian insiden kesalahan identifikasi pemberian obat tidak terjadi kembali setelah dilakukan perbaikan
11	Kesalahan barcode pada identitas pasien	Tidak dilakukan pengecekan ulang data yang diinput	1. Memastikan kembali setiap melakukan penginputan data pasien yang diinput 2. Melakukan sosialisasi SPO Admisi Pasien	Kejadian insiden kesalahan barcode pada identitas pasien tidak terjadi kembali setelah dilakukan perbaikan
12	Pemberian diazepam tanpa advis DPJP dokter bangsal	Petugas memasukkan obat sisa tanpa advis dari DPJP dokter bangsal	Memberikan bimbingan personal	Kejadian insiden pemberian diazepam tanpa advis DPJP dokter bangsal tidak terjadi kembali setelah dilakukan perbaikan
13	Kesalahan pemberian obat spironolactone	Tidak dilakukan identifikasi pada pemberian obat	Melakukan resosialisasi SPO identifikasi pasien	Kejadian insiden kesalahan pemberian obat spironolactone tidak terjadi kembali setelah dilakukan perbaikan
14	Kesalahan pemeriksaan laboratorium klinik, order widal dilakukan pemeriksaan bilirubin direk, indirek dan total	Saat menerima permintaan laboratorium, petugas tidak langsung memberi stabilo pada kolom pemeriksaan yang diminta (vidal)	Sosialisasi Prosedur Permintaan Pemeriksaan pada analisis laboratorium	Kejadian insiden tersebut tidak terjadi kembali setelah dilakukan perbaikan



2.2. Tabel Perbaikan Menggunakan Metode *Plan-Do-Study-Action*

1. Waktu Tunggu Rawat Jalan

Judul : Waktu Tunggu Rawat Jalan
 Unit Kerja : Keperawatan Rawat Jalan
 Bulan : September 2022
 Siklus : 2

Unit : Rawat Jalan	Langkah : 1	Siklus : 2
Topik : Mengingatkan jadwal praktik dan perkiraan jumlah pasien kepada dokter via telepon sebelum jam praktik dimulai		
Plan	<p>Saya berencana : Meningkatkan waktu tunggu rawat jalan bulan September 2022</p> <p>Saya Berharap : Dengan mengingatkan dokter akan jadwalnya dan perkiraan jumlah pasien akan meningkatkan waktu tunggu rawat jalan.</p> <p>Tindakan yg akan dilakukan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertemuan koordinasi dengan Penjab Rawat Jalan 2. Sosialisasi kepada perawat rawat jalan 3. Uji Coba 4. Implementasi 	
Do	<p>Apa yang diamati : Pada saat sosialisasi tentang tugas perawat untuk mengingatkan dokter akan jadwal dan jumlah pasiennya sebelum jam praktek, tidak ada penolakan dari perawat.</p>	
Study	<p>Apa yg dapat dipelajari? Setelah dilakukan telepon dokter setiap pagi sebelum jam praktiknya Sebagian dokter menerima telepon, namun masih sedikit respon positif terkait datang tepat waktu.</p> <p>Apakah sesuai dengan target capaian? Hal ini capaian Indikator mutu dibulan Oktober 2022 mengalami sedikit peningkatan.</p>	
Action	<p>Pada siklus ini dapat disimpulkan bahwa dengan kegiatan mengingatkan lewat telepon dianggap perlu dilakukan terus dan akan dievaluasi selama 3 bulan.</p>	



2. Angka Keterlambatan Penyiapan Obat Jadi di Satelit Farmasi Rawat Jalan

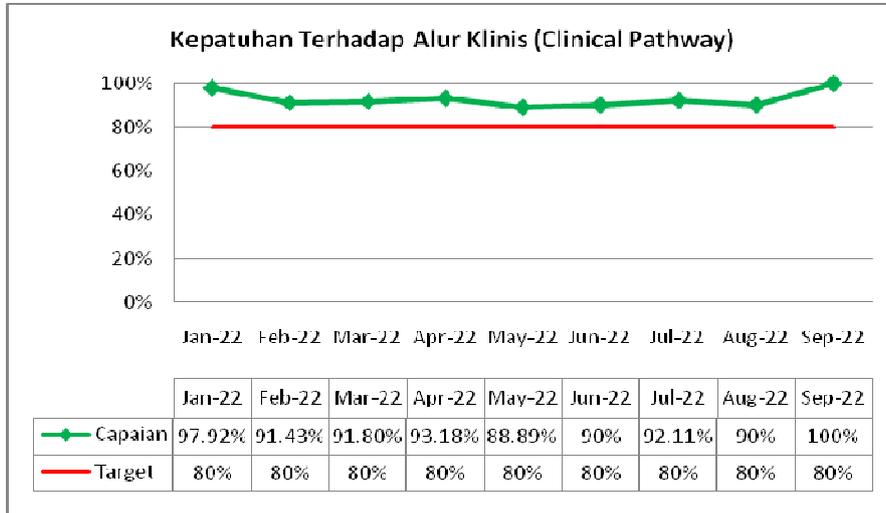
Judul : Angka Keterlambatan Penyiapan Obat Jadi di Satelit Farmasi Rawat Jalan
 Unit Kerja : Farmasi
 Bulan : Agustus 2022
 Siklus : 1

Unit Kerja : Farmasi		Langkah : 1	Siklus : 1
Topik	Waktu penyiapan obat jadi di satelit farmasi rawat jalan lebih dari 20 menit		
STEP			
Plan	<p>Saya berencana : Memperbaiki waktu proses penyiapan obat jadi di satelit farmasi rawat jalan.</p> <p>Saya berharap : Penyiapan resep obat jadi, mulai dari selesainya proses pengkajian resep sampai dengan proses penyiapan obat selesai dikerjakan, bisa lebih cepat.</p> <p>Tindakan : Mempersiapkan sehari sebelumnya, memasukkan obat dalam klip etiket sesuai dengan jumlah obat dan item obat untuk resep penyakit kronis yang diresepkan 1 bulan.</p>		
Do	<p>Apa yang anda amati ? Disepakati bahwa, sehari sebelumnya petugas farmasi memasukkan obat dalam klip etiket sesuai dengan jumlah obat dan item obat untuk resep penyakit kronis yang diresepkan 1 bulan. Sehingga hari berikutnya, petugas farmasi bisa langsung menempel etiket nama pasien di klip obat yang sudah disiapkan.</p>		
Study	<p>Apa yang dapat anda pelajari ? apakah sesuai target capaian? Setelah 3 minggu berjalan kami amati bahwa penyiapan obat sesuai dengan hasil pengarahan. Proses penyiapan obat jadi bisa dipersingkat.</p>		
	<p>Apa yang dapat anda simpulkan dari siklus ini? Pelaksanaan mempersiapkan obat sehari sebelumnya, memasukkan obat dalam klip etiket sesuai dengan jumlah obat dan item obat untuk resep penyakit kronis yang diresepkan 1 bulan, ternyata dapat memperbaiki waktu proses penyiapan obat, sehingga capaian indikator mutu dibulan September yaitu 35.92%, walaupun belum mencapai target.</p>		



BAB III
MENGURANGI VARIAN DALAM PRAKTEK KLINIS

3.1. Evaluasi Kepatuhan Terhadap Alur Klinis (Clinical Pathway)



Analisa :

- Capaian indikator mutu kepatuhan terhadap clinical pathway pada triwulan III adalah 94%, telah mencapai target pencapaian.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya lebih baik.

3.2. Kepatuhan Penerapan Prioritas Standar Pelayanan Kedokteran

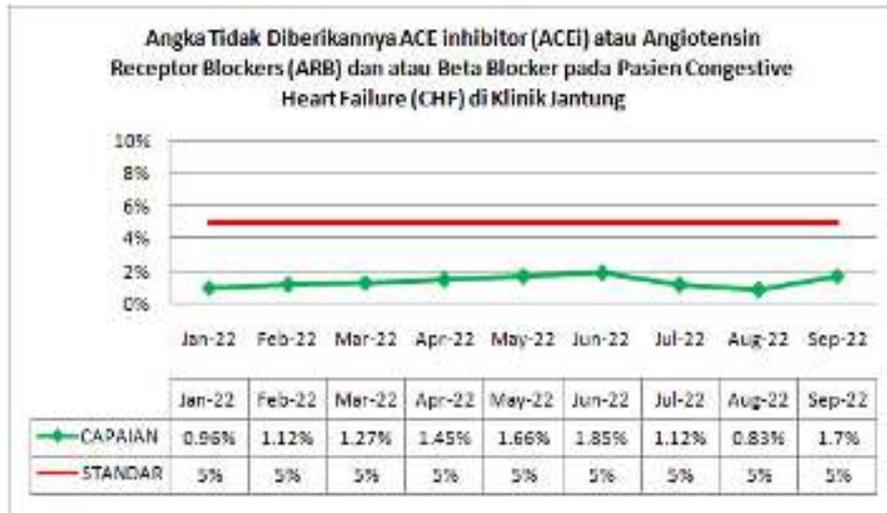
3.2.1. Penyusunan PPK dan CP baru

NO	TANGGAL	KEGIATAN
1.	5/9/2022	Penyusunan PPK dan CP KSM Mata, Anestesi dan Orthopedi
2.	8/9/2022	Penyusunan PPK dan CP KSM THT-KL dan Bedah
3.	12/9/2022	Penyusunan PPK dan CP KSM Saraf dan Urologi
4.	15/9/2022	Penyusunan PPK dan CP KSM Gigi dan Mulut, Obsgyn
5.	16/9/2022	Penyusunan PPK dan CP KSM Paru dan Rehab Medik
6.	22/9/2022	Penyusunan PPK dan CP KSM Jantung.
7.	23/9/2022	Penyusunan PPK dan CP KSM Penyakit Dalam dan Anak.



3.2.2. Audit Kepatuhan Penerapan PPK

- Penerapan PPK Cronic Heart Failure (CHF)
- Penilaian kesesuaian terapi : diuretic, ARB/ACEI, Beta bloker



Analisa : dilaporkan bahwa masih ada DPJP yang belum patuh terkait pemberian ACEI atau ARB dan atau Beta Blocker pada pasien CHF di klinik jantung.

Rekomendasi : perlu dilakukan feedback capaian kepada ketua KSM, dan upaya peningkatan kepatuhan oleh Ketua KSM dengan melakukan sosialisasi kepada DPJP yang lain.

3.3. Audit Klinis dan atau Audit Medis

a. Bayi Ny AR / 145.12.44

- Diagnosis masuk : Atresia Ani, BBLRS, HMD Grade III
- Kronologi :

Rujukan dari RS Pelita Anugerah dengan atresia ani. Bayi lahir Spontan dari Ibu G1POAO hamil 33 minggu dengan KPD, BBL 1400 g, Apgar Skor: 6-7-8. Pasien mengalami muntah darah, OGT tidak bisa terpasang. Curiga atresia esofagus → advis rujuk RSDK, namun sulit untuk dirujuk, kemudian kondisi pasien menurun tidak transportable batal untuk dirujuk. Kemudian dilakukan operasi colostomy + gastrostomi feeding, post OP pasien akan dirujuk ke RSDK untuk Thorakotomi + ligasi fistula, namun kondisi menurun pasien mengalami cardiorespiratory arrest.

- Analisis Akar Masalah dan Rencana Upaya Perbaikan

No	Temuan Masalah	Rencana Upaya Perbaikan
1	Keputusan memasang ETT dan VM terlambat	Dokter jaga dan perawat meningkatkan pelaksanaan EWS, sehingga dokter spesialis anak tidak terlambat menginisiasi pemasangan ventilator mekanik untuk bayi
2	Skrining adanya Atresia Esofagus	Setiap menerima rujukan curiga atresia ani dokter dan perawat IGD melakukan skrining ada/tidaknya atresia esofagus dengan memastikan bayi bisa terpasang OGT
3	ICU tidak bersedia bila ada tindakan babygram di ICU	Konfirmasi ICU terkait pelayanan babygram dengan mobile X-Ray



b. Bayi Ny FT / 1452854

- Diagnosis : BBLR, ARDS
- Kronologi :
 Rujukan dari RS Siti Khotijah Pekalongan, Bayi lahir Section Caesari a/i G3P2A0 ibu hamil 38 minggu bayi letak Oblique, bekas SC. BBL 2000 gram, AS 9-9-10, PB 43 cm, LD 27 cm, LL 7 cm, LK 30 cm. Dirujuk karena distress respirasi
 Riwayat perawatan di RS sebelumnya sebelum dirujuk
 Jam 14.00 RR 54x/menit, SpO2 99% O2 canul
 jam 20.00 mulai sesak RR naik SpO2 93%
 Jam 21.40 pasien terpasang CPAP tanggal 2/7/2022 terpasang ETT persiapan transport. Sampai di NICU kondisi menurun.

• Analisis Akar Masalah

No	Temuan Masalah	Rencana Upaya Perbaikan
1	Kemungkinan penyebab kematian pada pasien adalah Gagal nafas karena HMD. RS tidak mampu memberi surfactant pada pasien dengan HMD.	Jika ada rujukan dengan HMD Tetap diterima, pelayanan dengan memberi terapi melalui CPAP (pengaturan PEEP, Flow, FIO2).

c. Bayi Ny LK / 145.50.36

- Diagnosis BBLR, HMD, Gagal Nafas
- Kronologi :
 Bayi lahir spontan ditolong bidan dari Ibu G4P3A0 hamil 33 minggu dengan presentasi Bokong. BBL 1400 g, PB 42, LK:30, AS 1-2-3
 Asesmen : BBLSR, Asfiksia berat, neonatus preterm, gagal nafas
 pasien mengalami cardiorespiratory arrest → dilakukan RJP dan VTP → ROSC, kemudian dipasang CPAP → gagal CPAP → pasang ETT
 Pasien pindah NICU
 Pasien mengalami cardiorespiratory arrest → RJP dan VTP, pasien meninggal
- Analisis Akar Masalah
 Bayi lahir kurang masa kehamilan, saat lahir memang tidak viable

d. Bayi Ny DM/ 145.04.87

- Diagnosis BBLR, HMD, Gagal Nafas
- Kronologi :
 Bayi lahir post SC atas indikasi Pre Eklamsia Berat dari ibu G2P1A0 hamil 31 minggu BBL 2500gram, Apgar Score 7-9-10, SpO2 80% 97%, HR 162x/menit, RR 60x/menit, PB 25 cm, LK 32 cm, LD 33 cm, LL 10 cm, GDS 62, S 35oC
 Bayi merintih, hiperglikemi, mekonium plug

• Analisis Akar Masalah

No	Temuan Masalah	Rencana Upaya Perbaikan
1	Ruang RR yang terlalu dingin sehingga menyebabkan pasien mengalami hipotermi.	1. Penyusunan SPO Pemeriksaan radiologi di ICU dan Peristi 2. BGA bedside



	Bayi tidak dilakukan rontgen thorax pada saat awal.	3. Pelatihan kegawatdaruratan maternal dan perinatal 4. Pengadaan Neopuff 5. Perbaikan ruangan RR bayi
--	---	--

e. Bayi Ny N.S.H / 145.64.04

- Diagnosis BBLR Neonatal Preterm 32 Minggu, Asfiksia Berat
- Kronologi :
Bayi lahir SC dari ibu G3P2A0 Hamil 32 minggu PEB, bekas SC, Hellp Syndrome. BBL 1250 gram PB 39 cm apgar score 3-4-5, Lingkar kepala 28 cm, Lingkar dada 26 cm, Anus (+), cek GDS POCT 118, RR 60 x/mnt, SpO2 97%, suhu 36C, HR 160 x/mnt.
Bayi merintih, dipasang CPAP, PEEP 6 Flow 8 Lpm FiO2 80%, bayi mengalami periode apneu 1 x kemudian dipasang ETT dan dipindah ke NICU
Kondisi bayi menurun, mengalami cardiorespiratory arrest dan dilakukan RJP dan VTP
Bayi meninggal pukul 05.30
- Analisis Akar Masalah
Kondisi bayi sudah mengalami asfiksia berat
RTL : Perbaikan Suhu ruangan RR, Penguatan Resusitasi, stabilisasi dan transportasi.

f. Ny S.S / 145.69.92

- Diagnosis: SAH, Suspek Ruptur Aneurisma, Hiperkalemia letal karena CKD Stage V undiagnosed.
- Kronologi :
Pasien datang ke IGD dengan membawa hasil Ctscan SAH, terdapat keluhan sesak dan riwayat tidak mau makan. Kesadaran apatis kemudian dari DPJP advis untuk dirujuk ke RSDK untuk dilakukan CT angiografi. Namun kesadaran pasien menurun GCS menjadi 9 kemudian diputuskan untuk dilakukan tindakan Operasi EVD pukul 22.00

Dokter jaga melaporkan kepada Dokter anastesi bahwa ada rencana program EVD cito pukul 22.00. tidak dilaporkan secara detail hasil pemeriksaan penunjang. pasien tiba di IBS dilakukan persiapan induksi dan pasang monitor, setelah dilakukan induksi anastesi kondisi pasien menurun kemudian Melihat RM pasien, ternyata didapatkan EKG preoperatif dengan gambaran T-tall dan abnormalitas laboratorium sbb: Hiperkalemia letal (9,4), Ureum (232), Creatinine (5,92).

Operasi ditunda, dilakukan koreksi hiperkalemi, kemudian pasien mengalami henti jantung dilakukan RJP dan VTP kemudian ROSC pasien dipindah ke ICU untuk stabilisasi pasca cardiac arrest.

Di ICU Pasien mengalami cardiac arrest kemudian dilakukan RJP dan VTP, pasien meninggal pukul 02.00.

- Analisis akar masalah

Akar Masalah	Rekomendasi
Tidak dilakukan prosedur : 1. <i>Assessment</i> medis awal gawat darurat tidak lengkap 2. Kontrol istimewa untuk monitoring kondisi pasien tidak lengkap	1. Sosialisasi pada dokter umum terkait pelaporan nilai kritis kepada DPJP. 2. Pembinaan kepada DPJP Bedah Saraf terkait pelaksanaan asesmen pra bedah.



<ol style="list-style-type: none"> 3. Dokter IGD tidak melakukan tindakan terhadap hasil kritis laboratorium.(memberi terapi dengan berkonsultasi kepada dokter Spesialis anestesi atau bedah saraf) 4. <i>Assessment</i> awal medis oleh dokter Bedah Saraf belum dilakukan 5. <i>Assessment</i> pra bedah tidak lengkap 6. <i>Informed consent</i> Tindakan operasi tidak dilakukan oleh dokter bedah saraf 7. <i>Assessment pra anestesi</i> tidak dilakukan sehingga tidak mengetahui bahwa pasien tidak layak untuk dilakukan pembiusan 8. <i>Informed consent</i> tindakan anestesi tidak dilakukan oleh dokter anestesi 9. <i>Sign in</i> pada <i>surgical safety check list</i> tidak dilakukan 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Pembinaan kepada dokter anestesi terkait pelaksanaan asesmen pra anestesi, rekredensial oleh mitra bestari kepada ybs.
--	---



BAB IV
PELAPORAN DAN ANALISIS INSIDEN KESELAMATAN PASIEN

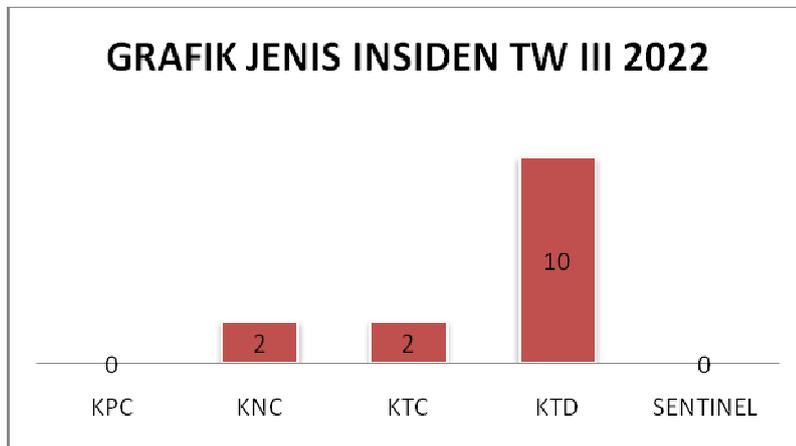
4. Insiden Keselamatan Pasien

4.1 Jenis Insiden

Tabel Jenis Insiden Triwulan III

JENIS INSIDEN	Juli	Agst	Sept	Total
KPC	0	0	0	0
KNC	0	1	1	2
KTC	0	0	2	2
KTD	2	4	4	10
SENTINEL	0	0	0	0
TOTAL	2	5	7	14

4.2 Grafik Jenis Insiden Triwulan III



Analisa

Jenis insiden pada triwulan III tahun 2022 didapatkan jenis insiden Kejadian Nyaris Cidera (KNC) sebanyak 2 insiden, Kejadian Tidak Cidera (KTC) sebanyak 2 insiden dan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) sebanyak 10 insiden. Sedangkan insiden Kejadian Potensial Cidera (KPC) dan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) pada triwulan III tidak ditemukan.

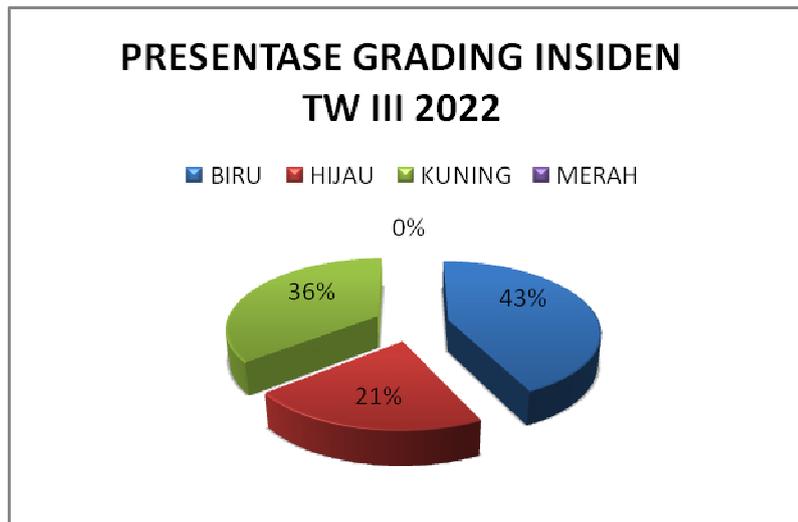
4.3 Grading Insiden

Tabel Grading Insiden

GRADING INSIDEN	Juli	Agst	Sept	Total
BIRU	0	2	4	6
HIJAU	0	2	1	3
KUNING	2	1	2	5
MERAH	0	0	0	0
TOTAL	2	5	7	14



4.4 Presentase Grading Insiden Triwulan III



Analisa

Pada grading insiden dihasilkan dari perkalian antara dampak dan frekuensi dari insiden pada triwulan III didapatkan hasil grading insiden terbanyak pada grading warna biru sebanyak 6, warna kuning 5, warna hijau 3 dan merah tidak ditemukan. Untuk presentase tertinggi dengan warna biru sebesar 43%, warna kuning sebesar 36%, warna hijau sebesar 21% dan merah 0% (tidak ditemukan). Dari grading insiden tersebut dilakukan upaya dari tindakan insiden berupa investigasi sederhana dengan waktu 1 minggu pada warna biru sebanyak 6, investigasi sederhana 2 minggu dengan warna hijau sebanyak 3, dan investigasi komprehensif 45 hari dengan warna kuning sebanyak 5.

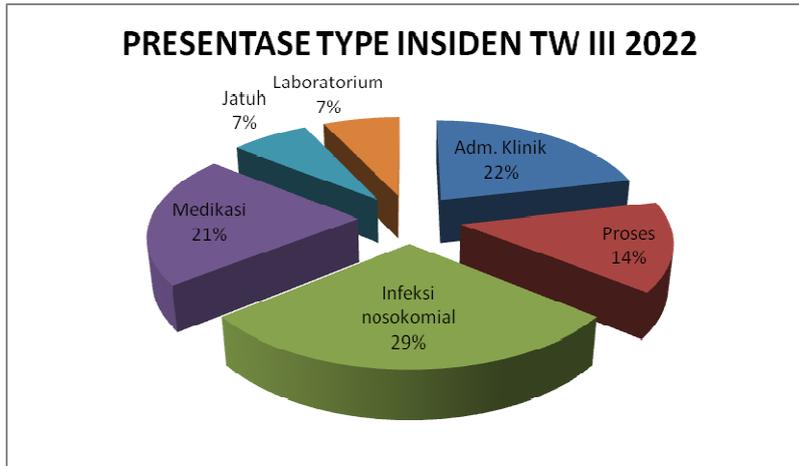
4.5 Type Insiden

Tabel Type Insiden

TIPE INSIDEN	Juli	Agst	Sept	Total
Administrasi klinik	0	0	3	3
Proses/ prosedur klinik	0	1	1	2
Dokumentasi	0	0	0	0
Infeksi nosokomial	2	2	0	4
Medikasi	0	1	2	3
Transfusi darah	0	0	0	0
Nutrisi	0	0	0	0
Oksigen/ gas	0	0	0	0
Alat medis	0	0	0	0
Jatuh	0	1	0	1
Kecelakaan	0	0	0	0
Infrastruktur	0	0	0	0
Resource/ manajemen organisasi	0	0	0	0
Laboratorium	0	0	1	1
TOTAL	2	5	7	14



4.6 Presentase Type Insiden Triwulan III tahun 2022



Analisa

Pada triwulan III didapatkan type insiden sebanyak 6 type dari 14 type insiden yang ada. Pada type insiden terbanyak infeksi nosokomial ada 4 dengan presentase 29%, administrasi klinik ada 3 dengan presentase 22%, medikasi ada 3 dengan presentase 21%, proses / prosedur klinik ada 2 dengan presentase 14%, jatuh dan laboratorium masing - masing ada 1 dengan presentase 7%.

4.7 Monitoring Sentinel dan KTD

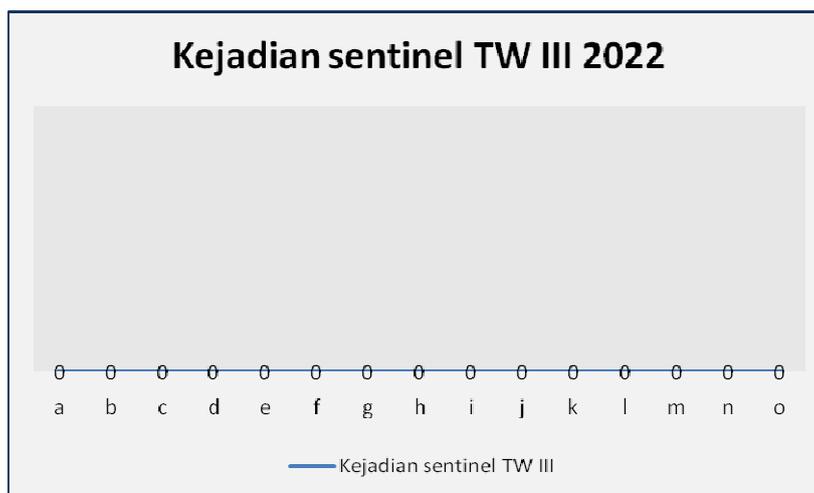
Tabel Monitoring Kejadian Sentinel

KEJADIAN SENTINEL		Juli	Agust	Sept	Total
a	Bunuh diri oleh pasien yang sedang dirawat, ditatalaksana, menerima pelayanan di unit yang selalu memiliki staf sepanjang hari atau dalam waktu 72 jam setelah pemulangan pasien, termasuk dari Unit Gawat Darurat (UGD) rumah sakit	0	0	0	0
b	Kematian bayi cukup bulan yang tidak diantisipasi	0	0	0	0
c	Bayi dipulangkan kepada orang tua yang salah	0	0	0	0
d	Penculikan pasien yang sedang menerima perawatan, tata laksana, dan pelayanan	0	0	0	0
e	Pasien kabur (atau pulang tanpa izin) dari unit perawatan yang selalu dijaga oleh staf sepanjang hari (termasuk IGD), yang menyebabkan kematian, cedera permanen, atau cedera sementara derajat berat bagi pasien tersebut	0	0	0	0
f	Reaksi transfusi hemolitik yang melibatkan pemberian darah atau produk darah dengan inkompatibilitas golongan darah mayor (ABO, Rh, kelompok darah lainnya)	0	0	0	0
g	Pemeriksaan, kekerasan (yang menyebabkan kematian, cedera permanen, atau cedera sementara derajat berat) atau pembunuhan pasien yang sedang menerima perawatan, tata laksana, dan layanan ketika berada dalam lingkungan rumah sakit	0	0	0	0



h	Pemeriksaan, kekerasan (yang menyebabkan kematian, cedera permanen, atau cedera sementara derajat berat) atau pembunuhan anggota staf, praktisi mandiri berizin, pengunjung, atau vendor ketika berada dalam lingkungan rumah sakit	0	0	0	0
i	Tindakan invasif, termasuk operasi yang dilakukan pada pasien yang salah, pada sisi yang salah, atau menggunakan prosedur yang salah (secara tidak sengaja)	0	0	0	0
j	Tertinggalnya benda asing dalam tubuh pasien secara tidak sengaja setelah suatu tindakan invasif, termasuk operasi	0	0	0	0
k	Hiperbilirubinemia neonatal berat (bilirubin >30 mg/dL);	0	0	0	0
l	Fluoroskopi berkepanjangan dengan dosis kumulatif >1.500 rad pada satu medan tunggal atau pemberian radioterapi ke area tubuh yang salah atau pemberian radioterapi >25% melebihi dosis radioterapi yang direncanakan	0	0	0	0
m	Kebakaran, lidah api, atau asap, uap panas, atau pijaran yang tidak diantisipasi selama satu episode perawatan pasien	0	0	0	0
n	Semua kematian ibu intrapartum (terkait dengan proses persalinan); atau	0	0	0	0
o	Morbiditas ibu derajat berat (terutama tidak berhubungan dengan perjalanan alamiah penyakit pasien atau kondisi lain yang mendasari) terjadi pada pasien dan menyebabkan cedera permanen atau cedera sementara derajat berat	0	0	0	0

4.8 Grafik Kejadian Sentinel Triwulan III Tahun 2022



Analisa :

Pada monitoring kejadian sentinel di triwulan III Tahun 2022 tidak ditemukan insiden.



4.9 Monitoring Kejadian Tidak Diharapkan

Tabel Monitoring Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)

KEJADIAN KTD		Juli	Agust	Sept	Total
a	Reaksi transfusi yang sudah dikonfirmasi	0	0	0	0
b	Kejadian serius akibat efek samping obat	0	0	0	0
c	Kesalahan pengobatan	0	1	2	3
d	Perbedaan diagnosa pra operasi dan pasca operasi	0	0	0	0
e	Pola kejadian tidak diharapkan selama sedasi prosedural tanpa memandang cara pemberian	0	0	1	1
f	Pola kejadian tidak diharapkan selama anestesi tanpa memandang cara pemberian	0	0	0	0
g	Kejadian tidak diharapkan yang berkaitan dengan identifikasi pasien	0	0	0	0
h	Kejadian lain				
1	Infeksi berkaitan dengan pelayanan kesehatan atau wabah penyakit menular	0	0	0	0
2	Pasien jiwa melarikan diri	0	0	0	0
3	Insiden lain-lain :				
	a. Jatuh	0	1	0	1
	b. IDO	2	2	0	4
	c. ISK	0	0	0	0
	d. Plebitis	0	0	0	0

4.10 Analisa Kejadian Tidak Diharapkan

Tabel Analisis Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)

No	KTD	ANALISIS AKAR MASALAH	GR	TINDAKAN
1	Wound dehiscence MDRO paha kiri pada pasien post operasi arteri graft	Berdasar kultur pus, diketahui bahwa antibiotik yang telah diberikan pada pasien, termasuk AB yang resistant		Sosialisasi terkait Pedoman Penggunaan Antibiotik kepada DPJP terkait insiden
2	Infeksi Daerah Operasi (IDO) daerah perut	Pelaksanaan ganti balut belum sesuai dengan SPO ganti balut		Melakukan review SPO ganti balut
3	Infeksi Daerah Operasi	Pasien tidak dilakukan kultur sehingga antibiotik definitive tidak dapat ditentukan, pasien diberi antibiotik empirik ceftriaxone		<ol style="list-style-type: none"> Sosialisasi kepada DPJP terkait peta medan kuman terkini (restriksi pemberian ceftriaxone) Evaluasi PPK bedah (appendicitis) dengan cantumkan AB pilihan dan durasi, AB topikal perlukah, drain+irigasi Perlu kajian Perlunya pemberian antibiotik topikal untuk perawatan



				luka dan efektivitas dalam mencegah timbunan pus atau apabila terjadi infeksi
4	Pasien kanker payudara stadium 4 metastase di rawat untuk perbaikan keadaan umum dan kemoterapi mengalami henti jantung sesaat tiba di ruang rawat inap	1. Pasien mengalami penurunan kondisi pada proses transfer dari rawat jalan menuju rawat inap oleh petugas CSO		Lakukan resosialisasi SPO dan sosialisasi ke staf
		2. Waktu tunggu rawat jalan belum sesuai standar indikator mutu		Perawat rawat jalan menghubungi dokter sebelum jam praktek tentang jadwal dan perkiraan jumlah pasien
5	Infeksi Daerah Operasi area kepala post craniotomy	1. Pengisian bundle IDO tidak lengkap		Sosialisasi kepatuhan pengisian formulir Bundle IDO ke Rawat Inap
		2. Edukasi perawatan luka dirumah kurang optimal dan belum ada media leaflet		Koordinasi dengan PKRS untuk dibuatkan leaflet perawatan luka pasca operasi selama di rumah
		3. Pasien diberi antibiotik topikal saat dirumah, kecurigaan IDO dari topikal antibiotik yang diberikan		Sosialisasi tentang keuntungan dan kerugian pemberian salep antibiotik kepada perawat dan keluarga pasien
		4. Perawatan luka memerlukan perhatian khusus (pengadaan alkesnya dll)		Kajian Perlukah dibuat kebijakan tentang ruang khusus ganti balut?
6	Pasien jatuh dari tempat tidur	<ol style="list-style-type: none"> Pasien bingung akan kondisinya/ tidak menyadari kelemahannya Gangguan keseimbangan 		<ol style="list-style-type: none"> Memberikan edukasi kepada keluarga tentang pencegahan pasien resiko jatuh Pemasangan restrain kalau perlu, pastikan pengamanan tempat tidur terpasang Memberikan sosialisasi ulang kepada staf perawat firdaus tentang pencegahan jatuh pada pasien beresiko jatuh
7	Keterlambatan cito Hemodialisa	Belum ada SPO Penjadwalan Perawat Tindakan Cito HD		Pembuatan SPO Penjadwalan Perawat Tindakan Cito HD, Resosialisasi SPO Penjadwalan Perawat Tindakan Cito HD



8	Pemberian diazepam tanpa advis DPJP dokter bangsal	Petugas memasukkan obat sisa tanpa advis dari DPJP dokter bangsal		Memberikan bimbingan personal
9	Kesalahan pemberian obat spironolactone	Tidak dilakukan identifikasi pada pemberian obat		Melakukan resosialisasi SPO identifikasi pasien

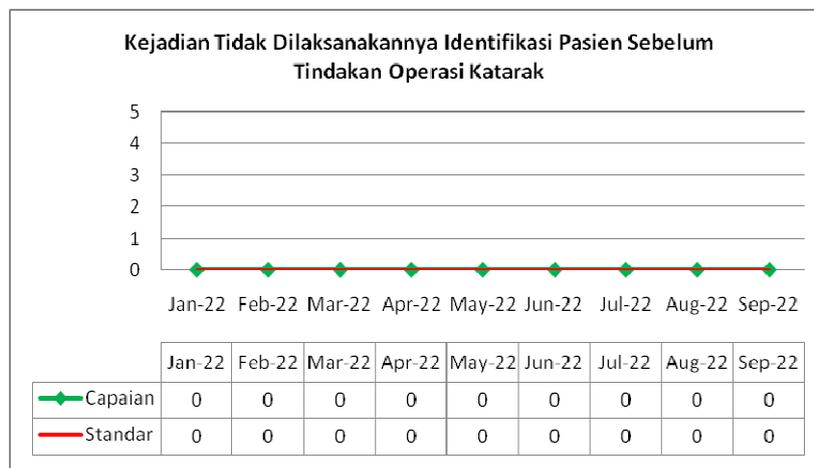
4.11 Analisa Kejadian Tidak Cidera / Kejadian Potensial Cidera / Kejadian Nyaris Cidera

No	KTC / KPC / KNC	ANALISIS AKAR MASALAH	GR	TINDAKAN
1	KNC : Kesalahan Pemberian obat tramadol tetapi isi obat furosemide	Jenis penampilan ampul tramadol yang fornax kosong		Upayakan pembelian produk sesuai formularium rumah sakit
2	KNC : Kesalahan identifikasi pemberian obat	Tidak ada media pengingat dan refresh SPO Penyiapan obat sudah lama tidak dilakukan		1. Melakukan resosialisasi SPO Verifikasi Obat 2. Buat banner "Lakukan verifikasi obat pada setiap tahap penyiapan obat"
3	KTC : Kesalahan Barcode pada identitas pasien	Tidak dilakukan identifikasi ulang data yang diinput sebelum cetak barcode		Sosialisasi SPO Admisi pasien
4	KTC : Kesalahan pemeriksaan laboratorium klinik, order widal dilakukan pemeriksaan bilirubin direk, indirek dan total	Saat menerima permintaan laboratorium, petugas tidak langsung memberi stabilo pada kolom pemeriksaan yang diminta (vidal)		Sosialisasi Prosedur Permintaan Pemeriksaan pada analisis laboratorium

BAB V
PENERAPAN SASARAN KESELAMATAN PASIEN

5.1. SASARAN I

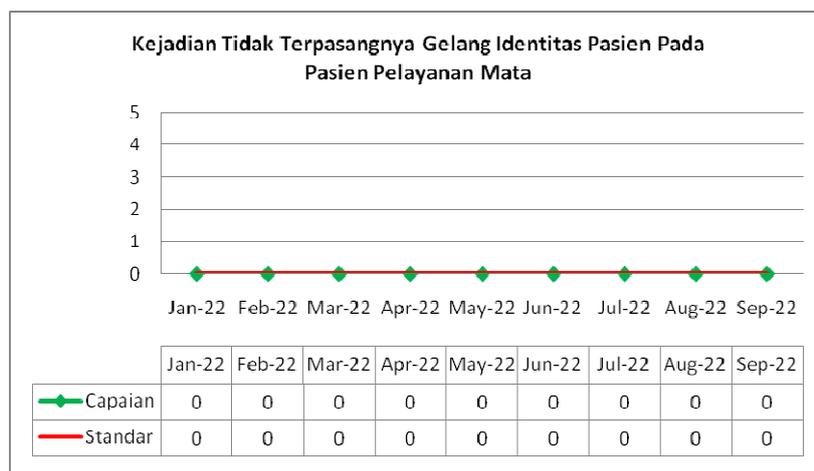
5.1.1. Kejadian Tidak Dilaksanakannya Identifikasi Pasien Sebelum Tindakan Operasi Katarak



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka tidak dilaksanakannya identifikasi pasien sebelum tindakan operasi katarak, pada triwulan III adalah 0 kejadian, telah mencapai standar 0 kejadian.
- Bila dibandingkan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.

5.1.2. Kejadian Tidak Terpasangnya Gelang Identitas Pasien Pada Pasien Pelayanan Mata

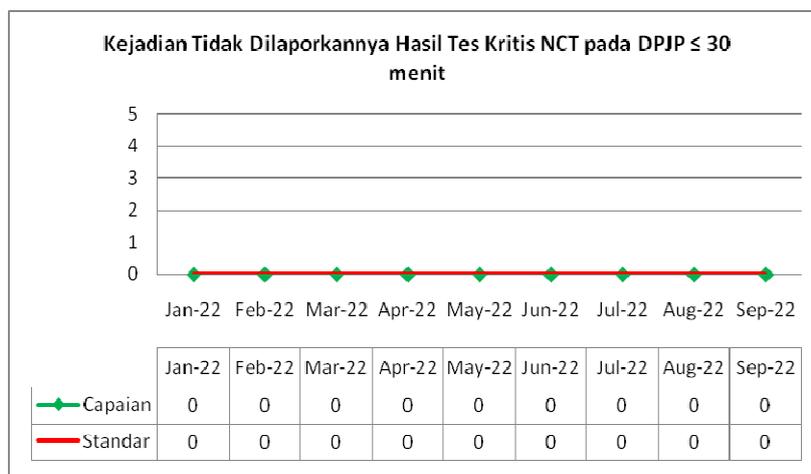


Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu kejadian tidak terpasangnya gelang identitas pasien pada pasien pelayanan mata, pada triwulan III telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.

5.2. SASARAN II

5.2.1. Kejadian Tidak Dilaporkannya Hasil Tes Kritis NCT pada DPJP \leq 30 menit

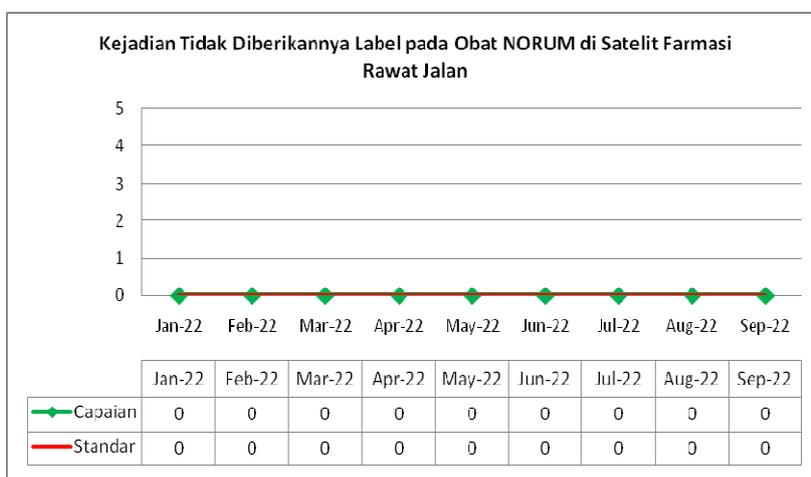


Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu kejadian tidak dilaporkannya hasil tes kritis NCT pada DPJP \leq 30 menit, pada triwulan III telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.

5.3. SASARAN III

5.3.1. Kejadian Tidak Diberikannya Label pada Obat NORUM di Satelit Farmasi Rawat Jalan

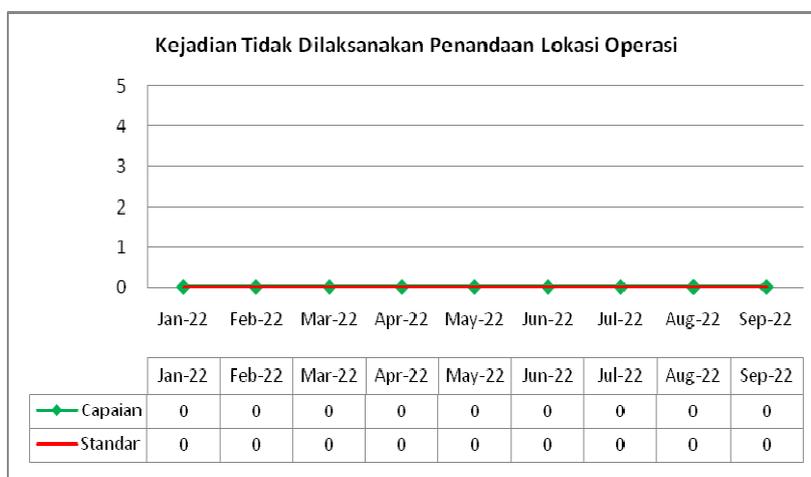


Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu kejadian tidak diberikannya label pada obat NORUM di satelit farmasi rawat jalan, pada triwulan III adalah 0 kejadian, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama.

5.4. SASARAN IV

5.4.1. Kejadian Tidak Dilaksanakan Penandaan Lokasi Operasi

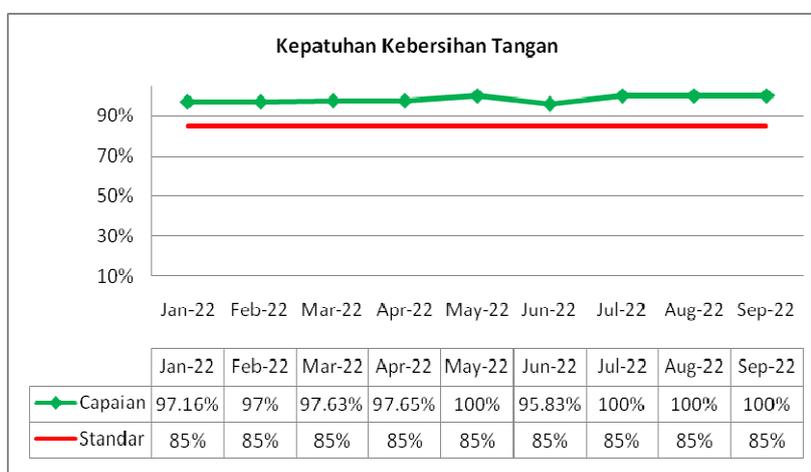


Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu kejadian tidak dilaksanakan penandaan lokasi operasi, pada triwulan III telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.

5.5. SASARAN V

5.5.1. Kepatuhan Kebersihan Tangan



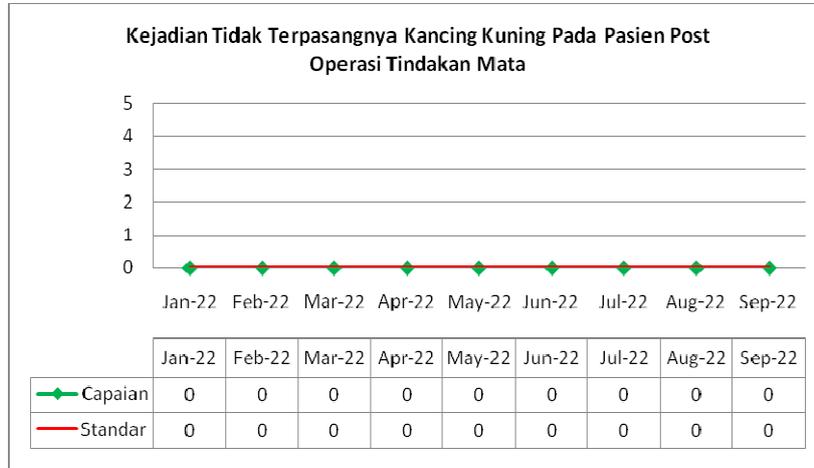
Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu kepatuhan kebersihan tangan di SEC, pada triwulan III telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya lebih baik.



5.6. SASARAN VI

5.6.1. Kejadian Tidak Terpasangnya Kancing Kuning Pada Pasien Post Operasi Tindakan Mata

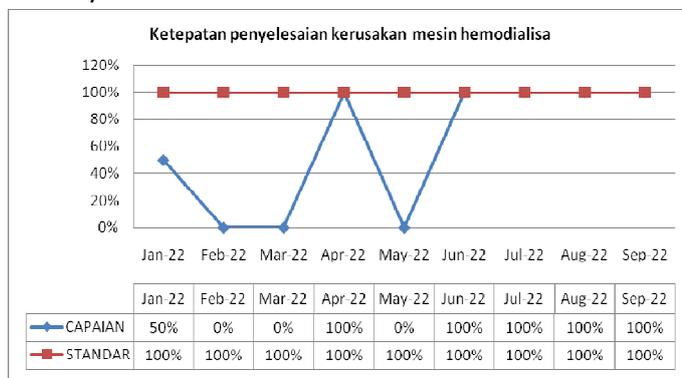


Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu kejadian tidak terpasangnya kancing kuning pada pasien post operasi tindakan mata, pada triwulan III telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.

BAB VI
EVALUASI KONTRAK KLINIS DAN MANAJEMEN

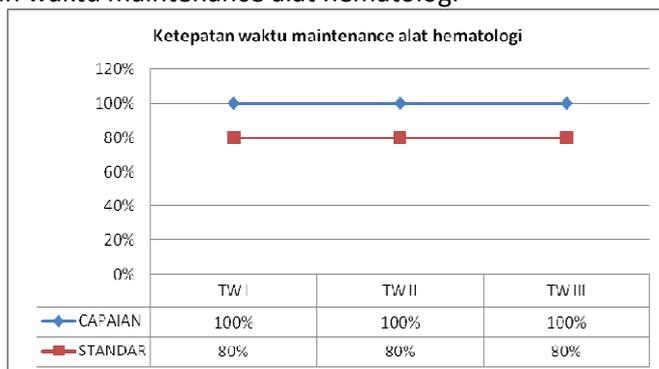
6.1. Ketepatan Penyelesaian Kerusakan Mesin Hemodialisa



Analisa :

- Capaian indikator mutu ketepatan penyelesaian kerusakan mesin hemodialisa pada triwulan III telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya lebih baik.

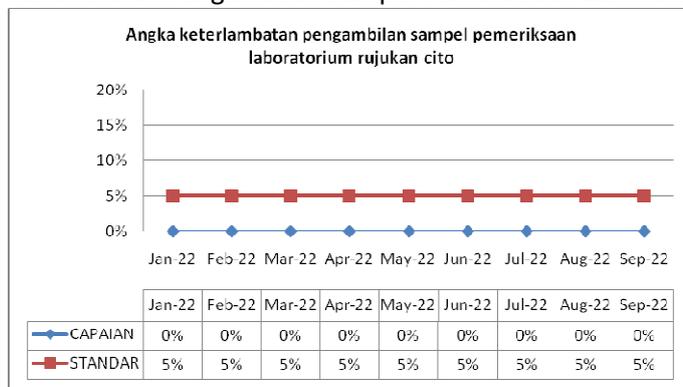
6.2. Ketepatan waktu maintenance alat hematologi



Analisa :

- Capaian indikator mutu ketepatan waktu maintenance alat hematologi pada triwulan III telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.

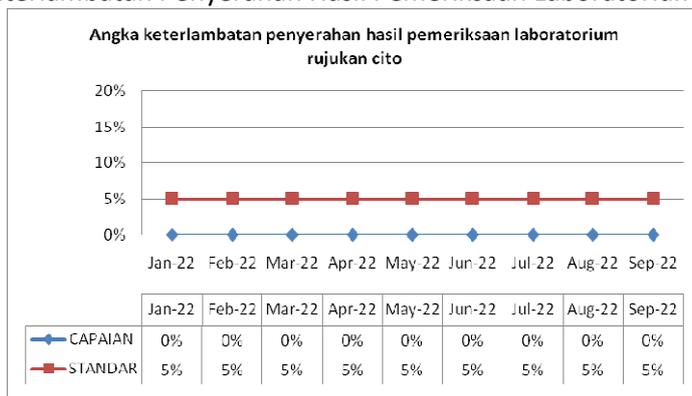
6.3. Angka Keterlambatan Pengambilan Sampel Pemeriksaan Laboratorium Rujukan Cito



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu, pada triwulan III telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.

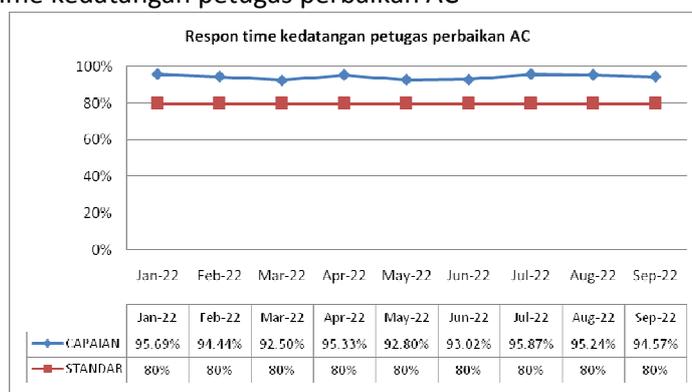
6.4. Angka Keterlambatan Penyerahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium Rujukan Cito



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka keterlambatan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium rujukan cito, pada triwulan III telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.

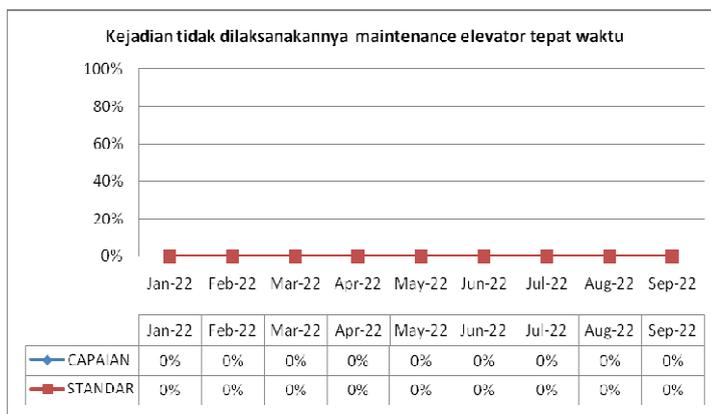
6.5. Respon time kedatangan petugas perbaikan AC



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu pada triwulan III adalah 95%, telah melebihi standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya lebih baik.

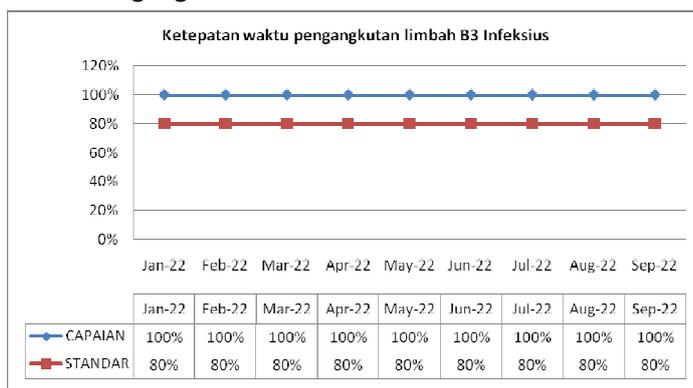
6.6. Kejadian Tidak Dilaksanakannya Maintenance Elevator Tepat Waktu



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu pada triwulan III adalah 0%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.

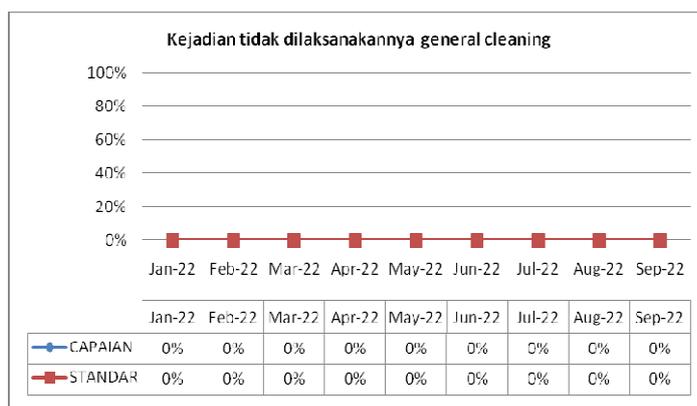
6.7. Ketepatan Waktu Pengangkutan Limbah B3 Infeksius



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu ketepatan waktu pengangkutan limbah B3 Infeksius pada triwulan III adalah 100%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.

6.8. Kejadian Tidak Dilaksanakannya General Cleaning



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu pada triwulan III adalah 0%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.

BAB VII
PELATIHAN SEMUA STAF

7.1. Tabel Staf yang Mendapatkan Pelatihan

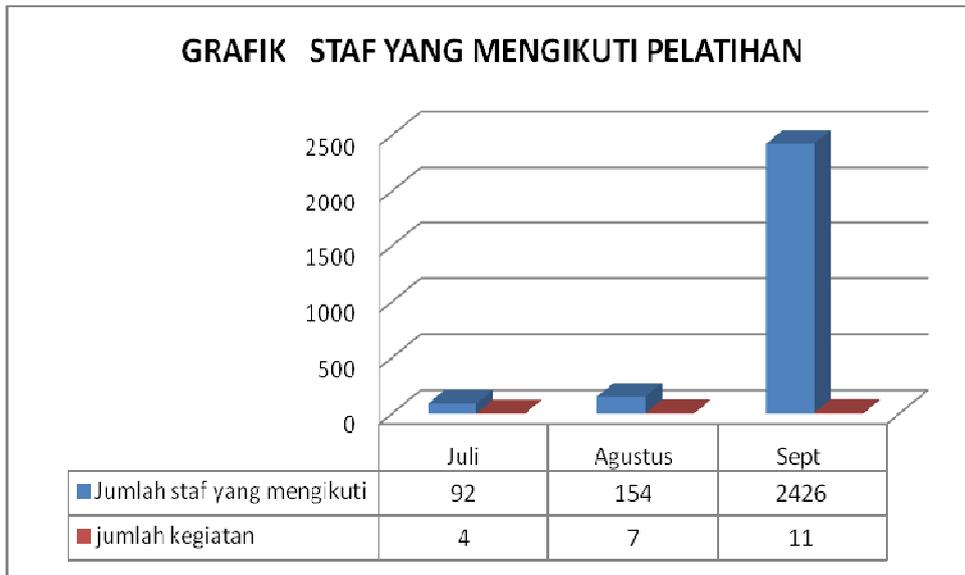
No.	Waktu Kegiatan / Acara	Jumlah Peserta	Peserta	Kelompok	Kegiatan
1	14 Juli 2022	24	24	Keperawatan	Pelatihan Wound Care
2	15 Juli 2022	36	13	Medis	Workshop Penghitungan Biaya Satuan (Unit Cost)
			8	Keperawatan	
			12	Non Medis	
			3	Penunjang	
3	12 Juli 2022	15	13	Medis	RTD - The Power To Accomplish More oleh dr. Nur Anna CS, Sp.PD
			2	Penunjang	
4	13 Juli 2022	17	15	Medis	RTD - Update Issues In Hypertention Management oleh dr. M. Saugi Abduh, Sp.PD
			2	Penunjang	
5	11 Agustus 2022	62	58	Keperawatan	Pelatihan Pemberian Obat, Efek Samping Obat dan Medication Error
			3	Penunjang	
6	24 Agustus 2022	16	16	Penunjang	Pelatihan Pengkajian Resep dan Penggunaan Obat
7	24 Agustus 2022	18	6	Medis	RTD - Tatalaksana Asma Dewasa Berdasarkan Pedoman Terkini oleh dr.Nur anna
			4	Keperawatan	
			8	Coass	
8	5 Agustus 2022	17	15	Medis	RTD - Terapi Hiperlipidemia Dengan Penyakit Penyerta Cardio oleh dr. Adhitia Budy Prakoso, Sp.JP
			2	Penunjang	
9	16 Agustus 2022	17	5	Medis	RTD - Importance Of 24 Hour BP Control Impact Of BP Variability oleh dr.Nur anna
			4	Keperawatan	
			8	Coass	
10	23 Agustus 2022	11	9	Medis	RTD - Clinical Case Sharing Experience Initiation IdegAsp From Basal Insulin oleh dr. Nur Anna CS, Sp.PD
			2	Penunjang	
11	30 Agustus 2022	14	12	Medis	RTD - Superiority Ozempic In Type 2 DM Management oleh dr. Nur Anna CS, Sp.PD
			2	Penunjang	



12	6 September 2022	29	13	Keperawatan	Pelatihan Central Sterile Supply Departement
			16	Non Medis	
13	14 September 2022	117	22	Non Medis	Pelatihan PMKP Implementasi Aplikasi SIDOKAR
			18	Penunjang	
			4	Medis	
			73	Keperawatan	
14	21 September 2022	62	21	Non Medis	Workshop Penyusunan RKA 2023
			6	Penunjang	
			28	Medis	
			7	Keperawatan	
15	24 September 2022	37	4	Non Medis	Workshop ICRA
			7	Penunjang	
			1	Medis	
			25	Keperawatan	
16	24 September 2022	47	43	Keperawatan	Pelatihan Penatalaksanaan Nyeri Dengan PCA CADD
			4	Medis	
17	19 September 2022	43	30	Non Medis	Pelatihan Linen dan Laundry
			13	Keperawatan	
18	5 - 19 September 2022	568	568	Keperawatan	Pelatihan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi
19	5 - 30 September 2022	926	568	Keperawatan	Pelatihan Keselamatan dan kesehatan Kerja
			218	Penunjang	
			140	Non Medis	
20	6 - 19 September 2022	568	568	Keperawatan	Pelatihan Fiqh Bagi Orang Sakit
21	16 September 2022	15	9	Medis	RTD - Asam Keto Originator Yang Dapat Menghambat Progestifitas Ginjal Kronik oleh dr. Shofaa Casani
			4	Keperawatan	
			2	Penunjang	
22	29 September 2022	14	8	Medis	RTD - Penatalaksanaan Terapi Kegawatdaruratan Pada Asma oleh dr. Erwin budi Cahyono, Sp.PD
			2	Penunjang	
			4	koass	



7.2. Grafik Kegiatan Pelatihan semua staf



7.3. Analisa

Pada kegiatan pelatihan semua staf Rumah Sakit Islam Sultan Agung di triwulan III Tahun 2022 didapatkan kegiatan pelatihan sebanyak 22 kegiatan pelatihan. Adapun rincian kegiatan selama triwulan III adalah sebagai berikut pada bulan Juli ada 4 kegiatan pelatihan, bulan Agustus ada 7 kegiatan pelatihan, dan bulan September ada 11 kegiatan pelatihan, dengan jumlah peserta (staf yang mengikuti kegiatan) sebanyak 2672 staf.

BAB VIII
MENKOMUNIKASIKAN HASIL PENGUKURAN MUTU

8.1. Komunikasi Hasil Capaian Ke Staf



Komunikasi ke staf terkait capaian indikator mutu disampaikan melalui intranet IT Blog Rumah Sakit Islam Sultan Agung.

8.2. Keaktifan Penginputan Ke SIDOKAR

Pada triwulan III tahun 2022 didapatkan unit yang tidak aktif dalam penginputan capaian indikator mutu ke SIDOKAR, adalah sebagai berikut :

8.2.1. Tabel Ketidakeaktifan penginputan ke SIDOKAR

No	Unit Kerja
1	Bagian Umum dan Pengadaan
2	Bagian Administrasi dan Sumber Daya Insani (SDI)
3	Bagian Pelayanan Dakwah dan Ketakmiran Masjid
4	Instalasi Farmasi



8.2.2. Presentase Keaktifan Penginputan



8.2.3. Analisa

Dari tabel diatas didapatkan 4 unit yang tidak aktif dalam penginputan indikator mutu dan sudah dilakukan pengiriman surat peringatan perihal keaktifan pelaporan indikator mutu oleh komite mutu rumah sakit di bulan September 2022. sedangkan presentase keaktifan di dapatkan 6% tidak aktif dan 94% aktif dalam penginputan indikator mutu pada triwulan III Tahun 2022.



BAB IX PENUTUP

Demikian laporan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien triwulan III tahun 2022 ini, semoga dapat menjadi bahan evaluasi dalam mengelola program peningkatan mutu dan keselamatan pasien sehari-hari sesuai dengan apa yang direncanakan, agar dapat mendukung tercapainya tujuan.

Semarang, 7 Oktober 2022
Komite Mutu Rumah Sakit

dr. Ayu Sekar Melati
Ketua