LAPORAN KOMITE PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN RSUD KABUPATEN BADUNG MANGUSADA TAHUN 2018



KOMITE PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN BADUNG MANGUSADA 2018

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pelayanan kesehatan merupakan rangkaian kegiatan yang mengandung resiko karena menyangkut keselamatan tubuh dan nyawa seseorang. Perkembangan ilmu kedokteran dan penemuan alat kedokteran yang semakin canggih, pada kenyataannya tidak mampu menghilangkan resiko terjadinya kejadian yang tidak diinginkan (KTD) baik timbulnya komplikasi, kecacatan maupun pasien meninggal dunia.

Dengan diberlakukannya UU no 8 tahun 1999 tentang perlindungan konsumen, UU no 29 tahun 2004 tentang praktik kedokteran, UU no 36 tahun 2009 tentang kesehatan, dan UU no 44 tahun 2009 tentang rumah sakit, yang menjamin hak pasien untuk mengajukan gugatan baik kepada tenaga kesehatan maupun rumah sakit, maka suatu KTD dapat berakhir dengan tuntutan hukum. Olah karena itu rumah sakit perlu menyusun suatu program untuk memperbaiki proses pelayanan terhadap pasien agar KTD dapat dicegah melalui rencana pelayanan yang komprehensif, sehingga kepercayaan masyarakat terhadap mutu rumah sakit kembali meningkat.

Rumah Sakit Umum Daerah Badung sebagai satu-satunya rumah sakit pemerintah di Kabupaten Badung selalu berupaya menjaga mutu pelayanan dan keselamatan pasien. Sesuai standar internasional akreditasi rumah sakit, program peningkatan mutu dan keselamatan pasien di RSUD Kabupaten Badung Mangusada menetapkan struktur (input) dari kegiatan klinik dan manajemen, termasuk kerangka untuk memperbaiki proses kegiatan serta indikator output yang digunakan untuk monitoring dan evaluasi.

Laporan hasil survei dan analisa indikator program peningkatan mutu dan keselamatan pasien di RSUD Kabupaten Badung Mangusada terbagi dalam laporan triwulan, yang pada akhir tahun dikompilasi dalam laporan tahunan. Laporan ini diharapkan dapat memberikan masukan bagi pemegang kebijakan, dalam hal ini Bapak Direktur RSUD Kabupaten Badung Mangusada dalam mengambil prioritas kebijakan peningkatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien kedepannya.

1.2 Tujuan

1.2.1 Tujuan Umum

Meningkatkan kualitas pelayanan di RSUD Kabupaten Badung Mangusada

1.2.2 Tujuan Khusus

- RSUD Kabupaten Badung Mangusada dapat menetapkan dan melakukan analisis data Indikator Keselamatan Pasien
- 2. RSUD Kabupaten Badung Mangusada dapat menetapkan dan melakukan analisis data Indikator ILM (*Internatinal Library Medicine*)
- 3. RSUD Kabupaten Badung Mangusada dapat menetapkan dan melakukan analisis data Area Klinik
- 4. RSUD Kabupaten Badung Mangusada dapat menetapkan dan melakukan analisis data Area Manajemen
- 5. Adanya komparasi nilai Indikator RSUD Kabupaten Badung Mangusada dengan RS sekitar atau nilai standar secara Nasional atau Internasional
- 6. Adanya rekomendasi untuk perbaikan berdasarkan Indikator data yang akan ada atau berjalan atau berlangsung

1.3 Manfaat Laporan

- 1. Sebagai bahan acuan penyusunan laporan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien periode berikutnya
- Memberikan informasi mengenai data tiap Indikator yang di survei meliputi data Indikator Keselamatan Pasien, data Indikator ILM, data Indikator Area Klinik dan data Indikator Area Manajemen

BAB II

HASIL DAN PEMBAHASAN

2.1 Indikator Mutu dan Keselamatan Pasien 2018

Sesuai dengan prioritas mutu dan keselamatan pasien yang ditetapkan rumah sakit, Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien RSUD Badung menjabarkan kebijakan tersebut dalam bentuk indikator-indikator peningkatan mutu dan keselamatan pasien tahun 2018. Adapun penetapan indikator-indikator ini bertujuan untuk memudahkan dalam mengevaluasi program mulai dari *input*, proses dan *output*.

Berdasarkan standar internasional akreditasi rumah sakit, indikator-indikator mutu dan keselamatan pasien terbagi atas indikator keselamatan pasien, indikator ILM (*International Library Medicine*) indikator area klinik dan area manajemen. Adapun indikator-indikator yang disepakati untuk tahun 2018 yaitu:

1.1.1 Indikator Keselamatan Pasien

- 1. Ketepatan Identifikasi Pasien Pada Gelang Identitas.
- 2. Kepatuhan Verifikasi Oleh DPJP.
- 3. Kepatuhan Pemberian Label Obat *High Alert* Oleh Farmasi.
- 4. Kepatuhan Pelaksanaan Prosedur Site Marking Pada Pasien Bedah.
- 5. Kepatuhan Petugas Kesehatan Dalam Melakukan Kebersihan Tangan Dengan Lima Momen.
- 6. Pelaksanaan Re-assesment Pasien Jatuh Resiko Jatuh Pada Pasien Rawat Inap.

1.1.2 Indikator ILM (International Library Medicine)

- 1. Pemberian Aspirin Dalam 24 Jam Pertama Perawatan Pada Pasien Yang Menderita AMI.
- 2. Dokumentasi Pasien Jatuh Dengan Atau Tanpa Cidera Yang Dialami Pasien
- 3. Pasien Bedah (*Hip Arthroplasty*) Mendapat Antibiotik Propilaksis Yang Konsisten Sesuai Guideline Terbaru (*Ceftriaxone*).

- 4. Pemberian ASI Eksklusif Pada Bayi Baru Lahir Selama Dalam Perawatan di Rumah Sakit.
- Setiap Pasien Gagal Jantung Dilakukan Evaluasi Fungsi Sistolik Ventrikel Kiri Baik Sebelum Perawatan, Selama Masa Perawatan atau Setelah Masa Perawatan Dan Di Dokumentasikan Didalam Rekam Medis.

1.1.3 Indikator Area Klinik

- 1. Assement Awal Rawat Inap Lengkap Dalam 24 Jam.
- 2. Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Laboratorium Pada Pasien Rawat Inap IGD.
- 3. Expertisi Hasil Rontgen Pada Pasien Rawat Inap.
- 4. Kejadian Pembatalan Operasi.
- 5. Pemberian Aspirin Dalam 24 jam Pertama Perawatan Pada Pasien Yang Menderita AMI.
- 6. Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Pemberian Obat Pada Pelayanan di Apotek Rawat Jalan.
- 7. Kejadian Desaturasi Oksigen Saat *Durante* Anestesi Pada Anestesi.
- 8. Kejadian Reaksi Transfusi di Ruang Rawat Inap.
- 9. Kelengkapan Informed Consent Setelah Mendapat Informasi Yang Jelas.
- Terlaksananya Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan Infeksi Nosokomial di RSUD Badung Mangusada.

1.1.4 Indikator Area Manajemen

- 1. Penyedian Obat Oleh Farmasi Sesuai Formularium Nasional Berdasarkan Kebutuhan Rumah Sakit.
- 2. Pelaporan Kejadian Tuberculosis ke Dinas Kesehatan.
- 3. Kejadian Pasien Menunggu Ruang Perawatan Lebih Dari 24 Jam di IGD.
- 4. Utilitas Penggunaan MRI.
- 5. Angka Kepuasaan Pelanggan.
- 6. Kepuasan Staf RSUD Badung Mangusada.
- 7. Laporan Demografi 10 Besar Penyakit.
- 8. Collection Periode/Perputaran Piutang.

9. Ketaatan Setiap Unit Untuk Melaksanakan PKRS Sesuai Jadwal.

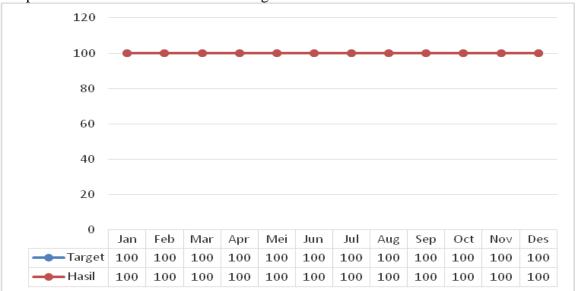
Pengambilan data dilakukan oleh Person In Charge (PIC) sesuai ketentuan dalam tiap indikator, PIC mentabulasi dan melaporkan kepada Komite Mutu. Data diambil dalam rentang waktu tahun 2018. Komite Mutu menganalisa dan memberikan saran terhadap hasil laporan yang ada. Laporan ini akan disampaikan kepada direktur. Selain itu hasil laporan disampaikan juga ke setiap unit yang ada dan diharapkan ada *feedback* dari unit dan direktur. Nantinya diharapkan setiap saran dan tindak lanjut dapat dilaksanakan sehingga terjadi peningkatan dan atau mempertahankan mutu kedepannya.

2.2 Hasil Survei Indikator Mutu & Keselamatan Pasien 2018

Berikut ini hasil survei dari indikator-indikator mutu dan keselamatan pasien selama tahun 2018.

2.2.1 Indikator Keselamatan Pasien

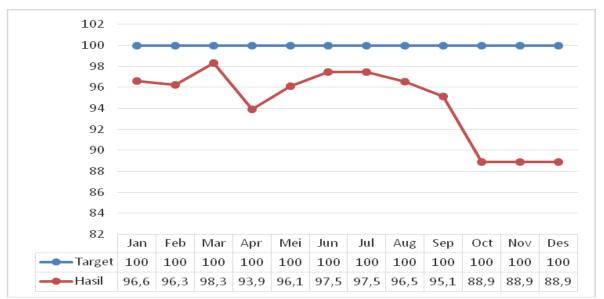
2.2.1.1 Ketepatan Identifikasi Pasien Pada Gelang Identitas



Grafik 2.2.1.1 Ketepatan Identifikasi Pasien Pada Gelang Identitass di RSUD Kabupaten Badung Mangusada Tahun 2018.

Berdasarkan grafik diatas, menunjukan bahwa pelaksanaan identifikasi pasien dengan menggunakan gelang identitas sudah sesuai target sebesar 100% hingga bulan Desember di RSUD Kabupaten Badung Mangusada tahun 2018.

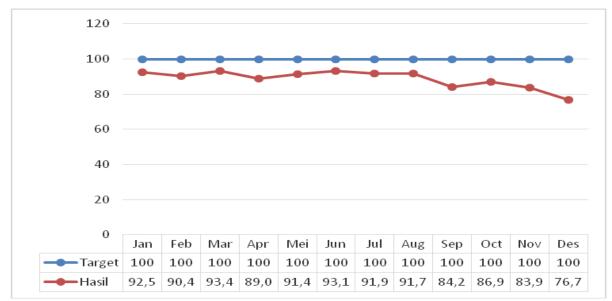
2.2.1.2 Kepatuhan Verifikasi Oleh DPJP



Grafik 2.2.1.2 Kepatuhan Verifikasi Oleh DPJP di RSUD Kabupaten Badung Mangusada Tahun 2018.

Berdasarkan grafik diatas, diketahui bahwa kepatuhan verifikasi oleh DPJP masih belum sesuai target sebesar 100 % hingga bulan Desember di RSUD Kabupaten Badung Mangusada tahun 2018. Telah terjadinya trend penurunan kepatuhan verifikasi oleh DPJP yang sangat signifikan pada bulan Juni yaitu 97,5% hingga bulan Desember sebesar 88,9%. Hal tersebut terjadi karena : a). Kurangnya kesadaran oleh DPJP untuk melakukan verifikasi. b). Adanya hari libur/minggu sehingga DPJP berhalangan hadir untuk melakukan verifikasi.

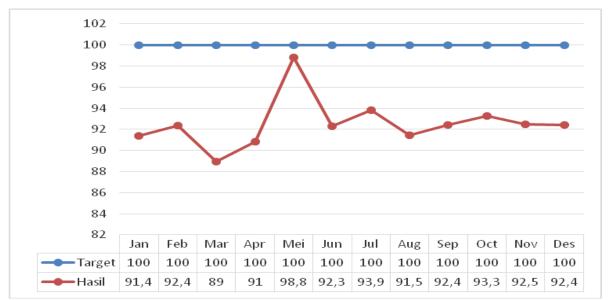
2.2.1.3 Kepatuhan Pemberian Label Obat High Alert Oleh Farmasi



Grafik 2.2.1.3 Kepatuhan Pemberian Label Obat *High Alert* Oleh Farmasi di RSUD Badung Mangusada Tahun 2018.

Berdasarkan grafik diatas, diketahui bahwa kepatuhan pemberian label obat *High Alert* Oleh Farmasi masih belum sesuai target sebesar 100 % hingga bulan Desember di RSUD Kabupaten Badung Mangusada tahun 2018. Pada bulan Juni grafik mengalami trend penurunan sampai sebesar 76,7% hingga Desember. Hal ini disebabkan antara lain: a). Kualitas dari label obat tersebut sangat kurang baik sehingga mudah lepas. b). Obat-obatan dalam bentuk dus yang datang telah terlabel *High Alert* pada label depan dus, sehingga masih terjadinya kelalaian pemberian label *High Alert*. c). Persediaan label *High Alert* masih kurang mencukupi setiap bulannya.

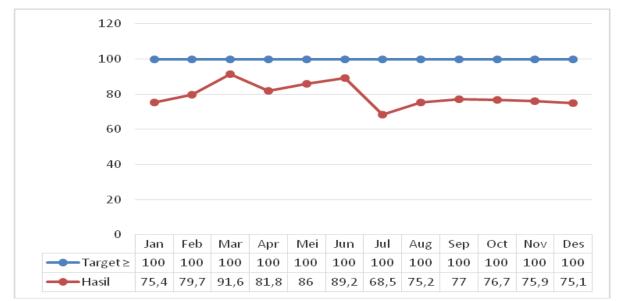
2.2.1.4 Kepatuhan Pelaksanaan Prosedur Site Marking Pada Pasien Bedah



Grafik 2.2.1.4 Kepatuhan Pelaksanaan Prosedur *Site Marking* Pada Pasien Yang Akan Dilakukan Tindakan Operasi di RSUD Kabupaten Badung Mangusada Tahun 2018.

Berdasarkan grafik diatas, diketahui bahwa kepatuhan pelaksanaan *site marking* pada pasien yang akan dilakukan tindakan operasi masih belum sesuai target sebesar 100 % hingga bulan september di RSUD Kabupaten Badung Mangusada Mangusada tahun 2018. Penurunan kepatuhan kepatuhan pelaksanaan *site marking* pada pasien yang akan dilakukan tindakan operasi yang sangat paling terkecil pada bulan maret yaitu 89% dan hanya mengalami peningkatan 2 bulan yaitu bulan mei sebesar 98,8% kemudian turun hingga bulan September dengan trend yang stabil yaitu 92,4%. Hal tersebut terjadi karena : a). Masih kurangnya kesadaran tenaga medis dalam melakukan *site marking* pada pasien yang akan dilaksanakan tindakan operasi. b). Belum optimalnya monitoring dan evaluasi terkait sebelum tindakan operasi.

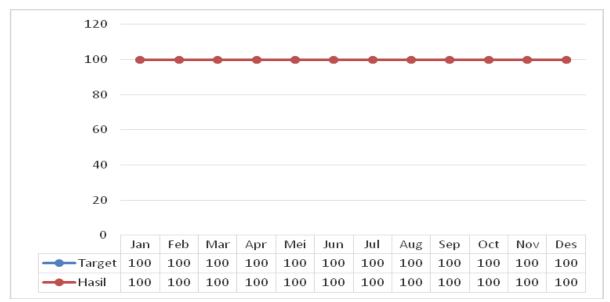
2.2.1.5 Kepatuhan Petugas Kesehatan Dalam Melakukan Kebersihan Tangan Dengan Lima Momen



Grafik 2.2.1.5 Kepatuhan Petugas Kesehatan Dalam Melakukan Kebersihan Tangan Dengan Lima Momen di RSUD Kabupaten Badung Mangusada Tahun 2018.

Berdasarkan grafik diatas, diketahui bahwa kepatuhan petugas kesehatan dalam melakukan kebersihan tangan dengan 5 (lima) momen masih belum sesuai target sebesar 100 % hingga bulan september di RSUD Kabupaten Badung Mangusada tahun 2018. Pada bulan juli mengalami titik terendah kepatuhan petugas kesehatan dalam melakukan kebersihan tangan dengan 5 (lima) momen yaitu 68,5%. Penyebab hal tersebut yaitu: a). Masih terdapat kurangnya kesadaran kebersihan tangan oleh petugas kesehatan yang dilakukan berdasarkan lima momen. b). Belum optimalnya monitoring dan evaluasi terkait *check list* ketersedian alkohol pencuci tangan serta kelengkapan cuci tangan menggunakan air di westafel pada masing-masing ruang/unit.

2.2.1.6 Pelaksanaan Re-assesment Pasien Jatuh Resiko Jatuh Pada Pasien Rawat Inap

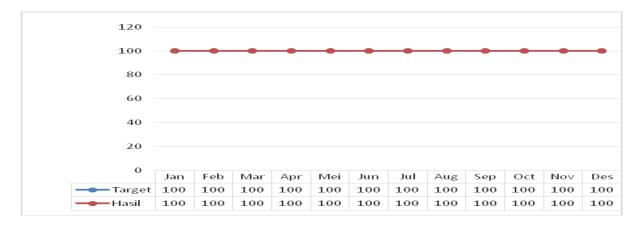


Grafik 2.2.1.6 Pelaksanaan *Re-assesment* Resiko Jatuh Pada Pasien Rawat Inap di RSUD Kabupaten Badung Mangusada Tahun 2018.

Berdasarkan grafik diatas, menunjukan bahwa pelaksanaan *re-assesment* resiko jatuh pada pasien rawat inap sudah sesuai target sebesar 100% hingga bulan Desember Tahun 2018 di RSUD Kabupaten Badung Mangusada.

2.2.2 Indikator ILM (International Library Medicine)

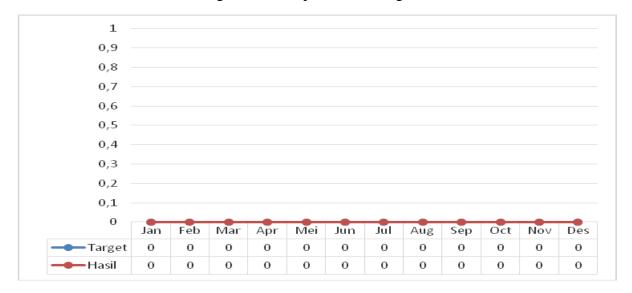
2.2.2.1 Pemberian Aspirin Dalam 24 Jam Pertama Perawatan Pada Pasien Yang Menderita AMI



Grafik 2.2.2. Pemberian Aspirin Dalam 24 Jam Pertama Perawatan Pada Pasien Yang Menderita AMI di RSUD Kabupaten Badung Mangusada Tahun 2018

Berdasarkan grafik diatas, menunjukan bahwa pelaksanaan pemberian aspirin dalam 24 jam pertama perawatan pada pasien yang menderita AMI sudah sesuai target sebesar 100% hingga bulan Desember tahun 2018 di RSUD Kabupaten Badung Mangusada.

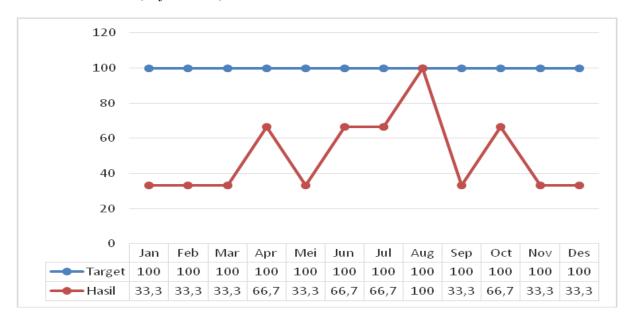
2.2.2.2 Dokumentasi Pasien Jatuh Dengan Atau Tanpa Cidera Yang Dialami Pasien



Grafik 2.2.2.2 Dokumentasi Pasien Jatuh Dengan Atau Tanpa Cidera Yang Dialami Pasien di RSUD Kabupaten Badung Mangusada Tahun 2018.

Berdasarkan grafik diatas, menunjukan bahwa dokumentasi pasien jatuh dengan atau tanpa cedera yang dialami pasien sudah sesuai target yaitu 0% hingga bulan Desember tahun 2018 di RSUD Kabupaten Badung Mangusada Mangusada. Sehingga tidak adanya pasien jatuh dengan atau tanpa cedera yang dialami pasien.

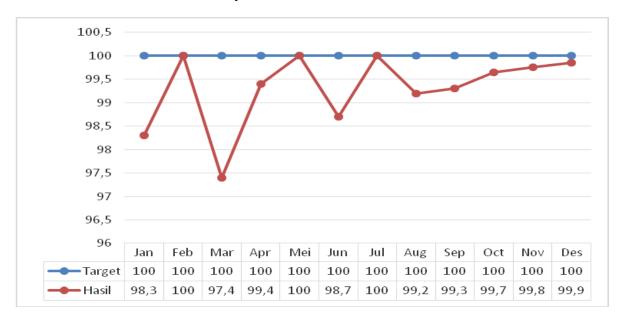
2.2.2.3 Pasien Bedah (*Hip Arthroplasty*) Mendapat Antibiotik Propilaksis Yang Konsisten Sesuai Guideline Terbaru (*Ceftriaxone*)



Grafik 2.2.2.3 Pasien Bedah (*Hip Arthroplasty*) Mendapat Antibiotik Propilaksis Yang Konsisten Sesuai Guideline Terbaru (*Ceftriaxone*) di RSUD Kabupaten Badung Mangusada Tahun 2018.

Berdasarkan grafik diatas, menunjukan bahwa pasien bedah (*Hip Arthroplasty*) mendapat antibiotik propilaksis yang konsisten sesuai *guideline* terbaru (*Ceftriaxone*) belum sesuai sesuai target yaitu 100% hingga bulan September di RSUD Kabupaten Badung Mangusada tahun 2018. Pada bulan Mei hingga Agustus mengalami trend peningkatan yang sangat signifikan hingga mencapai target yaitu 100% namun pada bulan September mengalami penurunan kembali hingga 33%. Hal tersebut disebabkan antara lain: a). Belum optimalnya pelaksanaan *Clinical Pathway* pada pasien bedah. b). Belum optimalnya monitoring dan evaluasi terhadap pasien bedah.

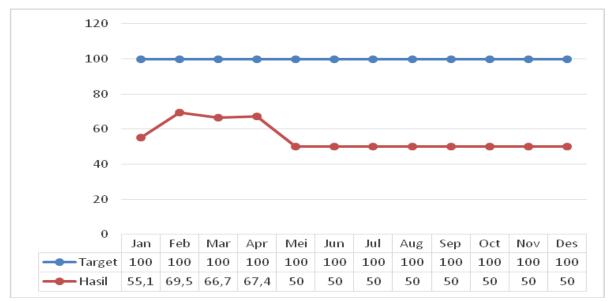
2.2.2.4 Pemberian ASI Eksklusif Pada Bayi Baru Lahir Selama Dalam Perawatan Rumah Sakit



Grafik 2.2.2.4 Pemberian ASI Eksklusif Pada Bayi Baru Lahir Selama Dalam Perawatan Rumah Sakit di RSUD Kabupaten Badung Mangusada tahun 2018.

Berdasarkan grafik diatas, diketahui bahwa pemberian ASI eksklusif pada bayi baru lahir selama dalam perawatan masih belum sesuai target sebesar 100 % hingga bulan september di RSUD Kabupaten Badung Mangusada tahun 2018. Penurunan yang jelas terlihat pada bulan maret sebesar 2,6% tapi bulan berikutnya mengalami peningkatan hingga Mei yang sesuai target yaitu 100%. Hal tersebut disebabkan antara lain: a). Pada ruang NICU tidak adanya bayi yang diberikan ASI ekslusif karena masih dalam perawatan intensif sehingga tergantikan dengan susu formula apabila, ibu ingin memberikan ASI dapat melalui botol bayi. b). Belum adanya SPO terkait pemberian ASI eksklusif pada bayi baru lahir selama perawatan di ruang NICU. c). Kurangnya kesadaran sang ibu pasca melahirkan bahwa pentingnya ASI eksklusif pada bayi baru lahir. d). Kuantitas dan kualitas ASI yang keluar dari ibu tidak cukup memenuhi kebutuhan bayi baru lahir.

2.2.2.5 Setiap Pasien Gagal Jantung Dilakukan Evaluasi Fungsi Sistolik Ventrikel Kiri Baik Sebelum Perawatan, Selama Masa Perawatan atau Setelah Masa Perawatan Dan Di Dokumentasikan Didalam Rekam Medis.

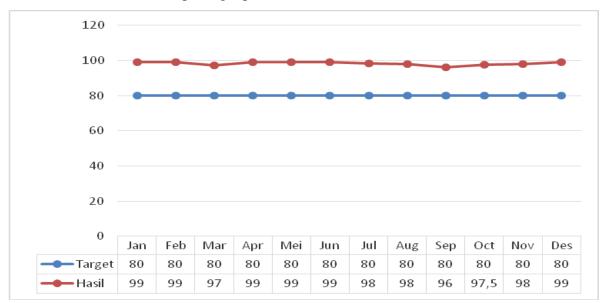


Grafik 2.2.2.5 Setiap Pasien Gagal Jantung Dilakukan Evaluasi Fungsi Sistolik Ventrikel Kiri Baik Sebelum Perawatan, Selama Masa Perawatan atau Setelah Masa Perawatan Dan Di Dokumentasikan Didalam Rekam Medis Hingga Bulan Desember di RSUD Kabupaten Badung Mangusada Tahun 2018.

Berdasarkan grafik diatas, menunjukan bahwa pasien gagal jantung dilakukan evaluasi fungsi sistolik ventrikel kiri baik sebelum perawatan, selama masa perawatan atau setelah masa perawatan dan didokumentasikan didalam rekam medis belum sesuai sesuai target yaitu 100% hingga bulan September tahun 2018 di RSUD Kabupaten Badung Mangusada. Presentase terendah yaitu 50% dari bulan Mei hingga Desember. Hal tersebut disebabkan antara lain: a). Belum optimalnya pelaksanaan *Clinical Pathway* pada pasien jantung. b). Kurangnya Tenaga medis di RSUD Kabupaten Badung Mangusada yang hanya terdapat 1 orang Dokter Spesialis Jantung dan dokter tersbut hingga bulan September sedang mengikuti peningkatan pendidikan kompetensi.

2.2.3 Indikator Area Klinik

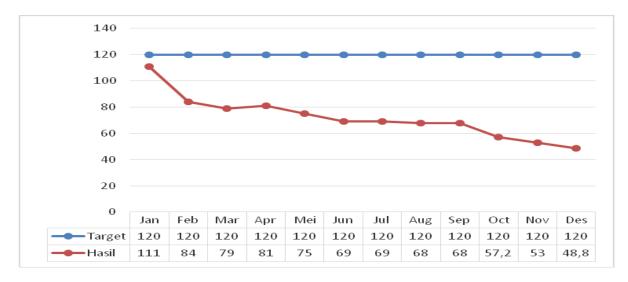
2.2.3.1 Assement Awal Rawat Inap Lengkap Dalam 24 Jam



Grafik 2.2.3.1 Assement Awal Rawat Inap Lengkap Dalam 24 Jam di RSUD Kabupaten Badung Mangusada Tahun 2018.

Berdasarkan grafik diatas, menunjukan bahwa pelaksanaan *assement* awal rawat inap lengkap dalam 24 jam sudah sesuai target sebesar 80% hingga bulan Desember di RSUD Kabupaten Badung Mangusada Mangusada tahun 2018.

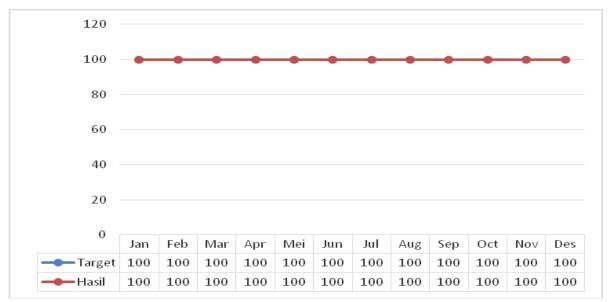
2.2.3.2 Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Laboratorium Pada Pasien Rawat Inap IGD



Grafik 2.2.3.2 Waktu tunggu Hasil Pelayanan Laboratorium Pada Pasien Rawat Inap IGD RSUD Kabupaten Badung Mangusada Tahun 2018.

Berdasarkan grafik diatas, menunjukan bahwa waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pada pasien rawat inap IGD sudah sesuai target yaitu ≤120 menit, Dari bulan Januari hingga bulan Desember semakin baik dan cepat ditunjukan dengan trend penurunan waktu tunggu hingga 48,8 menit pada bulan Desember di RSUD Kabupaten Badung Mangusada Tahun 2018.

2.2.3.3 Expertisi Hasil Rontgen Pada Pasien Rawat Inap



Grafik 2.2.3.3 Expertisi Hasil Rontgen Pada Pasien Rawat Inap di RSUD Kabupaten Badung Mangusada Tahun 2018.

Berdasarkan grafik diatas, menunjukan bahwa expertise hasil rontgen pada pasien rawat inap sudah sesuai target sebesar 100% hingga bulan September di RSUD Kabupaten Badung Mangusada tahun 2018.

2.2.3.4 Kejadian Pembatalan Operasi



Grafik 2.2.3.4 Kejadian Pembatalan Operasi di RSUD Kabupaten Badung Mangusada Mangusada Tahun 2018.

Berdasarkan grafik diatas, menunjukan bahwa kejadian pembatalan operasi belum sesuai sesuai target yaitu 0% hingga bulan Desember di RSUD Kabupaten Badung Mangusada tahun 2018. Masih tingginya angka kejadian pembatalan operasi yang terjadi di bulan November yaitu 2,24% yang kemudian turun pada bulan Desember menjadi 0,89%. Hal tersebut disebabkan antara lain: a). Belum lengkapnya pemeriksaan penunjang pasien saat *pre* operasi dari poliklinik hingga ke ruang rawat inap. b). Kondisi klinis dari pasien yang belum stabil hingga akan dilaksanakannya tindakan operasi. c). Belum optimalnya sistem informasi penjadwalan operasi. d). Permintaan dari pihak keluarga dan pasien untuk membatalkan jadwal operasi.

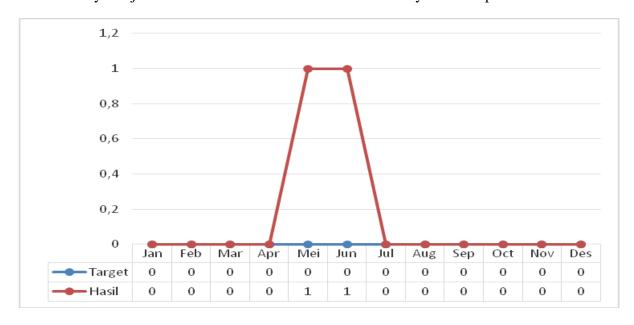
2.2.3.5 Pemberian Aspirin Dalam 24 Jam Pertama Perawatan Pada Pasien Yang Menderita AMI



Grafik 2.2.2. Pemberian Aspirin Dalam 24 Jam Pertama Perawatan Pada Pasien Yang Menderita AMI di RSUD Kabupaten Badung Mangusada Tahun 2018.

Berdasarkan grafik diatas, menunjukan bahwa pelaksanaan pemberian aspirin dalam 24 jam pertama perawatan pada pasien yang menderita AMI sudah sesuai target sebesar 100% hingga bulan September di RSUD Kabupaten Badung Mangusada tahun 2018.

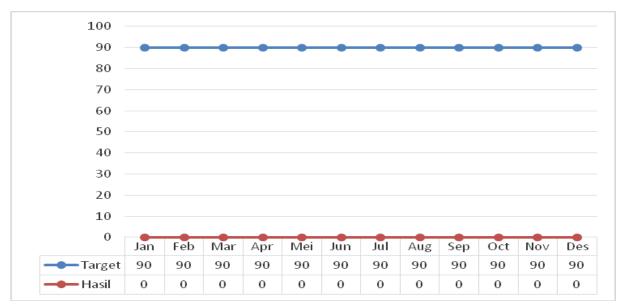
2.2.3.6 Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Pemberian Obat Pada Pelayanan di Apotek Rawat Jalan



Grafik 2.2.3.6 Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Pemberian Obat Pada Pelayanan di Apotek Rawat Jalan di RSUD Kabupaten Badung Mangusada Tahun 2018.

Berdasarkan grafik diatas, menunjukan bahwa adanya kejadian kesalahan pemberian obat pada pelayanan di apotek rawat jalan belum sesuai sesuai target hingga bulan Desember di RSUD Kabupaten Badung Mangusada tahun 2018. Hal tersebut disebabkan karena belum optimalnya sistem pelaporan terhadap insiden tersebut dan masih kurangnya kesadaran dan keberanian petuga untuk melaporkan insiden tersebut.

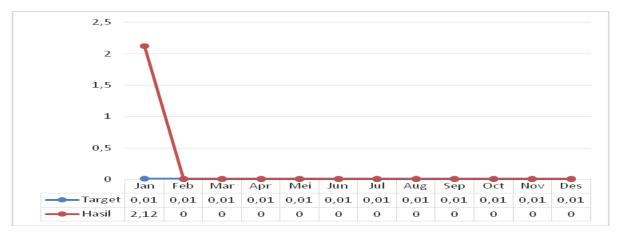
2.2.3.7 Kejadian Desaturasi Oksigen Saat *Durante* Anestesi Pada Anestesi



Grafik 2.2.3.7 Kejadian Desaturasi Oksigen Saat *Durante* Anestesi Pada Anestesi di RSUD Kabupaten Badung Mangusada tahun 2018.

Berdasarkan grafik diatas, menunjukan bahwa kejadian desaturasi oksigen saat durante anestesi pada anestesi sudah sesuai target yaitu \leq 90% hingga bulan Desember di RSUD Kabupaten Badung Mangusada tahun 2018.

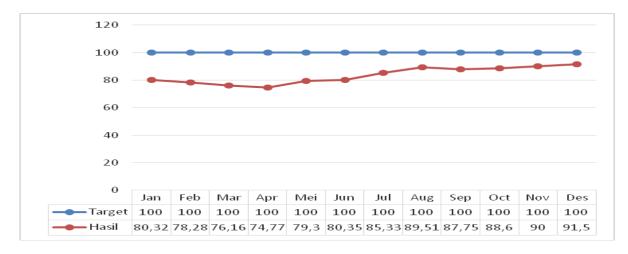
2.2.3.8 Kejadian Reaksi Transfusi di Ruang Rawat Inap



Grafik 2.2.3.8 Kejadian Reaksi Transfusi di Ruang Rawat Inap di RSUD Kabupaten Badung Mangusada Tahun 2018.

Berdasarkan grafik diatas, menunjukan bahwa kejadian reaksi transfuse di ruang rawat inap belum sesuai sesuai target yaitu $\leq 0.01\%$ hingga bulan September di RSUD Kabupaten Badung Mangusada tahun 2018. Ketidaksesuaian target yang akan dicapai hanya terdapat pada bulan januari yang sangat tinggi yaitu 2,12% sedangkan dibulan berikutnya hingga bulan Desember sesuai target yaitu $\leq 0.01\%$. Hal tersebut disebabkan adanya kondisi klinis pasien alergi terhadap tindakan medis yaitu berupa suntikan obat-obatan antibiotika pada pasien rawat inap.

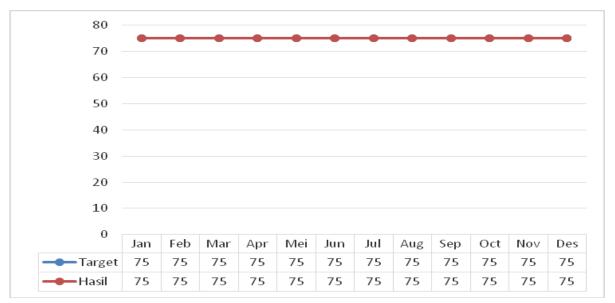
2.2.3.9 Kelengkapan Informed Consent Setelah Mendapat Informasi Yang Jelas



Grafik 2.2.3.9 Kelengkapan *Informed Consent* Setelah Mendapat Informasi Yang Jelas di RSUD Kabupaten Badung Mangusada Tahun 2018.

Berdasarkan grafik diatas, menunjukan bahwa kelengkapan *informed consent* belum sesuai sesuai target yaitu 100% hingga bulan Desember di RSUD Kabupaten Badung Mangusada tahun 2018. Ketidaklengkapan *informed consent* paling rendah pada bulan April yaitu 74,7%, di bulan berikutnya mengalami trend peningkatan hingga bulan Desember sebesar 91,5%. Hal tersebut disebabkan yaitu: a). Tidak adanya pengecekan terhadap kekurangan berkas *informend consent* yang belum lengkap. b). Pemahaman DPJP dan keluarga yang ikut serta dalam mengisi kelengkapan *informend consent*.

2.2.3.10 Terlaksananya Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan Infeksi Nosokomial di RSUD Kabupaten Badung Mangusada

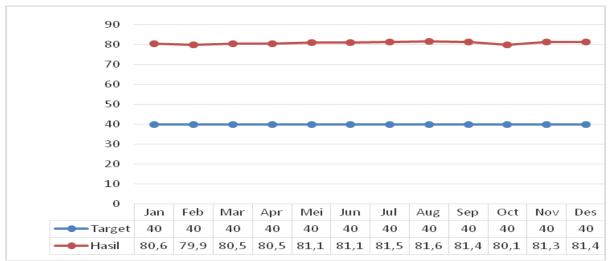


Grafik 2.2.3.10 Terlaksananya Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan Infeksi Nosokomial di RSUD Kabupaten Badung Mangusada Tahun 2018.

Berdasarkan grafik diatas, menunjukan bahwa terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial sudah sesuai target yaitu 75% hingga bulan September di RSUD Kabupaten Badung Mangusada tahun 2018.

2.2.4 Indikator Area Manajemen

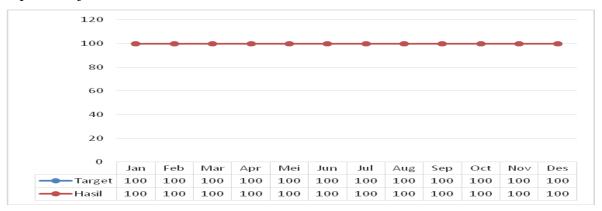
2.2.4.1 Penyedian Obat Oleh Farmasi Sesuai Formularium Nasional Berdasarkan Kebutuhan Rumah Sakit



Grafik 2.2.4.1 Penyedian Obat Oleh Farmasi Sesuai Formularium Nasional Berdasarkan Kebutuhan Rumah Sakit di RSUD Kabupaten Badung Mangusada Tahun 2018.

Berdasarkan grafik diatas, menunjukan bahwa penyediaan obat oleh farmasi sesuai formularium nasional berdasarkan kebutuhan rumah sakit sudah sesuai target yaitu $\geq 40\%$ hingga bulan Desember di RSUD Kabupaten Badung Mangusada tahun 2018.

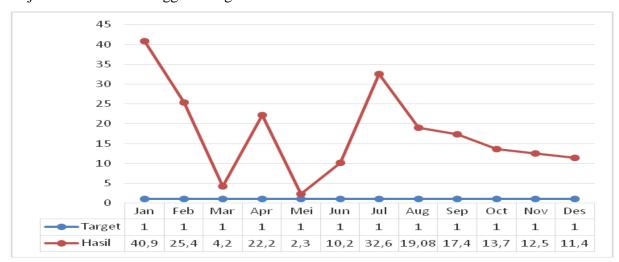
2.2.4.2 Pelaporan Kejadian Tuberkulosis ke Dinas Kesehatan



Grafik 2.2.4.2 Pelaporan Kejadian Tuberkulosis ke Dinas Kesehatan oleh RSUD Kabupaten Badung Mangusada Tahun 2018.

Berdasarkan grafik diatas, menunjukan bahwa pelaporan kejadian tuberculosis ke Dinas Kesehatan sudah sesuai target yaitu 100% hingga bulan Desember di RSUD Kabupaten Badung Mangusada tahun 2018.

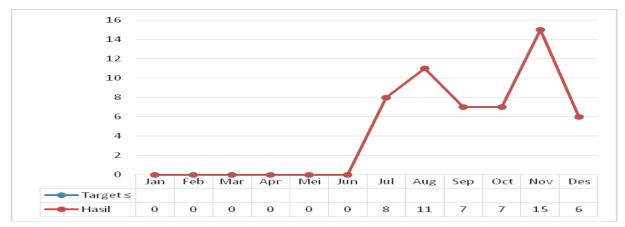
2.2.4.3 Kejadian Pasien Menunggu Ruang Perawatan Lebih Dari 24 Jam di IGD



Grafik 2.2.4.3 Kejadian Pasien Menunggu Ruang Perawatan Lebih Dari 24 Jam di IGD di RSUD Kabupaten Badung Mangusada Tahun 2018.

Berdasarkan grafik diatas, menunjukan bahwa kejadian pasien menunggu ruang perawatan lebih dari 24 jam belum sesuai sesuai target yaitu ≤ 1% hingga bulan Desember di RSUD Kabupaten Badung Mangusada tahun 2018. Tingginya kejadian pasien menunggu tertinggi pada bulan Januari yaitu 40,9% dan terendah pada bulan Mei sebesar 2,3%. Hal tersebut disebabkan antara lain: a). Belum optimalnya sistem *triage* di IGD. b). Masih kurangnya bed pasien yang sesuai jaminan pembayarannya. c). Tingginya *Length Of Stay* pada pasien rawat inap.

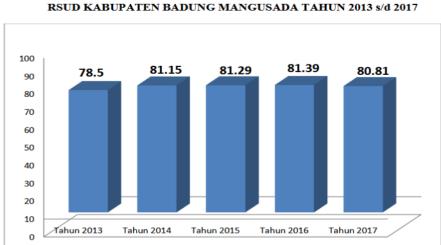
2.2.4.4 Utilitas Penggunaan MRI



Grafik 2.2.4.4 Utilitas Penggunaan MRI di RSUD Badung Mangusada Tahun 2018.

Berdasarkan grafik diatas, menunjukan bahwa tidak adanya penggunaan MRI hingga bulan Juni di RSUD Kabupaten Badung Mangusada tahun 2018 yang disebabkan oleh kerusakan alat MRI pada bulan Agustus 2017 hingga bulan Juni 2018. Sehingga, pada bulan Juli alat MRI dapat digunakan kembali.

2.2.4.5 Angka Kepuasan Pelanggan



PERBANDINGAN HASIL SURVEI KEPUASAN MASYARAKAT

Sumber: Humas RSUD Kabupaten Badung Mangusada Tahun 2018

Tabel 2.2.4.5.1 Angka Kepuasan Pelanggan di RSUD Kabupaten Badung Mangusada Tahun 2017

Berdasarkan tabel diatas, dapat diketahui bahwa terjadinya penurunan angka kepuasan masyarakat yaitu 80,81 di tahun 2017. Hal tersebut disebabkan oleh pembongkaran gedung lama dan akan dibangunnya gedung baru untuk menambah bed pasien. Sehingga kurang maksimalnya pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

2.2.4.6 Kepuasan Staf RSUD Kabupaten Badung Mangusada

INDEX 1 INDEX 2 INDEX 3 INDEX 4 terkumpu terkump	Analis	sa Jej	ak Pe	ndapa	t Kepi	uasan	Kerja								No. Form	:	
Rem Kepustan per Karjawan SANGAT TIDAK SETUJU TIDAK SETUJU	RSU	D Kal	bupate	en Bad	una N	langus	ada								Revisi		
Rem Repussan per Karyawan NEET																	-
Rem Repussan per Karyawan NEET					THE STREET												
Rem Kepusaan per Karjawan New York New	1	SAI	NGAT T	TDAK	TID	AV CET	1201		CETUDU		CAN	CATE	T1 171 1	Total int		Desets Index	% Kepuasa
INLINE KERJA Mile	2 New Years				2,500		70.0			1.83	SAN					kepuasan Per	kerja (Rera
IKLIM KEBIA The color Th	mem kepuasan per karyawan			-					INDEX 3	_		INDEX 4		terkumpu		Item	kepuasar total : skal
HkUhungan kerja saya den teman-teman sekerja berjalan baik		JML	%		JML	19%		JML	%		JML	%		1	terkampur	Pertanyaan	likcet tertin
Hubungan keraja saya dengan atasan berjalan dengan baik 0 0 0 1 0.67 2 84 56.00 522 65 43.33 260 150 514 3.4 Atasan memberikan umpan balik kerhadap kinerja saya dengan fair 0 0 0 4 2.67 8 112 46.67 365 33 34 22.67 135 150 480 3.2 Lingkungan kerja saya bersih /rapl/nyaman 3 0.02 3 11 7.33 22 96 64.00 288 40 26.67 150 150 473 3.2 Lingkungan kerja saya bersih /rapl/nyaman 3 0.02 3 11 7.33 22 96 64.00 288 40 26.67 150 150 473 3.2 Saya memahami ukuran kinerja sukses saya 0 0 0 0 0 0.00 0.00 0.00 50 33.3 200 150 500 33.3 Saya memahami ukuran kinerja sukses saya 0 0 0 0 0 0 0 0.00 0.00 0.00 Pasilitas dan peralatan kerja tersedia dergan cukup 2 0.01 2 7 4.67 112 74.67 36.2 29 133 116 150 468 3.1 Saya dagat bekerja tanga dihantur isasa katu kerlesihian 0 0 0 0 0 0 0 0 0	IKLIM KERJA						1		-				muck				moot torde
Abasan memberikan umpan balik terhadap kinerja saya dengan fair. 0 0 0 4 2,67 8 112 14,67 336 34 2,267 135 150 480 3.2	Hubungan kerja saya dgn teman-teman sekerja berjalan baik		0	0	1	0.67	2	76	50.67	228	73	48.67	292	150	522	3.5	87
Lindkungan keris asaya bersih /rap/nyaman 3 0.02 3 11 7.33 22 96 64.00 288 40 26.67 160 150 473 3.2 Sava memahami dengan jelas kuga dan tanggung lawab saya 0 0 0 0 0.00 10 16.67 20 10 65.67 00 50 33.3 200 150 500 33.3 Sava memahami ukuran kinerja sukses saya 0 0 0 0 1 1 0.67 2 117 18.00 351 32 21.33 120 150 488 13.3 Sava memahami ukuran kinerja sukses saya 0 0 0 0 1 1 0.67 2 117 18.00 351 32 21.33 120 150 488 13.3 Sava memahami ukuran kinerja sukses saya 0 0 0 0 1 1 0.67 2 117 18.00 351 32 21.33 126 150 488 13.3 Sava diderikan kewenangan yang cukup oleh atasan saya 0 0 0 0 1 1 0.67 2 123 82.00 369 26 17.33 104 150 475 3.2 Sava dapat bekerja tanga dihamutur sasa takut kelepiahan 0 0 0 0 6 4 0.00 11 10 87.00 330 34 22.67 135 150 478 3.2 Sava dapat bekerja tanga dihampagkan dil RSUD Kab. Badung Mangusada 0 0 0 0 2 1.33 4 113 75.33 339 35 23.33 140 150 478 3.2 Sava dapat beavaga terus dikembangkan dil RSUD Kab. Badung Mangusada 0 0 0 0 2 1.33 4 119 72.67 127 39 26.00 155 150 482 3.2 Sava bekerja dengan displin 0 0 0 0 2 1.33 4 119 76.76 127 39 26.00 155 150 482 3.2 Sava bekerja dengan displin 1 Program pempembangan RSUD Kab. Badung Mangusada cerah 0 0 0 0 2 1.33 4 119 76.76 132 30 160 150 482 3.2 Sava bakerja dengan displin 0 0 0 0 0 1 0.667 20 121 80.67 363 19 12.67 76 150 482 3.3 Sava pusa dengan suasana kerja dil RSUD Kab. Badung Mangusada 0 0 0 0 4 2.67 20 121 80.67 363 19 12.67 76 150 482 3.3 Sava pusa dengan displin dila dila subangan dila dila dila dila dila dila dila dila												43.33				3.4	85
Saya memahami dengan jelas bugas dan tanggung jawab saya			0			2.67	8	112	74.67	336	34	22.67	136	150	480	3.2	80
Saya memahami ukuran kinerja sukses saya 2 0.0 0 0 1 0.67 2 117 78.00 351 32 21.33 128 150 481 3.2 2 1.35 128 128 128 128 128 128 128 128 128 128		3	0.02	3	11	7.33	22	96	64.00	288	40	26.67	160	150	473	3.2	78
Facilitas dan peralatan kerja tersedia dergan cukuo					0						50	33.33	200		500	3.3	83
Saya diberkan Kewenangan yang cukup oleh atasan saya	and the state of t	0	0	0	1	0.67	2	117	78.00	351	32	21.33	128	150	481	3.2	80
Sava dapat bekerja tanpa dihantur irasa takut berlehihan		2	0.01	2	7	4.67	14	112	74.67	336	29	19.33	116	150	468	3.1	78
Sava dapat menunjukan kemampuan saya yang terbaik 0 0 0 0 2 1.33 4 113 75.33 339 35 23.33 140 150 483 3.2		0	0	0	1	0.67	2	123	82.00	369	26	17.33	104	150	475	3.2	79
Kemampuan saya terus dikembangkan di RSUD Kab. Badung Mangusada 0 0 0 0 5 3.33 10 100 72.00 324 37 24.67 148 150 482 3.2	Saya dapat bekerja tanpa dihantui rasa takut berlebihan	0	0	0	6	4.00	12	110	73.33	330	34	22.67	136	150	478	3.2	79
Sayu bekerja dengan disjplin	Saya dapat menunjukan kemampuan saya yang terbaik	0	0	0	2	1.33	4	113	75.33	339	35	23.33	140	150	483	3.2	80
Saya bekerja dengan disiplin 0 0 0 2 1.33 4 109 72.67 327 39 26.00 156 150 487 3.2	Kemampuan saya terus dikembangkan di RSUD Kab. Badung Mangusada	0	0	0	5	3.33	10	108	72.00	324	37	24.67	148	150	482	3.2	80
Program pengembangan RSUD Kab. Mangusada sudah jelas	Saya bekerja dengan disiplin	0	0	0	2	1.33	4	109	72.67	327	39	26.00	156	150	487	3.2	8:
Saya puase dengan suasanal kerja di RSUD Kab. Badung Mangusada 0 0 0 0 4 2.67 8 107 71.33 321 39 26.00 156 150 485 3.2		0	0	0	2	1.33	4	114	76.00	342	34	22.67	136			3.2	80
Saya puas dengan susanan kerja di RSUD Kab. Badung Mangusada 0 0 0 0 4 2.67 8 107 71.33 321 39 26.00 156 150 485 3.2	Masa depan di RSUD Kab. Badung Mangusada cerah	0	0	0	3	2.00	6	102	68.00	306	45	30.00	180	150	492	3.3	82
SISTEM KOMPENSAST Hasil kerja saya sanga diharqai (dipuji) oleh atasan 0 0 0 10 6.67 20 121 80.67 363 19 12.67 76 150 459 3.1		0	0	0	4	2.67		107									8
Denjang karier dir RSUD Kab. Badung Mangusada dan fair 0 0 0 0 7 4.67 14 125 83,33 375 18 12.00 72 150 461 3.1						1	58		1.2.00		-	120,00	200	200	100	512	01
Denjang karier di RSUD Kab. Badung Mangusada dan fair 0 0 0 0 7 4.67 14 125 83,33 375 18 12.00 72 150 461 3.1	Hasil keria sava sanga dihargai (dipuji) oleh atasan	0	0	0	10	6.67	20	121	80.67	363	19	12.67	76	150	459	3.1	76
Saya mendapat "gaji" yang layak di RSUD Kab. Badung Mangusada 0 0 0 0 0 4 2.67 8 1.14 76.00 342 32 21.33 128 150 478 3.2																	76
Saya mendapan "insentip" berupa jasa pelayanan yang layak																	79
Jasa pelayanan dibagi atas prinsip keterbukaan																	74
Dasa pelayanan di bagi atas prinsip kebersamaan 0 0 0 18 12.00 36 114 76.00 342 18 12.00 72 150 450 3.0																	7.2
Jasa pelayanan dibagi atas dasar prestasi kerja 1 0.01 1 20 13.33 40 115 76.67 345 14 9.33 56 150 442 2.9 Jasa pelayanan dibagi atas dasar pendidikan dan pangkat 2 0.01 2 17 11.33 34 105 70.00 315 26 17.33 104 150 455 3.0 Jasa pelayanan dibagi atas dasar pendidikan dan pangkat 2 0.01 2 17 11.33 34 105 70.00 315 26 17.33 104 150 455 3.0 Saya puas dengan cara pembagian jasa pelayanan (insentif) 5 0.03 5 29 19.33 58 101 67.33 303 15 10.00 60 150 426 2.8 Penghasilan utama saya adalah dari RSUD Kab Badung Mangusada 0 0 0 4 2.67 8 90 60.00 270 56 37.33 224 150 502 3.3 Penghasilan saya di RSU Kab Badung Mangusada cukup untuk hidup layak 1 0.01 1 16 10.67 33 101 67.33 303 15 10.00 60 150 426 2.8 Penghasilan saya di RSU Kab Badung Mangusada cukup untuk hidup layak 1 0.01 1 16 10.67 33 110 73.33 330 23 15.33 92 150 455 3.0 Atasan saya sangat memperhatikan kesejahteran karyawan 2 0.01 2 4 2.67 8 120 80.00 360 24 16.00 96 150 466 3.1 LAIN-LAIN Saya bangga bekerja di RSUD Kab. Badung Mangusada 0 0 0 0 0.00 0 74 49.33 222 76 50.67 304 150 526 3.5 Saya dapat mengaktualisasikan diri saya di RSUD Kab. Badung Mangusada 0 0 0 0 0 0.00 0 119 79.33 357 31 20.67 124 150 481 3.2 Status sosial saya terangkat karena bekerja di RSUD Kab. Badung Mangusada 0 0 0 0 0 0.00 0 19 74 49.33 222 76 50.67 304 150 526 3.5 Saya taka karena bekerja di RSUD Kab. Badung Mangusada 0 0 0 0 0 0 0.00 0 0 0.00 32 2.00 6 114 76.00 342 33 22.00 132 150 480 3.2 Saya tidak ingin berhenti bekerja di RSUD Kab. Badung Mangusada 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0											700						75
Jasa pelayanan dibagi atas dasar beban kerja dan tanggung jawab 0 0 0 19 12.67 38 105 70.00 315 26 17.33 104 150 457 3.0 Jasa pelayanan dibagi atas dasar pendidikan dan pangkat 2 0.01 2 17 11.33 34 105 70.00 315 26 17.33 104 150 455 3.0 Jasa pelayanan dibagi atas dasar pendidikan dan pangkat 2 0.01 2 17 11.33 34 105 70.00 315 26 17.33 104 150 455 3.0 Jasa pelayanan dibagi atas dasar pendidikan dan pangkat 2 0.01 2 17 11.33 34 105 70.00 315 26 17.33 104 150 455 3.0 Jasa pelayanan dibagi atas dasar pendidikan dan pangkat 2 0.01 2 17 11.33 34 105 70.00 315 26 17.33 104 150 455 3.0 Jasa pelayanan dibagi atas dasar pendidikan dan pangkat 2 0.01 2 4 2.67 8 90 60.00 270 56 37.33 15 10.00 60 150 426 2.8 Jasa pelayanan dibagi atas dasar pendidikan dan pangkat 2 0.01 2 4 2.67 8 90 60.00 270 56 37.33 224 150 502 3.3 Jasa pelayanan dibagi atas dasar pendidikan dan pangkat 2 0.01 2 4 2.67 8 90 60.00 270 56 37.33 224 150 502 3.3 Jasa pangkat las pelayanan dibagi atas dasar pendidikan dan pangkat las penakkat las penakhat las penakha																	73
Jasa pelayanan di bagi atas dasar pendidikan dan pangkat 2 0.01 2 17 11.33 34 105 70.00 315 26 17.33 304 150 455 3.0																	76
Saya puas dengan cara pembagian jasa pelayanan (insentif) 5 0.03 5 29 19.33 58 101 67.33 303 15 10.00 60 150 426 2.8																	
Penghasilan utama saya adalah dari RSUD Kab Badung Mangusada																	75
Penghasilan saya di RSU Kab Badung Mangusada cukup untuk hidup layak 1 0.01 1 16 10.67 32 110 73.33 330 23 15.33 92 150 455 3.0	Penghasilan utama saya adalah dari PSUD Kah Radung Mangurada																71
Atasan saya sangat memperhatikan kesejahteran karyawan 2 0.01 2 4 2.67 8 120 80.00 360 24 16.00 96 150 466 3.1	Tengridonari acama saya adalah kasasa kasasa badang mangasada																83
CAIN-LAIN Saya bangga bekerja di RSUD Kab. Badung Mangusada 0 0 0 0 0 0 0 0 0																	75
Saya bangga bekerja di RSUD Kab. Badung Mangusada 0 0 0 0 0 0.00 0 74 49.33 222 76 50.67 304 150 526 3.5 Saya dapat mengaktualisasikan diri saya di RSUD Kab Badung Mangusada 0 0 0 0 0 0.00 0 119 79.33 357 31 20.67 124 150 481 3.2 Status sosial saya terangkat karena bekerja di RSUD Kab. Badung Mangusada 0 0 0 3 2.00 6 114 76.00 342 33 22.00 132 150 480 3.2 Saya tidak Ingin berhenti bekerja di RSUD Kab. Badung Mangusada 0 0 0 0 0 0.00 0 60 40.00 180 90 60.00 360 150 540 3.6 Quesioner Yang Tersebar : 150 3.6		12	0.01		4	2.07	0	120	80.00	300	24	16.00	90	150	400	3.1	11
Saya dapat mengaktualisasikan diri saya di RSUD Kab Badung Mangusada 0 0 0 0 0 0.00 0 119 79.33 357 31 20.67 124 150 481 3.2		10	0	0	0	10.001	0 1	74	10 22	222	76	50.67	204	150	626	2.5	07
Status sosial saya terangkat karena bekerja di RSUD Kab. Badung Mangusada																	87
Saya tidak ingin berhenti bekerja di RSUD Kab. Badung Mangusada 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0			-	-		-		-	-	-	-	Control Section Section 1		-			80
Quesioner Yang Tersebar: 150 Quesioner Yang Tersebar: 150 Quesioner Yang Tersebar: 150 Quesioner Yang Tersebar: 150 Rerata index total Mengetahui Ka. Sub. Bag. Umum dan Kepegawaian Ns. I Nyoman Terja, S.Sos., S.Kep., MM I Ketur Gede Suana Made Adi Putra																	80
Quesioner Yang Terkumpul : 150 Impulan : Rerata tingkat kepuasan karyawan RSUD Kabupaten Badung Mangusada periode tahun 2018 adalah 79.5 % Mengetahui Ka. Sub. Bag. Umum dan Kepegawaian Ns. I Nyoman Terja. S. Sos., S. Kep., MM I Ketut tjede Suana Made Adi Putra		0	0	0	0	0.00	0	60	40.00	180	90	60.00			540		90
Mengetahui Ka. Sub. Bag. Umum dan Kepegawaian Ns. I Nyoman Terja. S. Sos., S. Kep., MM I Ketut Gede Suana Mangusada periode tahun 2018 adalah 79.5 % Rerata kepuasan total Mangupura, 19 Nopember 2018 Pelaksana Pelaksana Made Adi Putra		-														101./	2543
Mengetahui Ka. Sub. Bag. Umum dan Kepegawaian Ns. I Nyoman Terja, S, Sos., S, Kep., MM Mangupura, 19 Nopember 2018 Roordinator Roordinator Hangupura, 19 Nopember 2018 Pelaksana Hade Adi Putra]															3
Ka. Sub. Bag. Umum dan Kepegawaian Koordinator Pelaksana WW Ns. I Nyoman Terja. S.Sos., S.Kep., MM I Ketut tede Suana Made Adi Putra	impulan : Kerata tingkat kepuasan karyawan KSOD Kabupaten Badung Ma	ingus	ada pe	riode t	anun	2018 a	dalan	79.5 %	0				Rerata	kepuasar	total		79
Ka. Sub. Bag. Umum dan Kepegawaian Koordinator Pelaksana WW Ns. I Nyoman Terja, S. Sos., S. Kep., MM I Ketut Gede Suana Made Adi Putra	Mengetahui											Man	nunura	10 None	mber 201	Q	
Ns. I Nyoman Terja, S.Sos., S.Kep., MM I Ketur dede Suana Made Adi Putra					Kr	ordinat	or					1 101					
Ns. I Nyoman Terja, S.Sos., S.Kep., MM I Ketut Gede Suana Made Adi Putra	. /					1								1 100	m		
	Mmy					1								(100	4.		
	Ns. I Nyoman Teria, S.Sos., S.Kep., MM				T Ketu	t hode	Suana						Ma	de Adi Pu	ra		
111. 15/0101 20004 1 010				NID.				016					1-10	uc nui ru	4.0		
				141.	25,01	120	20011	010									
						,											

Sumber: Sub.Bagian Umum dan Kepegawaian RSUD Kabupaten Badung Mangusada Tahun 2018

Berdasarkan gambar diatas rerata kepuasan karyawan RSUD Kabupaten Badung Mangusada adalah 79,5 % yang merupakan cukup puas untuk bekerja sebagai karyawan RSUD Badung Mangusada dengan 3 indikator yaitu Iklim Kerja, Sistem Kompensasi dan Rasa Bangga menjadi karyawan RSUD Badung Mangusada.

2.2.4.7 Laporan Demografi 10 besar penyakit

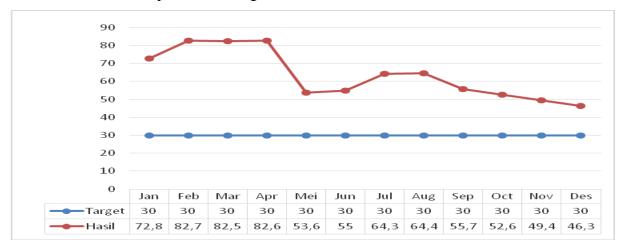
1. Laporan Demografi 10 Besar Penyakit Rawat Jalan di RSUD Kabupaten Badung Mangusada tahun 2018.

No	Kode ICD	Diagnosa	Jumlah Kunjungan
1	E14.9	Diabetes melitus YTT	8676
2	I10.	Hipertensi esensial (primer)	6412
3	I63.3	Infark Serebral	4120
4	Z51.9	Demam yang tidak diketahui	3234
5	M54.5	Nyeri punggung bawah	3165
6	H59.8	Gangguan sistem laksimal dan orbita	3039
7	N03.9	Sindrom nephritic kronik	2911
8	H25.0	Katarak senilis	2822
9	G40.3	Epilepsi	2787
10	I25.1	Gangguan jantung koroner	2532

Laporan Demografi 10 Besar Penyakit Rawat Inap di RSUD Kabupaten Badung Mangusada Tahun 2018

No	Kode ICD	Diagnosa	Jumlah Kunjungan
1	J18.9	Pneumonia	1182
2	Z38.0	Kehamilan tunggal kelahiran di rumah sakit	663
3	D64.9	Anemia	639
4	E14.9	Diabetes melitus YTT	417
5	Z39.0	Care and examination immediately after	399
		delivery	
6	S06.0	Cedera intrakranial	347
7	I10.	Hipertensi esensial (primer)	317
8	I50.0	Gagal jantung	308
9	O82.1	Penyulit kehamilan dan persalinan lainnya	297
10	I63.9	Infark selebral	295

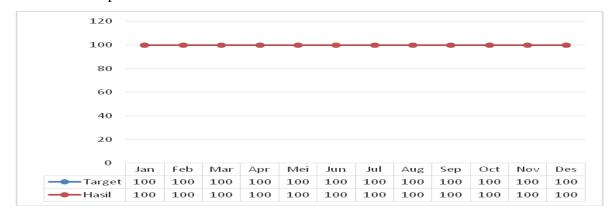
2.2.4.8 Collection Periode/Perputaran Piutang



Grafik 2.2.4.8 *Collection Periode*/Perputaran Piutang di RSUD Badung Mangusada Tahun 2018.

Berdasarkan grafik diatas, menunjukan bahwa *Collection Periode*/Perputaran Piutang belum sesuai target yaitu ≤ 30 hari hingga bulan Desember di RSUD Kabupaten Badung Mangusada tahun 2018. Hal tersebut disebabkan oleh keterlambatan pembayaran piutang oleh JKN (Jaminan Kesehatan Nasional), KBS (Krama Badung Sehat), *inhealth*, dan umum kepada RSUD Kabupaten Badung Mangusada dengan hari tertinggi di bulan Februari yaitu total klaim Rp. 55.736.084.020.

2.2.4.9 Ketaatan Setiap Unit Untuk Melaksanakan PKRS Sesuai Jadwal



Grafik 2.2.4.9 Ketaatan Setiap Unit Untuk Melaksanakan PKRS Sesuai Jadwal di RSUD Kabupaten Badung Mangusada Tahun 2018.

Berdasarkan grafik diatas, menunjukan bahwa setiap unit untuk melaksanakan PKRS sesuai jadwal sudah sesuai target yaitu 100% hingga bulan September di RSUD Kabupaten Badung Mangusada tahun 2018.

BAB III

ANALISA DAN REKOMENDASI

Berdasarkan hasil dan pembahasan pada Bab II diperlukannya rekomendasi dan tindak lanjut terhadap indikator yang belum sesuai target yang telah ditentukan. Berikut rekomendasi yang dijelaskan melalui tabel sebagai berikut :

1. Indikator Keselamatan Pasien

NO	INDIKATOR	KET.	ANALISA	REKOMENDASI
1	Ketepatan Penulisan Identitas Pada Gelang Identifikasi	Sesuai Target	-	_
2	Kepatuhan Verifikasi oleh DPJP	Belum Sesuai	 a) Kurangnya kesadaran oleh DPJP untuk melakukan verifikasi. b) Adanya hari libur/minggu sehingga DPJP berhalangan hadir untuk melakukan verifikasi. 	 a) Sosialisasi kepada DPJP tentang penting tentang kepatuhan verifikasi b) Menambah salah satu dokter sebagai case manager.
3	Kepatuhan Pemasangan Label Pada Obat <i>High Alert</i>	Belum Sesuai	 a) Kualitas dari label obat tersebut sangat kurang baik sehingga mudah lepas. b) Obat-obatan dalam bentuk dus yang datang telah terlabel <i>High Alert</i> pada label depan dus, 	 a) Rapat koordinasi Farmasi, Ka.Ruangan, dan Pengadaan. b) Melakukan <i>check list</i> terhadap Pemasangan Label Pada Obat <i>High Alert</i>. c) Melakukan evaluasi rutin tiap bulan

	W. All D.H.			sehingga masih terjadinya kelalaian pemberian label <i>High Alert</i> . Persediaan label <i>High Alert</i> masih kurang mencukupi setiap bulannya.		
4	Kepatuhan Pelaksanaan Site Marking Pada Pasien Bedah	Belum Sesuai	(a) (b)	Masih kurangnya kesadaran tenaga medis dalam melakukan <i>site marking</i> pada pasien yang akan dilaksanakan tindakan operasi. Belum optimalnya monitoring dan evaluasi terkait sebelum tindakan operasi.	a) b)	Sosialisasi prosedur <i>site marking</i> kepada DPJP Melakukan evaluasi rutin setiap tindakan operasi untuk kepatuhan pelaksanaan <i>site marking</i>
5	Kepatuhan Pelaksanaan 5 Moment	Belum Sesuai		Masih terdapat kurangnya kesadaran kebersihan tangan oleh petugas kesehatan yang dilakukan berdasarkan lima momen. Belum optimalnya monitoring dan evaluasi terkait <i>check list</i> ketersedian alkohol pencuci tangan serta kelengkapan cuci tangan	a) b)	kesehatan terhadap kebersihan tangan pelaksanaan 5 moment

			menggunakan air di westafel pada	
			masing-masing ruang/unit.	
6	Kepatuhan Pelaksanaan re-			
	assesment Pasien Jatuh	Canai Tamaat		
	Pada Pasien Beresiko	Sesuai Target	-	-
	Tinggi Jatuh			

2. Indikator ILM (International Library Medicine)

NO	INDIKATOR	KET.	ANALISA	REKOMENDASI
1	Pemberian Aspirin Dalam 24 Jam Pertama Perawatan Pada Pasien Yang Menderita AMI.	Sesuai Target	-	-
2	Dokumentasi Pasien Jatuh Dengan Atau Tanpa Cidera Yang Dialami Pasien	Sesuai Target	-	-
3	Pasien Bedah (Hip Arthroplasty) Mendapat Antibiotik Propilaksis Yang Konsisten Sesuai Guideline Terbaru	Belum Sesuai	a) Belum optimalnya pelaksanaan Clinical Pathway pada pasien bedah.	

	(Ceftriaxone).					Pathway
4	(Ceftriaxone). Pemberian ASI Eksklusif Pada Bayi Baru Lahir Selama Dalam Perawatan di Rumah Sakit.	Belum Sesuai	b) c)	Pada ruang NICU tidak adanya bayi yang diberikan ASI ekslusif karena masih dalam perawatan intensif sehingga tergantikan dengan susu formula apabila, ibu ingin memberikan ASI dapat melalui botol bayi. Belum adanya SPO terkait pemberian ASI eksklusif pada bayi baru lahir selama perawatan di ruang NICU. Kurangnya kesadaran sang ibu pasca melahirkan bahwa pentingnya ASI eksklusif pada bayi baru lahir. Kuantitas dan kualitas ASI yang keluar dari ibu tidak cukun	a) b)	Penerbitan SPO untuk di ruang NICU bagi Ibu yang akan memberikan ASI ekslusif.
5	Setiap Pasien Gagal		a)	keluar dari ibu tidak cukup memenuhi kebutuhan bayi baru lahir Belum optimalnya pelaksanaan	a)	Menambah tenaga dokter spesialis
	Jantung Dilakukan	Belum Sesuai		Clinical Pathway pada pasien	<i>u)</i>	Jantung Jantung

jantung. b) Pembuatan, Pelaksanaan, dan
b) Kurangnya Tenaga medis di RSUD monitoring evaluasi Clinical Pathway
Kabupaten Badung Mangusada pada pasien jantung.
yang hanya terdapat 1 orang c) Koordinasi bidang pelayanan, komite
Dokter Spesialis Jantung dan medic, dan manajemen RSUD
dokter tersbut hingga bulan Kabupaten Badung Mangusada.
September sedang mengikuti
peningkatan pendidikan
kompetensi.

3. Indikator Area Klinik

NO	INDIKATOR	KET.	ANALISA	REKOMENDASI
1	Assement Awal Rawat Inap	C : T 4		
	Lengkap Dalam 24 Jam.	Sesuai Target	-	-
2	Waktu Tunggu Hasil			
	Pelayanan Laboratorium	Saguei Target		
	Pada Pasien Rawat Inap	Sesuai Target	-	-
	IGD.			
3	Expertisi Hasil Rontgen	G : TD		
	Pada Pasien Rawat Inap.	Sesuai Target	-	-
4	Kejadian Pembatalan		a) Belum lengkapnya pemeriksaan	a) Penerapan elektronik system penjadwalan
	Operasi.	Belum Sesuai	penunjang pasien saat pre operasi	
	operation.		dari poliklinik hingga ke ruang	b) Koordinasi bidang pelayanan, komite

			pasie akan opera) Belur penja) Perm	n optimalnya sistem informasi dwalan operasi. intaan dari pihak keluarga dan n untuk membatalkan jadwal	c)	medik, dan unit yang terkait tindakan operasi . Pembuatan SOP dituamakan pemeriksaan penunjang bagi pasien yang akan operasi
5	Pemberian Aspirin Dalam 24 jam Pertama Perawatan Pada Pasien Yang Menderita AMI.	Sesuai Target		-		-
6	Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Pemberian Obat Pada Pelayanan di Apotek Rawat Jalan.	Belum Sesuai	dilap	ak lengkapan pelaporan yang orkan terkait kesalahan erian obat	a)	Sosialisasi kepada pihak farmasi terkait palaporan insiden kesalahan pemberian obat.
7	Kejadian Desaturasi Oksigen Saat <i>Durante</i> Anestesi Pada Anestesi.	Sesuai Target		-		-
8	Kejadian Reaksi Transfusi di Ruang Rawat Inap.	Belum Sesuai	terhae berup	va kondisi klinis pasien alergi dap tindakan medis yaitu va suntikan obat-obatan dotika pada pasien rawat inap	a)b)c)	Ruang Rawat Inap Monitoring dan evaluasi rutin

				pasien
9	Kelengkapan Informed		a) DPJP dan keluarga pasien tidak	a) Monitoring dan evaluasi rutin.
	Consent Setelah Mendapat	Belum Sesuai	adanya pengisian lengkap Informed	b) Melakukan Check List Informed
	Informasi Yang Jelas.	Deluiii Sesuai	Consent.	Consent.sebelum kembali ke ruang
				rekam medis/pasien pulang.
10	Terlaksananya Kegiatan			
	Pencatatan dan Pelaporan	Sesuai Target	_	_
	Infeksi Nosokomial di	Sesaul Turget		
	RSUD Badung Mangusada.			

4. Indikator Area Manajemen

NO	INDIKATOR	KET.	ANALISA	REKOMENDASI
1	Penyedian Obat Oleh			
	Farmasi Sesuai			
	Formularium Nasional	Sesuai Target	-	-
	Berdasarkan Kebutuhan			
	Rumah Sakit.			
2	Pelaporan Kejadian			
	Tuberculosis ke Dinas	Sesuai Target	-	-
	Kesehatan.			
3	Kejadian Pasien Menunggu	Belum Sesuai	a) Belum optimalnya sistem triage di	a) Dalam pemilahan pasien di triage agar
	Ruang Perawatan Lebih		IGD.	lebih dioptimalkan.

	Dari 24 Jam di IGD.		b) Masih kurangnya bed pasien yang	b) Penambahan Bed Pasien di Ruang
			sesuai jaminan pembayarannya.	Rawat inap,apabila ada pasien di IGD
			c) Tingginya Length Of Stay pada	perlu RI sesuai jaminan, ketersediaan
			pasien rawat inap.	Bed
				c) Assessment DPJP kepada pasien yang
				boleh pulang agar ditegakan H-1
				sebelum pasien pulang dan ditulis
				dalam rekam medis
4	Utilitas Penggunaan MRI.	-	-	-
	A 1 IV			
5	Angka Kepuasaan	-	-	-
	Pelanggan.			
6	Kepuasan Staf RSUD			
	Badung Mangusada.	-	-	-
7	Laporan Demografi 10			
	Besar Penyakit.	-	-	-
8	Collection		a) Keterlambatan pembayaran piutang	a) Menerapkan/menerbitkan kebijakan
	Periode/Perputaran	Belum Sesuai	kepada RSUD Kabupaten Badung	kerjasama jangka jatuh tempopiutang
	Piutang.		Mangusada	terhadap pihak kedua
9	Ketaatan Setiap Unit Untuk Melaksanakan PKRS	Sesuai Target	-	-

BAB IV

PENUTUP

4.1 KESIMPULAN

- 1. Indikator mutu dan keselamatan pasien tahun 2018 masih perlu ditingkatkan, terutama indikator-indikator yang belum sesuai target yang diharapkan. Persentase indikator area yang belum sesuai harapan/target yaitu : a). Indikator keselamatan pasien yaitu 67%, b). Indikator ILM (*International Library Medicine*) yaitu 60%, c). Indikator Area Klinik yaitu 40%, d). Indikator Area Manajemen yaitu 40%.
- Indikator-indikator mutu dan keselamatan pasien pada laporan ini hanya sebagian kecil dari banyak hal yang harus ditingkatkan dalam memberikan pelayanan RS yang paripurna.
- Penilaian indikator-indikator mutu dan keselamatan pasien ini diharapkan dapat memberikan masukan bagi medis, paramedis dan manajemen dalam meningkatkan kualitas pelayanan RS.
- 4. Tugas dan kewajiban dalam meningkatkan mutu harus berjalan sebagai sebuah sistem yang berkesinambungan.

4.2 SARAN

- 1. Peran aktif dari PIC (*Person In Charge*) dalam validisasi dan update data terkait indikator masing-masing unit/ruangan.
- 2. Bagi manajemen ikut serta mendukung dalam setiap program dari Komite Mutu sehingga dapat dijadikan acuan dalam mengambil kebijakan dan langkah-langkah strategis berdasarkan informasi data yang valid.

Demikian laporan ini disampaikan, masih banyak indikator yang belum memenuhi target dan membutuhkan tindak lanjut sesuai dengan indikator masing-masing, akan direncanakan dan evaluasi ulang. Semoga laporan semester ini dapat dijadikan dasar dalam peningkatan program mutu dan keselamatan pasien di RSUD Kabupaten Badung Mangusada ke depannya.

BAB IV

LEMBAR PENGESAHAN

Mengetahui,

Ketua Komite Mutu

RSUD Kabupaten Badung Mangusada

dr. Gede Suputra, Sp.N

NIP. 198109072009011012

Mangupura, 30 November 2018

Pembuat Laporan

Sekretaris Komite Mutu

RSUD Kabupaten Badung Mangusada

I Putu Wibawa Putra, SKM, MPH