**LAPORAN**

**INDIKATOR MUTU**

****

**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SOLOK**

**TAHUN 2018**

**KATA PENGANTAR**

Alhamdulillah Puji Syukur kami panjatkan Kehadirat Allah Yang Maha Kuasa yang telah melimpahkan rahmat serta Hidayah Nya sehingga kami dapat menyusun dan menyelesaikan rencana Laporan Indikator Mutu Periode 2018

Laporan ini dapat terselesaikan berkat dukungan, bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak, oleh karena itu dalam hal ini kami menyampaikan ucapan terimakasih yang sebesar besarnya kepada segenap pihak yang mendukung tersusunnya program ini.

Dengan segenap kerendahan hati, kami menyadari akan kekurangan dalam penyusunan program ini dan oleh karena itu kritik sarannya kami ucapkan banyak terima kasih.

Solok, Januari 2019

Ketua Komite Mutu

(drg. Basyir Busnia)

**BAB I**

**PENDAHULUAN**

1. **Latar Belakang**

Pelayanan yang berkualitas merupakan cerminan dari sebuah proses yang berkesinambungan dan berorientasi pada hasil yang memuaskan. Dalam perkembangan masyarakat yang semakin kritis, mutu pelayanan rumah sakit tidak hanya disorot dari aspek klinis medisnya saja namun juga dari aspek keselamatan pasien dan aspek pemberian pelayananannya, karena muara dari pelayanan rumah sakit adalah pelayanan jasa. Peningkatan mutu adalah program yang disusun secara objektif dan sistematik untuk memantau dan menilai untuk meningkatkan asuhan pasien dan memecahkan masalah-masalah yang terungkap (Jacobalis S, 1989).

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Solok adalah Rumah Sakit tipe B dan merupakan Rumah Sakit rujukan dari puskesmas-puskesmas di wilayah kerja Kota Solok, Kabupaten Solok dan dari Rumah sakit di Kabupaten Solok, Solok Selatan, Sawahlunto, Sijunjung, dan Dharmasraya. RSUD Solok terletak di jl. Simpang Rumbio, Kecatan Lubuk Sikarah. Sesuai dengan Visi Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) solok menjadi Rumah Sakit yang unggul dalam pelayan dan terdepan dalam pendidikan serta penelitian dibidang kesehatan di Provinsi Sumatera Barat tahun 2020, Tujuan Rumah Sakit Daerah Solok, terselenggaranya pelayanan kesehatan yang bermutu, efisien, efektif, manusiawi dan mandiri serta berkeadilan. Untuk itu RSUD Solok melakukan kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang sesuai dengan standar akreditasi KARS versi 2012. Kegiatan ini di lakukan di setiap unit kerja / instalasi terkait untuk mengukur kinerja pelayanan RS dan sebagai manajemen kontrol untuk mendukung pengambilan keputusan.

Program peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien RSUD Solok pada tahun 2018. Menetapkan Indikator Rumah Sakit yang sesuai dengan standar Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) dari KARS Versi 2012. Berdasarkan standar PMKP 3, dapat di klarifikasikannya indikator rumah sakit sebagai berikut : 10 Indikator Area Klinik, 9 indikator Area Menejerial, 6 Indikator Sasaran Keselamatan Pasien,

Selain pemantauan yang dilakukan oleh instalasi / unit kerja masing-masing, pemantauan juga dilakukan melalui program validasi data. Penyahihan / validasi data merupakan alat penting untuk memahami mutu dari data mutu dan untuk mencapai tingkat di mana data tersebut cukup meyakinkan bagi para pembuat keputusan.

Laporan tahun 2018 ini di buat untuk mengevaluasi perkembangan hasil pemantauan indikator mutu yang telah disosialisasikan di instalasi / unit kerja dari bulan Januari sampai bulan juni 2018.

1. **Tujuan**
2. Tujuan Umum

Untuk mengetahui dan memantau peningkatan mutu pelayanan dan penerapan keselamatan pasien di RSUD Solok.

2.      Tujuan Khusus

1. Dievaluasinya peningkatan mutu RSUD Solok melalui  pemantauan 25 (dua puluh lima) indikator mutu yang telah ditetapkan berdasarkan standar PMKP 3 dan 7 untuk tahun 2018 di tiap-tiap unit dan instalasi terkait.
2. Dievaluasinya program keselamatan pasien dengan pemantauan Insiden Keselamatan Pasien Rumah Sakit (IKP-RS).
3. Dianalisisnya trend atau variasi kejadian yang tidak diinginkan dari data sebagai berikut (Standar PMKP 7)
4. Didapatkannya rekomendasi dan governing body (dewan pengawas)   mengenai program mutu pelayanan dan penerapan keselamatan pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Solok.
5. Diketahuinya rencana tindak lanjut untuk meningkatkan mutu Rumah Sakit
6. Kegiatan
7. Melakukan pemantauan indikator mutu secara berkesinambungan
8. Melakukan pengumpulan data mutu dari masing-masing ruangan/unit terkait
9. Melakukan tabulasi terhadap data hasil pemantauan indikator mutu
10. Melakukan pengolahan data mutu
11. Melakukan validasi data pemantauan indikator mutu
12. Melakukan penyampaian hasil pemantauan indikator mutu oleh masing-masing bagian / unit
13. Melaukukan pembandingan data dengan rumah sakit lainnya
14. Menyusun laporan hasil pemantauan indikator mutu
15. **Pencatatan dan Pelaporan**

Pencatatan diakukan oleh petugas pengumpul data, kemudian dilakukan rekapitulasi dan analisa oleh penanggung jawab pengumpul data. Hasil analisis tersebut kemudian dilaporkan ke komite mutu dan Direktur Rumah Sakit. Data hasil pemantauan ditulis pada form pemantauan inikator mutu dan dikumpulkan komite mutu dengan di lengkapi laporan tindak lanjut program dengan tehnik PDSA untuk indikator yang belum sesuai dengan standar yang ditetapkan atau setiap ditemukan suatu permasalahan disetiap unit kerja dan ditembuskan komite mutu setiap bulan selambat lambatnya minggu pertama bulan berikutnya.

 Hasil pengolahan dan analisa data dituangkan dalam laporan tertulis kemudian akan dilaporkan kepada direktur setiap 3 bulan sekali dalam rapat evaluasi triwulan.

**BAB II**

**HASIL KEGIATAN**

1. INDIKATOR AREA KLINIS
2. Assesmen Pasien

Pasien stroke *iskemik* dan stroke *Hemorrhagic* yang telah dikaji untuk mendapatkan rehabilitasi

Analisis :

Dari hasil pengolahan data Mutu Tahun 2018 didapatkan nilai rata-rata pasien stroke iskemik dan haemoragik yang mendapatkan rehabilitasi medik sebesar 76,1%, angka ini masih dibawah standar 100% karena ada beberapa pasien yang tidak memungkinkan untuk dilakukan terapi rehabilitasi. Salah satunya diakibatkan karna pasien meninggal dan penurunan kesadaran

1. Pelayanan laboratorium

Waktu tunggu pelayanan laboratorium pemeriksaan darah lengkap dan kimia klinik

Analisis:

Dari hasil pengolahan data Mutu Tahun 2018, dapat dilihat bahwa waktu tunggu pelayanan laboratorium di RSUD Solok belum mencapai standar yang ditetapkan. Nilainya 93,5. Hal ini karna kurangnya tenaga analis di laboratorium.

1. Layanan radiologi

Persentase foto konvesional di radiologi sentral yang selesai di ekspertise dalam waktu <24 jam

Analisis:

Pembacaan hasil foto konvensional di radiologi yang telah diekspertise dalam waktu 24 jam belum mencapai standar 100%, dari bulan januari s/d bulan Desember didapatkan hasil pencapaian sebesar 73,6% hal ini disebabkan karena masih ada dokter yang mengambil hasil rongen tanpa diekspertise.

1. Prosedur bedah

Persentase tidakan Sectio Caesarea (SC) yang dilakukan pada primigravida 37-42 minggu dengan bayi posisi mormal tunggal hidup

Analisis:

Dari hasil pemantauan dari bulan januari s/d bulan Desember Persentase tidakan Sectio Caesarea (SC) yang dilakukan pada primigravida 37-42 minggu dengan bayi posisi mormal tunggal hidup didapatkan hasil pencapaian sebesar 69,3% angka ini melampaui target yang ditetapkan yaitu <10%, hal ini dikarenakan RSUD Solok merupakan rumah sakit rujukan dari berbagai kota dan kabupaten disekitarnya

1. Penggunaan antibiotika dan pengobatan lainnya

 Aspirin diresepkan untuk pasien dengan acute myocardinal infarction (AMI)

Analisis:

Dari hasil pemantauan dari bulan januari s/d bulan Desember didapatkan hasil pencapaian sebesar 90,6% angka ini menunjukkan bahwa persentase peresepan aspirin pada pasien AMI saat pulang belum mencapai target yang ditetapkan karena ada terapi aspirin yang telah dihentikan sebelum pasien pulang atau pasien meninggal selama perawatan.

1. Kesalahan obat dan KNC

 Analisis:

Dari hasil pemantauan dari bulan januari s/d bulan Desember didapatkan hasil yang telah memenuhi standar yaitu 0% hal ini menandakan tidak adanya kesalah penulisan resep pada tahun 2018 di RSUD Solok.

1. Penggunaan anestesi dan sedasi

Pengkajian pre-anastesi dilaksanakan untuk pasien pra-operasi elektif dengan anasthesi umum

Analisis:

Dari hasil pemantauan dari bulan januari s/d bulan Desember didapatkan hasil pencapaian sebesar 100% angka ini menunjukkan bahwa persentase Pengkajian pre-anastesi dilaksanakan untuk pasien pra-operasi elektif dengan anasthesi umum telah mencapai target yang ditetapkan.

1. Penggunaan Darah dan Produk Darah

 Monitoring tidak terpakai nya produk darah yang sudah di order

Analisis:

Dari hasil pemantauan dari bulan januari s/d bulan Desember didapatkan hasil pencapaian sebesar 8,4% angka ini menunjukkan bahwa persentase Monitoring tidak terpakai nya produk darah yang telah di order sudah mencapai target yang ditetapkan yaitu ≤10%

1. Ketersedian, isi dan penggunaan catatan tentang pasien

Ketidaklengkapan pengisian rekam medik 24 jam sejak setelah selesai pelayanan rawat inap

Analisis:

Dari hasil pemantauan dari bulan januari s/d bulan Desember tahun 2018 di dapatkan nilai sebesar 1,1%, nilai ini telah mencapai target ≤5%.

1. Pencegahan dan pengendalian, pengawasan, serta pelaporan infeksi

Angka kejadian dekubitus grade II/lebih akibat perawatan di rumah sakit

Analisis:

Dari hasil pemantauan dari bulan januari s/d bulan Desember tahun 2018 tampak hasil capaian kejadian dekubitus selama pelayanan kesehatan di RSUD Solok 0 % yang telah memenuhi standar < 3%

1. **INDIKATOR KESELAMATAN PASIEN**
2. Mengidentifikasi pasien dengan benar

Persentase ketepatan pemasangan gelang identitas pasien baru rawat inap

Analisis:

Dari hasil pengolahan data mutu bulan januari s/d bulan Desember tahun 2018, tampak persentase ketepatan pemasangan gelang identitas pada pasien baru belum mencapai standar, yaitu 72%. Hal ini dikarenakan pemasangan gelang dari IGD masih ada yang ditempel di status dan tulisan identitas pasien pada gelang tidak jelas untuk dibaca.

1. Meningkatkan komunikasi efektif

Persentase pelaksanaan *Read Back* di tanda tangani oleh pemberi intruksi dalam waktu 24 jam

Analisis:

Dari hasil pengolahan data mutu bulan januari s/d bulan 174Desember tahun 2018 persentase pelaksaaan read back yang di tanda tangani oleh dokter DPJP hanya mencapai 61%, angka ini masih berada di bawah standar yang diharapkan yaitu 100%, Hal ini dikarenakan masih ada DPJP yang tidak menandatangani advis yang diberikan setelah 1 x 24 jam.

1. Meningkatkan keamanan obat-obatan

Kepatuhan pemberian label obat hight alert oleh farmasi

Analisis:

Dari hasil pengolahan data mutu bulan januari s/d bulan Desember tahun 2018 di dapatkan angka persentase kepatuhan petugas farmasi dalam memberikan label obat high sanga jauh dari standar yang diharapkan, yaitu sebesar 11%, angka ini masih di bawah standar yang di harapkan. Hal ini dikarenakan keterbatasan tenaga farmasi dalam pelasanaan penempelan lebel high alert dan kekosongan label di perlengkapan.

1. Memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang benar

Kepatuhan prosedur site marking pada pasien yang akan dilakukan tindakan operasi

Analisis:

Dari hasil pemantauan dari bulan januari s/d bulan Desember di dapatkan hasil kepatuhan opetator dalam pelaksanaan side marking sebesar 100%, angka ini telah mencapai standar yang telah di tetapkan yaitu sebesar 100%

1. Mengurangi resiko infeksi akibat perawatan kesehatan

Persentase kepatuhan petugas kesehatan dalam melakukan kebersihan tangan

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Five moment*** | **Januari** | **Februari** | **Desember** |
| Dr | Prwt | Dr | Prwt | Dr | Prwt |
| Before touching a patient |  |  |  |  |  |  |
| Before clean/aseptic procedure |  |  |  |  |  |  |
| After body fluid exposure risk |  |  |  |  |  |  |
| After touching a patient |  |  |  |  |  |  |
| After touching patient surroundings |  |  |  |  |  |  |

Analisis:

Dari hasil pemantauan dari bulan januari s/d bulan Desember tahun 2018 kepatuhan petugas dalam melakukan cuci tangan masih belum mencapai standar, terutama dokter.

1. Mengurangi risiko cedera pasien akibat jatuh

Insiden pasien jatuh selama perawatan rawat inap di Rumah Sakit

Analisis:

Dari hasil pengolahan data mutu bulan januari s/d bulan Desember tahun 2018 di dapatkan angka 0% pada pelaporan insiden jatuh dan angka ini telah mencapai standar yang ditetapkan.

1. **INDIKATOR MANAJERIAL**
2. Jumlah kekosongan stok obat esensial

|  |  |
| --- | --- |
| No  | Nama Obat |
| 1 | Combivent respule |
| 2 | CPZ |
| 3 | Oralit |
| 4 | carbanazepin |
| 5 | Dipenhidramin injeksi |
| 6 | Ibuprofen 400 mg |
| 7 | Asam folat |
| 8 | prednison tablet 5mg |
| 9 | metronidazole 500mg |
| 10 | aqua pro injeksi |
| 11 | bicnat tablet |
| 12 | cendo polydex |

 Analisis:

Berdasarkan hasil pemantauan yang dilakukan oleh Kepala Instalasi Farmasi sejak bulan Januari – Desember 2018, ditemukan data masih adanya beberapa daftar obat esensial yang mengalami kekosongan. Hal ini disebabkan karena tidak tersedianya obat Fornas dalam e-catalog dan obat yang dipesan lambat datangnya sehingga sering terjadi kekosongan obat esensial di dalam rumah sakit.

1. Ketepatan Waktu Pengiriman Laporan Bulanan Ke Gubernur Sumatera Barat

Analisis :

Merupakan Laporan yang dikirim setiap bulan ke Gubernur Sumatera Barat dan Laporan Kegiatan Rumah Sakit ke Dewan Pengawas, pada tahun 2018 di dapat RSUD Solok selalu mengirim laporan tepat waktu.

1. Pelaksanaan Standar Penanganan Tertusuk Jarum

Analisis :

Jumlah insiden tertusuk jarum yang dilaksanakan penanganan dengan tepat dan benar sesuai standar dalam tahun 2018 telah mencapai standar 100%

1. Pemanfaatan alat USG, untuk USG dalam proses penegakan diagnose pasien yang dilaksanakan di Unit Radiologi

Analisis :

Pemanfaatan alat USG harus dipantau untuk mengurangi unit cost pengeluaran rumah sakit, sehingga sumber daya rumah sakit dapat dihemat secara efektif dan efisien, Jumlah pemeriksaan USG yang dicatat sesuai dengan indikasi dan urgensi pasien dalam tahun 2018 telah mencapai standar 100%

1. Kepuasan Pelanggan

Kepuasan pelanggan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan dengan standar ≥90%. Berdasarkan hasil survey IKM tahun 2018 yang dilakukan oleh LPPM UNAND, pencapaian hasil kepuasan pelanggan belum mencapai standar, yaitu 89,50%. angka ini didapat berdasarkan hasil kuesioner yang telah disebarkan oleh peneliti di RSUD Solok.

1. Trend 10 besar diagnose dan data demografi yang bersangkutan

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Diagnosa  | Umur  | Jenis Kelamin | Alamat  |
| 1. Bronko Pneumoni
2. Strok
3. CHF
4. DHF
5. Gastritis
6. Appendik
7. Cedera
8. Dispepsia
9. Diare
10. PPOK
 | 1. >65
2. 45-65 th
3. >65 th
4. 25-44 th
5. 45-65 th
6. 15-24 th
7. 15-24 th
8. 45-65 th
9. 5-14 th
10. 45-65 th
 | 1. Laki-laki
2. Perempuan
3. Perempuan
4. Laki-laki
5. Laki-laki
6. Perempuan
7. Laki-laki
8. Laki-laki
9. Laki-laki
10. Laki-laki
 | 1. Kab. Solok
2. Kab. Solok
3. Kab. Solok
4. Kab. Solok
5. Kab. Solok
6. Kot. Solok
7. Kab. Solok
8. Kab. Solok
9. Kab. Solok
10. Kab. Solok
 |

Analisis :

10 besar diagnose dan data demografi yang dimaksud adalah 10 penyakit yang memiliki jumlah pasien paling banyak yang dirawat di Rumah Sakit Umum Daerah Solok berdasarkan data demografi yang meliputi Umur, Jenis Kelamin, Pendidikan, Pekerjaan, Suku Bangsa, Daerah Asal dan Agama

Pencatatan yang regular sangat diperlukan untuk memberikan informasi kepada unit kesehatan masyarakat dalam rangka kegiatan preventif untuk mengurangi penyebaran penyakit yang dapat terjadi.

1. Cost Recovery Rate

Pada tahun 2018 cost recovery RSUD Solok mencapai 75,97%, angka ini belum mencapai target yang ditetapkan yaitu ≥80%.

1. Pencegahan dan pengendalian peristiwa yang membahayakan keselamatan pasien, keluarga pasien dan staf

Analisis :

Jumlah peralatan ukur medis yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi pada tahun 2018 mencapai 75%, belum mencapai standar krn banyak alat kesehatan yang mengalami kerusakan dan harus diganti dengan yang baru.

**BAB III**

**RENCANA TINDAK LANJUT**

Hasil evaluasi dan analisa data yang dilakukan telah dilaporakan ke Direktur pada 3 Januari 2019 yang dihadiri oleh Ketua komite mutu RSUD Solok, anggota komite mutu, kepala ruangan dan PIC Masing-masing unit beserta pokja terkait, diperoleh rencana tindak lanjut untuk indikator mutu yang belum mencapai standar. Rencana tindak lanjut tersebut sebagai berikut :

1. Perlu peningkatan motivasi unit kerja untuk melaksanakan pengumpulan data dan pelaporan indikator mutu unit kerja.
2. Sosialisasi SPO pengumpulan data indikator mutu ke setiap unit
3. Perlunya kejelasan tugas dan komitmen bersama seluruh karyawan RSUD Solok dalam peningkatan mutu rumah sakit
4. Rencana Tindak Lanjut berdasarkan indikator
5. Assesment evaluasi pasien, pasien strok *iskemik* dan *hemoeragik* yang telah dikaji untuk mendapatkan pelayanan rehabilitasi.

Akan dilakukan peningkatan assemen awal medis dan lanjutan terhadap pasien stroke yang memungkinkan untuk dilakukan rehabilitasi medik.

1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium patologi klinik pemeriksaan darah lengkap dan kimia klinik
2. Dilakukan pengkalibrasian alat secara berkala.
3. Adanya penangung jawab untuk memastikan ketersedian bahan untuk pemeriksaan darah lengkap dan kimia klinik selalu tersedia.
4. Merencanakan penambahan tenaga laboratorium
5. Persentase foto konvensional di radiologi sentral yang selesai diekspertise dalam waktu krang dari 24 jam

Sosialisasi SPO untuk ekspertise rontgen kepada semua dokter yang meminta dilakukan pemeriksaan radiologi oleh komite medik. dan tentang kepatuhan dokter DPJP dalam pelaksanaan SPO ekspertise hasil foto konfensional yang keluar dari instalasi radiologi

1. Presentasi tidakan SC yang dilakukan pada primi gravida UK 37-42 Minggu dengan bayi posisi normal tunggal hidup

Pada tahun 2018 terlihat angka yang cukup tinggi dikarekan RSUD Solok adalah rumah sakit umum rujukan tingkat 3, sehingga persalinan normal telah dapat dilakukan di praktek bidan atau klinik bersalin. sangat memungkinkan angka ini terus meningkat dari waktu kewaktu. Namun diperlukan koordinasi dan kerja sama dengan dokter DPJP kebidanan.

1. Aspirin diresepkan untuk pasien dengan AMI saat pulang atau keluar Rumah Sakit
2. Sosialisasi pentingnya pemberian obat aspirin saat pulang untuk pasien AMI
3. Sosialisasi pengisian dicharge planning secara tepat untuk memastikan pengetahuan pasien mengenai obat-obatan yang harus dikonsumsi saat pulang
4. Mengidentifikasi pasien dengan benar, presentase pemakaian gelang
5. Peningkatan edukasi pemasangan gelang pada saat pasien dipasangkan gelang.
6. Sosialisasi ulang tentang informasi gelang dan guna gelang bagi petugas kesehatan
7. Seluruh staf rawat inap mempunyai kewajiban untuk memastikan ketersedian gelang di ruangan masing-masing.
8. Meningkatkan komunikasi efektif, presentasi pelaksanaan *read back*
9. Evaluasi dan monitoring secara berkala kepatuhan DPJP dalam pelaksanaan read back
10. Koordinasi antar petugas kesehatan.
11. Melakukan resosialisasi SPO *read back.* (dilakukan oleh anggota pokja SKP)
12. Meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai, kepatuhan pemberian label higt alert oleh farmasi
13. Penambahan petugas farmasi untuk pelaksanaan pelebelan obat high alert
14. Pengadaan stok label high alert yang mencukupi oleh petugas pengadaan .
15. Mengurang resiko infeksi akibat perawatan kesehatan, persentase kepatuhan cuci tangan petugas kesehatan dalam melakukan kebersihan tangan, dengan metode 6 langkah dan 5 momen
16. Koordinasi dengan komite PPI dalam sosialisasi serta monitoring pelaksaanan kepatuhan cuci tangan oleh petugas di RSUD Solok
17. Jumlah kekosongan stok obat esensial
18. Meningkatkan MOU dengan Rumah Sakit dan Apotik terdekat

**BAB V**

**PENUTUP**

Kegiatan pemantauan indikator mutu yang sesuai standar telah berjalan Januari 2016. Secara garis besar kegiatan ini telah berjalan dengan baik meskipun ada beberapa kekurangan. Upaya perbaikan akan dilakukan sesuai dengan rekomendasi dan rencana tindak lanjut yang diberikan saat acara Pemaparan hasil Pengumpulan data Indikator Mutu. Diharapkan dengan adanya aksi tindak lanjut dari instalasi / unit kerja terkait upaya perbaikan dapat berjalan dengan maksimal.

Pemantauan inidkator Mutu untuk tahun 2019 akan tetap sama yaitu sebanyak 25 (dua puluh lima) indikator. Meskipun demikian terdapat sejumlah perbaikan terhadap kertas kerja, alat ukur indikator, dan kalimat indikator sehingga diharapkan data yang diperoleh bisa lebih valid.