

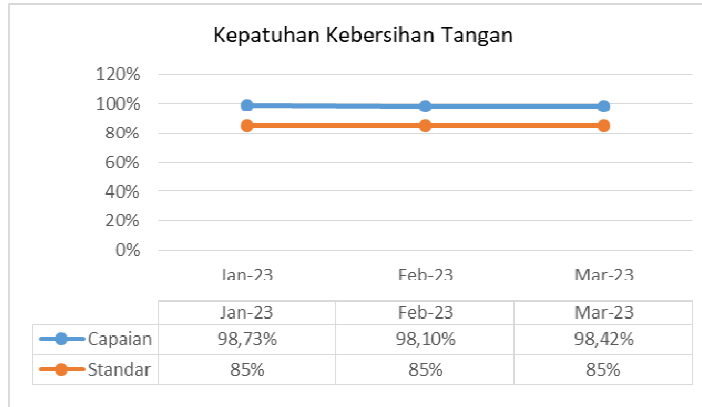
BAB I

PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN

A. Pemenuhan Indikator Mutu

1. Indikator Nasional Mutu (INM)

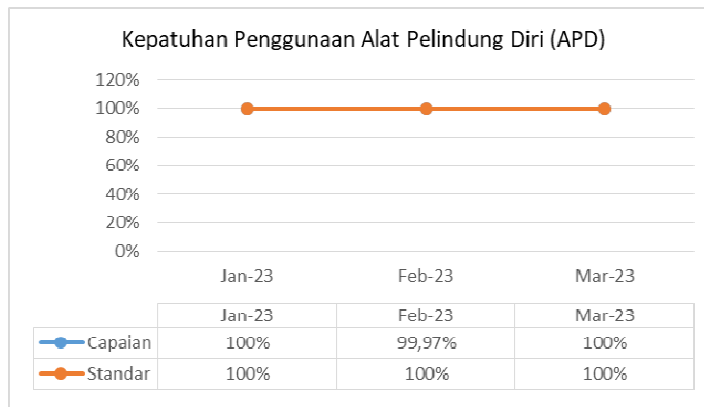
1) Kepatuhan Kebersihan Tangan



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu kepatuhan kebersihan tangan, pada triwulan I adalah 98.42%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian dari bulan Januari sampai Maret, hasilnya sama baiknya.

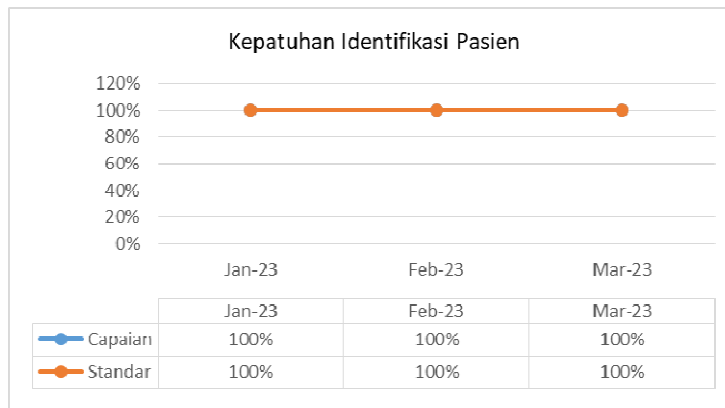
2) Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu kepatuhan penggunaan alat pelindung diri (APD), pada triwulan I adalah 99%, belum mencapai standar. IPCN akan melakukan koordinasi dan melakukan monitoring dan evaluasi penggunaan alat pelindung diri.
- Bila dibandingkan dengan capaian dari bulan Januari sampai Maret, hasilnya ada peningkatan.

3) Kepatuhan Identifikasi Pasien



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu kepatuhan identifikasi pasien, pada triwulan I adalah 100%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian dari bulan Januari sampai Maret, hasilnya sama baiknya.

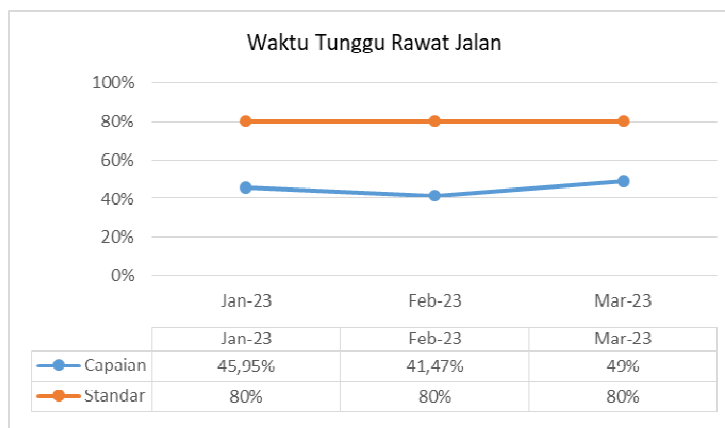
4) Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi

	Jan-23	Feb-23	Mar-23
Capaian	Ø	Ø	Ø
Standar	80%	80%	80%

Analisa :

- Selama periode Januari - Maret 2023 tidak ada pasien operasi seksio sesarea emergensi kategori I.

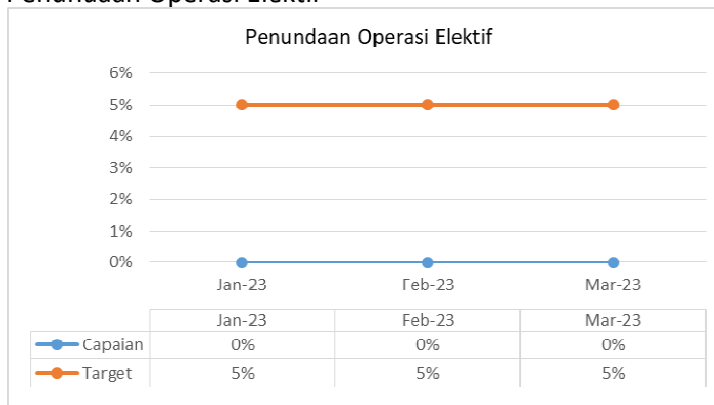
5) Waktu Tunggu Rawat Jalan



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu waktu tunggu rawat jalan, pada triwulan I adalah 45%, belum mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian dari bulan Januari sampai Maret, hasilnya sama.
- Tindak lanjut : koordinasi instalasi rawat jalan dengan bidang pelayanan medis, IT, dan bagian pendaftaran.

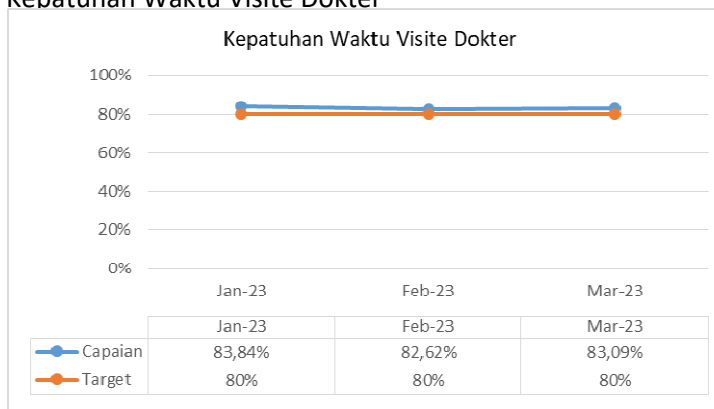
6) Penundaan Operasi Elektif



Analisa :

- Capaian indikator mutu penundaan operasi elektif, pada triwulan I adalah 0%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian dari bulan Januari sampai Maret, hasilnya sama baiknya.

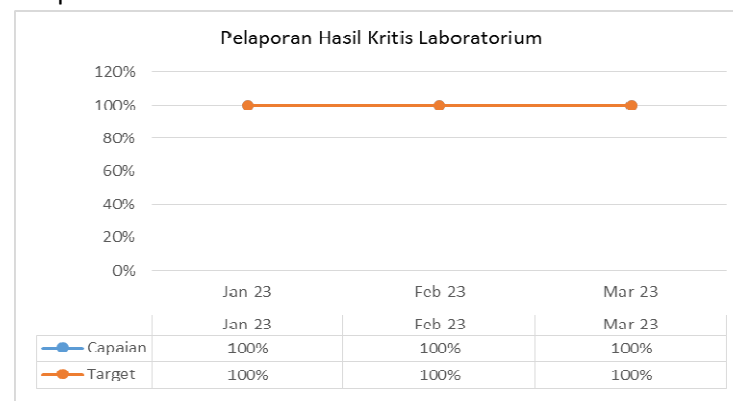
7) Kepatuhan Waktu Visite Dokter



Analisa :

- Capaian indikator mutu pada triwulan I adalah 83%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian dari bulan Januari sampai Maret, hasilnya sama baiknya.

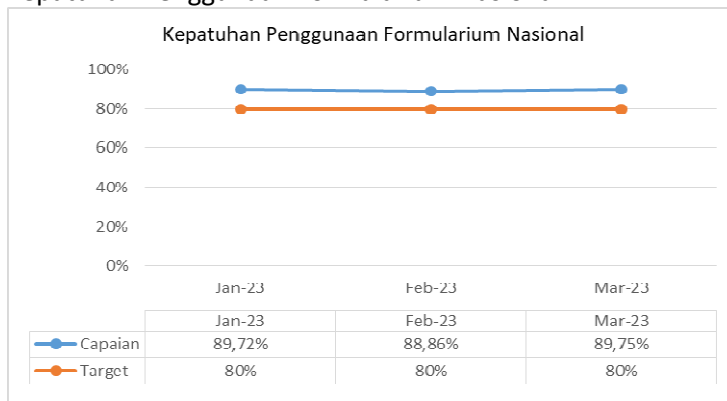
8) Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium



Analisa :

- Capaian indikator mutu pelaporan hasil kritis laboratorium pada triwulan I adalah 100%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian dari bulan Januari sampai Maret, hasilnya sama baiknya.

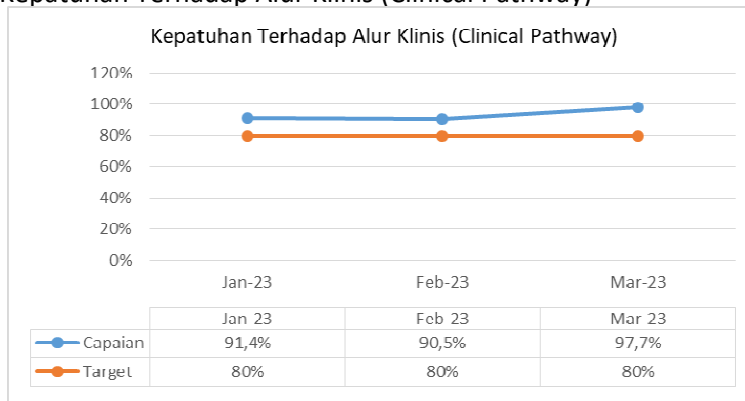
9) Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional



Analisa :

- Capaian indikator mutu kepatuhan penggunaan formularium nasional pada triwulan I adalah 89.44%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian dari bulan Januari sampai Maret, hasilnya meningkat.

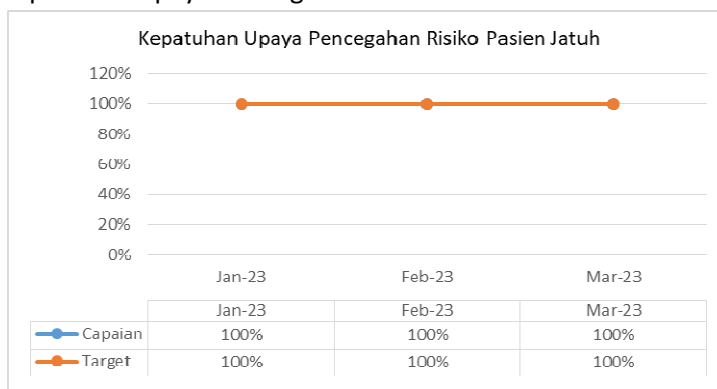
10) Kepatuhan Terhadap Alur Klinis (Clinical Pathway)



Analisa :

- Capaian indikator mutu kepatuhan terhadap clinical pathway pada triwulan I adalah 93.2%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian dari bulan Januari sampai Maret, hasilnya meningkat.

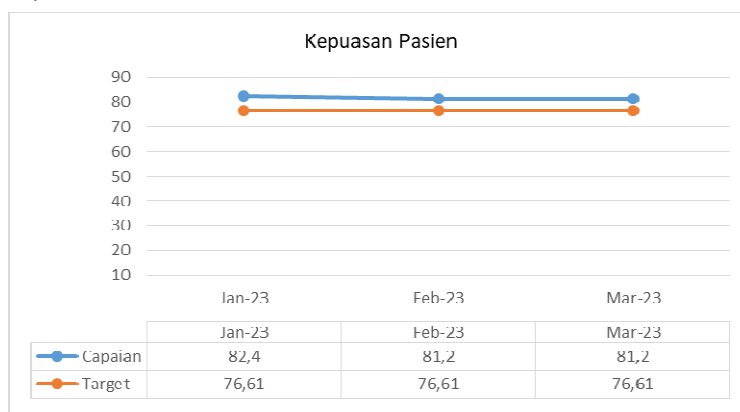
11) Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh



Analisa :

- Capaian indikator mutu pada triwulan I adalah 100%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian dari bulan Januari sampai Maret, hasilnya sama baiknya.

12) Kepuasan Pasien

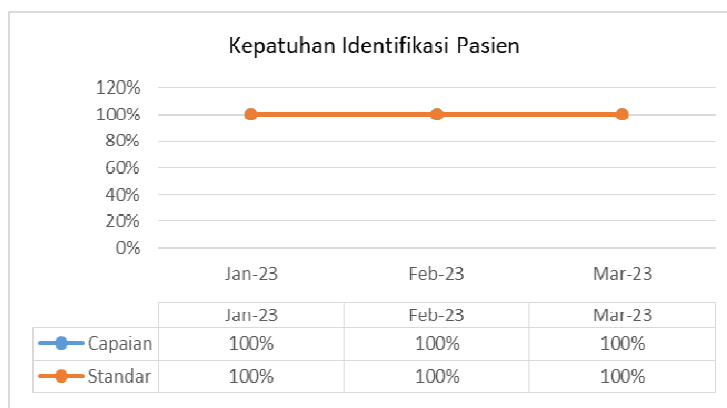


Analisa :

- Capaian indikator mutu kepuasan pasien pada triwulan I adalah 81.6, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian dari bulan Januari sampai Maret, hasilnya sama baiknya.
- Berdasarkan laporan unit Humas pada triwulan I tidak ada laporan tentang ketidakpuasan pelanggan terkait adanya peserta didik di RSISA.

2. Indikator Mutu Sasaran Keselamatan Pasien (SKP)

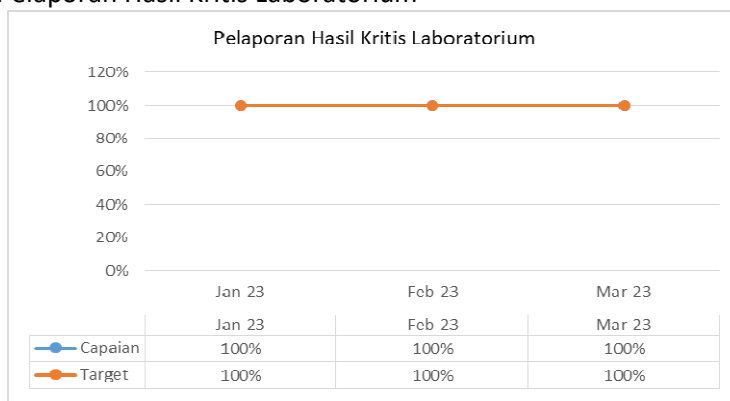
1) Kepatuhan Identifikasi Pasien



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu kepatuhan identifikasi pasien, pada triwulan I adalah 100%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian dari bulan Januari sampai Maret, hasilnya sama baiknya.

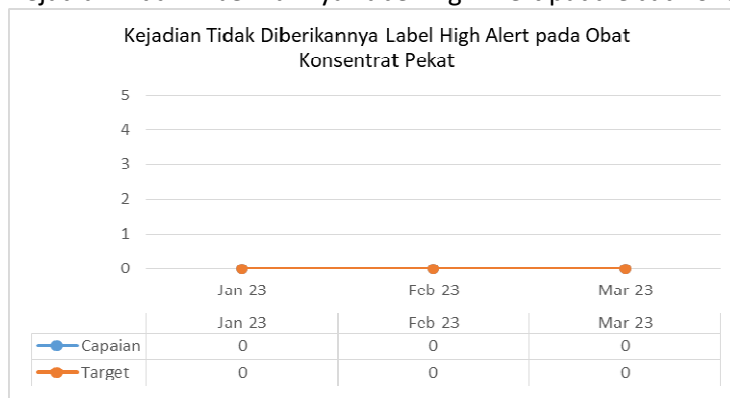
2) Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium



Analisa :

- Capaian indikator mutu pelaporan hasil kritis laboratorium pada triwulan I adalah 100%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian dari bulan Januari sampai Maret, hasilnya sama baiknya.

3) Kejadian Tidak Diberikannya Label High Alert pada Obat Konsentrat Pekat



Analisa :

- Capaian indikator mutu kejadian tidak diberikannya label high alert pada obat konsentrat pekat pada triwulan I adalah 0 kejadian, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian dari bulan Januari sampai Maret, hasilnya sama baiknya.

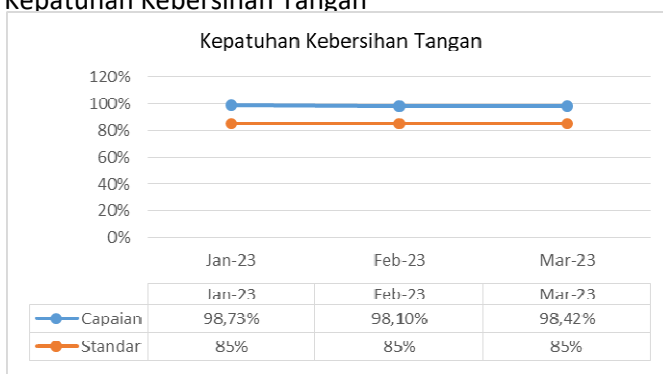
4) Pelaksanaan sign in, time out, dan sign out



Analisa :

- Capaian indikator mutu pelaksanaan sign in, time out, dan sign out pada triwulan I adalah 100%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian dari bulan Januari sampai Maret, hasilnya sama baiknya.

5) Kepatuhan Kebersihan Tangan



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu pada triwulan I adalah 98.42%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian dari bulan Januari sampai Maret, hasilnya sama baiknya.

6) Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh



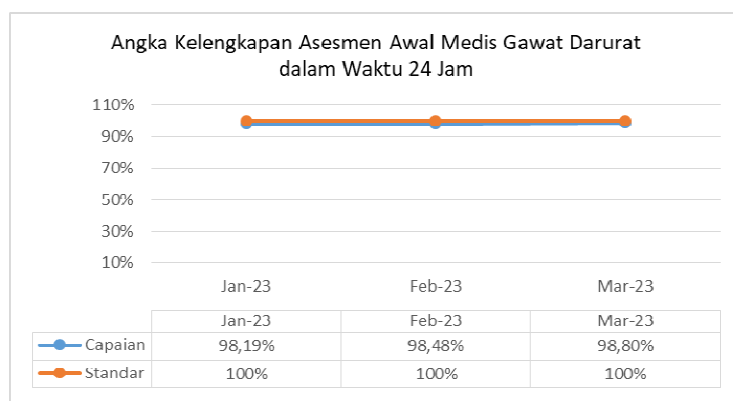
Analisa :

- Capaian indikator mutu pada triwulan I adalah 100%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian dari bulan Januari sampai Maret, hasilnya sama baiknya.

3. Indikator Mutu Prioritas Unit

1) Instalasi Gawat Darurat

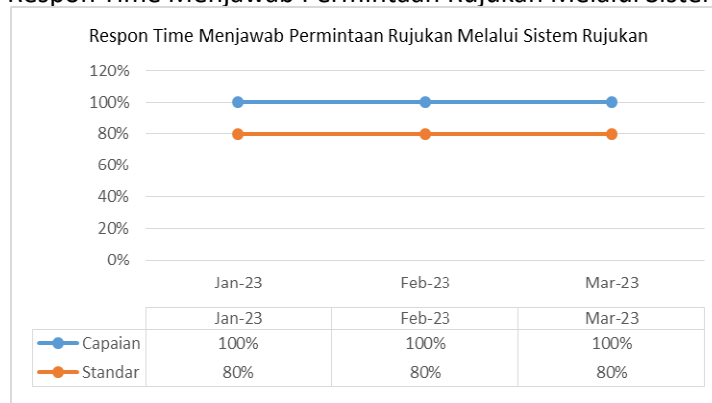
a) Angka Kelengkapan Asesmen Awal Medis Gawat Darurat dalam Waktu 24 Jam



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka kelengkapan asesmen awal medis gawat darurat dalam waktu ≤ 24 jam, pada triwulan I adalah 98.5%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian dari bulan Januari sampai Maret, hasilnya meningkat.

b) Respon Time Menjawab Permintaan Rujukan Melalui Sistem Rujukan

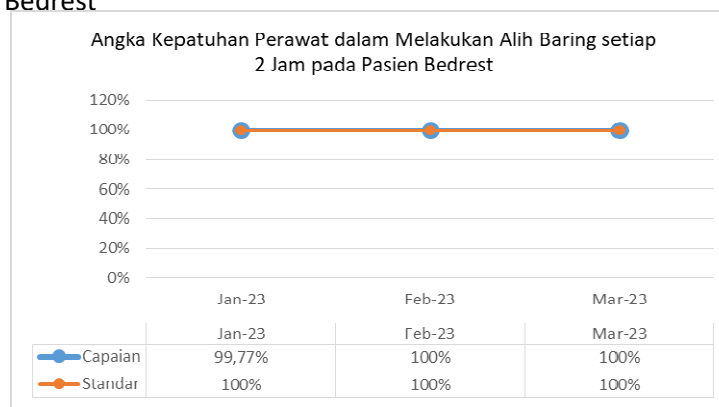


Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu respon time menjawab permintaan rujukan melalui sistem rujukan, pada triwulan I telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian dari bulan Januari sampai Maret, hasilnya sama baiknya.

2) Instalasi Intensive Care Unit (ICU)

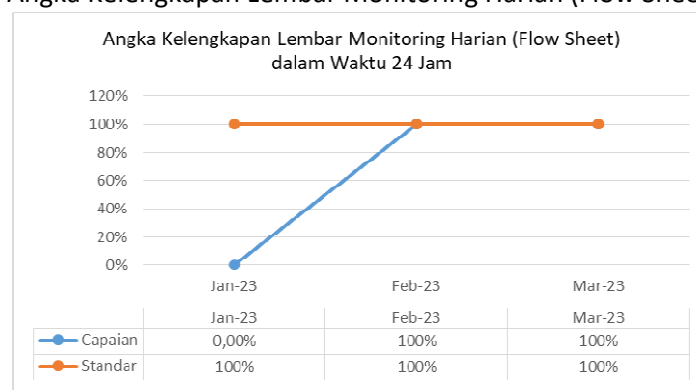
a) Angka Kepatuhan Perawat dalam Melakukan Alih Baring setiap 2 Jam pada Pasien Bedrest



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu pada triwulan I telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian dari bulan Januari sampai Maret, hasilnya meningkat.

b) Angka Kelengkapan Lembar Monitoring Harian (Flow Sheet) dalam Waktu 24 Jam

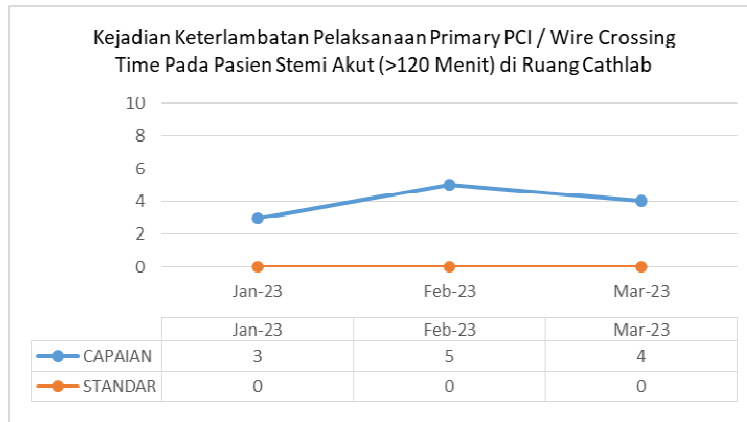


Analisa :

- Pengukuran indikator mutu kelengkapan lembar monitoring harian dalam waktu 24 jam baru dimulai bulan Februari 2023, dan hasilnya mencapai standar.

3) Cardiovascular Center

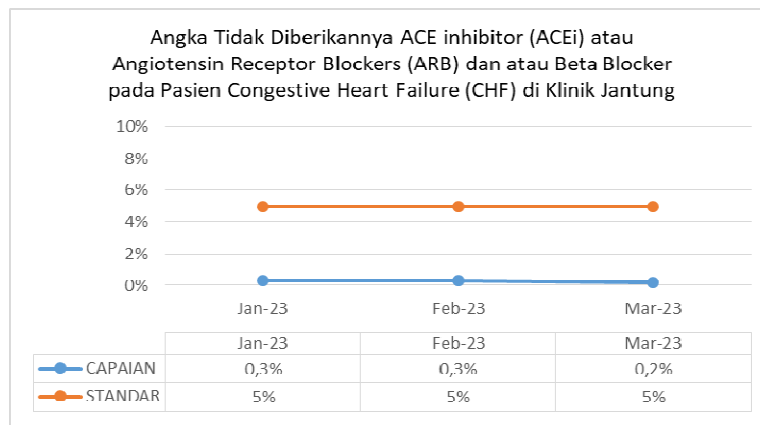
a) Kejadian Keterlambatan Pelaksanaan Primary PCI/ Wire Crossing Time Pada Pasien Stemi Akut (> 120 menit) di Ruang Cathlab



Analisa :

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

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

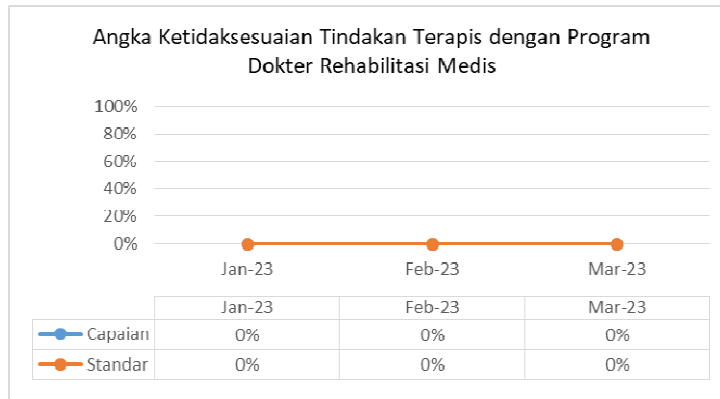


Analisa :

- Capaian indikator mutu pada triwulan I telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian dari bulan Januari sampai Maret, hasilnya sama.

4) Instalasi Rehabilitasi Medik

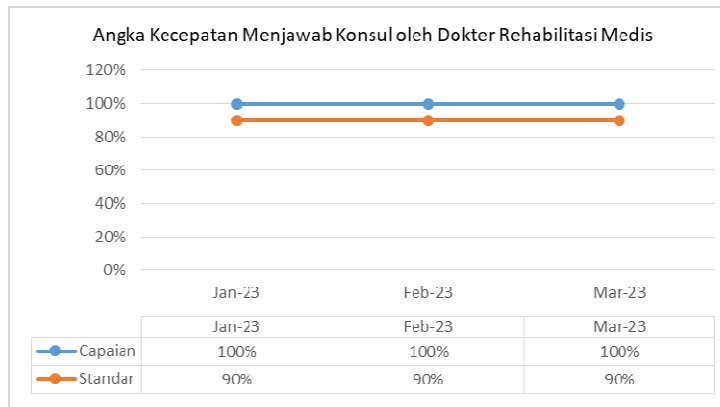
a) Angka Ketidaksesuaian Tindakan Terapis dengan Program Dokter Rehabilitasi Medis



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu pada triwulan I telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian dari bulan Januari sampai Maret, hasilnya sama.

b) Angka Kecepatan Menjawab Konsul oleh Dokter Rehabilitasi Medis

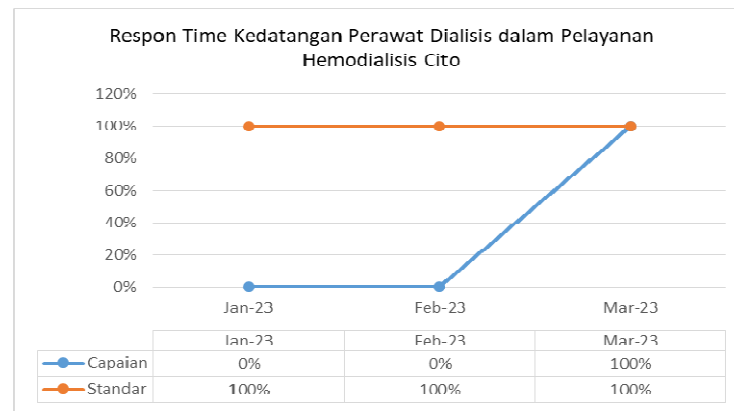


Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu pada triwulan I telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian dari bulan Januari sampai Maret, hasilnya sama.

5) Instalasi Hemodialisa

a) Respon Time Kedatangan Perawat Dialisis dalam Pelayanan Hemodialisis Cito

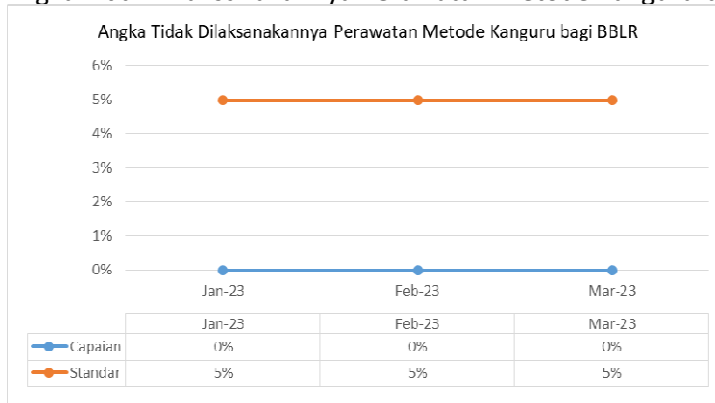


Analisa :

- Pengukuran indikator mutu kelengkapan lembar monitoring harian dalam waktu 24 jam baru dimulai bulan Februari 2023, dan hasilnya mencapai standar.

6) Instalasi Perinatologi dan Maternal

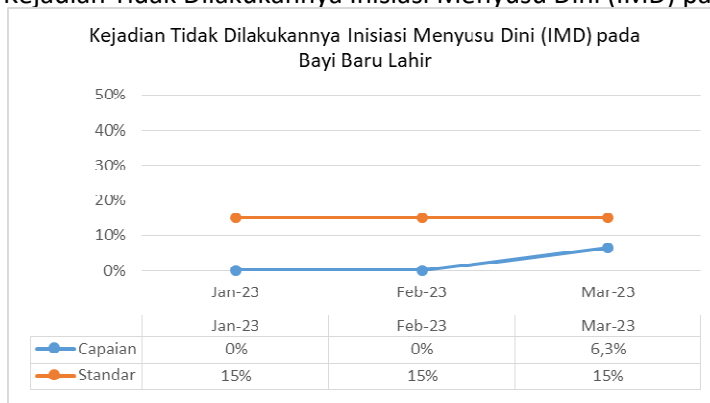
a) Angka Tidak Dilaksanakannya Perawatan Metode Kanguru bagi BBLR



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu pada triwulan I telah mencapai standar. Semua BBLR telah dilaksanakan perawatan metode kanguru.
- Bila dibandingkan dengan capaian dari bulan Januari sampai Maret, hasilnya sama.

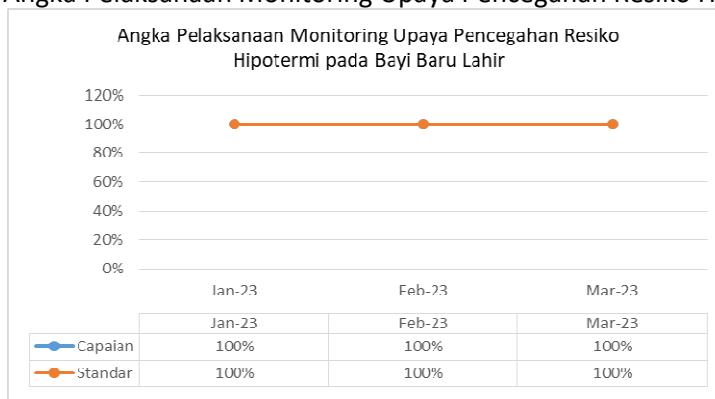
b) Kejadian Tidak Dilakukannya Inisiasi Menyusu Dini (IMD) pada Bayi Baru Lahir



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu pada triwulan I telah mencapai standar. Di Bulan Maret ada 2 bayi baru lahir yang tidak dilakukan IMD.
- Bila dibandingkan dengan capaian dari bulan Januari sampai Maret, hasilnya menurun.

c) Angka Pelaksanaan Monitoring Upaya Pencegahan Resiko Hipotermi pada Bayi Baru Lahir

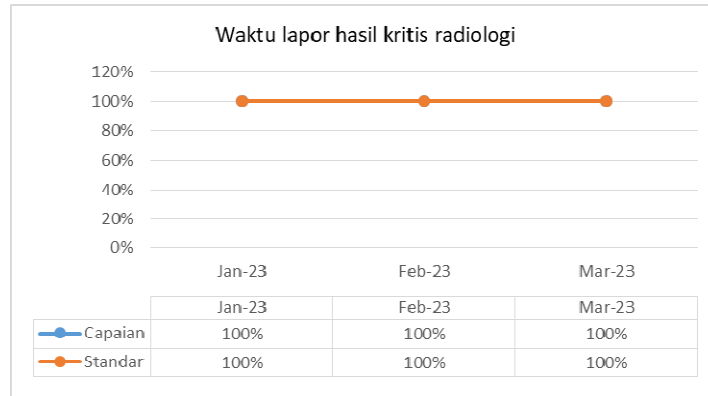


Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu pada triwulan I telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian dari bulan Januari sampai Maret, hasilnya sama.

7) Instalasi Radiologi

a) Waktu lapor hasil kritis radiologi

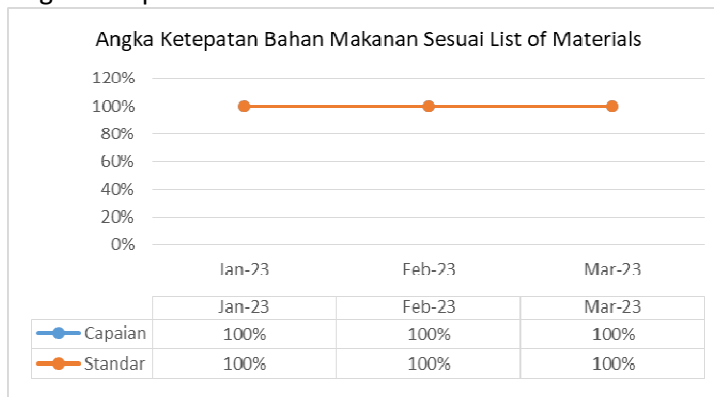


Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu pada triwulan I telah mencapai standar. Hasil kritis telah dilaporkan ≤ 60 menit.
- Bila dibandingkan dengan capaian dari bulan Januari sampai Maret, hasilnya sama.

8) Instalasi Gizi

a) Angka Ketepatan Bahan Makanan Sesuai List of Materials



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu pada triwulan I telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian dari bulan Januari sampai Maret, hasilnya sama baiknya.

b) Angka Ketepatan Pemberian Diet pada Pasien Diet Sonde



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu pada triwulan I telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian dari bulan Januari sampai Maret, hasilnya sama.

4. Indikator Mutu Syariah

1. Indikator mutu wajib syariah

NO	JUDUL INDIKATOR MUTU	STANDAR	CAPAIAN		
			JAN	FEB	MARET
1	Pendampingan talqin kepada pasien sakaratul maut (<i>End of Life</i>)	100%	100%	100%	100%
2	Mengingatkan waktu sholat	100%	100%	100%	100%
3	Pemasangan DC sesuai gender	100%	100%	100%	100%

2. Indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) syariah

NO	JUDUL INDIKATOR MUTU	STANDAR	CAPAIAN		
			JAN	FEB	MARET
1	Pemasangan EKG sesuai gender	100%	100%	100%	100%
2	Hijab untuk pasien	80%	100%	100%	100%
3	Penutup dada pada ibu menyusui	100%	100%	98%	100%
4	Membaca basmalah pada pemberian obat dan tindakan	80%	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%
7	Pemakaian hijab di kamar operasi	100%	100%	100%	100%
8	Penjadwalan operasi elektif tidak terbentur waktu sholat	80%	100%	100%	100%
9	Angka dilaksanakannya akad ijarah pada pasien rawat inap	80%	100%	100%	100%
10	Angka dilaksanakannya akad syariah dalam perjanjian kerjasama	80%	Tidak ada data		

3. Indikator mutu unit syariah

NO	JUDUL INDIKATOR MUTU	STANDAR	CAPAIAN		
			JAN	FEB	MARET
1	Angka bimbingan psikospiritual unit BPI kepada pasien ruang rawat inap	90%	100%	100%	100%
2	Angka kepatuhan pelaporan budaya baca al quran perunit kerja	80%	54%	76%	82%
3	Angka kehadiran kegiatan doa pagi karyawan	90%	94.66%	95.63%	95.77%
4	Angka kehadiran tahsin Al-Qur'an karyawan	90%	94.66%	94.43%	94.99%
5	Membaca basmalah sebelum pengambilan sampel	80%	100%	100%	100%
6	Membaca basmalah sebelum tindakan kontras	80%	100%	100%	100%

B. Monitoring Upaya Keselamatan Pasien

1. Monitoring Sentinel dan KTD

1) Tabel Monitoring Sentinel

KEJADIAN SENTINEL		Jan	Feb	Mar	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	Fluoroscopi 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

2) Tabel Monitoring KTD

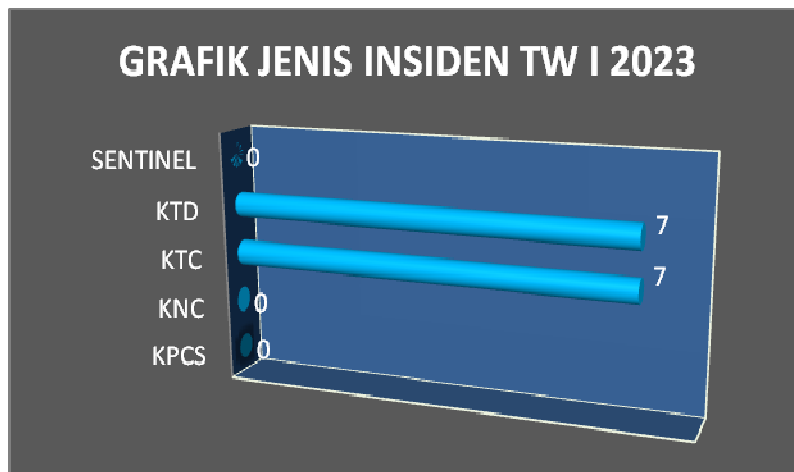
KEJADIAN KTD		Jan	Feb	Mar	Total
a	Reaksi transfusi yang sudah dikonfirmasi	0	0	0	0
b	Kejadian serius akibat efek samping obat	0	0	0	0
c	Kesalahan pengobatan	0	3	0	3
d	Perbedaan diagnosa pra operasi dan pasca operasi	0	0	0	0
e	Pola kejadian tidak diharapkan selama sedasi prosedural tanpa memandang cara pemberian	0	0	0	0
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	0	0	0
b.	IDO	3	0	1	4
c.	ISK	0	0	0	0
d.	Plebitis	0	0	0	0

2. Insiden Keselamatan Pasien

1.1 Jenis Insiden

JENIS INSIDEN	Jan	Feb	Mar	Total
KPCS	0	0	0	0
KNC	0	0	0	0
KTC	3	4	0	7
KTD	4	2	1	7
SENTINEL	0	0	0	0
TOTAL	7	6	1	14

1.2 Grafik Jenis Insiden Triwulan I 2023



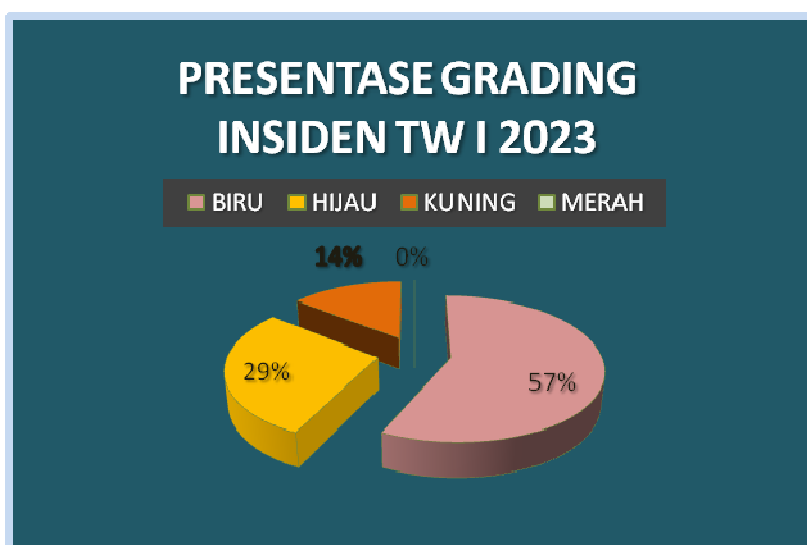
Analisa

Jenis insiden pada triwulan I tahun 2023 didapatkan jenis insiden Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) sebanyak 7 insiden dan Kejadian Tidak Cidera (KTC) sebanyak 7 insiden. Sedangkan insiden Kejadian Potensial Cidera Signifikan (KPCS), Kejadian Nyaris Cidera (KNC) dan sentinel pada triwulan I tidak ditemukan.

1.3 Grading Insiden

GRADING INSIDEN	Jan	Feb	Mar	Total
BIRU	3	5	0	8
HIJAU	2	1	1	4
KUNING	2	0	0	2
MERAH	0	0	0	0
TOTAL	7	6	1	14

1.4 Presentase Grading Insiden Triwulan I 2023



Analisa

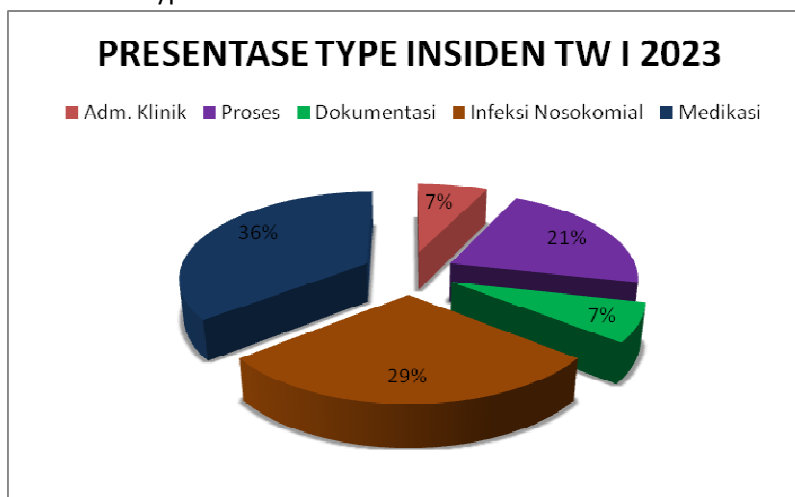
Pada grading insiden dihasilkan dari perkalian antara dampak dan frekuensi dari insiden pada triwulan I didapatkan hasil grading insiden terbanyak pada grading warna biru sebanyak 8, warna hijau 4, warna kuning 2 dan merah tidak ditemukan. Untuk presentase tertinggi dengan

warna biru sebesar 57%, warna hijau sebesar 29%, warna kuning sebesar 14% 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 8, investigasi sederhana 2 minggu dengan warna hijau sebanyak 4, dan investigasi komprehensif 45 hari dengan warna kuning sebanyak 2.

1.5 Type Insiden

TIPE INSIDEN	Jan	Feb	Mar	Total
Administrasi klinik	0	1	0	1
Proses/ prosedur klinik	1	2	0	3
Dokumentasi	1	0	0	1
Infeksi nosokomial (HAIs)	3	0	1	4
Medikasi	2	3	0	5
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	0	0	0
Kecelakaan	0	0	0	0
Infrastruktur	0	0	0	0
Resource/ manajemen organisasi	0	0	0	0
Laboratorium	0	0	0	0
TOTAL	7	6	1	14

1.6 Presentase Type Insiden Triwulan I 2023



Analisa

Pada triwulan I didapatkan type insiden sebanyak 5 type dari 14 type insiden yang ada. Pada type insiden terbanyak medikasi ada 5 dengan presentase 36%, infeksi nosokomial (HAIs) ada 4 dengan presentase 29%, proses ada 3 dengan presentase 21%, administrasi klinik dan dokumentasi ada 1 dengan presentase 7%.

3. Analisis Pelaporan Insiden

No	Tanggal Insiden	Unit Pelapor	Kejadian	Jenis	Grading	Akar Masalah	Tindak Lanjut
1	3 Januari 2023	ICU	IDO pada area kepala	KTD		Lokasi luka dikepala sehingga tidak dapat dihindari kejadian dekompresi luka terus menerus akibat tidak optimalnya alih baring.	Pembaharuan regulasi dan sosialisasi SPO alih baring pada pasien dengan luka dominan dikepala.
2	5 Januari 2023	B. Salam 1	Obat tanpa label	KTC		Petugas farmasi tidak memberikan informasi ke perawat bahwa kemasan obat Nacl berbeda	Petugas farmasi rawat inap memberikan sosialisasi tentang SPO penerimaan barang datang di logistik farmasi kepada petugas perawat B. Salam 1
3	6 Januari 2023	B. Salam 2	IDO post craniotomy dengan Abses Extradural	KTD		Terduga proses desinfeksi pre operasi untuk pasien craniotomi belum seragam	Revio SPO persiapan operasi dan ganti balut luka.
4	9 Januari 2023	Farmasi MCEB	Salah cetak SEP pasien JKN	KTC		Staff belum terbiasa dalam melakukan sesuai dengan prosedur yang baru	Melakukan sosialisasi kepada staff pendaftaran tentang SPO registrasi pasien dengan menggunakan asuransi
5	12 Januari 2023	B. Salam 1	IDO ESBL karena obesitas	KTD		IDO terjadi karena factor resiko obesitas sehingga proses personal hygiene tidak terpenuhi, sulitnya alih baring pasien akibat dekompresi pada luka operasi.	Edukasi keluarga untuk pelaksanaan personal hygiene untuk cegah IDO, dan konsulkan fisioterapi terkait alih baring pasien sehingga dekompresi luka tidak akibat IDO
6	21 Januari 2023	B. Izzah 2	Ketidaksesuaian antara nama pasien di sisrut rujukan dengan nama pasien yang akan dirujuk	KTD		Petugas MPP salah menginput data pasien yang akan dirujuk, karena petugas MPP menginput melalui handphone dan tidak melihat data rekam medis. Belum ada regulasi terkait SISROUTE	Rekomendasi Penyusunan SPO SISROUTE Usulan MPP : Proses penginputan sisrute dilakukan oleh unit kerja.
7	26 Januari 2023	Coder	Pasien keluar ruang rawat inap sebelum proses penjaminan asuransi selesai	KTC		Komunikasi antara pasien, perawat, AP, kasir dan petugas asuransi tidak terintegrasi	1. Pelaksanaan sosialisasi kelengkapan dokumen rekam medis untuk petugas AP, untuk mempermudah penentuan diagnosis akhir pasien yang

							akan diajukan untuk pengajuan klaim 2. Mengadakan pelatihan komunikasi efektif kepada Administrasi Pasien (AP)
8	1 Februari 2023	B. Salam 1	E-prescribe obat cefotaxime 1 gr diberi ceftriaxone 1gr	KNC		Salah Penempatan obat ceftriaxone pada kotak obat cefotaxime	Pemberian arahan pada petugas pengembalian barang retur, agar proses penempatan obat retur dikerjakan saat pekerjaan sudah longgar
9			Epress obat ampicillin sulbactam yang datang dari farmasi ampicillin sodium	KNC		1. Ampicillin sulbactam merupakan produk baru dulu bacesyn 1,5 gram – penggantian menjadi generik – TTK belum familier dengan ampicillin sulbactam 2. Pada obat belum ada stiker NORUM	Sosialisasi terkait produk ampicillin sulbactam sebagai pengganti bacesyn 1,5 gram Pengajuan produk ampicillin sulbactam kedalam daftar obat NORUM
10	13 Februari 2023		Epress ketorolac dapat phytomenoidon 1 Amp	KNC		Salah pengambilan obat	Pemindahan tempat penyimpanan obat phytomenadione ke almari yang berbeda dengan kotak penempatan ketorolac
11	16 Februari 2023	IGD	Darah tidak sesuai permintaan dokter	KTC		Formulir permintaan darah tidak terisi lengkap	Memberikan sosialisasi kepada petugas IGD (perawat dan dokter Jaga IGD) tentang pengisian formulir permintaan darah terbaru
12	18 Februari 2023	B. Salam 2	Tulang geser / dislokasi pasca tindakan removal implant, rekonstruksi, dan bipolar hemoartoplasty	KTD		Teknik pemindahan pasien dari bed tindakan di IBS ke bed Tranfer (bed pasien) tidak tepat	Melakukan refresh kepada staf tentang SPO Pemindahan pasien antar bed
13	19 Februari 2023	B. Izzah 2	Kelalaian dalam melakukan pendokumentasian advice dokter	KTD		Perawat tidak melakukan kroscek ulang terkait terapi pasien pada saat melakukan handover	1. Melakukan pembinaan kepada staf yang melakukan kelalaian 2. Melakukan observasi dan evaluasi kepada staf selama 3 bulan 3. Melakukan refresh



							SPO handover ke semua staf B. Izzah 2
14	9 Maret 2023	IGD	Temuan infeksi daerah operasi pasien post sectio caesaria et causa ketuban pecah dini dan partus macet	KTD		1. Pada pemeriksaan kultur pus didapatkan "staphylococcus aureus" yang merupakan infeksi kolonisasi dari pasien, sehingga disimpulkan salah satu risiko IDO adalah karena kebersihan tubuh pasien. 2. Pasien Sectio Caesaria dengan riwayat ketuban pecah dini, masuk dalam kategori operasi terkontaminasi. Pada pasien ini antibiotik profilaksis sudah diberikan sesuai dengan regulasi. Untuk antibiotik terapeutik pada kasus ini diberikan amoxicillin peroral. dimana hasil kultur sensitifitas, amoxicillin sudah resisten. 3. Belum ada regulasi terkait pemberian terapi antibiotik terapeutik pada pasien post tindakan Sectio Caesaria dengan risiko infeksi tinggi	1. Menyusun regulasi kebersihan pasien sebelum tindakan operasi (salah satunya section caesaria) dengan pertimbangan kondisi pasien, pasien yang mandiri bisa disarankan mandi, bila kondisi pasien terbatas, dilakukan sbin oleh perawat. 2. Sosialisasikan terkait prosedur kebersihan badan sebelum tindakan operasi pada seluruh perawat. Pertemuan koordinasi penyusunan Panduan Praktik Klinik Sectio Caesaria dengan risiko infeksi tinggi. 1. Saran dr. Rahayu Sp.MK dan dr. Arif Sp.OT antibiotik terapeutik pada pasien post SC dengan risiko tinggi, dapat diberi cefalosporin generasi ke II/III (misalnya cefotaxime) secara

						intravena selama 2 hari (48 jam), setelahnya diberikan antibiotik peroral amoxicillin atau cefadroxil selama 5 hari.
						2. Sosialisasikan kepada seluruh anggota KSM OBSGYN.

C. Monitoring Manajemen Risiko

1. Monitoring Hasil FMEA

a. Monitoring Hasil FMEA tahun 2022 "Proses Perbekalan Pelayanan Farmasi"

Judul Indikator Mutu	Capaian Uji Coba		
	Jan	Feb	Mar
Kejadian ketidaksesuaian antara fisik barang dengan faktur pembelian	0 Kejadian	0 Kejadian	0 Kejadian

b. Monitoring FMEA Tahun 2021 "Risiko Kesalahan Identifikasi Pasien Di Radiologi" : Tidak Ada IKP Terkait Kesalahan Identifikasi Di Bagian Radiologi

Desain FMEA	Laporan Kejadian		
	Jan	Feb	Mar
Formulir ceklist QC Radiologi RSI.SA	0 Kejadian	0 Kejadian	0 Kejadian

2. Analisa

Kegiatan monitoring hasil desain dan redesain FMEA tahun 2021 dan 2022 di triwulan I tahun 2023 tidak ditemukan adanya kejadian sehingga desain tersebut dapat di pertahankan.

BAB II

PERMASALAHAN, ANALISA DAN RENCANA TINDAK LANJUT

A. Permasalahan

1. Masih ada unit kerja yang kurang tepat waktu dalam melaporkan mutu INM dan indikator mutu prioritas unit.
2. Belum adanya regulasi dan pembagian tugas dalam melaksanakan pemantauan risiko.
3. Perlu upaya dalam meminta unit layanan menyelesaikan dokumen dari upaya perbaikan dari insiden keselamatan pasien.
4. Masih adanya resistensi unit layanan berkaitan dengan pelaporan insiden.

B. Analisa

1. Staf pengumpul data dari beberapa unit yang belum patuh melaporkan mutu belum memahami pentingnya capaian indikator mutu untuk dibuat laporan analisis dan tindak lanjut.
2. Penyusunan daftar risiko telah dibuat, namun belum terlaksana integrasi didalam pemantauannya.
3. Unit layanan merasa bahwa bila ada banyak insiden diunitnya maka unit memiliki performa kurang baik, sehingga unit resisten dalam laporan insiden.

C. Rencana Tindak Lanjut

1. Supervisi pada pelaporan INM diprioritaskan, agar setiap bulannya KMRS dapat menyampaikan capaian INM pada laporan bulanan, dan bisa mengkoordinir pertemuan analisis akar masalah dan upaya tindak lanjut dari INM, serta laporan capaian INM ke aplikasi Mutu Fasyankes dapat tepat waktu.
2. Pertemuan dengan PPI, K3 dan Unit Sarpras untuk mengintegrasikan proses pemantauan risiko.
3. Pelaksanaan sosialisasi kembali terkait laporan insiden melalui leaflet atau edaran berkait alur pelaporan insiden, melalui IT blog dan WA grup.

BAB III **PENUTUP**

Demikian Laporan Kinerja Komite Mutu Rumah Sakit Triwulan I tahun 2023 ini kami sampaikan, dengan harapan dapat diterima dan menjadi perbaikan berkelanjutan yang bermanfaat bagi pengembangan Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

Semarang, 19 Ramadhan 1444 H
10 April 2023 M

Hormat kami,
Ketua Komite Mutu Rumah Sakit



dr. Ayu Sekar Melati