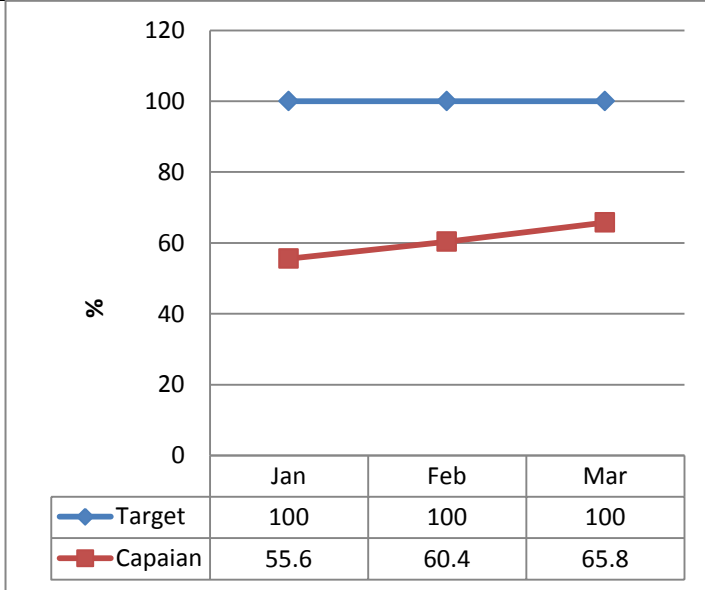


LAPORAN TRIWULAN (JANUARI s.d MARET)
PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. RM. DJOELHAM BINJAI
TAHUN 2017

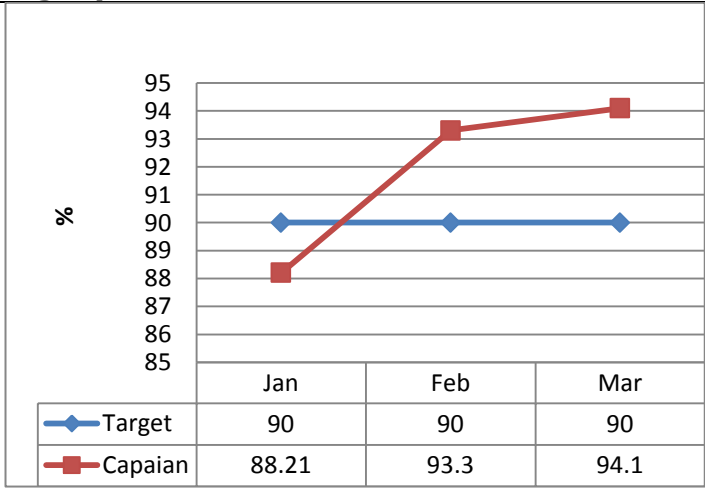
INDIKATOR AREA KLINIS

IAK 1. Asesmen Pasien
Persentase kelengkapan asesmen awal medis rawat inap



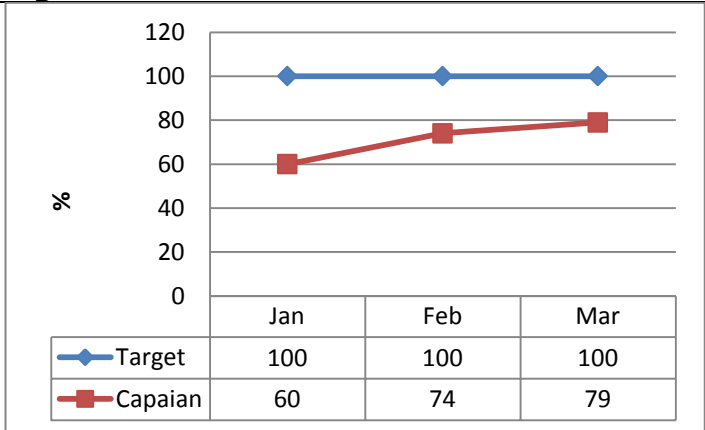
Analisa :
Triwulan I asesmen awal medis mencapai 65,8%, masih ada ketidaklengkapan assesmen awal medis tanda tangan dokter tidak mencantumkan nama yang jelas.
Tindak lanjut :
Melakukan penguatan komitmen pada seluruh DPJP dalam melengkapi asesmen, resosialisasi tentang pentingnya kelengkapan asesmen, dan menerapkan sistem penghargaan dan sangsi penundaan pembayaran klaim jasa BPJS bagi DPJP.
Target :
Pencapaian hasil hingga 100%.

IAK 2. Layanan Laboratorium
Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik Pemeriksaan Darah lengkap dan Kimia klinik



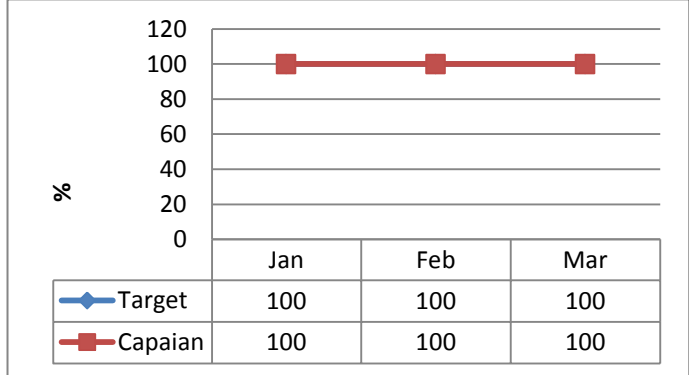
Analisa :
Triwulan I waktu tunggu hasil pelayanana Laboratorium Patologi Klinik Pemeriksaan Darah lengkap dan Kimia Klinik mencapai 94,1%.
Tindak lanjut :
Melakukan *Follow up* untuk sampel yang tertunda, dan disediakannya alat pemeriksaan untuk mengurangi pemeriksaan rujukan.
Target :
Pencapaian hasil hingga $\geq 90\%$.

IAK 3. Pelayanan Radiologi
Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Thorax Foto untuk Pasien Rawat Jalan dengan waktu target ≤ 180 menit



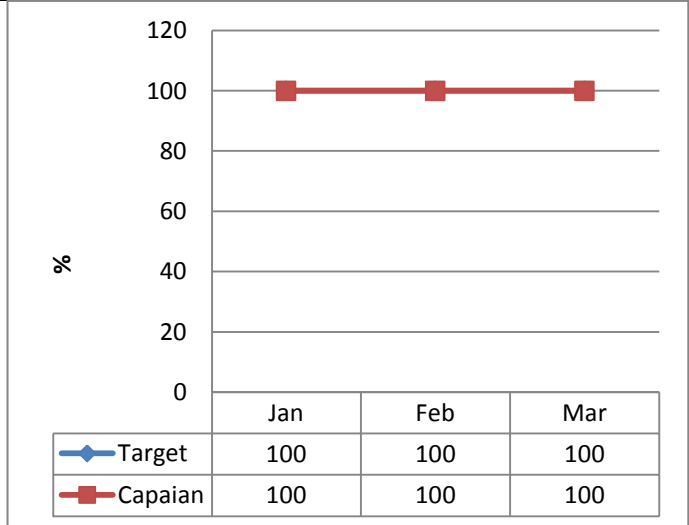
Analisa :
Triwulan I Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Thorax Foto untuk Pasien Rawat Jalan dengan waktu target ≤ 180 menit mencapai 79%, beban kerja petugas radiologi yang berlebih karena jumlah SDM yang kurang.
Tindak lanjut :
Melakukan penambahan petugas radiologi dan dokter radiologi serta pengadaan sistem CR (*Computed Radiology*).
Target :
Pencapaian hasil hingga 100%.

IAK 4. Prosedur Bedah
Kesesuaian Diagnosa Medik Pre dan Post Operasi



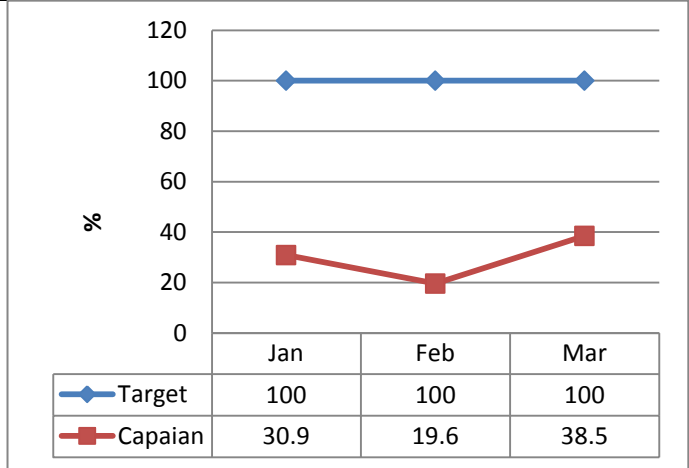
Analisa :
Triwulan I Kesesuaian Diagnosa Medik Pre dan Post Operasi mencapai100%.
Tindak lanjut :
Melakukan sosialisasi secara berkesinambungan tentang kesesuaian dianosa pre dan post operasi kepada DPJP
Target :
Pencapaian hasil hingga 100%.

IAK 5. Penggunaan Antibiotik dan Pengobatan lain
Penulisan Resep Obat sesuai dengan Formularium oleh Dokter



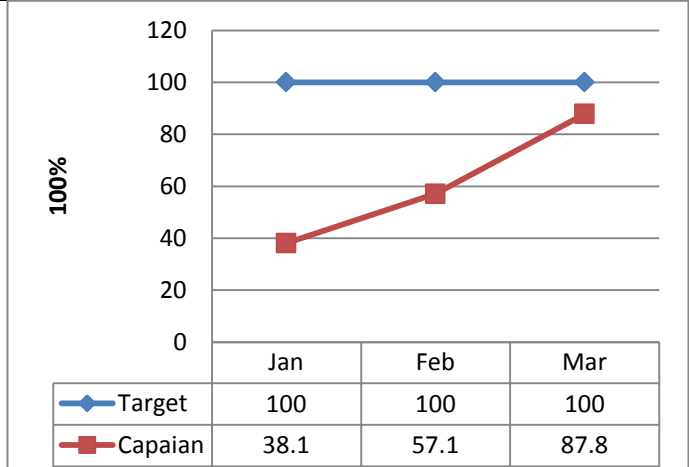
Analisa :
Triwulan I penulisan resep obat sesuai dengan formularium sudah mencapai target 100%.
Tindak lanjut :
Melakukan sosialisasi secara berkesinambungan tentang peresepan obat formularium nasional dan formularium rumah sakit kepada DPJP dan unit farmasi menjamin ketersediaan pengadaan obat formularium nasional dan formularium rumah sakit.
Target :
Pencapaian hasil hingga 100%.

IAK 6. Kesalahan Obat dan Kejadian Nyaris Cidera
Persentase kelengkapan penulisan resep



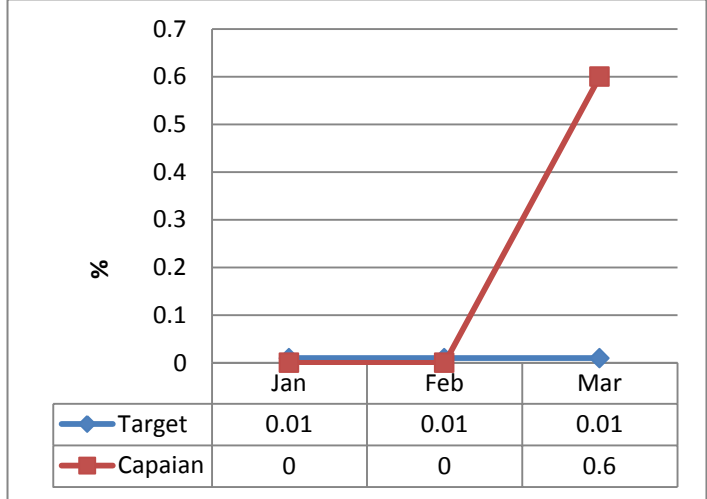
Analisa :
Triwulan kelengkapan penulisan resep belum mencapai target 100%, hal ini disebabkan DPJP masih belum melengkapi identitas dokter penulis resep (nama dan paraf dokter).
Tindak lanjut :
Melakukan resosialisasi kembali dalam rangka pencegahan *medication error* khususnya penulisan resep dengan melibatkan DPJP yang berwenang dalam penulisan resep.
Target :
Pencapaian hasil hingga 100%.

IAK 7. Penggunaan Anestesi dan Sedasi
Persentase kelengkapan asesmen pre anestesi



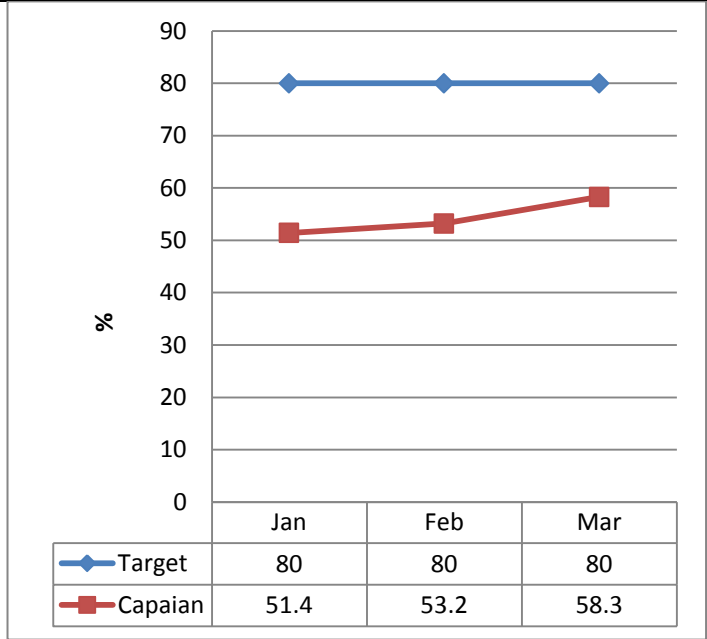
Analisa :
Triwulan I kelengkapan pengisian asesmen awal pre anestesi belum mencapai100%.
Tindak lanjut :
Melakukan penguatan komitmen pada DPJP dalam melengkapi asesmen pre anestesi, resosialisasi tentang pentingnya kelengkapan asesmen pre anestesi, dan menerapkan sistem penghargaan dan sangsi yang jelas bagi DPJP
Target :
Pencapaian hasil hingga 100%.

IAK 8. Penggunaan Darah dan Produk Darah
Kejadian reaksi transfusi pada saat kegiatan transfusi



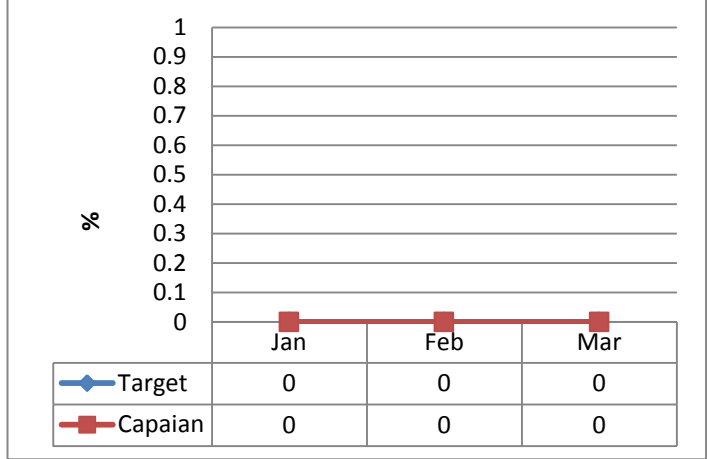
Analisa :
Triwulan I kejadian reaksi transfusi pada saat kegiatan transfusi belum mencapai $\leq 0,01\%$.
Tindak lanjut :
Melakukan sosialisasi secara berkesinambungan tentang pentingnya pemantauan kejadian reaksi transfusi darah dan data yang didapat dilakukan *feedback* ke ruang rawat inap dan sosialisasi SPO pemasangan transfusi
Target :
Pencapaian hasil hingga $0,01\%$.

IAK 9. Ketersediaan isi dan Penggunaan Catatan tentang Pasien
Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam sejak setelah selesai pelayanan Rawat Inap



Analisa :
Triwulan I kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam sejak setelah selesai pelayanan Rawat Inap mencapai $58,3\%$.
Tindak lanjut :
Melakukan penguatan komitmen pada seluruh DPJP dalam melengkapi kelengkapan status rekam medis, resosialisasi tentang pentingnya kelengkapan status rekam medis, dan menerapkan sistem penghargaan dan sanksi yang jelas bagi DPJP. Koordinasi dengan keperawatan untuk mengingatkan DPJP agar mengisi berkas rekam medis dengan lengkap. Sosialisasikan kembali ke seluruh perawat untuk pembaharuan rekam medis.
Target :
Pencapaian hasil hingga $0,01\%$.

IAK 10. Pencegahan, Pengendalian, Pengawasan serta Pelaporan Infeksi
Angka Kejadian Infeksi Luka Operasi (ILO)

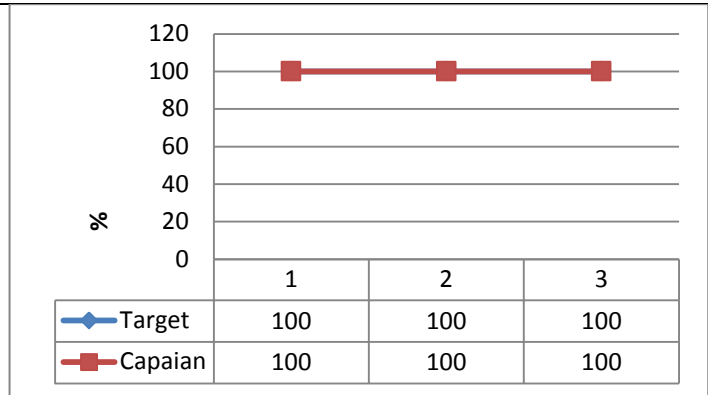


Analisa :
Triwulan I angka kejadian infeksi luka operasi mencapai 0% .
Tindak lanjut :
Tetap mempertahankan mutu pelayananan perawatan dalam memberikan pelayanan kesehatan yang aman untuk pasien sehingga keselamatan pasien dapat tercapai, mensosialisasikan tindakan pencegahan infeksi luka operasi
Target :
Pencapaian hasil hingga 0% .

Indikator *International Library Measure*

IIL 1. *Children’s Asthma Care (CAC)*

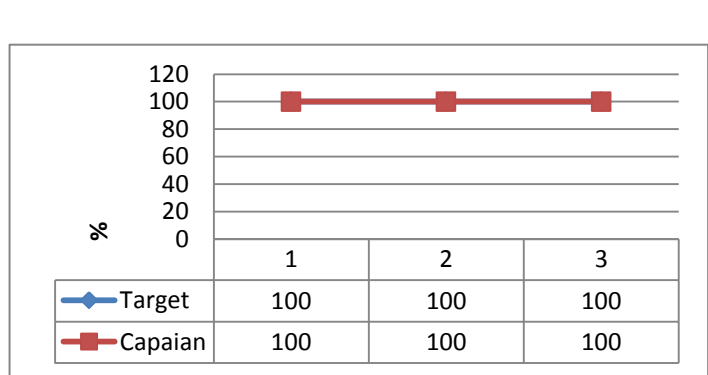
Pengobatan pereda serangan asma pada pasien anak yang dirawat di rumah sakit karena asma



Analisa :
Triwulan I pengobatan pereda serangan asma pada pasien anak yang dirawat di rumah sakit karena asma mencapai 100%,
Tindak lanjut :
Kepala Ruangan Kenanga senantiasa mengidentifikasi lebih lanjut tentang Pengobatan pereda serangan asma pada pasien anak yang dirawat
Target :
Pencapaian hasil hingga 100%,

IIL 2. *Children’s Asthma Care (CAC)*

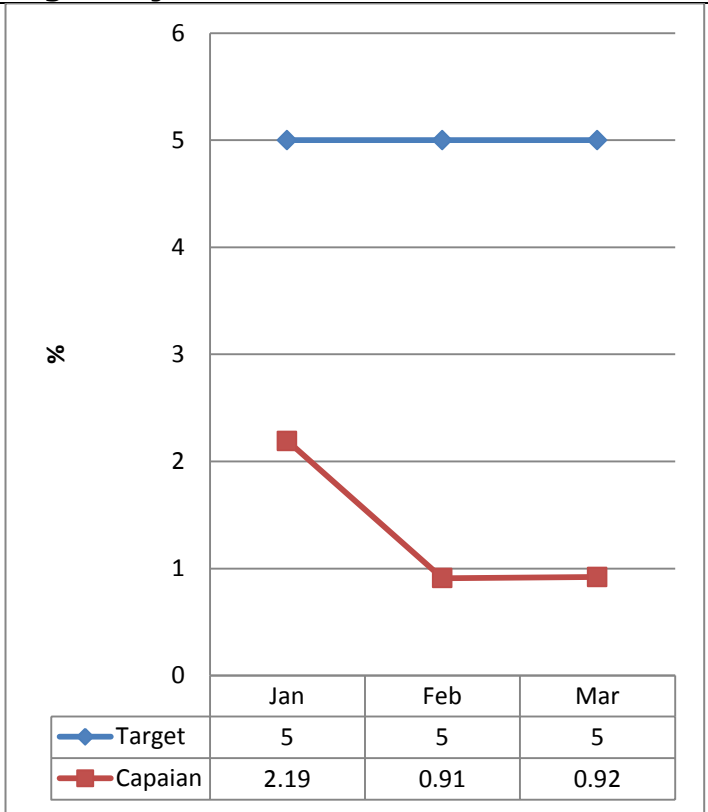
Penggunaan *systemic corticosteroids* pada pasien anak rawat inap penderita asma



Analisa :
Triwulan I penggunaan *systemic corticosteroids* pada pasien rawat inap anak di rumah sakit karena asma mencapai 100%,
Tindak lanjut :
Kepala Ruangan Kenanga senantiasa mengidentifikasi lebih lanjut tentang penggunaan *systemic corticosteroids* pada pasien asma anak yang dirawat.
Target :
Pencapaian hasil hingga 100%,

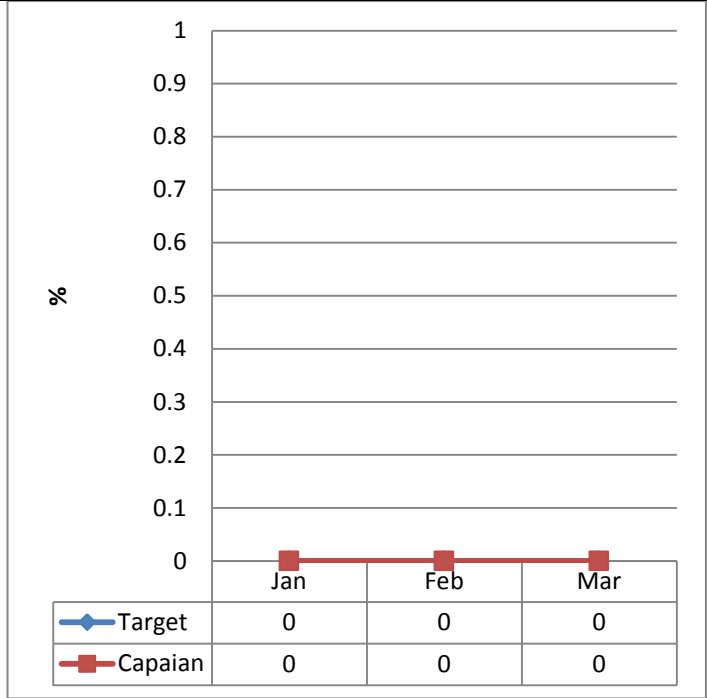
IIL 3. *Venous Thromboelism (VTE)*

Angka Kejadian Phlebilitis



Analisa :
Triwulan I angka kejadian phlebilitis <5%, angka kejadian phlebilitis sudah mencapai target.
Tindak lanjut :
edukasi kepada dokter, perawat dalam memberikan pelayanan kesehatan yang aman untuk pasien sehingga keselamatan pasien dapat tercapai, mensosialisasikan SPO dan akibat tidak melakukan kebersihan tangan dalam melakukan tindakan. Melakukan audit kepatuhan cuci tangan, serta melakukan monitoring sarana dan prasarana untuk cuci tangan. Tetap pertahankan melakukan tindakan sesuai dengan SPO. Setiap pasien baru masuk harus dilakukan kontrol kapan pemasangan ulang infus, pemasangan ulang infus harus dilakukan 3 hari kemudian.
Target :
Pencapaian hasil hingga 5%,

IIL 4. Perinatal Care (PC)
Wanita pada kehamilan pertama dengan satu bayi dan posisi normal melahirkan dengan proses persalinan cesarean section pada usia kehamilan 37-42 minggu

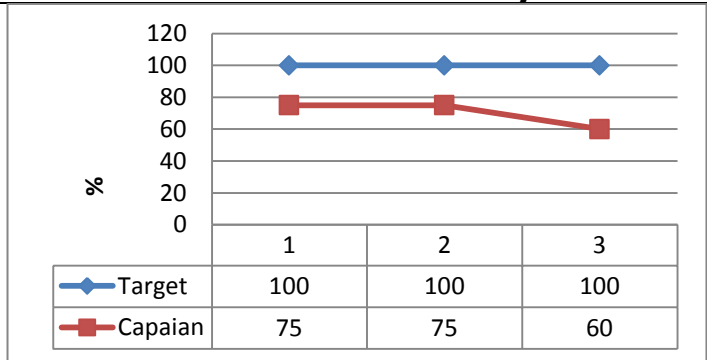


Analisa :
Triwulan I wanita pada kehamilan pertama dengan satu bayi dan posisi normal melahirkan dengan proses persalinan cesarean section pada usia kehamilan 37-42 minggu mencapai 0%.

Tindak lanjut :
Melakukan sosialisasi secara berkesinambungan tentang apabila pemeriksaan dokter kandungan telah menyatakan bahwa kehamilan pertama dengan satu bayi dan posisi normal yang dapat dilakukan persalinan dengan normal, maka ketika melahirkan dengan proses persalinan cesarean section pada usia kehamilan 37-42 minggu maka SC tidak dilakukan, diusahakan normal.

Target :
Pencapaian hasil hingga 0%,

IIL 5. Perinatal Care (PC)
Pemberian ASI Eksklusif Pada Bayi Baru Lahir Selama di Rawat di Rumah Sakit



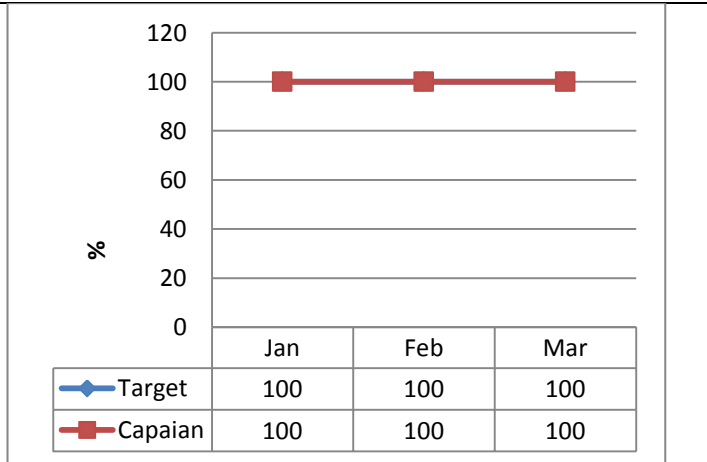
Analisa :
Triwulan I pemberian ASI Eksklusif pada bayi baru lahir belum mencapai 100%.

Tindak lanjut :
Melakukan sosialisasi secara berkesinambungan tentang ASI eksklusif, pemantauan pelaksanaan ASI eksklusif hanya di rumah sakit saja, ketika pasien pulang dan perawatan payudara dan pijat payudara selama di rumah sakit.

Target :
Pencapaian hasil hingga 100%,

Indikator Area Manajemen

IAM 1. Pengadaan Rutin Alkes dan Obat Penting Untuk Memenuhi Kebutuhan Pasien Ketersediaan Obat Formularium

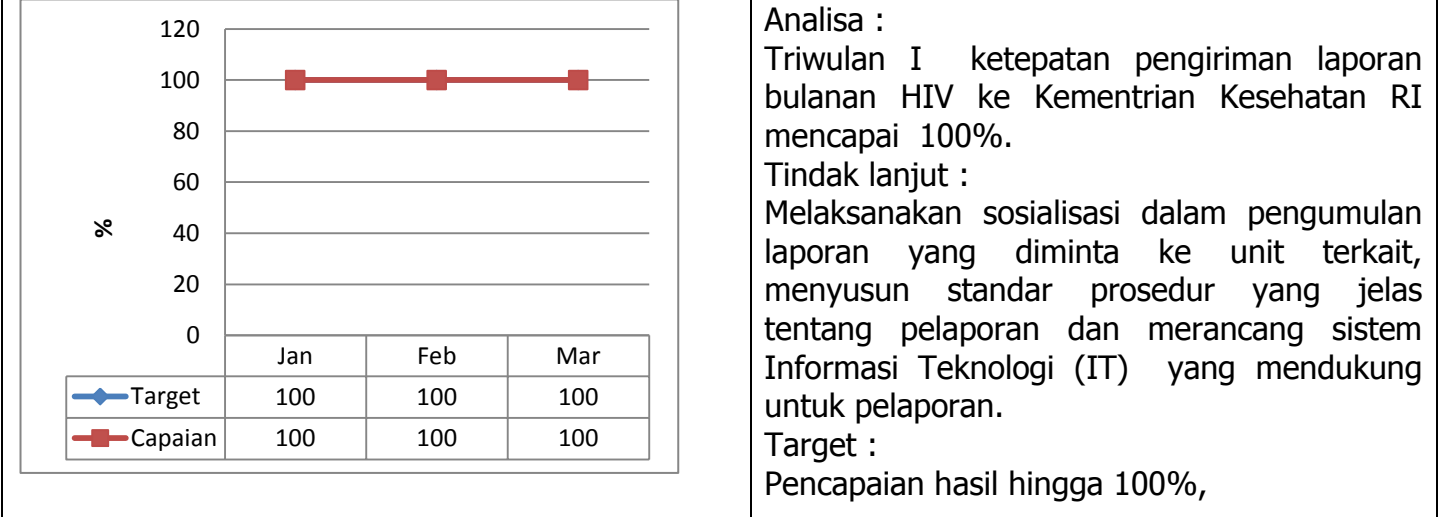


Analisa :
Triwulan I ketersediaan obat formularium mencapai 100%.

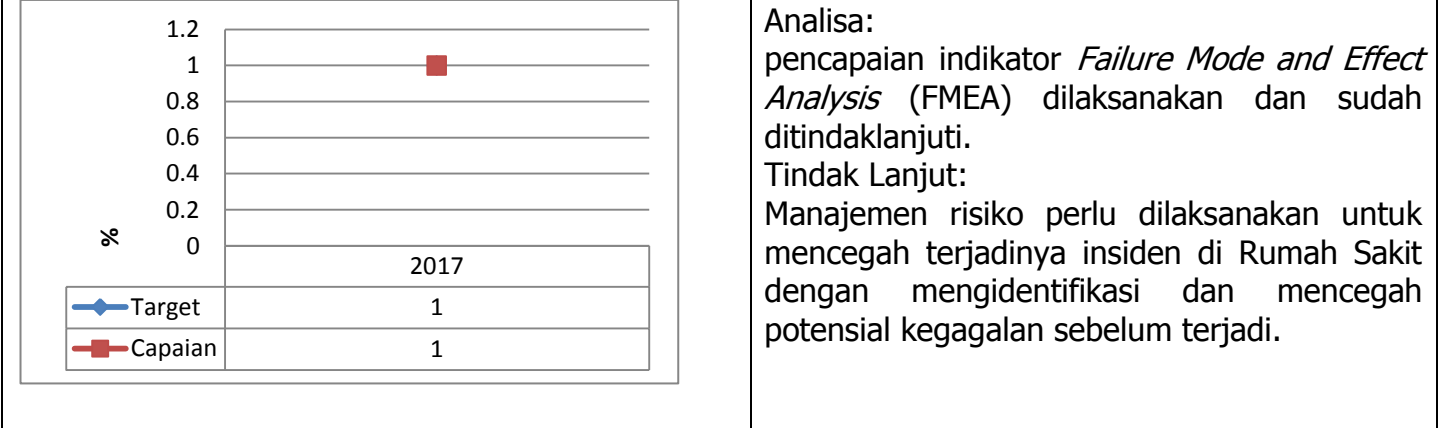
Tindak lanjut :
Melakukan unit farmasi senantiasa mengidentifikasi lebih lanjut tentang ketersediaan obat formularium dan juga senantiasa melaksanakan identifikasi obat formularium yang berpotensi kosong di agen dan suplier.

Target :
Pencapaian hasil hingga 100%,

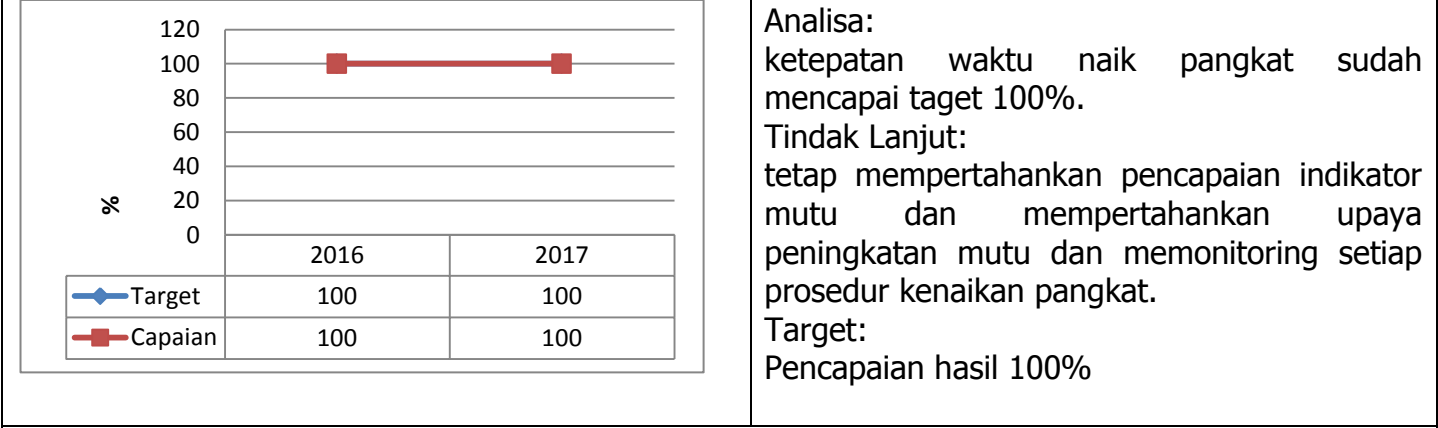
IAM 2. Pelaporan kegiatan, seperti diatur oleh undang-undang dan peraturan Ketepatan Waktu Pengiriman Laporan Bulanan HIV Ke Kementerian Kesehatan RI



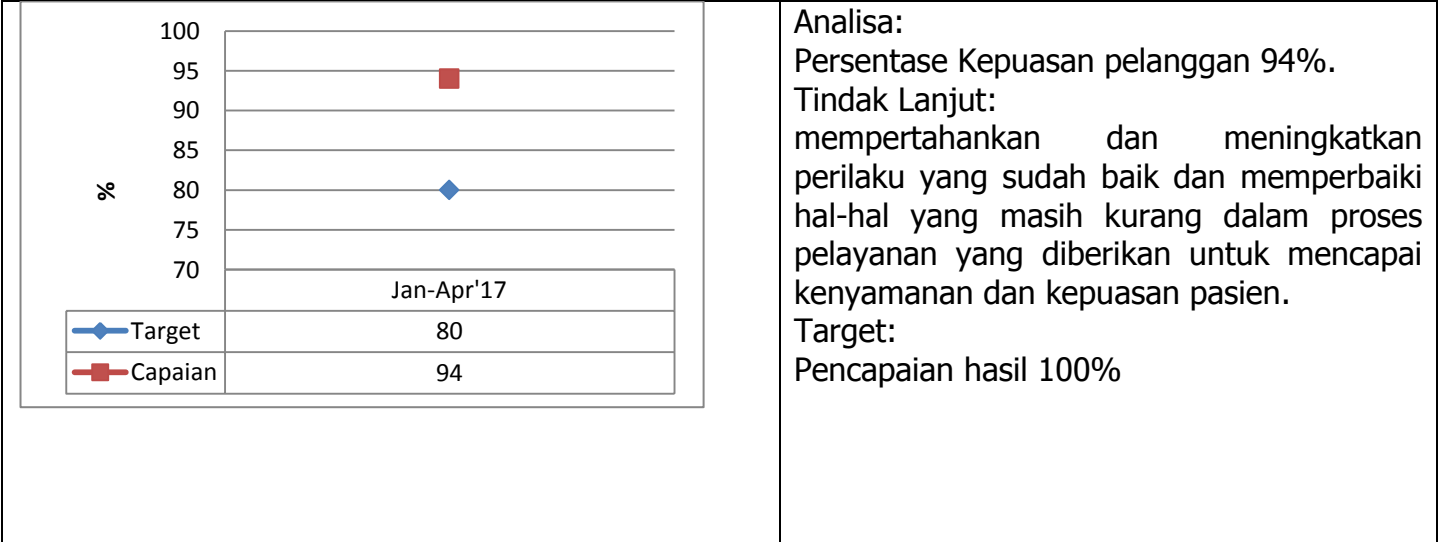
IAM 3. Manajemen Risiko Kegiatan Failure Mode and Effect Analysis (FMEA) dilaksanakan dan ditindaklanjuti



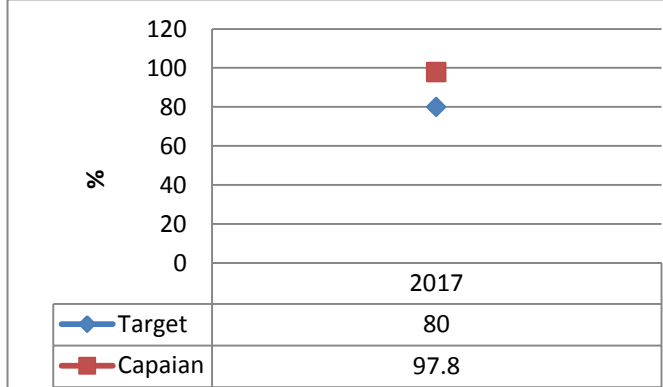
IAM 4. Manajemen Penggunaan Sumber Daya Ketepatan Waktu Naik Pangkat



IAM 5. Harapan dan Kepuasan Pasien dan Keluarga Pasien Kepuasan Pelanggan (Pasien)



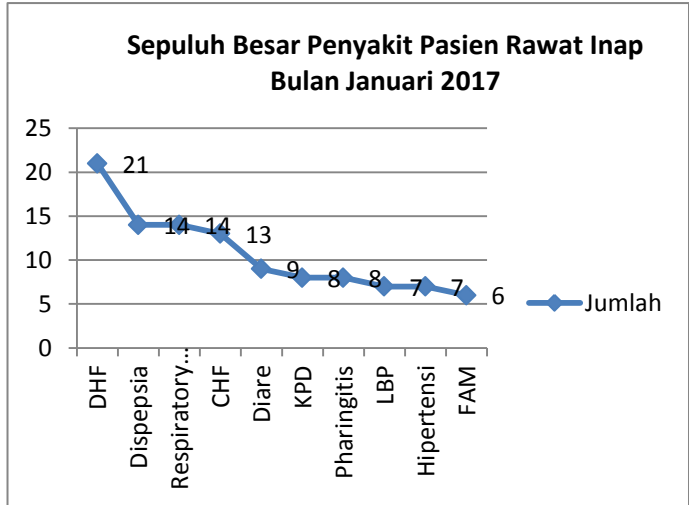
IAM 6. Harapan dan kepuasan staf
Kepuasan Pegawai



Analisa:
Persentase Kepuasan pegawai 97,8%.
Tindak Lanjut:
memberikan *feedback* kepada pegawai yang mempunyai prestasi yang baik dalam bekerja dan meningkatkan fasilitas untuk pegawai rumah sakit
Target:
Pencapaian hasil 100%

IAM 7. Demografi dan Diagnosis Klinis
Data Demografi Pasien dan Diagnosis Klinis

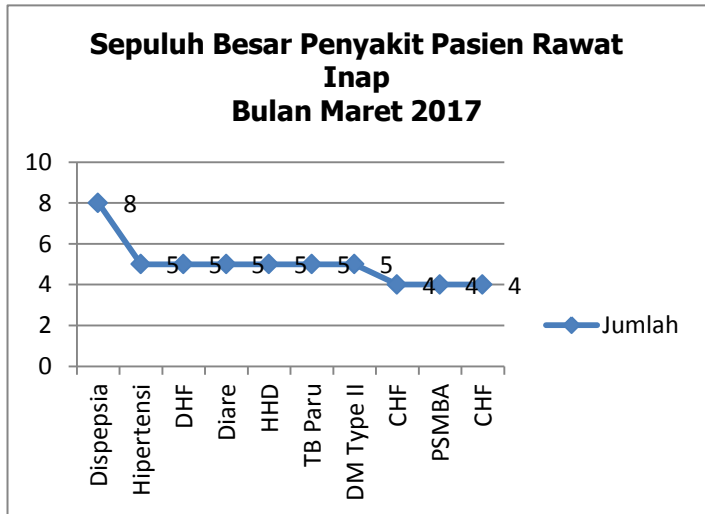
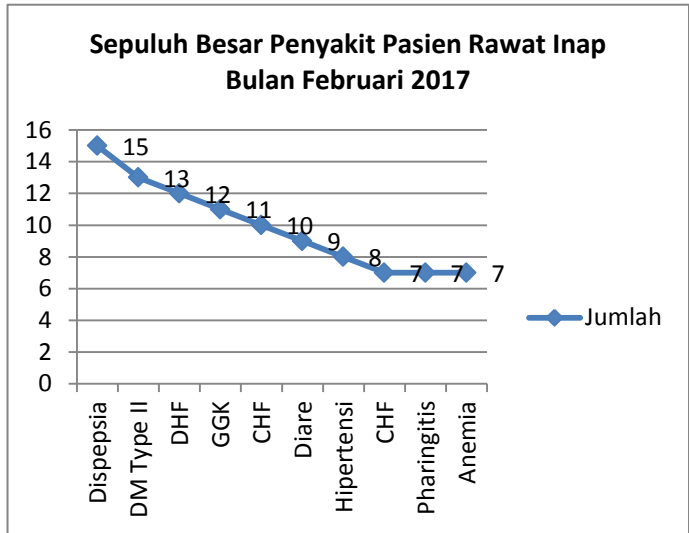
Penilaian Periode Januari s.d Maret 2017

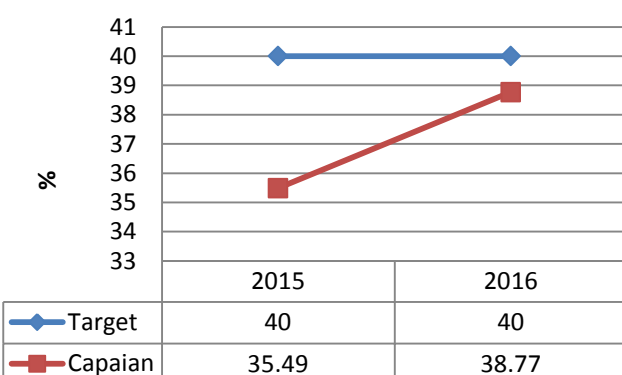
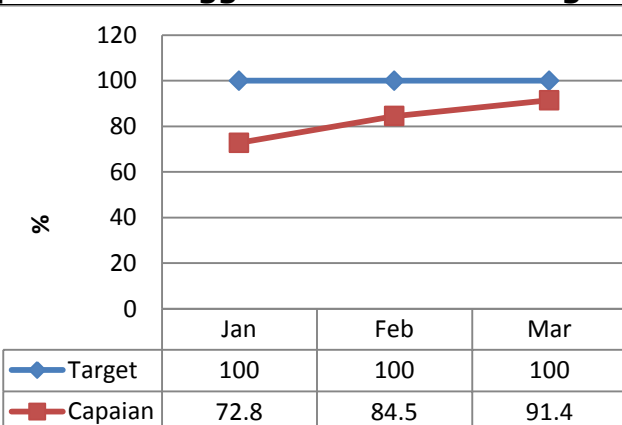
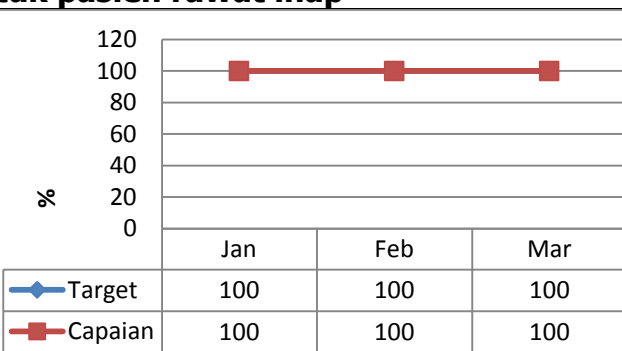


Anaisa :

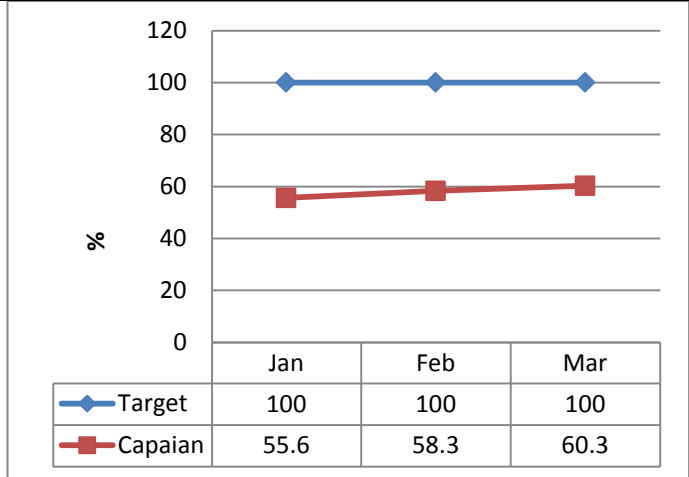
Bulan Januari DHF merupakan jumlah terbanyak yaitu sebanyak 21 kasus, Februari Dispepsia merupakan jumlah terbanyak yaitu 15 kasus dan Maret Dispepsia merupakan jumlah terbanyak yaitu 8 kasus.

Tindak Lanjut:
Mempertahankan pencatatan / rekapitulasi yang dilaksanakan oleh Bagian Perencanaan dan Rekam Medis



IAM 8. Manajemen Keuangan Cost Recovery													
 <table><tr><th></th><th>2015</th><th>2016</th></tr><tr><td>Target</td><td>40</td><td>40</td></tr><tr><td>Capaian</td><td>35.49</td><td>38.77</td></tr></table>		2015	2016	Target	40	40	Capaian	35.49	38.77	<p>Analisa: <i>Cost Recovery</i> mencapai target 38,77% pada tahun 2017.</p> <p>Tindak Lanjut: <i>Cost Recovery Rate</i> ini dari tahun ke tahun tetap mencapai target $\geq 40\%$ dengan senantiasa melaksanakan kegiatan manajemen keuangan yang transparan, akuntabel, dan terpercaya</p> <p>Target : Pencapaian hasil $\geq 40\%$.</p>			
	2015	2016											
Target	40	40											
Capaian	35.49	38.77											
IAM 9. Pencegahan dan Pengendalian dari Kejadian yang Dapat Menimbulkan Masalah Bagi Keselamatan Pasien, Keluarga dan Staf Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri													
 <table><tr><th></th><th>Jan</th><th>Feb</th><th>Mar</th></tr><tr><td>Target</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td></tr><tr><td>Capaian</td><td>72.8</td><td>84.5</td><td>91.4</td></tr></table>		Jan	Feb	Mar	Target	100	100	100	Capaian	72.8	84.5	91.4	<p>Analisa : Kepatuhan penggunaan alat pelindung diri mencapai 91,4% pada bulan Maret.</p> <p>Tindak Lanjut: Resosialisasi kembali dalam rangka pencegahan dan pengendalian infeksi nasokomial secara berkesinambungan tentang pentingnya penggunaan APD dan tetap melakukan pengawasan secara berkesinambungan oleh Tim PPI</p> <p>Target: Pencapaian hasil 100%</p>
	Jan	Feb	Mar										
Target	100	100	100										
Capaian	72.8	84.5	91.4										
Indikator Sasaran Keselamatan Pasien													
ISKP 1. Ketepatan Pemasangan Gelang Identitas Pasien Persentase pelaksanaan standar identifikasi pasien pada pemberian identitas pasien untuk pasien rawat inap													
 <table><tr><th></th><th>Jan</th><th>Feb</th><th>Mar</th></tr><tr><td>Target</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td></tr><tr><td>Capaian</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td></tr></table>		Jan	Feb	Mar	Target	100	100	100	Capaian	100	100	100	<p>Analisa: Pelaksanaan standar identifikasi pasien pada pemberian identitas pasien untuk pasien rawat inap mencapai 100%</p> <p>Tindak Lanjut: Terus dipantau secara rutin setiap bulan oleh Sub Keselamatan Pasien dengan terus melaksanakan kegiatan peningkatan mutu.</p> <p>Target: Pencapaian hasil 100%</p>
	Jan	Feb	Mar										
Target	100	100	100										
Capaian	100	100	100										

ISKP 2. Peningkatan Komunikasi Efektif
Pemberian Obat dengan prinsip *Read Back* dari petugas Rawat Inap kepada DPJP ditandatangani dalam waktu 24 jam

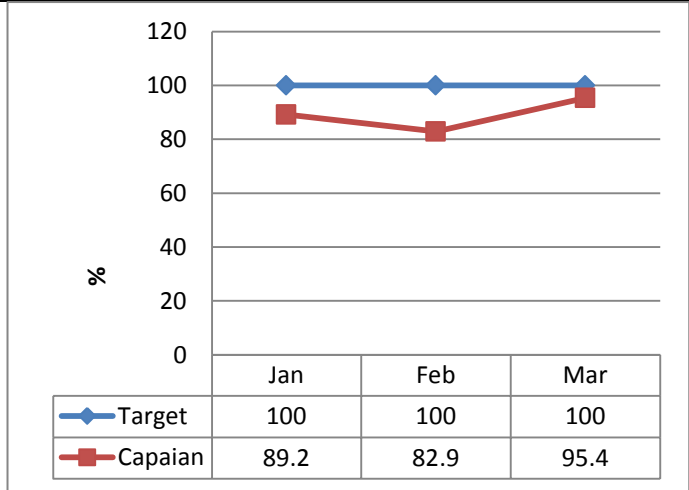


Analisa:
Prosedur pemberian obat dengan teknis *READBACK* dalam proses intruksi verbal atau via telepon ditandatangani oleh pemberi intruksi dalam waktu 1x24 jam di ruang rawat inap mencapai 60,3%

Tindak Lanjut:
Sosialisasi yang berkesinambungan kepada seluruh petugas akan pentingnya prosedur *READBACK* dan terus melakukan pengawasan secara berkesinambungan

Target:
Pencapaian hasil 100%

ISKP 3. Peningkatan Keamanan Obat yang Perlu diwaspadai
Kepatuhan pemberian label obat *High Alert* oleh farmasi di gudang obat farmasi

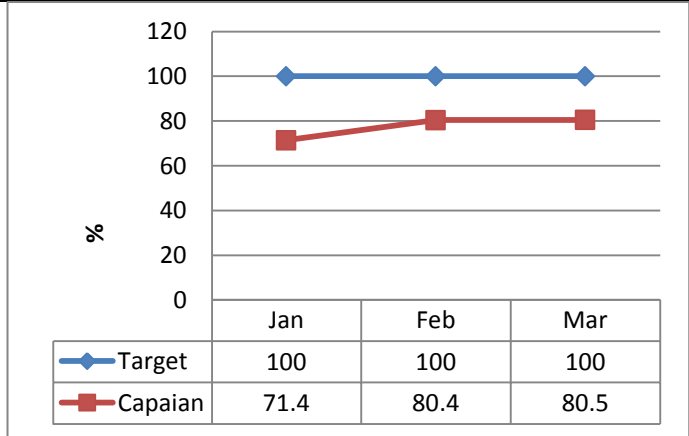


Analisa:
kepatuhan pemberian label obat *High alert* oleh farmasi di gudang farmasi mencapai 95,4%

Tindak Lanjut:
Sosialisasi yang berkesinambungan kepada seluruh petugas akan pentingnya sistem penyimpanan dengan labelisasi *high alert* di gudang farmasi dengan penyempurnaan SOP penyimpanan dan melakukan pengawasan oleh Kepala Unit Farmasi secara terus menerus

Target:
Pencapaian hasil 100%

ISKP 4. Kepastian Tepat Lokasi, Tepat Prosedur, Tepat Pasien Operasi
Kepatuhan pelaksanaan *site marking* pada pasien yang akan dilakukan tindakan operasi

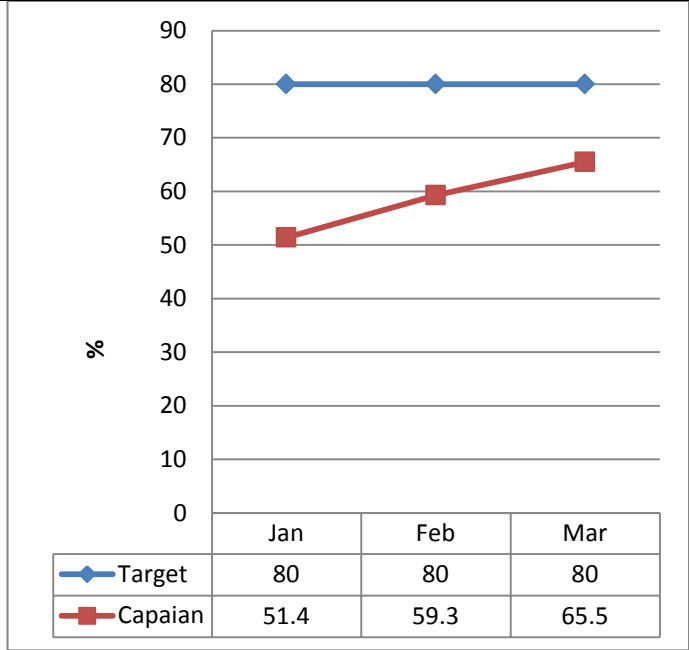


Analisa:
kepatuhan pelaksanaan *site marking* pada pasien mencapai 80,5%

Tindak Lanjut:
Sosialisasi yang berkesinambungan kepada seluruh petugas yang terlibat dalam pelaksanaan prosedur pembedahan di kamar operasi, dan pemahaman yang lebih lanjut bahwa *site marking* dan *surgical check list* merupakan salah satu komponen penting dalam keselamatan pasien.

Target:
Pencapaian hasil 100%

ISKP 5. Pengurangan Risiko Infeksi terkait Perawatan Kesehatan
Persentase kepatuhan petugas kesehatan dalam melakukan tindakan kebersihan tangan dengan metode enam langkah dan lima momen di Rawat Inap

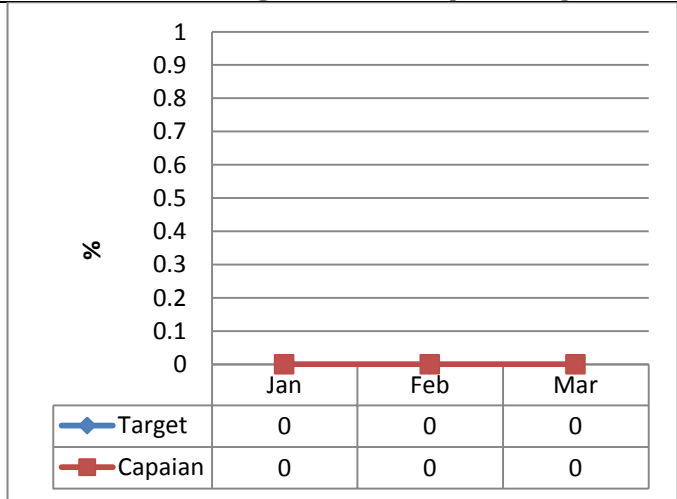


Analisa:
kepatuhan *hand hygiene* oleh dokter, perawat, petugas laboratorium mencapai 65,5%

Tindak Lanjut:
edukasi kepada dokter, perawat dan petugas laboratorium dalam memberikan pelayanan kesehatan yang aman untuk pasien sehingga keselamatan pasien dapat tercapai, mensosialisasikan SPO dan akibat tidak melakukan kebersihan tangan dalam melakukan tindakan, melakukan audit kepatuhan cuci tangan, serta melakukan monitoring sarana dan prasarana untuk cuci tangan.

Target:
Pencapaian hasil 100%

ISKP 6. Pengurangan Risiko Jatuh
Menurunkan angka insiden pasien jatuh selama perawatan rawat inap di Rumah Sakit



Analisa:
angka insiden pasien jatuh selama perawatan di rawat inap mencapai 0%

Tindak Lanjut:
sosialisasi yang berkesinambungan kepada seluruh petugas yang terlibat dalam pencatatan dan pelaporan pasien jatuh, pelaksanaan supervisi yang ketat untuk menghindari terjadinya kasus pasien jatuh, dan pemberian tanda gelang kuning untuk semua pasien resiko pasien jatuh.

Target:
Pencapaian hasil 0%