



RUMAH SAKIT IBU & ANAK
ANNISA BLORA

Jl. RA. Kartini No. 7 Kunden – Blora, Telp. (0296) 5300533
Email : rsiaannisablora@gmail.com

**LAPORAN INDIKATOR MUTU DAN KESELAMATAN
PASIEN
RS IBU & ANAK ANNISA BLORA
TRIWULAN I TAHUN 2024
(Periode MARET-MEI 2024)**



RUMAH SAKIT IBU & ANAK
ANNISA BLORA

Jl. RA. Kartini No. 7 Kunden – Blora, Telp. (0296) 5300533
Email : rsiaannisablora@gmail.com

Nomor : 01/RA_PKMP/III/2024
Lampiran : 1 berkas
Halaman : Laporan PMKP

Yth.

Direktur RSIA ANNISA BLORA
Di Tempat

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Bersama ini kami sampaikan laporan kegiatan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien periode Maret-Mei 2024.

Laporan ini meliputi :

1. Pengukuran dan Penetapan indikator mutu RS
2. Pembentukan dan Penerapan IKP
3. Pengukuran kepatuhan penerapan *clinical pathway*
4. Penentuan Pengukuran efisiensi dan efektivitas Mutu keuangan RS
5. Pelatihan untuk menunjang program peningkatan mutu dan keselamatan pasien
6. Pengukuran dan evaluasi budaya keselamatan pasien
7. Penerapan program manajemen risiko di rumah sakit
8. Lainnya.

Demikian hal ini kami sampaikan, atas perhatiannya disampaikan terima kasih.

Wassalamu'alikum Wr. Wb.



RUMAH SAKIT IBU & ANAK
ANNISA BLORA

Jl. RA. Kartini No. 7 Kunden – Blora, Telp. (0296) 5300533
Email : rsiaannisablora@gmail.com

Komite Mutu
RSIA ANNISA BLORA

Ketua

(dr. Rizal Hanjani Putra)

Sekretaris

(Dinarita Priyantika, SST)



RUMAH SAKIT IBU & ANAK
ANNISA BLORA

Jl. RA. Kartini No. 7 Kunden – Blora, Telp. (0296) 5300533
Email : rsiaannisablora@gmail.com

Nomor : 02/RA/V/2024
Lampiran : 1 Berkas
Hal : Laporan PMKP Triwulan I Tahun 2024

Kepada Yth.
Badan Pembina Harian RSIA ANNISA BLORA
Di Tempat

Assalamu'alaikum. Wr. Wb.

Puji syukur kehadiran Allah SWT atas limpahan rahmat dan karunianya kepada kita semua. Teriring doa dan harapan semoga kelancaran dan kesuksesan selalu menyertai tugas dan pengabdian kita sehari-hari.

Bersama ini kami sampaikan laporan hasil Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) RSIA ANNISA Blora periode Triwulan I (Maret s/d Mei) Tahun 2024 sebagaimana terlampir. Efektif dalam pengisian data INM di bulan MEI 2024. Dari akun Mutu fasyankes. Selanjutnya kami mohon berkenan memberikan *Feed Back* dan tindak lanjut dari PT. Gafaris Putra Medika atas laporan tersebut.

Demikian laporan ini kami sampaikan, atas perhatian dan perkenaan kami haturkan terima kasih.

Wassalamu'alaikum. Wr. Wb.



dr. Nugroho Adiwarso, Sp. OG

Direktur



RUMAH SAKIT IBU & ANAK
ANNISA BLORA

Jl. RA. Kartini No. 7 Kunden – Blora, Telp. (0296) 5300533
Email : rsiaannisablora@gmail.com

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Kegiatan Peningkatan Mutu Dan Keselamatan Pasien
RSIA ANNISA BLORA
Periode MARET-MEI 2024

Telah ditelaah dan disetujui oleh:

Direktur




dr. Nugroho Adiwarso, Sp. OG

BPH PT. Gafaris Putra Medika

dr. Gagah B.A. Nugraha, Sp. OG, M.M.RS

REKOMENDASI TINDAKAN PERBAIKAN

Rekomendasi	TTD dan Nama Terang
<ol style="list-style-type: none">1. Perlu komitmen dari seluruh layanan mulai dari pucuk pimpinan sampai dengan pelaksana.2. Meningkatkan koordinasi dan sosialisasi untuk pelaksanaan program dan kegiatan secara menyeluruh dan berkesinambungan.3. Perlu meningkatkan kompetensi pegawai terhadap mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko.4. Perlu meningkatkan budaya keselamatan pasien di RSIA Annisa Blora.5. Berkoordinasi dengan bagian umum untuk memenuhi sarana prasarana dan alat kesehatan unit kerja sesuai standar dengan skala prioritas secara efektivitas dan efisiensi	<p data-bbox="938 642 1321 680">BPH PT. Gafaris Putra Medika</p>  <p data-bbox="866 917 1393 954">dr. Gagah B.A.Nugraha, Sp. OG, M.M.RS</p>

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) adalah keseluruhan upaya dan kegiatan yang komprehensif dan integratif yang menyangkut input, proses dan output. Dalam memantau dan menilai mutu dan kewajaran pelayanan terhadap pasien, dan memecahkan masalah-masalah yang teridentifikasi dilaksanakan secara obyektif sistematis dan berkelanjutan sehingga pelayanan yang diberikan berdaya guna dan RSIA ANNISA Blora memiliki program peningkatan mutu dan keselamatan pasien (PMKP) yang menjangkau seluruh unit kerja dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan dan menjamin keselamatan pasien. Komite Mutu mengelola program peningkatan mutu dan keselamatan pasien, agar mekanisme koordinasi pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien di rumah sakit dapat berjalan lebih baik.

PMKP ditujukan pada semua kegiatan di rumah sakit secara menyeluruh dalam spektrum yang luas berupa kerangka kerja untuk perbaikan kinerja dan menurunkan risiko akibat variasi dalam proses pelayanan. Kerangka kerja dalam standar PMKP ini juga dapat terintegrasi dengan kejadian yang tidak dapat dicegah (program manajemen risiko) dan pemanfaatan sumber daya (pengelolaan utilisasi).

Fokus peningkatan mutu dan keselamatan pasien adalah :

1. Pengelolaan kegiatan peningkatan mutu, keselamatan pasien dan manajemen risiko.
2. Pemilihan dan pengumpulan data indikator mutu.
3. Analisis dan validasi data indikator mutu.
4. Pencapaian dan upaya mempertahankan perbaikan mutu.
5. Sistem pelaporan dan pembelajaran keselamatan pasien rumah sakit (SP2KP-RS)
6. Penerapan manajemen risiko.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum.

Mendapatkan gambaran tingkat penerapan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien di RSIA ANNISA BLORA pada Triwulan I 2024.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui capaian pengukuran indikator mutu nasional, indikator mutu prioritas rumah sakit dan indikator mutu prioritas unit.
- b. Mengetahui hasil perbaikan mutu dan mempertahankan perbaikan berkelanjutan.

- c. Mengetahui tingkat kepatuhan terhadap PPK / *clinical pathway*.
- d. Mengetahui dampak efisiensi dan efektivitas prioritas perbaikan terhadap keuangan dan sumber daya.
- e. Mengetahui tren dan variasi Insiden Keselamatan pasien.
- f. Mengetahui tingkat kepatuhan terhadap penerapan sasaran keselamatan pasien.
- g. Mengetahui kesesuaian kontrak klinis dan kontrak manajemen
- h. Mengetahui capaian kegiatan pelatihan untuk menunjang dalam program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
- i. Mengetahui tingkat budaya keselamatan pasien
- j. Mengetahui penerapan program manajemen risiko di rumah sakit
- k. Mengetahui capaian akreditasi Rumah Sakit.

BAB II

KEGIATAN PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN

A. Kegiatan

1. Pengukuran indikator mutu
 - a. Indikator Nasional Mutu RS (INM)
 - b. Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit (IMP RS)
 - c. Indikator Mutu Prioritas Unit (IMP-Unit).
2. Upaya perbaikan mutu dan mempertahankan perbaikan berkelanjutan.
3. Pengukuran kepatuhan penerapan *clinical pathway*.
4. Mengukur dampak efisiensi dan efektivitas prioritas perbaikan terhadap keuangan dan sumber daya.
5. Pelaporan dan Analisa Insiden Keselamatan pasien.
6. Penerapan sasaran keselamatan pasien.
7. Pelatihan untuk menunjang program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
8. Mengkomunikasikan hasil pengukuran mutu meliputi masalah mutu dan capaian data kepada staf.
9. Pengukuran dan evaluasi budaya keselamatan pasien
10. Penerapan program manajemen risiko di rumah sakit
11. Akreditasi Rumah Sakit.
12. Pemberian penghargaan (Konvensi Mutu)

B. Sasaran

1. 100% pengukuran Indikator Mutu Nasional, Indikator Mutu Prioritas RS, Indikator Mutu Prioritas Unit dapat dilaksanakan dengan baik
2. Adanya regulasi baru dari hasil perbaikan mutu dan mempertahankan perbaikan berkelanjutan.
3. Varian dalam praktik klinis pada pelayanan prioritas standar pelayanan kedokteran yang diukur dengan *clinical pathway* menurun menjadi 90%
4. Adanya dampak efisiensi dan efektivitas prioritas perbaikan terhadap keuangan dan sumber daya.
5. Adanya perbaikan tren Insiden Keselamatan pasien.
6. 100% unit kerja menerapkan Sasaran Keselamatan Pasien.
7. 100% staf mendapatkan pelatihan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien sesuai dengan perannya.
8. 100% hasil pengukuran mutu meliputi masalah mutu dan capaian data di komunikasikan kepada staf.

9. Pengukuran dan evaluasi budaya keselamatan pasien dilakukan sejak dalam tahun 2024.
10. Penerapan program manajemen risiko di rumah sakit.
11. Terselenggaranya Konvensi Mutu di akhir tahun 2024

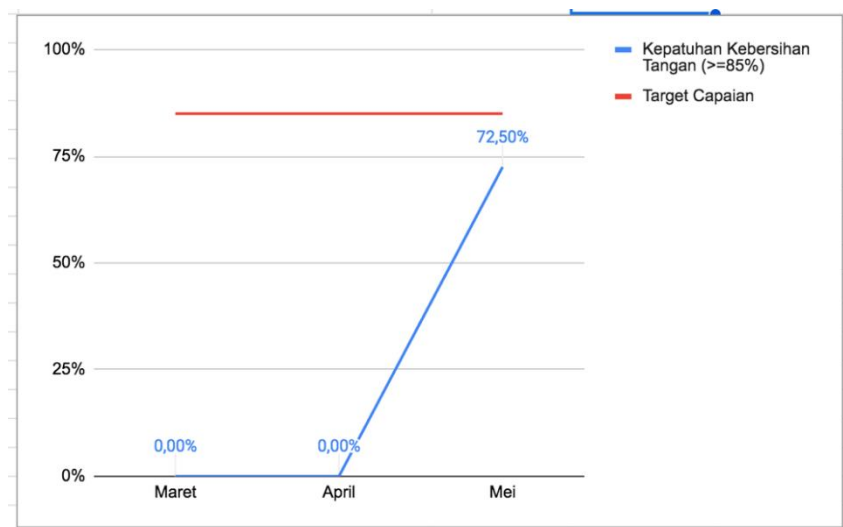
BAB III PEMBAHASAN

A. INDIKATOR NASIONAL MUTU

AI. KEPATUHAN KEBERSIHAN TANGAN

Kebersihan tangan merupakan salah satu cara dalam pencegahan dan pengendalian infeksi di fasilitas kesehatan. Kebersihan tangan dilakukan dengan mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir bila tangan jelas kotor atau terkena cairan tubuh, atau menggunakan alkohol (*alcohol-based handrubs*) bila tangan tidak tampak kotor. Terdapat lima indikasi dalam cuci tangan, yaitu sebelum kontak dengan pasien, sebelum tindakan aseptik, setelah kontak dengan cairan tubuh, setelah kontak pasien, dan setelah kontak dengan lingkungan sekitar pasien.

Berikut disajikan grafik hasil pengukuran indikator mutu kepatuhan kebersihan tangan.



Gambar 1. Kepatuhan Kebersihan Tangan

Analisa :

Berdasarkan hasil analisis data yang telah dikumpulkan, capaian kepatuhan kebersihan tangan pada bulan Mei 2024 belum tercapai, yaitu di bawah standar ($\leq 85\%$). Hal ini berkaitan dengan masih kurangnya fasilitas terkait kepatuhan cuci tangan di RSIA Annisa Blora. Selain itu, kesadaran karyawan akan kegiatan cuci tangan masih rendah.

Rekomendasi tindak lanjut:

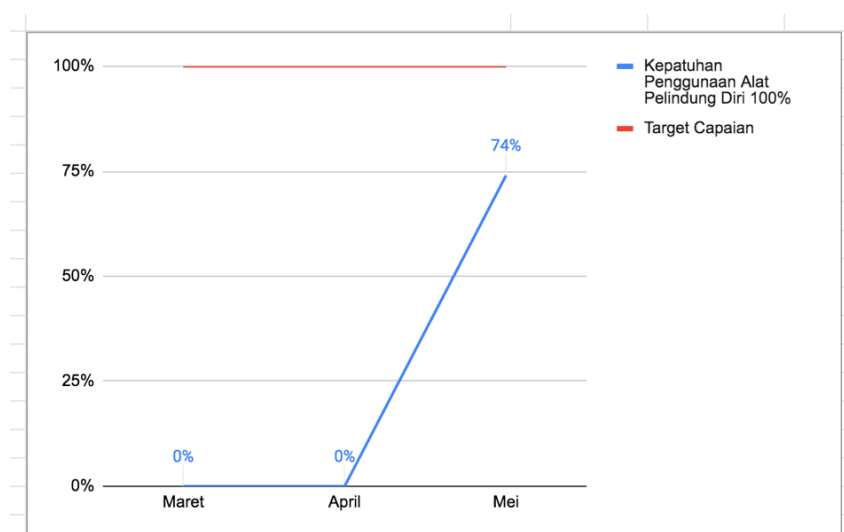
Plan	Seluruh petugas patuh akan kegiatan kebersihan tangan. Mengembangkan budaya saling mengingatkan untuk mematuhi kebersihan tangan dengan bijak supaya muncul kesadaran
------	--

	pemberi melalui kebersihan cuci tangan.
Do	IPCN mengajarkan cara mengembangkan budaya saling mengingatkan dengan bijak kepada IPCLN dan supervisor.
Study	IPCN bekerjasama dengan supervisor unit menilai kepatuhan petugas dalam penggunaan APD di setiap tindakan yang mengharuskan memakai APD.
Action	Jika seluruh pemberi pelayanan telah mematuhi kepatuhan kebersihan tangan maka perlu menciptakan kebijakan supaya dapat dipertahankan. Jika kepatuhan kebersihan tangan belum dilakukan oleh petugas maka perlu dicari penyebab untuk mengambil tindakan yang tepat.

AII. KEPATUHAN PENGGUNAAN ALAT PELINDUNG DIRI (APD)

Alat pelindung diri (APD) adalah perangkat alat yang dirancang sebagai penghalang terhadap penetrasi zat, partikel padat, cair, atau udara untuk melindungi pemakaiannya dari cedera atau transmisi infeksi atau penyakit. Kepatuhan penggunaan APD adalah kepatuhan petugas dalam menggunakan APD dengan tepat sesuai dengan indikasi ketika melakukan tindakan yang memungkinkan tubuh atau membran mukosa terkena atau terpercik darah berdasarkan jenis risiko transmisi (kontak, *droplet*, dan *airbone*). Oleh karena itu, kepatuhan penggunaan alat pelindung diri menjadi salah satu upaya peningkatan mutu di rumah sakit.

Berikut disajikan grafik hasil pengukuran indikator mutu kepatuhan penggunaan alat pelindung diri (APD).



Gambar 2. Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)

Analisa :

Capaian kepatuhan penggunaan alat pelindung diri masih berada di bawah standar yaitu kurang dari 100%. Hal ini berkaitan dengan petugas yang

terindikasi menggunakan APD tidak memakai APD dikarenakan masih rendahnya kesadaran petugas terkait dengan penggunaan APD. Selain itu, ketersediaan akan alat-alat pelindung diri yang masih kurang.

Rekomendasi tindak lanjut:

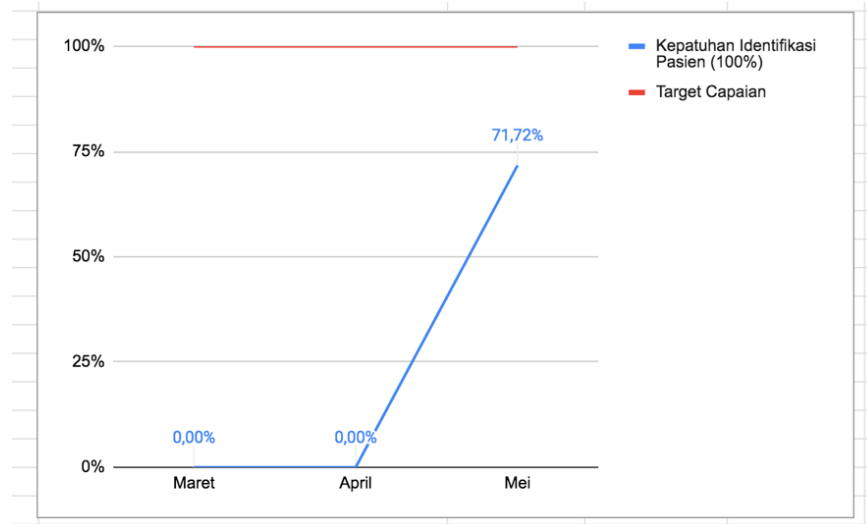
Plan	Seluruh petugas patuh menggunakan APD yang sesuai bila saat melakukan tindakan mengharuskan memakai APD. Mengembangkan budaya saling mengingatkan untuk mematuhi penggunaan APD dengan bijak supaya muncul kesadaran pemberi melalui penggunaan APD yang sesuai.
Do	IPCN mengajarkan cara mengembangkan budaya saling mengingatkan dengan bijak kepada IPCLN dan supervisor.
Study	IPCN bekerjasama dengan supervisor unit menilai kepatuhan petugas dalam penggunaan APD di setiap Tindakan yang mengharuskan memakai APD.
Action	Jika seluruh pemberi pelayanan telah mematuhi pemakaian APD maka perlu menciptakan kebijakan supaya dapat dipertahankan. Jika penggunaan APD belum dilakukan oleh petugas maka perlu dicari penyebab untuk mengambil tindakan yang tepat. Jika pengadaan akan APD kurang ketersediaannya maka harus diadakan pengadaan pemenuhan APD.

AIII. KEPATUHAN IDENTIFIKASI PASIEN

Kepatuhan identifikasi pasien merupakan salah satu indikator yang sangat penting untuk menjamin keselamatan pasien selama proses pelayanan dan mencegah insiden keselamatan pasien. Identifikasi pasien secara benar adalah proses identifikasi yang dilakukan oleh pemberi pelayanan dengan menggunakan minimal dua penanda, seperti nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medik, NIK sesuai dengan yang ditetapkan di Rumah Sakit. RSIA Annisa Blora. telah menetapkan identifikasi pasien dengan menggunakan 2 penanda, yaitu nama lengkap dan tanggal lahir.

Identifikasi pasien dapat dilakukan secara visual (melihat) yaitu dengan melihat gelang yang terpakai di pasien, atau secara verbal (lisan) yaitu dengan menyebutkan nama dan No. RM pasien. Indikasi dalam identifikasi pasien meliputi, pemberian pengobatan, prosedur tindakan, prosedur diagnostik, dan pada saat dikondisi tertentu.

Berikut disajikan grafik hasil observasi kepatuhan identifikasi pasien.



Gambar 3. Kepatuhan Identifikasi Pasien

Analisa :

Berdasarkan hasil observasi yang telah dilakukan dapat disimpulkan bahwa kepatuhan identifikasi pasien bulan MEI (71,72%) masih berada dibawah standar, yaitu berada dibawah 100%.

Rekomendasi tingkat lanjut :

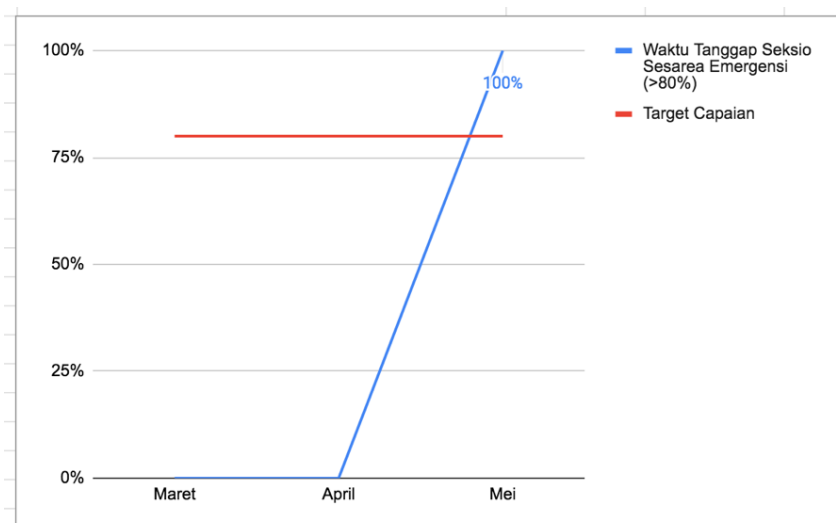
Plan	Seluruh pemberi pelayanan yang melakukan tindakan (Tindakan yang ditentukan dalam regulasi) harus melakukan identifikasi pasien dengan benar. Mengembangkan budaya saling mengingatkan untuk mematuhi identifikasi pasien dengan bijak supaya muncul kesadaran seluruh pemberi pelayanan yang tinggi terhadap budaya keselamatan pasien melalui identifikasi pasien.
Do	Komite Mutu mengajarkan cara mengembangkan budaya saling mengingatkan dengan bijak kepada supervisor unit untuk diteruskan staf.
Study	Supervisor unit menilai kepatuhan pemberi pelayanan dalam melakukan identifikasi pasien.
Action	Jika seluruh pemberi pelayanan telah mematuhi identifikasi pasien maka perlu menetapkan kebijakan supaya dipertahankan. Jika identifikasi pasien belum dilakukan oleh seluruh pemberi pelayanan maka perlu dicari penyebab untuk mengambil tindakan yang tepat.

AIV. WAKTU TANGGAP OPERASI SEKSIO SESAREA EMERGENCY

Seksio sesarea emergency adalah tindakan seksio sesarea yang bertujuan untuk

menyelamatkan ibu dan/atau bayi dan tidak dapat ditunda pelaksanaannya. Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergency adalah waktu yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan tindakan seksio sesarea emergensi sejak diputuskan operasi sampai dimulainya insisi operasi di kamar operasi. Seksio sesarea emergency kategori I adalah tindakan seksio sesarea pada keadaan dimana terdapat ancaman langsung bagi kelangsungan hidup ibu atau janin.

Berikut adalah grafik waktu tanggap operasi seksio sesarea emergency.



Gambar 4. Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergency

Analisa :

Berdasarkan hasil observasi data dapat disimpulkan bahwa waktu tanggap operasi seksio sesarea emergency sudah di atas standar (75%).

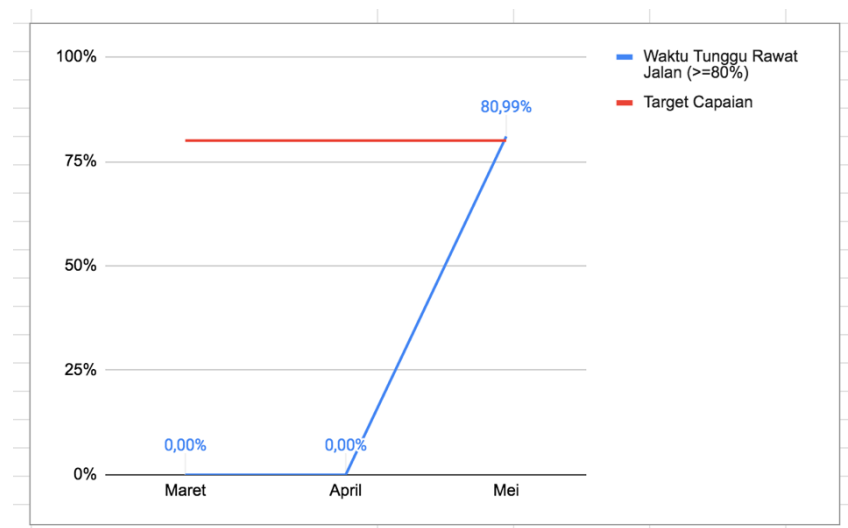
Rekomendasi tindak lanjut:

Plan	RSIA Annisa Blora. menerapkan waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi yang telah ditetapkan sesuai dengan PMK No. 30 Tahun 2022, yaitu kurang dari 1 jam.
Do	Komite Mutu mengajarkan cara mengembangkan budaya saling mengingatkan dengan bijak kepada supervisor unit untuk diteruskan staf.
Study	Supervisor unit menilai waktu tanggap operasi seksio Sesarea emergensi.
Action	Jika seluruh pemberi pelayanan telah mematuhi waktu tanggap operasi seksio sesare emergensi maka perlu menetapkan kebijakan supaya dipertahankan. Jika waktu tanggap operasi seksio sesare emergensi belum dilakukan oleh seluruh pemberi pelayanan maka perlu dicari penyebab untuk mengambil tindakan yang tepat.

AV. WAKTU TUNGGU RAWAT JALAN

Waktu tunggu rawat jalan adalah waktu yang dibutuhkan mulai saat pasien kontak dengan petugas pendaftaran sampai mendapat pelayanan dokter/dokter spesialis. Berdasarkan UU tentang Rumah Sakit, rumah sakit harus menjamin ketepatan pelayanan kesehatan termasuk di unit rawat jalan. Walaupun tidak dalam kondisi gawat maupun darurat namun tetap harus dilayani dalam waktu yang ditetapkan.

Berikut disajikan grafik hasil observasi waktu tunggu rawat jalan.



Gambar 5. Waktu tunggu rawat jalan

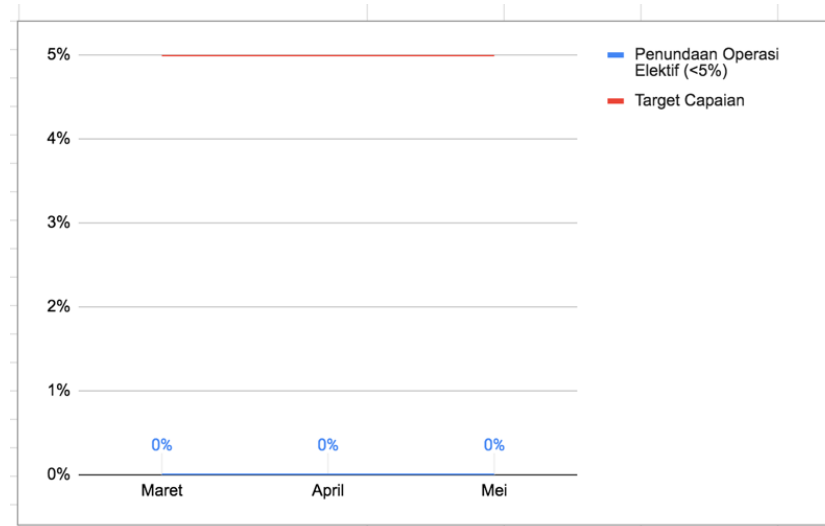
Analisa :

Berdasarkan hasil observasi yang telah dilakukan dapat disimpulkan bahwa rata-rata persentase indikator mutu waktu tunggu rawat jalan adalah 54,5%. Capaian waktu tunggu rawat jalan sudah di atas target capaian.

AVI. PENUNDAAN OPERASI ELEKTIF

Operasi elektif adalah operasi yang waktu pelaksanaannya terencana atau dapat dijadwalkan. Penundaan operasi elektif adalah tindakan operasi yang tertunda lebih dari 1 jam dari jadwal operasi yang ditentukan. Rumah sakit harus menjamin ketepatan waktu dalam memberikan pelayanan termasuk tindakan operasi, sesuai dengan kebutuhan pasien untuk mendapatkan hasil pelayanan seperti yang diinginkan dan menghindari komplikasi akibat keterlambatan operasi.

Berikut disajikan grafik hasil pengukuran indikator mutu penundaan operasi elektif.



Gambar 6. Penundaan operasi elektif

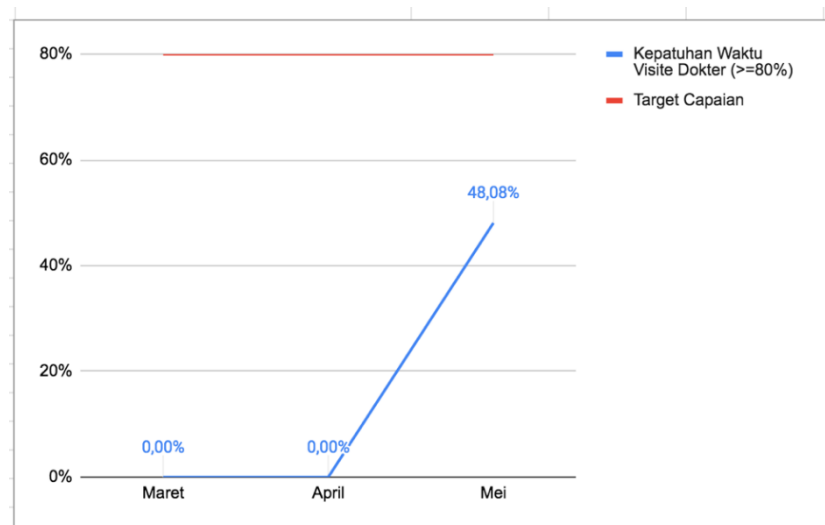
Analisa :

Berdasarkan hasil analisa indikator mutu penundaan operasi elektif, capaian mutu berada dibawah standar, yaitu kurang dari 5%. Hal ini dapat disimpulkan bahwa capaian indikator mutu penundaan operasi elektif sudah tercapai.

AVII. KEPATUHAN WAKTU VISITE DOKTER

Waktu visite dokter adalah waktu kunjungan dokter untuk melihat perkembangan pasien yang menjadi tanggung jawabnya. Pelayanan kesehatan harus berorientasi kepada kebutuhan pasien, bukan kepada keinginan rumah sakit. Waktu yang ditetapkan untuk visite dokter adalah pukul 06.00-14.00.

Berikut disajikan grafik capaian mutu kepatuhan visite dokter.



Gambar 7. Kepatuhan visite dokter

Analisa :

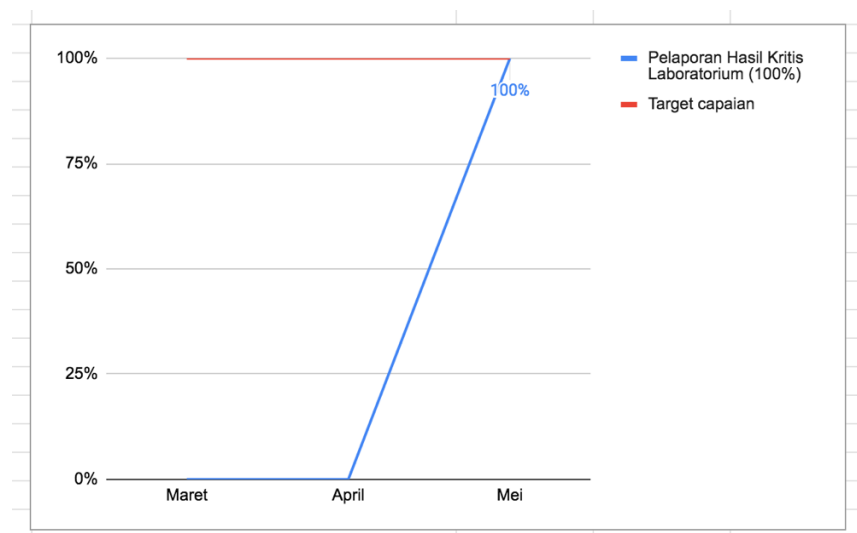
Berdasarkan hasil observasi yang telah dilakukan, hasil capaian indikator mutu kepatuhan visite dokter adalah 48,08%. Capaian mutu kepatuhan visite dokter masih berada dibawah standar yaitu kurang dari 80%.

AVIII. PELAPORAN HASIL KRITIS LABORATORIUM

Hasil kritis adalah hasil pemeriksaan yang termasuk kategori kritis sesuai kebijakan rumah sakit dan memerlukan penatalaksanaan segera. Kecepatan dan ketepatan hasil pelaporan hasil laboratorium kritis sangat penting dalam kelanjutan tata laksana pasien. Hasil kritis menunjukkan kondisi pasien yang membutuhkan keputusan klinis yang segera untuk upaya pertolongan pasien dan mencegah komplikasi akibat keterlambatan.

Waktu kritis adalah hasil pemeriksaan yang termasuk kategori kritis sesuai kebijakan rumah sakit dan memerlukan penatalaksanaan segera. Waktu lapor hasil kritis merupakan waktu yang dibutuhkan sejak hasil pemeriksaan keluar dan telah dibaca oleh dokter/analisis yang diberi kewenangan hingga dilaporkan hasilnya kepada dokter yang meminta.

Berikut ditampilkan grafik capaian mutu pelaporan hasil kritis laboratorium.



Gambar 8. Pelaporan hasil kritis laboratorium

Analisa :

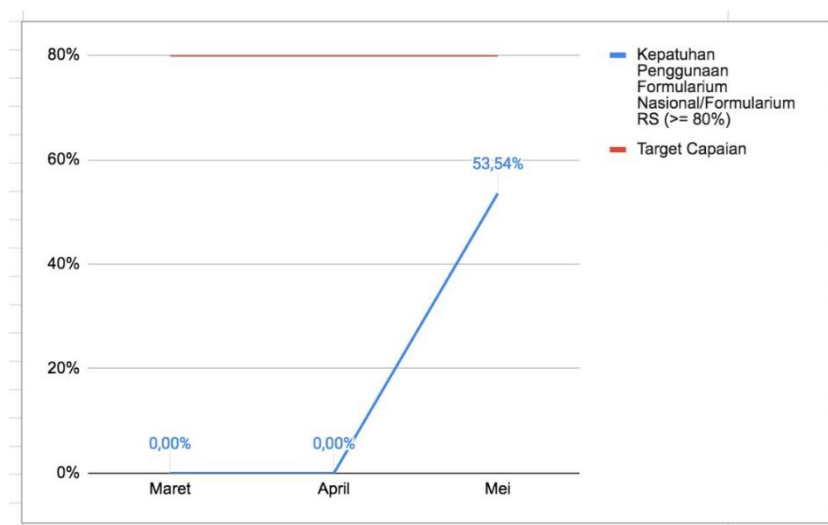
Berdasarkan hasil pengumpulan data dapat disimpulkan bahwa capaian mutu pelaporan hasil kritis laboratorium (100%) telah berada diatas standar capaian, yaitu lebih dari 80%. Selain itu, capaian mutu dari bulan ke bulan tergolong stabil.

AIX. KEPATUHAN PENGGUNAAN FORMULARIUM NASIONAL

Formularium nasional merupakan daftar obat terpilih yang dibutuhkan dan digunakan sebagai acuan dan digunakan sebagai acuan penulisan resep pada pelaksanaan pelayanan kesehatan dalam penyelenggaraan program jaminan

kesehatan. Kepatuhan penggunaan formularium nasional adalah persepsan obat oleh DPJP kepada pasien sesuai daftar obat di Formularium Nasional dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan.

Berikut adalah grafik kepatuhan penggunaan formularium nasional.



Gambar 9. Kepatuhan penggunaan formularium nasional

Analisa :

Berdasarkan hasil pengukuran dapat disimpulkan bahwa capaian mutu pelaporan hasil kepatuhan penggunaan formularium nasional pada bulan MEI berada dibawah standar capaian, yaitu kurang dari 80%.

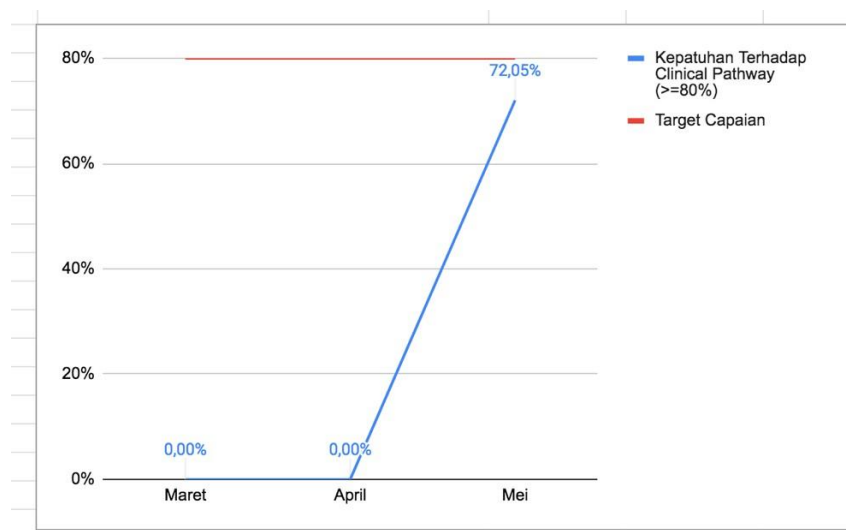
Rekomendasi tindak lanjut :

Plan	Semua resep yang terdapat di RSIA Annisa Blora. menggunakan formularium nasional yang telah tercantum di Keputusan Menteri Kesehatan mengenai Formularium Nasional.
Do	Komite Mutu mengajarkan cara mengembangkan budaya saling mengingatkan dengan bijak kepada supervisor unit untuk diteruskan staf dan DPJP.
Study	Supervisor unit menilai kepatuhan formularium nasional.
Action	Jika kepatuhan penggunaan formularium nasional belum dilakukan oleh DPJP kepada pasien sesuai daftar obat di Formularium Nasional dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan maka SOP diberlakukan supaya dapat dipertahankan. Jika tidak semua kepatuhan penggunaan fomularium nasional dilakukan kurang dari 80% maka perlu dicari penyebab untuk mengambil tindakan yang tepat.

AX. KEPATUHAN TERHADAP ALUR KLINIS (CLINICAL PATHWAY)

Clinical pathway adalah suatu perencanaan pelayanan terpadu/ terintegrasi yang merangkum setiap langkah yang diberikan pada pasien, berdasarkan standar pelayanan medis, standar pelayanan keperawatan dan standar pelayanan profesional pemberi asuhan (PPA) lainnya yang berbasis bukti dengan hasil terukur, pada jangka waktu tertentu selama pasien dirawat di Rumah Sakit. Kepatuhan terhadap *clinical pathway* adalah proses pelayanan secara terintegrasi yang diberikan profesional pemberi asuhan (PPA) kepada pasien yang sesuai dengan *clinical pathway* yang ditetapkan Rumah Sakit.

Berikut disajikan grafik hasil pemantauan kepatuhan terhadap alur klinis (*clinical pathway*).



Gambar 10. Kepatuhan terhadap alur klinis

Analisa :

Berdasarkan hasil pengukuran data dapat disimpulkan bahwa capaian mutu pelaporan hasil kepatuhan terhadap alur klinis berada dibawah standar capaian, yaitu kurang dari 80%.

Rekomendasi tindak lanjut:

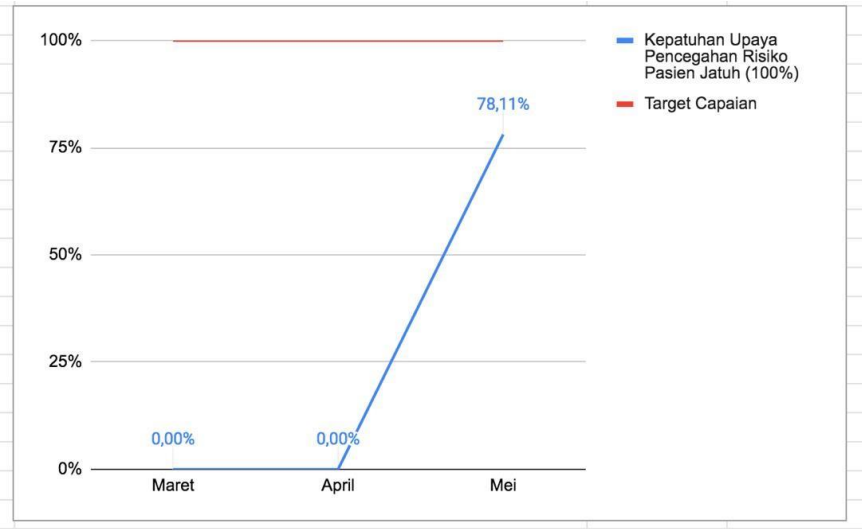
Plan	RSIA Annisa Blora. menerapkan kepatuhan terhadap <i>clinical pathway</i> yang telah ditetapkan sesuai dengan penyakit yang terdapat di PMK No. 30 Tahun 2022.
Do	Komite Mutu mengajarkan cara mengembangkan budaya saling mengingatkan dengan bijak kepada supervisor unit untuk diteruskan staf dan DPJP.
Study	Supervisor unit menilai kepatuhan terhadap alur klinis.
Action	Jika seluruh pemberi pelayanan telah mematuhi identifikasi pasien maka perlu menetapkan kebijakan supaya dipertahankan.

	Jika kepatuhan alur klinis belum dilakukan oleh seluruh pemberi pelayanan maka perlu dicari penyebab untuk mengambil tindakan yang tepat.
--	---

AXI. KEPATUHAN UPAYA PENCEGAHAN RISIKO PASIEN JATUH

Upaya penanganan risiko pasien jatuh merupakan salah satu indikator dalam keselamatan pasien. Upaya pencegahan risiko jatuh meliputi, assesment awal risiko, assesment ulang risiko jatuh, adan intervensi pencegahan risiko jatuh. Kepatuhan upaya pencegahan risiko jatuh adalah pelaksanaan ketiga upaya pencegahan jatuh pada pasien rawat inap yang berisiko tinggi jatuh sesuai dengan standar yang ditetapkan rumah sakit.

Berikut disajikan grafik hasil pemantauan indikator mutu kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh.



Gambar 11. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh

Analisa :

Berdasarkan hasil pemantauan indikator mutu dapat disimpulkan bahwa capaian mutu pelaporan hasil kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh berada di bawah standar capaian, yaitu kurang dari 100%.

Rekomendasi tindak lanjut :

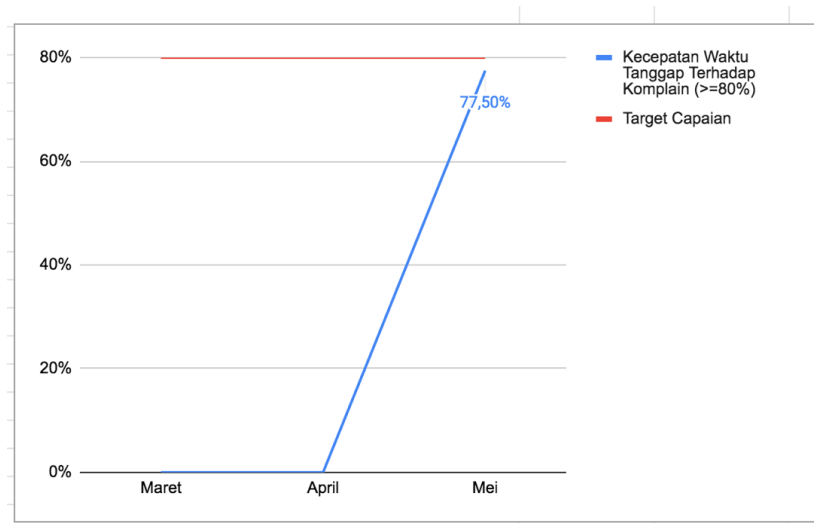
Plan	Seluruh pasien risiko tinggi jatuh dilakukan upaya pencegahan risiko jatuh meliputi asesmen awal, asesmen ulang, dan edukasi pencegahan risiko jatuh. Mengembangkan budaya saling mengingatkan untuk mematuhi upaya pencegahan risiko pasien jatuh dengan bijak supaya muncul kesadaran seluruh pemberi pelayanan yang tinggi terhadap budaya keselamatan pasien melalui upaya pencegahan risiko jatuh.
------	--

Do	Komite mutu mengajarkan cara mengembangkan budaya saling mengingatkan dengan bijak kepada supervisor unit untuk diteruskan kepada staf.
Study	Supervisi unit menilai kepatuhan pemberi pelayanan dalam melakukan identifikasi pasien disetiap tindakan yang telah ditentukan dalam regulasi.
Action	Jika seluruh pemberi pelayanan telah mematuhi identifikasi pasien maka perlu menetapkan kebijakan supaya dapat dipertahankan. Jika identifikasi pasien belum dilakukan oleh seluruh pemberi pelayanan maka perlu dicari penyebab untuk mengambil tindakan yang tepat.

AXII. KECEPATAN WAKTU TANGGAP KOMPLAIN

Kecepatan waktu tanggap komplain adalah rentang waktu Rumah Sakit dalam menanggapi keluhan tertulis, lisan atau melalui media massa melalui tahapan identifikasi, penetapan grading risiko, analisis hingga tindak lanjutnya. Grading risiko dan standar waktu tanggap komplain, meliputi grading merah (merah), grading kuning (tinggi), dan grading hijau (rendah).

Berikut disajikan grafik hasil pengukuran kecepatan waktu tanggap komplain.



Gambar 12. Pelaporan hasil kecepatan waktu tanggap komplain

Berdasarkan hasil observasi dapat disimpulkan bahwa capaian mutu pelaporan hasil kecepatan waktu tanggap komplain masih berada dibawah standar, yaitu kurang dari 100%.

B. IMP-RS

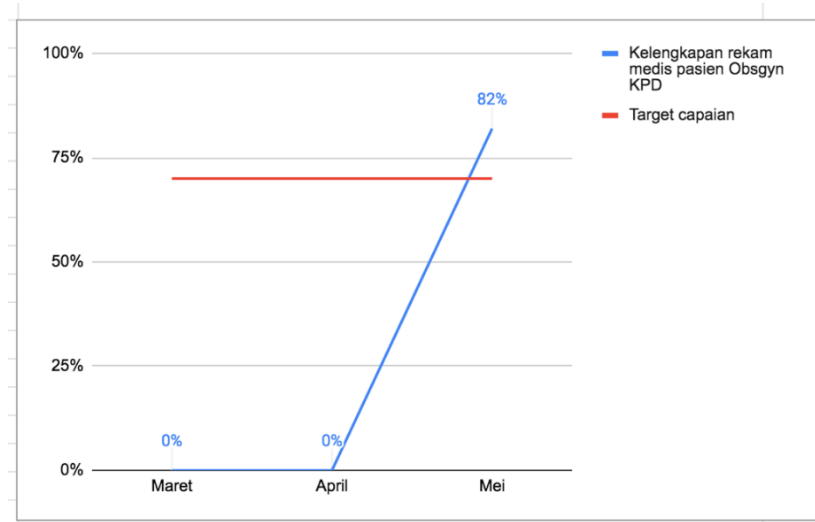
Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit semula disebut indikator prioritas pelayanan. Sejalan dengan perubahan Standar Akreditasi Rumah Sakit yang ditetapkan tertanggal 15 Maret 2024 maka pengukuran indikator mutu prioritas menyesuaikan dengan standar yang baru, sehingga pengukuran Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit (IMP RS) ada yang diukur baru mulai bulan Mei 2024.

Tabel 1. Daftar indikator mutu prioritas RSIA Annisa Blora Tahun 2024

Jenis Indikator	IMP-RS	Sumber Data
Pelayanan klinis	Keberhasilan Perawatan Pasien Obsgyn KPD	IRNA
Sasaran Keselamatan Pasien ke 1	Ketidakpatuhan Identifikasi Pasien Obsgyn KPD	IRNA
Sasaran Keselamatan Pasien ke 2	Kepatuhan Verifikasi DPJP padacatatatan laporan kondisi pasien via telpon Pasien Obsgyn KPD	IRNA
Sasaran Keselamatan Pasien ke 3	Kepatuhan Kebersihan Tangan pasien KPD	IRNA
Sasaran Keselamatan Pasien ke 4	Kepatuhan upaya pencegahan pasien jatuh pasien Obsgyn KPD	IRNA
Manajemen Resiko	manajemen resiko waktu tunggu obat pasien Obsgyn	IRJA
Penelitian Klinis dan program pendidikan	-	-
Tujuan Strategis	Peningkatan jumlah penanganan kasus pasien KPD	IRNA
Perbaikan Sistem	Kelengkapan rekam medis pasien Obsgyn KPD	RM

Berikut disajikan hasil pengukuran data Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit (IMP-RS) yang telah dilaksanakan dari Bulan Mei 2024.

B1. Kepatuhan pengisian RM pasien KPD



Gambar 13. Kepatuhan pengisian RM pasien KPD

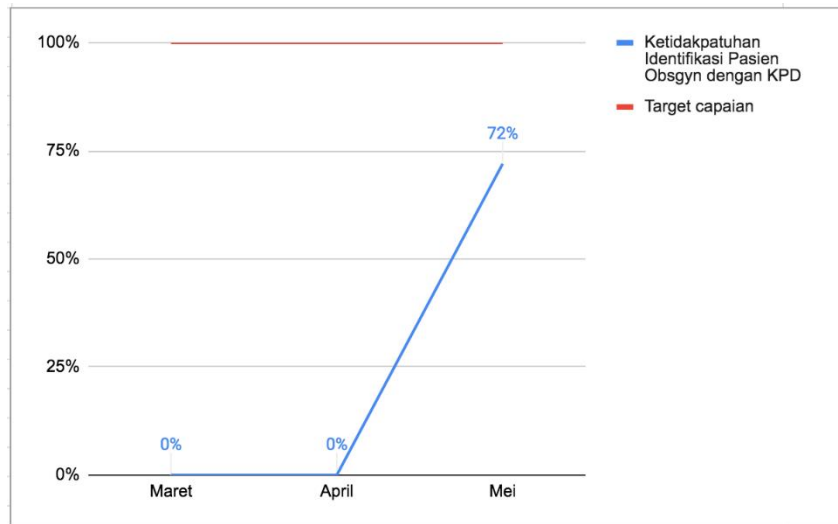
Analisa :

Hasil pengukuran Kepatuhan pengisian RM pasien KPD sudah diatas standar capaian.

Rekomendasi tindak lanjut:

Plan	Seluruh pemberi pelayanan yang melakukan tindakan (Tindakan yang ditentukan dalam regulasi) harus melakukan pengisian RM pasien dengan lengkap. Mengembangkan budaya saling mengingatkan untuk mematuhi pengisian RM KPD dengan bijak supaya muncul kesadaran seluruh pemberi pelayanan yang tinggi dan maksimal
Do	Komite Mutu mengajarkan cara mengembangkan budaya saling mengingatkan tentang pengisian RM KPD dengan bijak kepadasupervisor unit untuk diteruskan kepada staf.
Study	Supervisor unit menilai kepatuhan pemberi pelayanan dalam melakukan pemantauan tentang kepatuhan Pengisian RM KPD dan telah ditentukan dalam regulasi.
Action	Jika seluruh pemberi pelayanan telah mematuhi pengisian RM KPD maka perlu menetapkan kebijakan supaya dapat dipertahankan. Jika Pengisian RM pasien KPD belum lengkap dilakukan oleh seluruh pemberi pelayanan maka perlu dicari penyebab untuk mengambil tindakan yang tepat.

B2. Ketidakpatuhan identifikasi pasien KPD



Gambar 14. Ketidakpatuhan Identifikasi pasien KPD

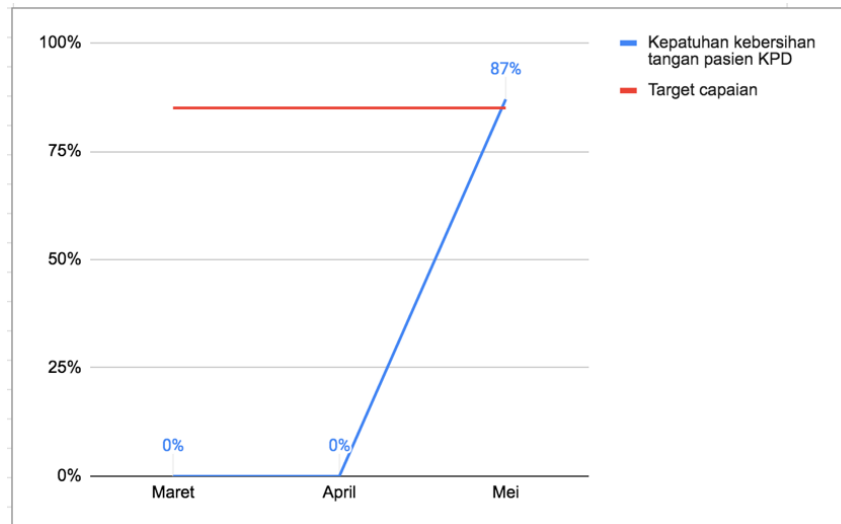
Analisa :

Ketidakpatuhan Identifikasi pasien KPD masih di bawah standar capaian

Rekomendasi tindak lanjut:

Plan	Mengembangkan budaya saling mengingatkan untuk mematuhi identifikasi pasien dengan bijak supaya muncul kesadaran seluruh pemberi pelayanan yang tinggi terhadap budaya keselamatan pasien melalui identifikasi pasien.
Do	Pelibatan pasien (<i>patient engagement</i>) untuk meningkatkan kepatuhan identifikasi pasien.
Study	Supervisor unit menilai kepatuhan identifikasi pasien KPD
Action	Jika identifikasi pasien sudah dapat melewati capaian maka perlu menetapkan kebijakan supaya dapat dipertahankan. Jika identifikasi pasien belum dilakukan oleh seluruh pemberi pelayanan maka perlu dicari penyebab untuk mengambil tindakan yang tepat.

B3. Kepatuhan Kebersihan Tangan KPD



Gambar 15. Kepatuhan Kebersihan Tangan KPD

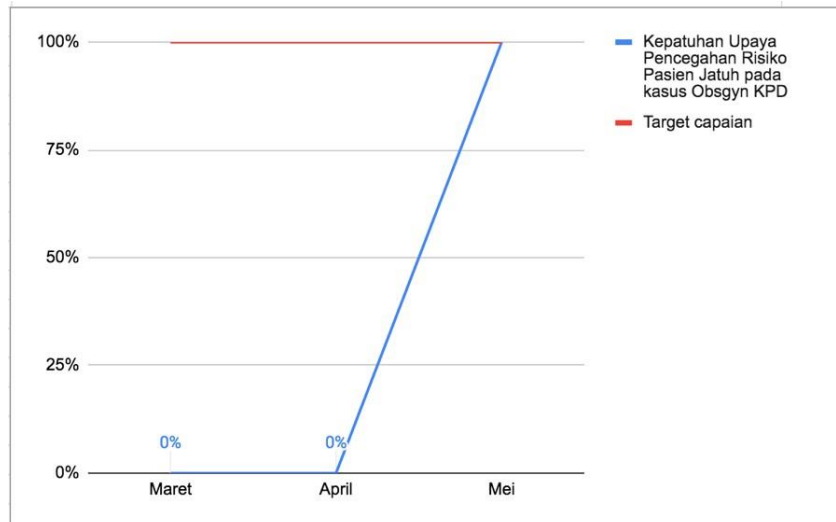
Analisa :

Hasil pengukuran Kepatuhan Kebersihan Tangan kasus Obsgyn KPD 87% berada di atas standar yaitu lebih dari 80%

Rekomendasi tindak lanjut:

Plan	Target klaim kepatuhan kebersihan tangan kasus obsgyn KPD > 85%
Do	Bekerjasama dengan IPCLN dan supervisor dapat mendorong PPA untuk patuh dan tetap menjaga dan melaksanakan cuci tangan untuk kebersihan tangan kasus KPD.
Study	IPCLN dan supervisor menilai capaian dengan PPA dalam melaksanakan layanan terhadap kasus KPD
Action	Jika seluruh pemberi pelayanan telah mematuhi kepatuhan kebersihan tangan pasien KPD maka perlu menciptakan kebijakan supaya dapat dipertahankan.

B4. Kepatuhan upaya pencegahan pasien jatuh pasien obsgyn KPD

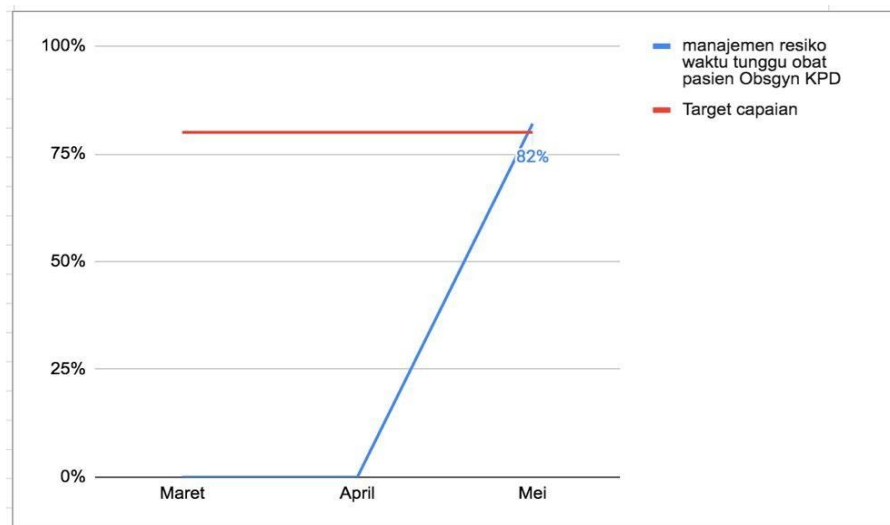


Gambar 16. Kepatuhan upaya pencegahan pasien jatuh

Analisa :

Hasil Pengukuran Kepatuhan upaya pencegahan pasien jatuh pasien obsgyn KPD IRNA 100%.

B5. Managemen resiko waktu tunggu obat pasien Obsgyn KPD

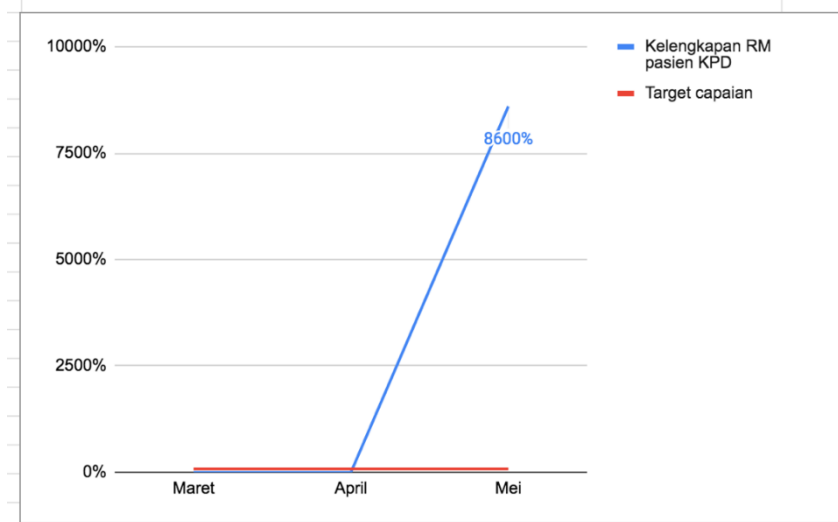


Gambar 17. Waktu tunggu obat

Analisa :

Hasil Pengukuran Kepatuhan upaya pencegahan pasien jatuh pasien obsgyn KPD 82% telah mencapai target capaian

B6. Kelengkapan RM pasien KPD

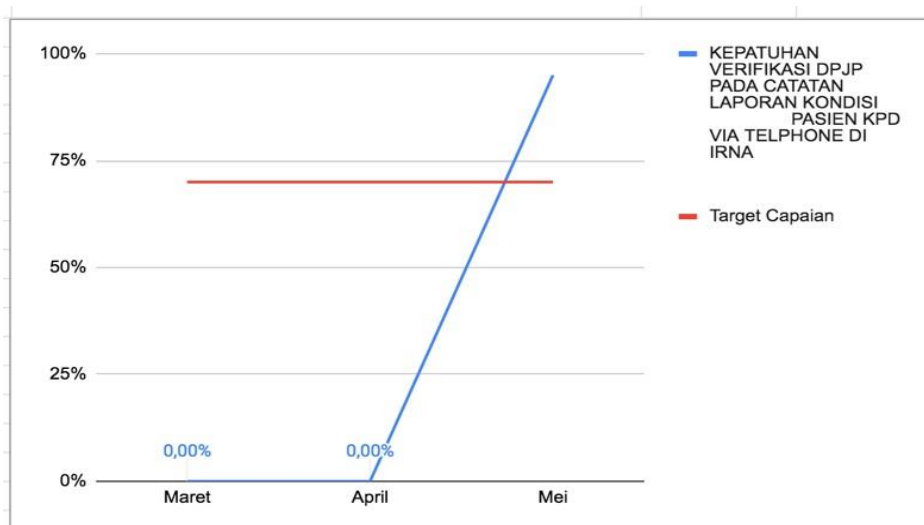


Gambar 18. Kelengkapan RM pasien Obgyn KPD

Analisa :

Hasil Pengukuran Kepatuhan kelengkapan RM pasien obsgyn KPD 86% telah mencapai target capaian.

B7. KEPATUHAN VERIFIKAASI DPJP PADA CATATAN LAPORAN KONDISI PASIEN KPD VIA TELEPHONE IRNA



Analisa :

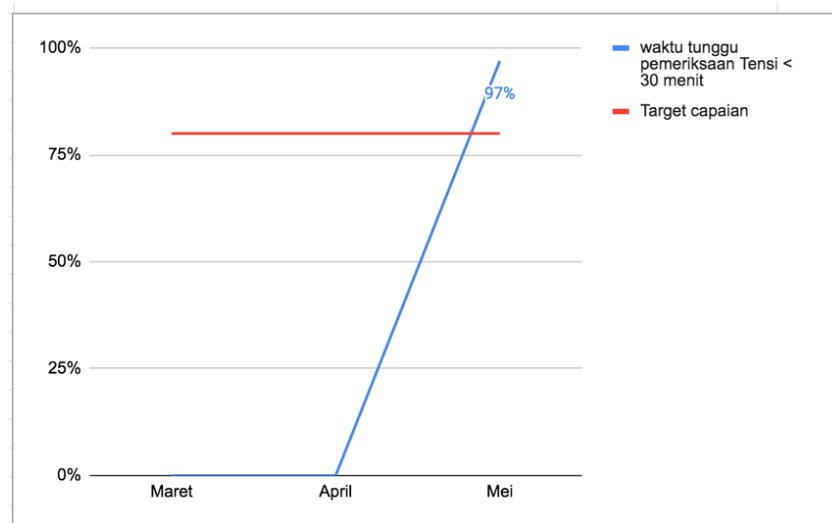
Kepatuhan verifikasi DPJP pada catatan laporan kondisi pasien via telpon sudah di atas standar, yaitu 96%.

C. IMP-Unit

C1. Poliklinik

Indikator Mutu :

Waktu tunggu pemeriksaan tensi < 30 menit



Gambar 19. Waktu tunggu pemeriksaan tensi < 30 menit

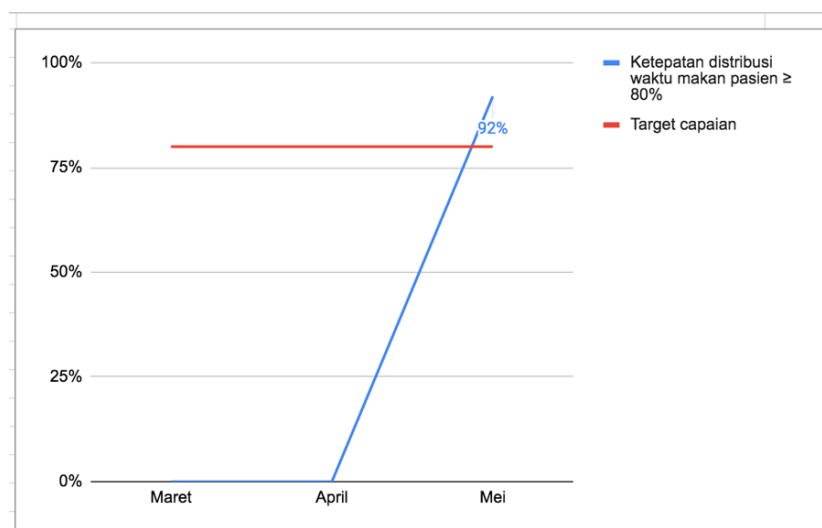
Analisa :

Berdasarkan hasil pengukuran indikator mutu pada unit poliklinik disimpulkan bahwa capaian indikator mutu unit poliklinik tercapai.

C2. Gizi

Indikator Mutu :

Ketepatan distribusi waktu makan pasien $\geq 80\%$.



Gambar 20. Ketepatan distribusi waktu makan pasien $\geq 80\%$

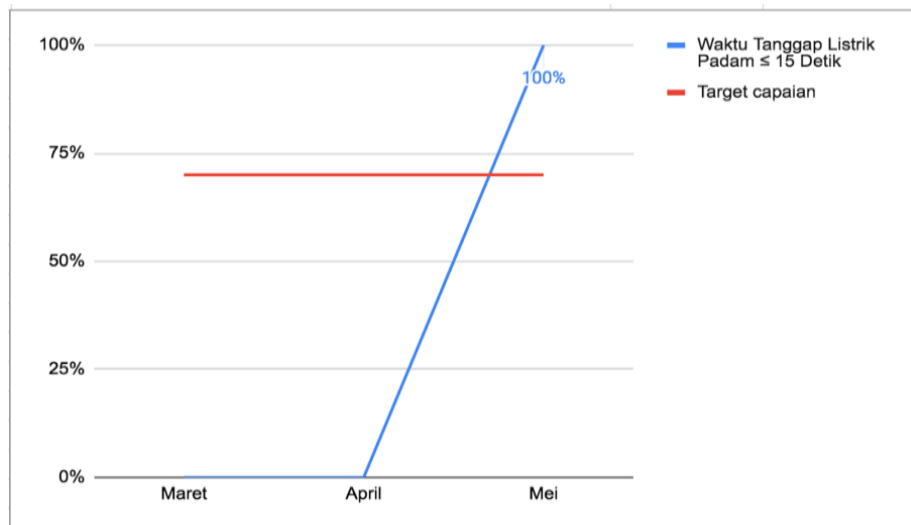
Analisa :

Berdasarkan hasil pengukuran data disimpulkan bahwa indikator mutu unit gizi sudah mencapai standar, yaitu $\geq 80\%$.

C3. Sarpras

Indikator mutu :

Waktu tanggap listrik padam ≤ 15 menit.



Gambar 21. Waktu tanggap listrik padam ≤ 15 detik

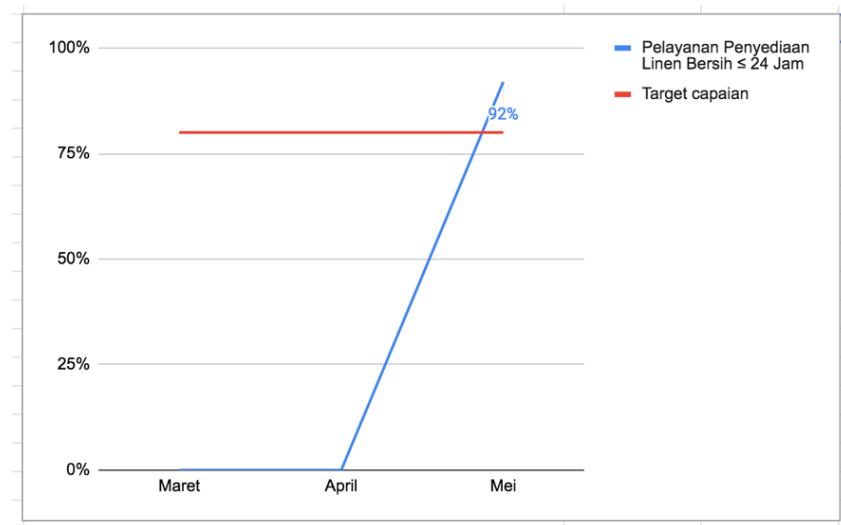
Analisa :

Berdasarkan hasil pengukuran data dapat disimpulkan bahwa capaian indikator mutu prioritas unit sarpras tercapai, yaitu 100%.

C4. Linen

Indikator mutu :

Pelayanan penyediaan linen bersih ≤ 24 jam.



Gambar 22. Pelayanan penyediaan linen bersih ≤ 24 jam.

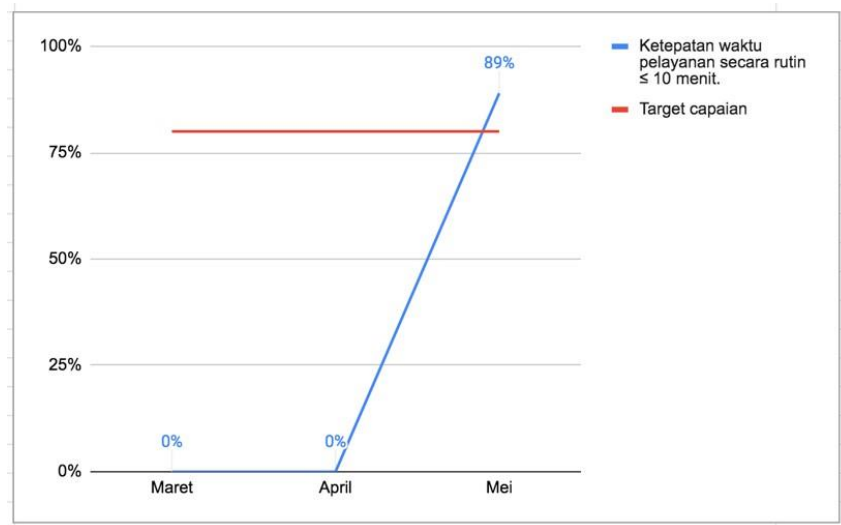
Analisa :

Berdasarkan hasil pengukuran data dapat disimpulkan bahwa indikator prioritas unit linen tercapai, yaitu 92%.

C5. Logistik & IPSRS

Indikator mutu:

Ketepatan waktu pelayanan secara rutin ≤ 10 menit.



Gambar 23. Ketepatan waktu pelayanan rutin ≤ 10 menit

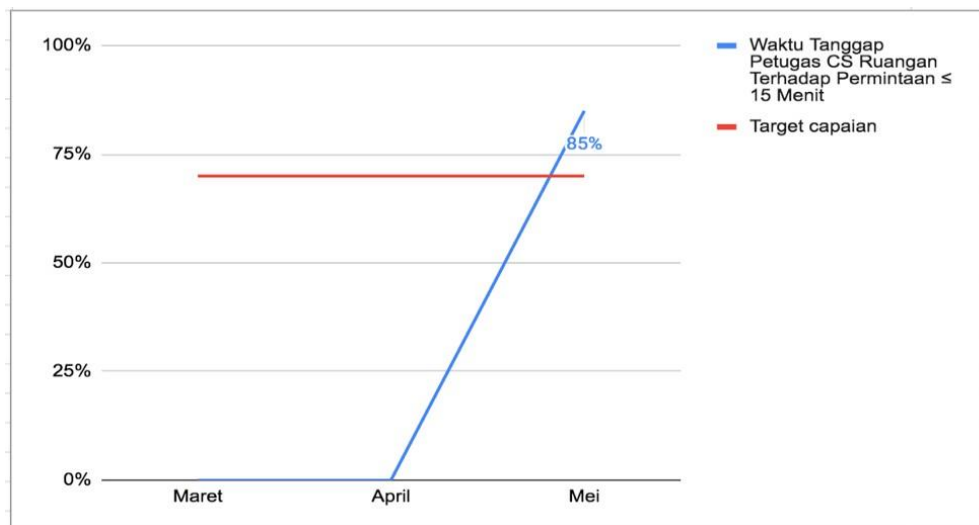
Analisa :

Berdasarkan hasil pengukuran data dapat disimpulkan bahwa capaian indikator mutu unit logistik berada diatas standar, yaitu $\geq 80\%$.

C6. Cleaning Service

Indikator Mutu :

Respon Time Petugas CS dalam menyiapkan kamar Pasien Rawat Inap ≤ 15 Menit



Gambar 24. Respon Time Petugas CS dalam menyiapkan kamar pasien Rawat Inap ≤ 15 menit

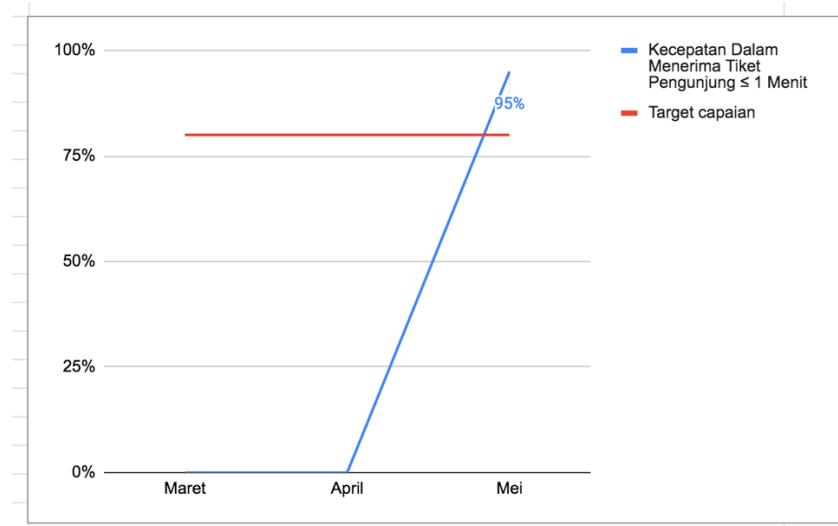
Analisa :

Berdasarkan hasil pengukuran data dapat disimpulkan bahwa capaian indikator mutu unit Cleaning Service berada di atas standar.

C7. Parkir

Indikator Mutu :

Kecepatan dalam menerima tiket pengunjung ≤ 1 Menit.



Gambar 25. Kecepatan dalam menerima tiket pengunjung ≤ 1 menit

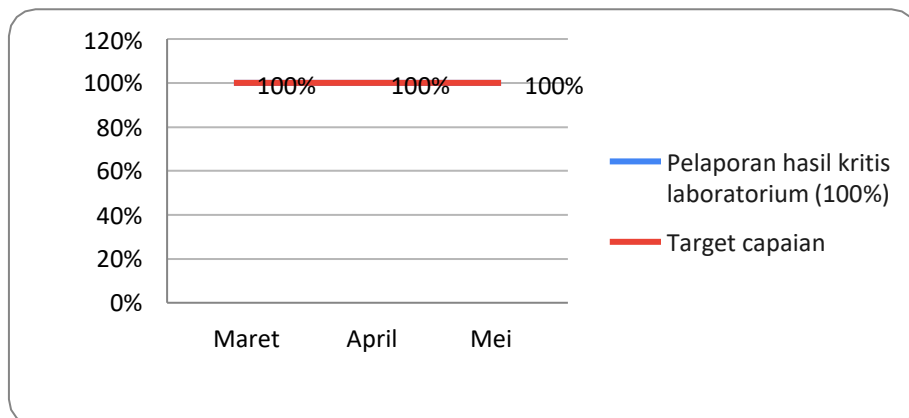
Analisa :

Berdasarkan hasil pengukuran data dapat disimpulkan bahwa capaian indikator mutu unit parkir berada diatas standar.

C8. Laboratorium

Indikator Mutu :

Pelayanan Pemeriksaan Cito ≤ 1 Jam.



Gambar 26. Pelayanan Pemeriksaan Cito ≤ 1 Jam

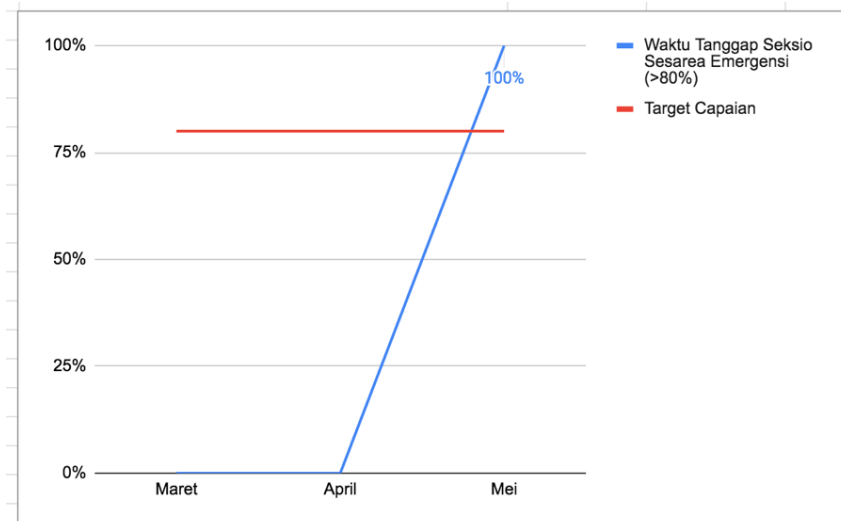
Analisa :

Berdasarkan hasil pengukuran data dapat disimpulkan bahwa capaian indikator mutu unit Laboratorium berada di atas standar.

C9. IBS & CSSD

Indikator Mutu :

Pelayanan operasi SC cito



Gambar 27. Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergency

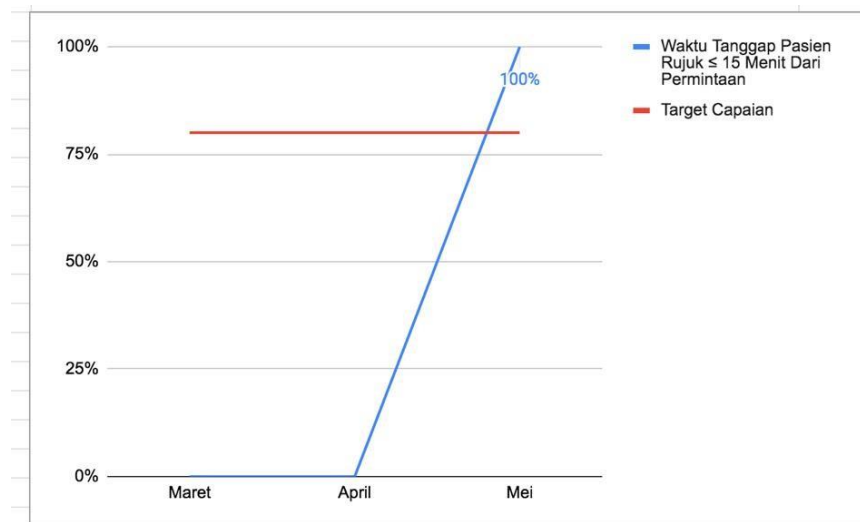
Analisa :

Berdasarkan hasil observasi data dapat disimpulkan bahwa waktu tanggap operasi seksio sesarea emergency sudah di atas standar (75%).

C10. Driver

Indikator mutu Unit :

Waktu Tanggap Pasien Rujuk ≤ 15 menit dari Permintaan



Gambar 28. Waktu Tanggap Pasien Rujuk ≤ 15 menit dari Permintaan

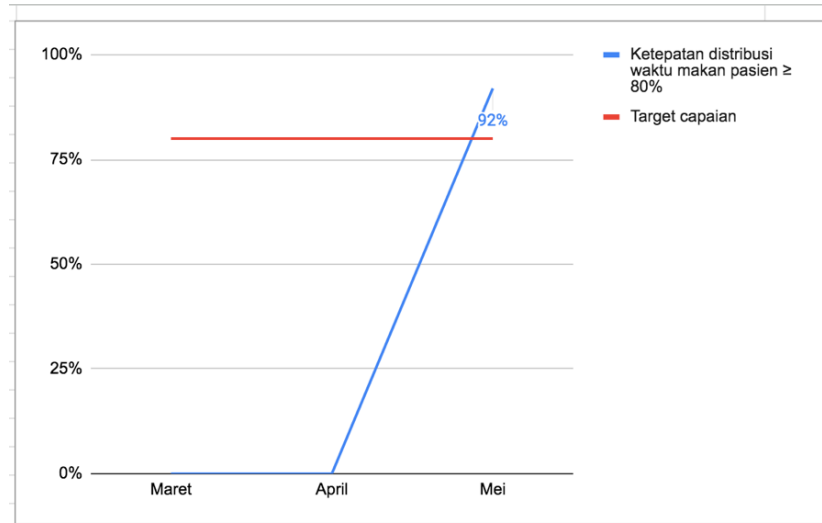
Analisa :

Berdasarkan hasil pengukuran data dapat disimpulkan bahwa capaian indikator mutu unit Driver berada diatas standar.

C11. Keuangan dan Akutansi

Indikator Mutu Unit :

Ketepatan Input Data Billing Pasien Rawat Jalan ≤ 5 menit



Gambar 29. Ketepatan Input Data Billing Pasien Rawat Jalan ≤ 5 Menit

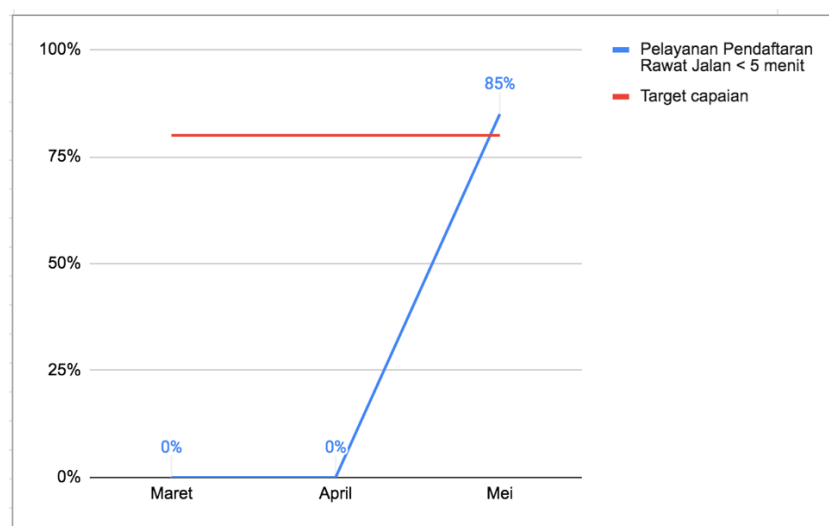
Analisa :

Berdasarkan hasil pengukuran data dapat disimpulkan bahwa capaian indikator mutu unit Kasir di atas capaian .

C12. Pendaftaran

Indikator Mutu Unit :

Pelayanan Pendaftaran Rawat Jalan < 5 menit



Gambar 30. Pelayanan Pendaftaran Rawat Jalan < 5 Menit

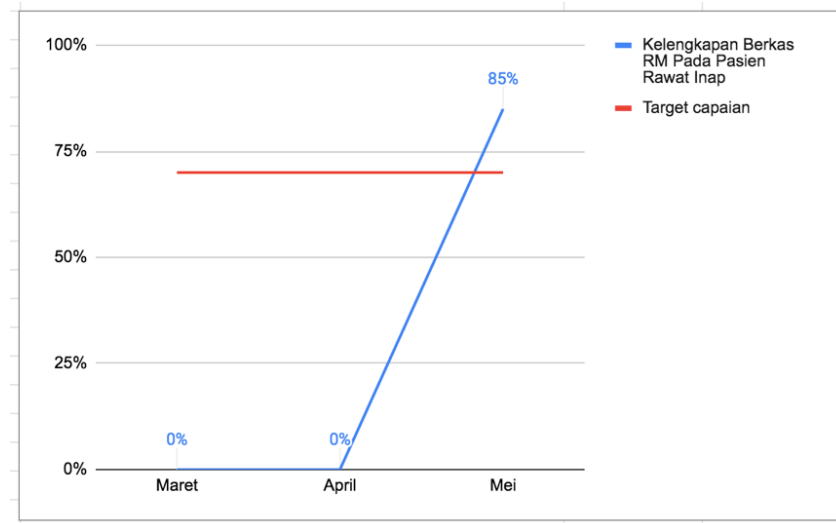
Analisa :

Berdasarkan hasil pengukuran data dapat disimpulkan bahwa capaian indikator mutu unit pendaftaran mengalami kenaikan dan penurunan pada periode Mei 2024.

C13 Rekam Medis

Indikator Mutu Unit :

Kelengkapan Berkas RM Pada Pasien Rawat Inap $\geq 70\%$



Gambar 31. Kelengkapan Berkas RM Pada Pasien Rawat Inap $\geq 70\%$

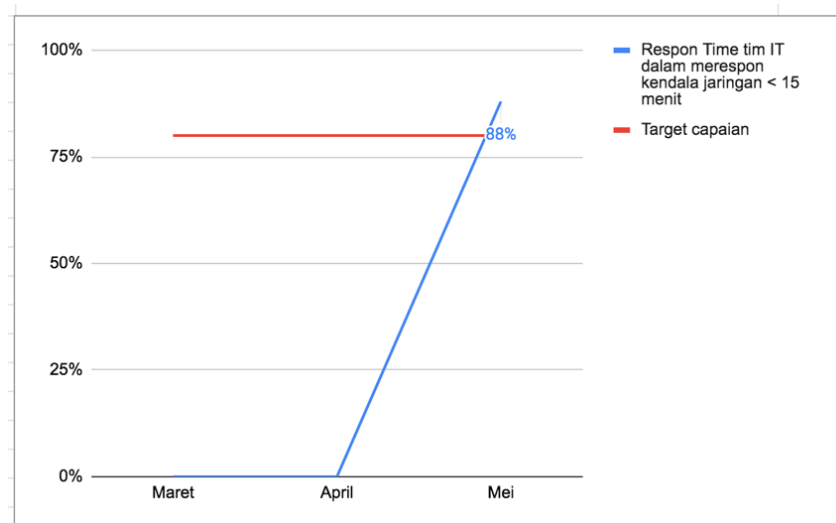
Analisa :

Berdasarkan hasil pengukuran data dapat disimpulkan bahwa capaian indikator mutu unit Rekam Medis mencapai target Capaian.

C14 IT

Indikator Mutu Unit :

Respon Time tim IT dalam merespon kendala jaringan < 15 menit



Gambar 32. Respon Time tim IT dalam merespon kendala jaringan <15 menit Analisa :

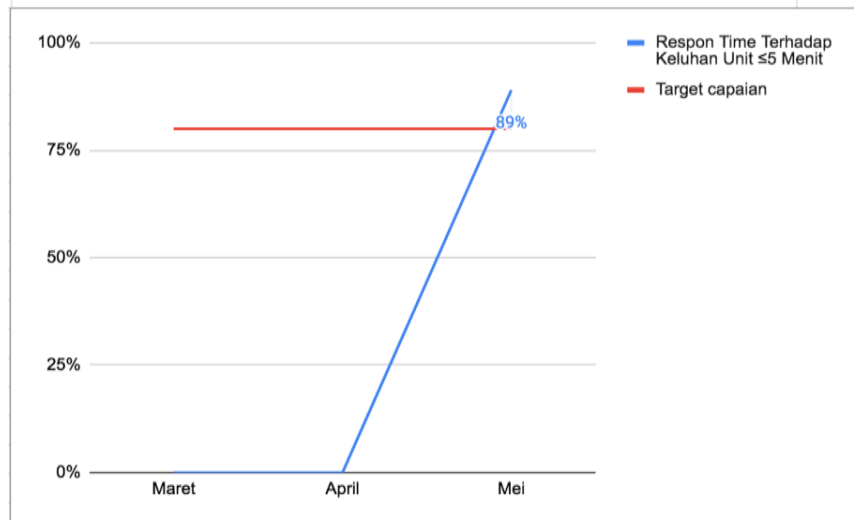
Analisa :

Berdasarkan hasil pengukuran data dapat disimpulkan bahwa capaian indikator mutu unit IT mencapai target Capaian.

C15. Satpam

Indikator Mutu Unit :

Respon Time Terhadap Keluhan Unit ≤ 5 Menit



Gambar 33. Respon Time Terhadap Keluhan Unit ≤ 5 Menit

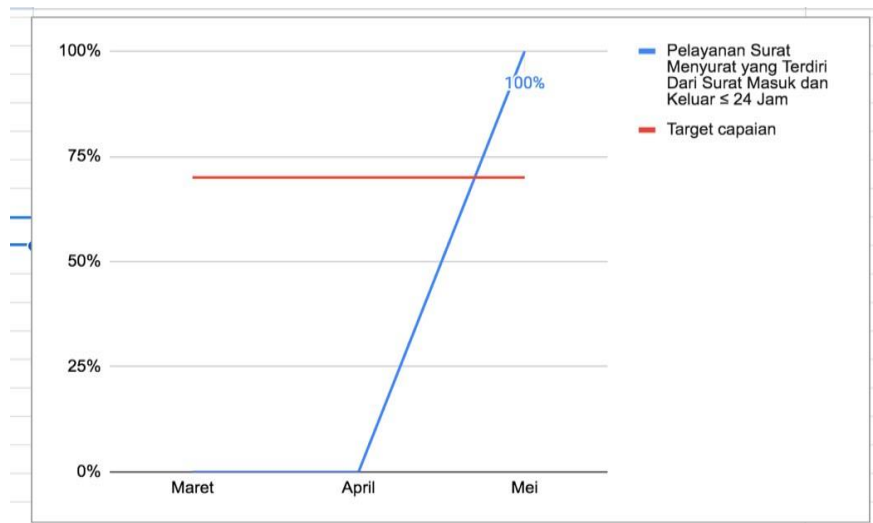
Analisa :

Berdasarkan hasil pengukuran data dapat disimpulkan bahwa capaian indikator mutu unit Satpam mencapai target Capaian

C16. TU

Indikator Mutu Unit :

Pelayanan surat menyurat yang terdiri dari surat masuk dan keluar < 24 jam



Gambar 34. Pelayanan surat menyurat yang terdiri dari surat masuk dan keluar < 24 jam

Analisa :

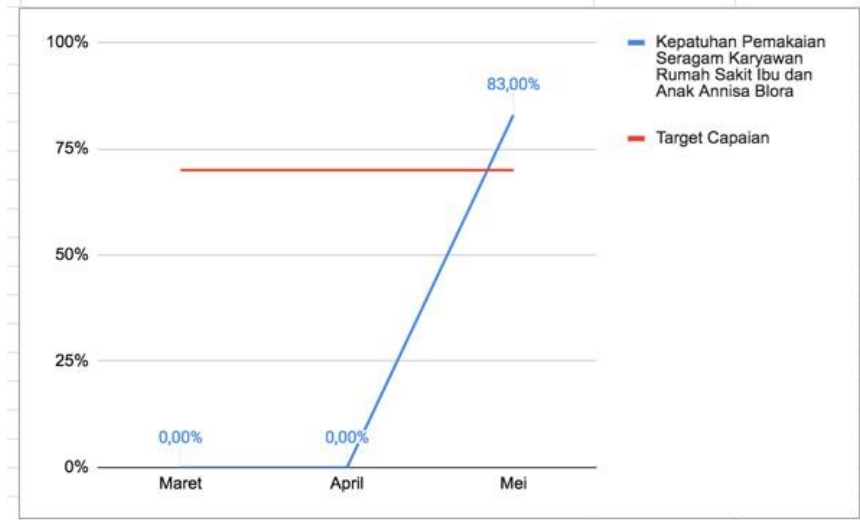
Berdasarkan hasil pengukuran data dapat disimpulkan bahwa capaian indikator mutu unit analisa mencapai target Capaian.

C17. Personalia

Kepatuhan Pemakaian Seragam Karyawan

Indikator mutu unit :

Kepatuhan Pemakaian Seragam Karyawan Rumah Sakit Ibu dan Anak Annisa Blora

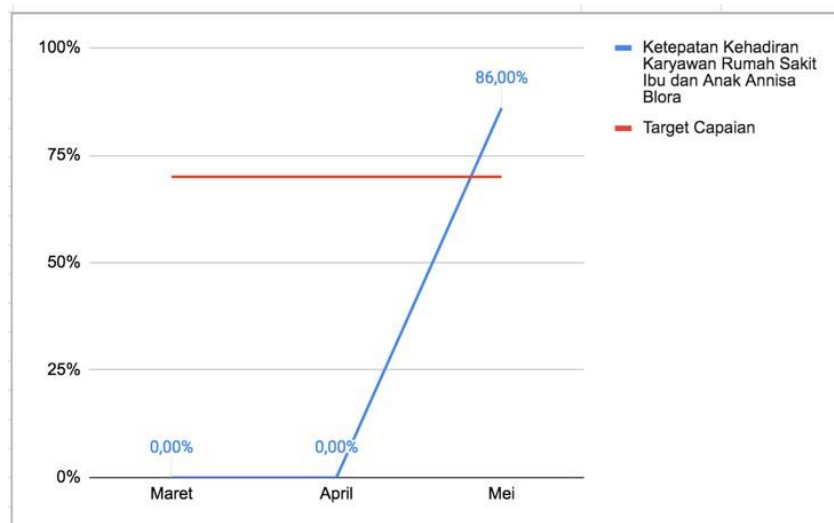


Gambar 35. Kepatuhan Pemakaian Seragam Karyawan Rumah Sakit Ibu dan Anak Annisa Blora

Analisa :

Berdasarkan hasil pengukuran data dapat disimpulkan bahwa capaian indikator mutu unit analisa mencapai target Capaian

Kepatuhan kehadiran karyawan RSIA ANNISA BLORA



Gambar 36. Kepatuhan kehadiran karyawan RSIA ANNISA BLORA

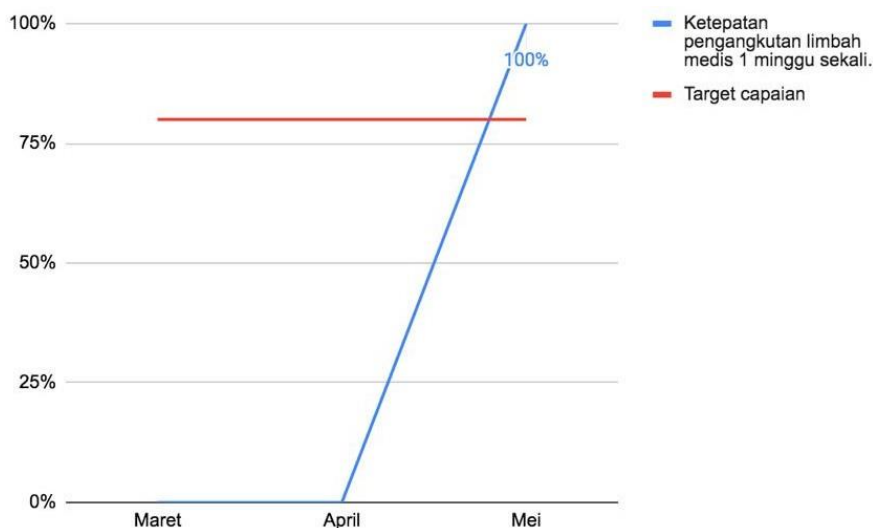
Analisa :

Berdasarkan hasil pengukuran data dapat disimpulkan bahwa capaian indikator mutu unit analisa mencapai target Capaian.

C18. Kesehatan Lingkungan

Indikator mutu unit :

Ketepatan pengangkutan limbah medis 1 minggu sekali



Gambar 37. Ketepatan pengangkutan limbah medis 1 minggu sekali

Analisa :

Berdasarkan hasil pengukuran data dapat disimpulkan bahwa capaian indikator mutu unit analisa mencapai target Capaian

D. Mengukur Dampak Efisiensi Dan Efektivitas Prioritas Perbaikan Terhadap Keuangan Dan Sumber Daya obat ED per bulan < 1 juta rupiah

Tabel 1. Dampak efisiensi dan efektivitas perbaikan terhadap keuangan dan sumber daya

Indikator	Sebelum Perbaikan
Jumlah nominal Obat ED bulan Maret 2024	Rp1,150,247.80
Jumlah nominal obat ED bulan April 2024	Rp752,521.00
Jumlah nominal obat ED bulan Mei 2024	Rp860,321.00

Analisa :

RSIA ANNISA BLORA mendapatkan hibah dari KLINIK ANNISA BLORA per 1 Maret 2024 kami melakukan analisa untuk efisiensi obat menjelang ED , dengan menerapkan efisiensi dan first in first out di instalasi farmasi , di bulan Mei Juni Juli 2024 , target

dibawah 1 juta rupiah.

E. Insiden Keselamatan Pasien

Sosialisasi, IHT dan menentukan alur dalam pelaporan IKP dilaksanakan di 8 April 2024.

Tabel 1. Trend Insiden Keselamatan Pasien Berdasarkan Jenis Insiden

NO	Jenis IKP	Mei
1	Sentinel	0
2	KTD	0
3	KTC	0
4	KNC	0
5	KPC	0

Analisa :

Tidak terdapat IKP yang terjadi di bulan MEI 2024.

Tabel 2. Trend Insiden Keselamatan Pasien Berdasarkan Risiko

NO	Jenis IKP	Bulan
		Mei
1	Reaksi Transfusi	0
2	Reaksi Obat	0
3	Reaksi Sedasi	0
4	Reaksi Anastesi	0
5	Kejadian Kesalahan Pengobatan	0
6	Perbedaan Besar antara Diagnosis Pra dan Diagnosis pasca operasi	0
7	KTD yang berkaitan dengan identifikasi pasien	0
8	Kejadian-kejadian	0
	lainnya(wabah)	

Analisa :

Frekuensi kejadian insiden keselamatan pasien berdasarkan risiko yang paling tinggi dalam periode Mei 2024

F. Pelatihan Semua Staf Sesuai Perannya Dalam Program Peningkatan Mutu Dan Keselamatan Pasien

Pelatihan yang telah terselenggara pada semester I adalah:

1. Pelatihan PMKP bagi penanggung jawab unit.
2. Pelatihan PMKP bagi PIC pengumpul data.
3. Pelatihan PMKP bagi validator data.
4. Pelatihan manajemen risiko.
5. Pelatihan Kesehatan dan Keselamatan Kerja.
6. Pelatihan Basic Life Support.

G. Mengkomunikasikan Hasil Pengukuran Mutu Meliputi Masalah Mutu dan Capaian Data Kepada Staf

Hasil pengukuran mutu dikomunikasi kepada staf melalui Rapat struktural.

Sosialisasi dan penentuan indikator penunjukan KOMITE MUTU, MUTU RS , IMP RS .



IHT PMKP



H. Pengukuran dan Evaluasi Budaya Keselamatan Pasien.

Pada bulan Mei 2024 telah dilakukan survey budaya keselamatan pasien dengan menggunakan kuesioner budaya keselamatan pasien yang diadopsi dari kuesioner *Hospital Survey on Patient Safety Culture* dipublikasikan oleh *The Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)* tahun 2004, instrument kuesioner ini terdiri dari 42 pernyataan yang mencakup 12 dimensi budaya keselamatan pasien yang di desain untuk semua kalangan. Kuesioner pada survey ini menggunakan skala Likert.

Berdasarkan pedoman pada *Hospital Survey On Patient Saety Culture* yang dilakukan AHRQ kategori budaya keselamatan pasien dibagi menjadi 3 kategori yaitu budaya lemah, budaya sedang dan budaya kuat. Suatu budaya Keselamatan pasien dikatakan kuat apabila rata-rata responden yang memiliki respon positif 75% atau lebih, dikatakan sedang apabila rata-rata responden memiliki respon positif sebesar 50% - 75%, dikatakan budaya lemah apabila rata-rata jumlah responden yang memiliki respon positif kurang dari 50%. Respon positif adalah responden yang menjawab setuju dan sangat setuju pada pernyataan positif dan tidak setuju atau sangat tidak setuju pada pernyataan negatif.

Tabel 3. Distribusi Frekwensi Dimensi Budaya Keselamatan Pasien

NO	DIMENSI BUDAYA KESELAMATAN PASIEN	Jawaban Responden			Persentas e Respon Positif	Tingkat Budaya Keselamatan
		Respon Negatif	Netral	Respon Positif		
Input						
1	Staffing Process	64	102	124	42%	Lemah
2	Pembelajaran Organisasi - Perbaikan terus menerus	13	61	218	75%	Sedang
3	Teamwork dalam Unit RS	19	62	211	72%	Sedang
4	Ekspektasi dan Kegiatan Supervisor/ Manager yang Mendukung Keselamatan	34	60	198	68%	Sedang
5	Keterbukaan Komunikasi	50	50	119	54%	Sedang
6	Dukungan Managemen RS Terhadap Keselamatan Pasien	14	43	176	80%	Kuat
7	Persepsi Keselamatan Secara Umum	1	15	57	78%	Kuat
8	Teamwork antar Unit di RS	20	70	202	69%	Sedang
9	Handsoff dan Pergantian di RS	30	87	175	60%	Sedang
10	Umpan Balik dan Komunikasi	11	51	157	72%	Sedang

	Tentang Kesalahan Outcome					
11	Respon Tidak Menghukum Terhadap Terjadinya Kesalahan	82	104	179	49%	Lemah
12	Frekuensi Laporan Kejadian	82	104	179	26%	Lemah
	Jumlah	420	809	1995	62%	Sedang

I. Penerapan Program Manajemen Risiko Di Rumah Sakit.

Komite Mutu telah membuat daftar risiko tingkat rumah sakit berdasarkan daftar risiko yang dibuat tiap unit. Berdasarkan daftar risiko tersebut telah ditentukan prioritas risiko yang dimasukkan dalam profil risiko rumah sakit. Profil risiko tersebut menjadi bahan dalam penyusunan Program manajemen risiko rumah sakit dan menjadi prioritas untuk dilakukan penanganan dan pemantauannya. Daftar berikut adalah hasil pemantauan rencana penanganan risiko prioritas.

Hasil Pemantauan Tindak Lanjut Rencana Penanganan Risiko Prioritas yang sudah dilakukan adalah :

1. Kepatuhan SPO cara menggunakan dan perawatan APAR
2. Penataan kabel di ruangan
3. Pemeliharaan autoklaf oleh CSSD
4. Peningkatan kepatuhan terhadap penggunaan APD oleh Tenaga Kesehatan pada saat kontak dengan pasien
5. Peningkatan kepatuhan SOP identifikasi terhadap pasien untuk pemberian obat
6. Peningkatan pencegahan pasien risiko jatuh
7. Kepatuhan prosedur penulisan resep
8. Pengaturan kegiatan (jadwal) rekonstitusi obat yang tepat
9. Peningkatan kepatuhan prosedur identifikasi pasien untuk pemberian diet
10. Peningkatan kepatuhan prosedur identifikasi pasien untuk pemberian obat

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil pengukuran indikator mutu yang telah dilakukan selama periode bulan Mei, persiapan IHT, manajemen risiko, dan perumusan indikator dilaksanakan di bulan Maret dan April dapat disimpulkan bahwa indikator nasional mutu yang telah berada di atas standar adalah penundaan operasi elektif, tanggap operasi SC cito, pelaporan hasil kritis laboratorium, kecepatan waktu tanggap komplain. Sedangkan, indikator mutu yang belum mencapai batas standar adalah kepatuhan kebersihan tangan, kepatuhan penggunaan APD, kepatuhan identifikasi pasien, kepatuhan terhadap alur klinis, kepatuhan penggunaan formularium nasional, serta upaya pencegahan risiko pasien jatuh waktu tanggap komplain, kepatuhan visite dokter,

Hasil survei budaya keselamatan pasien di angka 62% positif atau di kategori sedang Melakukan efisiensi terhadap penurunan jumlah obat ED kurang dari 1 juta

Berdasarkan hasil analisa data indikator mutu prioritas rumah sakit yang belum tercapai adalah ketidakpatuhan identifikasi pasien KPD. Sedangkan, untuk indikator mutu unit yang telah mencapai standar.

Tidak Terjadi kejadian insiden keselamatan pasien. Jika Risiko-risiko terjadi yang diidentifikasi dapat dikendalikan melalui rencana pengendalian yang telah ditetapkan. Telah dilakukan survey budaya keselamatan pasien pada bulan Mei 2024.

B. Rekomendasi


Rekomendasi dari Laporan PMKP periode Mei 2024 adalah:

1. Perlu komitmen dari seluruh lini mulai dari pucuk pimpinan sampai dengan pelaksana.
2. Melaksanakan pengukuran mutu secara baik dan rutin.
3. Melaporkan sebelum tanggal 10 awal bulan
4. Meningkatkan koordinasi dan sosialisasi untuk pelaksanaan program dan kegiatan secara menyeluruh dan berkesinambungan.
5. Meningkatkan monev dan supervisi secara berjenjang dan berkala untuk melihat kegiatan yang dilaksanakan sudah sesuai dengan standar yang ditetapkan.
6. Perlu meningkatkan kompetensi pegawai terhadap mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko.
7. Berkoordinasi dengan bagian umum untuk memenuhi sarana prasarana dan alat kesehatan unit kerja sesuai standar dengan skala prioritas secara efektifitas dan efisiensi.
8. Mengusulkan indikator mutu sebagai salah satu faktor penimbang perhitungan pemberian Indeks Prestasi Kerja (IPK) sehingga memotivasi pegawai untuk

berkinerja lebih baik.

9. Melaksanakan audit medik dan audit klinik secara komprehensif dan rutin.
10. Peningkatan budaya keselamatan pasien.


Lampiran :


**RUMAH SAKIT IBU & ANAK
ANNISA BLORA**
 Jl. RA. Kartini No. 7 Kunden - Blora, Telp. (0296) 5300533
 Email : rsiannisaiblora@gmail.com

FORMULIR PELAPORAN HASIL KRITIS LABORATORIUM

Bulan : Mei

No	Tanggal	Nama Pasien	No. RM	Jam keluar hasil	Jam dilaporkan	PJ	Validator
1	29/5/2024	An. Nur Rizka	01163311	16.30	16.35	Anisa	[Signature]
2	30/5/2024	P. Rizka	01163311	16.15	16.30	Anisa	[Signature]
3	30/5/2024	An. Rizka	01163311	16.00	16.10	Anisa	[Signature]


**RUMAH SAKIT IBU & ANAK
ANNISA BLORA**
 Jl. RA. Kartini No. 7 Kunden - Blora, Telp. (0296) 5300533
 Email : rsiannisaiblora@gmail.com

FORMULIR KEPATUHAN CLINICAL PATHWAY

Unit : Ruang rawat inap
 Bulan : Mei 2024

No	Nama Pasien	No. RM	LOS	Obat	Penunjang	PJ	Validator
1.	Dewi Chandra	01184178	2				
a.	Megana D.	01188555	2				
3.	Debatama Barison P.	01188545	4	-	-		
4.	Nisa Kacah	01188538	2				
5.	Sarini	01188583	2	-	-		
6.	Debraura Duflandon	01188100	3				
7.	Widyasari	01188509	2				
8.	Siti Mustika	01188500	1				
9.	Queenella	01188583	4	-	-		
10.	Siti Nurulita	01188263	2				
11.	Gavit Luth	01186041	3	-	-		
12.	Lailata Nur'ul	01188609	2				
13.	Suharti	01188105	2				
14.	Sismita	01188654	2				
15.	Khoirunnisa	01188343	3				
16.	Krisnaton	01188308	3				
17.	Hana Reni Ayu F.	01183430	2				
18.	Nurik Lestari	01188645	2				
19.	An. Nurul Qur'ani	01188542	3				
20.	Ika Dewi	01183443	2				
21.	Amma Nurul Hafidha	01183318	2				
22.	An. Nurul Hafidha	01188540	5	-	-		
23.	Alif Sep'ti	01188531	2				
24.	Pipit N.	01188308	2				