



RSD MANGUSADA

LAPORAN BULAN TRIWULAN I KOMITE PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN RSD MANGUSADA KABUPATEN BADUNG TAHUN 2023

Jalan Raya Kapal - Mangupura, Badung
Telp : (0361) 9006812, 9006813
Fax : (0361) 4427218
Email : rsudbadung@gmail.com
Website : rsudmangusada.badungkab.go.id



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 tidak diharapkan (KTD) baik timbulnya komplikasi, kecacatan maupun pasien meninggal dunia.

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 kejadian tidak diharapkan (KTD) dapat berakhir dengan tuntutan hukum. Oleh karena itu rumah sakit perlu menyusun suatu program untuk memperbaiki proses pelayanan terhadap pasien agar kejadian tidak diharapkan (KTD) dapat dicegah melalui rencana pelayanan yang komprehensif, sehingga kepercayaan masyarakat terhadap mutu rumah sakit kembali meningkat.

Rumah Sakit Daerah Mangusada Kabupaten 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 Rumah Sakit Daerah Mangusada Kabupaten Badung 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 Rumah Sakit Daerah Mangusada Kabupaten Badung terbagi dalam laporan triwulan, yang pada akhir tahun dikompilasi dalam laporan tahunan. Laporan ini diharapkan dapat memberikan masukan bagi pemegang kebijakan, dalam hal ini Direktur Rumah Sakit Daerah Mangusada Kabupaten Badung dalam mengambil prioritas kebijakan peningkatan mutu dan keselamatan pasien kedepannya.

1.2 Tujuan

1.2.1 Tujuan Umum

Meningkatkan kualitas pelayanan di Rumah Sakit Daerah Mangusada Kabupaten Badung

1.2.2 Tujuan Khusus

1. Rumah Sakit Daerah Mangusada Kabupaten Badung dapat menetapkan dan melakukan analisis data Indikator Mutu Wajib Nasional.
2. Rumah Sakit Daerah Mangusada Kabupaten Badung dapat menetapkan dan melakukan analisis data Area Klinik.
3. Rumah Sakit Daerah Mangusada Kabupaten Badung dapat menetapkan dan melakukan analisis data Area Manajemen.
4. Rumah Sakit Daerah Mangusada Kabupaten Badung dapat menetapkan dan melakukan analisis data Sasaran Keselamatan Pasien.
5. Adanya komparasi nilai Indikator Rumah Sakit Daerah Mangusada Kabupaten Badung 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
2. Memberikan informasi mengenai data tiap Indikator yang di survei meliputi data Indikator Mutu Wajib Nasional, data Indikator Area Klinik, data Indikator Area Manajemen dan Indikator Keselamatan Pasien

BAB II

HASIL DAN PEMBAHASAN

2.1 Indikator Mutu dan Keselamatan Pasien 2022

Sesuai dengan prioritas mutu dan keselamatan pasien yang ditetapkan rumah sakit, Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit Daerah Mangusada Kabupaten Badung menjabarkan kebijakan tersebut dalam bentuk indikator-indikator peningkatan mutu dan keselamatan pasien tahun 2023. Adapun penetapan indikator-indikator ini bertujuan untuk memudahkan dalam mengevaluasi program mulai dari *input*, proses dan *output*.

Berdasarkan Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit, indikator-indikator mutu dan keselamatan pasien terbagi atas indikator mutu wajib nasional, indikator mutu area klinik, indikator mutu area manajemen serta indikator sasaran keselamatan pasien. Adapun indikator-indikator yang disepakati untuk tahun 2023 yaitu :

1.1.1 Indikator Mutu Wajib Nasional

1. Kepatuhan Identifikasi Pasien
2. Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi < 30 menit
3. Waktu Tunggu Rawat Jalan
4. Penundaan Operasi Elektif
5. Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis
6. Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Laboratorium
7. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional Bagi Rumah Sakit Provider BPJS
8. Kepatuhan Cuci Tangan
9. Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Cedera Akibat Pasien Jatuh Pada Pasien Rawat Inap
10. Kepatuhan Terhadap *Clinical Pathway*
11. Kepuasan Pasien Dan Keluarga
12. Kecepatan Respon Terhadap Komplain
13. Kepatuhan Penggunaan APD Oleh Petugas

1.1.2 Penentuan Area Prioritas

Rumah Sakit Daerah Mangusada Kabupaten Badung telah menetapkan area prioritas pada pelayanan Saraf (*Neurologi*), dengan indikator sebagai berikut :

- a. Indikator Mutu Area Klinik
 1. Length of stay (LOS) pasien SNH ≤ 7 hari
- b. Indikator Manajemen Risiko
 1. Kepatuhan Dalam Pengisian Form Identifikasi Risiko Jatuh di Rawat Inap
- c. Perbaikan Sistem
 1. Efektifitas penggunaan pendaftaran online pasien rawat jalan
- d. Sesuai Tujuan RS (KPI)
 1. Keberhasilan pembiayaan perawatan pasien sesuai dengan paket INACBGS
- e. Pelaksanaan Monitoring Dokdiknis Kepada Peserta Didik
 1. Pelaksanaan monitoring oleh CI dan Dokdiknis kepada peserta didik

1.1.3 Indikator Mutu Sasaran Keselamatan Pasien

1. Kepatuhan Identifikasi Pasien
2. Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium
3. Keamanan Penyimpanan Dan Pelabelan Obat High Alert
4. Kepatuhan Dalam Melakukan Time Out Pada Tindakan Operasi
5. Kepatuhan Kebersihan Tangan
6. Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh

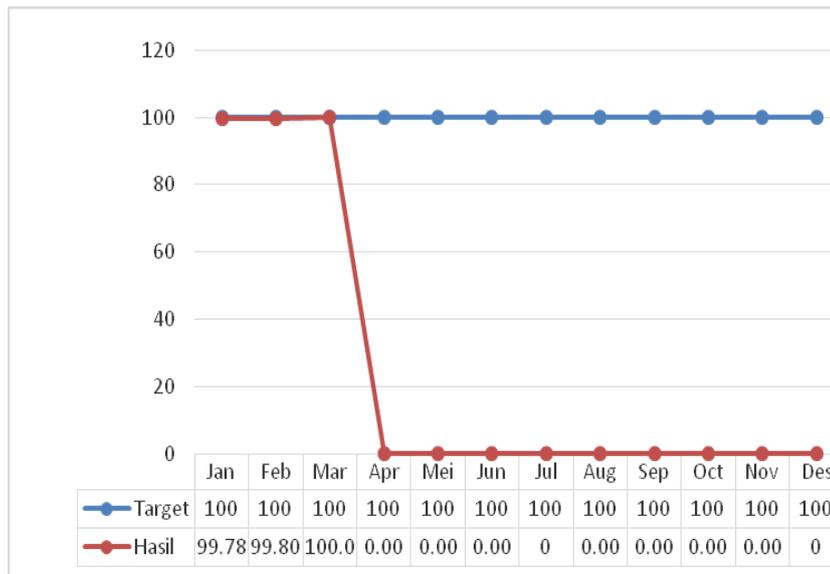
Pengambilan data dilakukan oleh Person In Charge (PIC) sesuai ketentuan dalam tiap indikator, PIC mentabulasi dan melaporkan kepada Komite Mutu. Data diambil dalam rentang waktu bulan triwulan I tahun 2023. Komite Mutu menganalisa dan memberikan saran terhadap hasil laporan yang ada. Laporan ini akan 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 2022

Berikut ini hasil survei dari indikator-indikator mutu dan keselamatan pasien selama Bulan Triwulan I tahun 2023.

2.2.1 Indikator Mutu Wajib Nasional

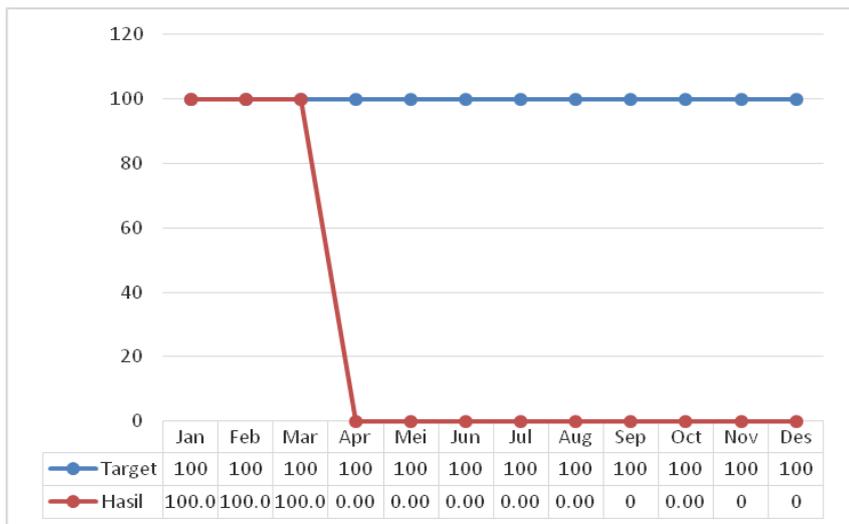
2.2.1.1 Kepatuhan Identifikasi Pasien



Grafik 2.2.1.1 Kepatuhan Identifikasi Pasien

Berdasarkan grafik diatas, menunjukkan bahwa pelaksanaan identifikasi pasien pada bulan triwulan I tahun 2023. Secara tren capaian sudah mengalami kenaikan tetapi secara kumulatif masih belum mencapai target. sudah dilakukan sosialisasi persamaan persepsi kepatuhan identifikasi pasien di setiap unit.

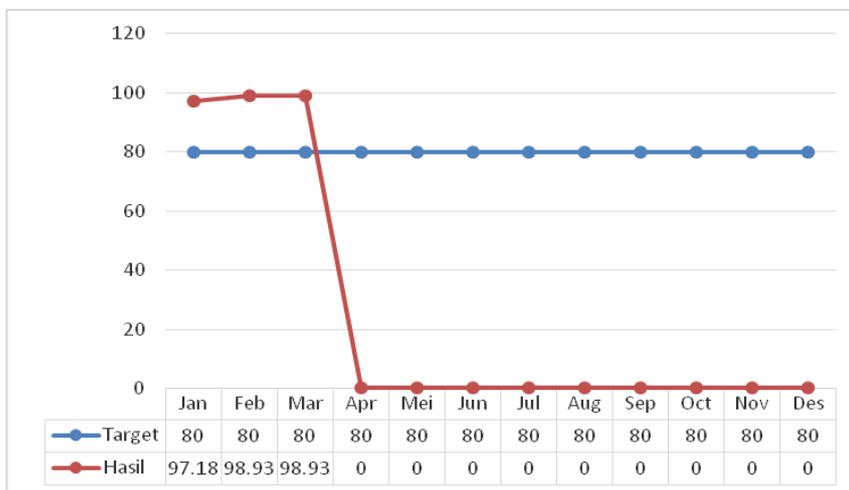
2.2.1.2 Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi



Grafik 2.2.1.2 Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi

Berdasarkan grafik diatas, diketahui bahwa Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi pada bulan triwulan I tahun 2023 rerata capaian indikator waktu tanggap seksio sesaria (SC) emergency Triwulan I adalah 100%. Seluruh ibu yang melahirkan dengan seksio sesaria ditangani ≤ 30 menit.

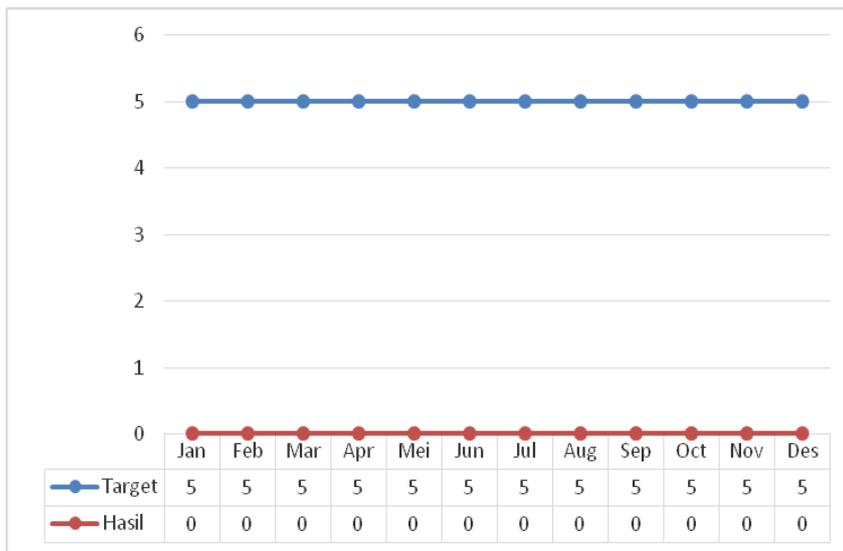
2.2.1.3 Waktu Tunggu Rawat Jalan



Grafik 2.2.1.3 Waktu Tunggu Rawat Jalan

Terlihat pada grafik diatas indikator untuk waktu tunggu rawat jalan pada bulan triwulan I tahun 2023 dengan rerata 98.35% yang sudah memenuhi standard Nasional.

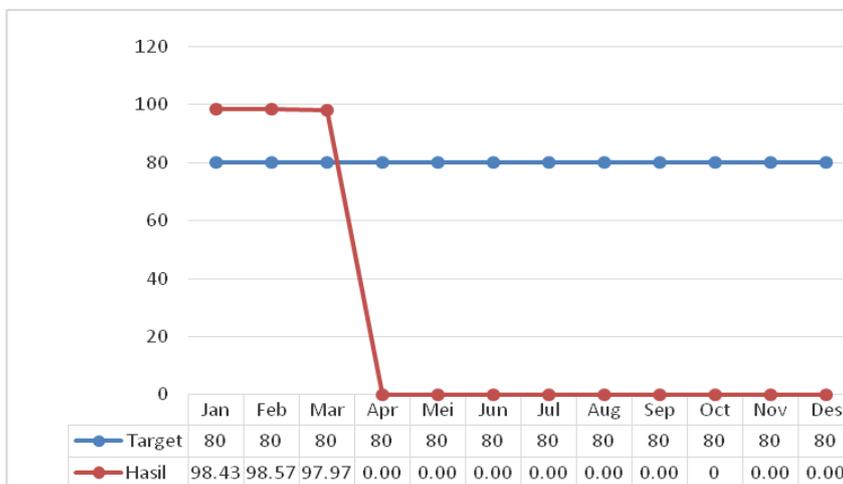
2.2.1.4 Penundaan Operasi Elektif



Grafik 2.2.1.4 Penundaan Operasi Elektif

Berdasarkan grafik diatas, indikator untuk penundaan operasi elektif sudah baik yakni tidak pernah ada penundaan operasi elektif selama bulan Triwulan I 2023. Mempertahankan capaian tersebut dengan melaksanakan pelayan sesuai SOP.

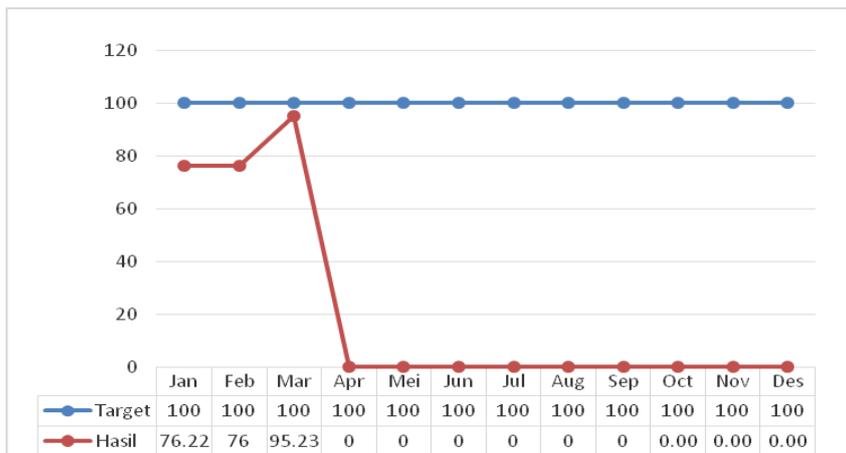
2.2.1.5 Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis



Grafik 2.2.1.5 Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis

Pada grafik terlihat hasil capaian untuk kepatuhan jam visite dokter spesialis pada bulan triwulan I 2023 telah mencapai target 80% yaitu rerata sebesar 98,32% Hal ini dikarenakan karena DPJP sudah secara maksimal dalam melaksanakan visite.

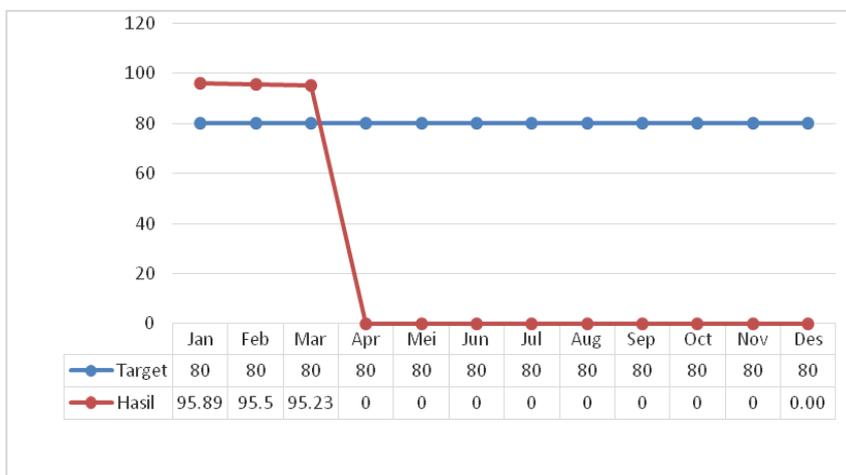
2.2.1.6 Waktu Laporan Hasil Tes Kritis Laboratorium



Grafik 2.2.1.6 Waktu Laporan Hasil Tes Kritis Laboratorium

Berdasarkan grafik diatas, menunjukkan bahwa pelaksanaan waktu laporan hasil tes kritis laboratorium belum sesuai target sebesar 100%. Secara tren capaian sudah mengalami kenaikan tetapi secara kumulatif masih belum mencapai target. sudah dilakukan sosialisasi persamaan persepsi pelaporan hasil kritis laboratorium. tetapi masalah perbaikan jaringan informasi rumah sakit yang belum maksimal.

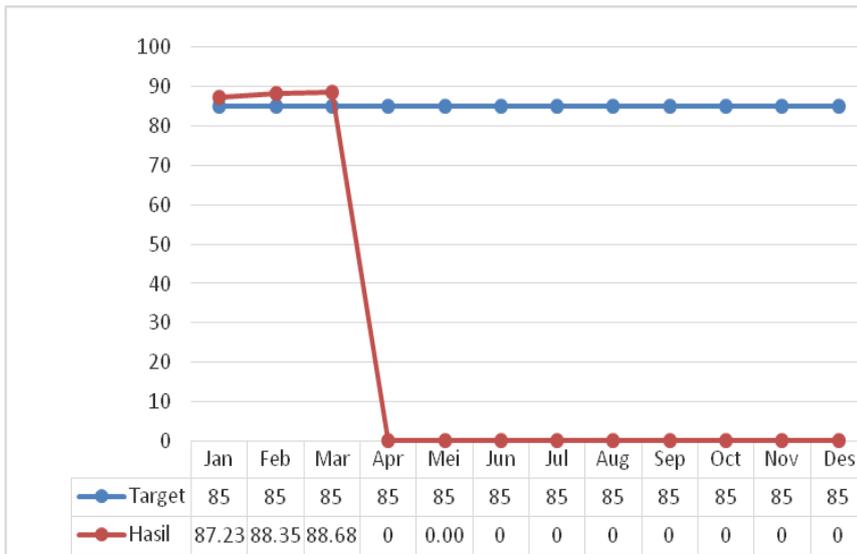
2.2.1.7 Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional Bagi RS Provider BPJS



Grafik 2.2.1.7 Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional Bagi RS Provider BPJS

Berdasarkan grafik diatas, menunjukkan bahwa pelaksanaan kepatuhan penggunaan formularium nasional bagi RS Provider BPJS sudah sesuai target lebih dari 80% pada bulan triwulan I tahun 2023.

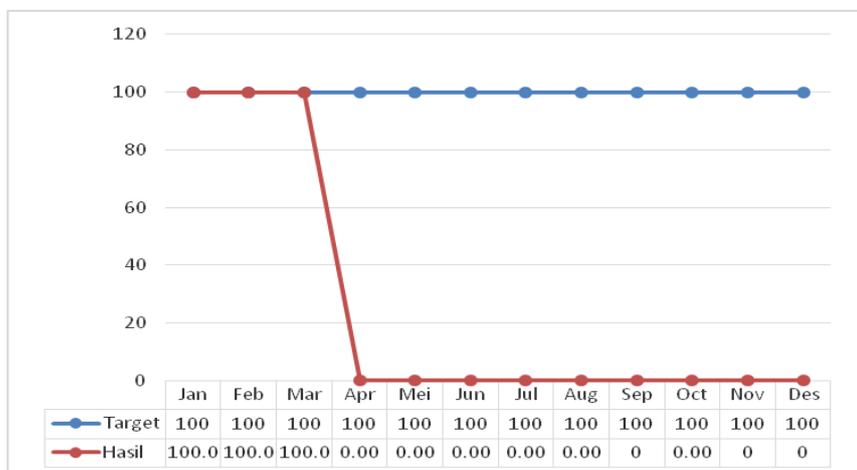
2.2.1.8 Kepatuhan Cuci Tangan



Grafik 2.2.1.8 Kepatuhan Cuci Tangan

Berdasarkan grafik diatas, kepatuhan kebersihan tangan sudah mencapai standar dengan rerata 88.09%, hal ini dikarenakan petugas sudah memahami pentingnya menjaga kebersihan tangan sebelum atau sesudah melakukan tindakan.

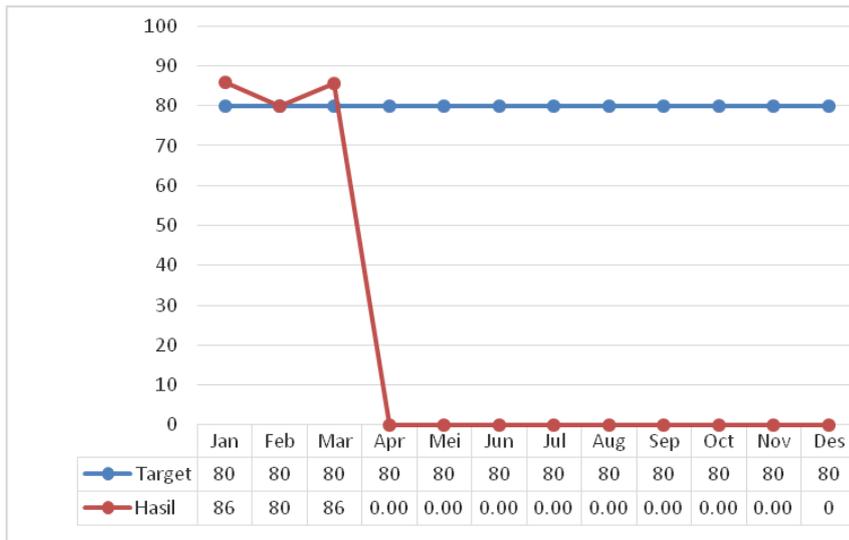
2.2.1.9 Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh



Grafik 2.2.1.9 Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh

Berdasarkan grafik diatas, menunjukkan bahwa kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh sudah mencapai standar 100% dikarenakan Staf terkait telah melaksanakan kepatuhan pelaksanaan assesment pasien risiko jatuh dengan baik.

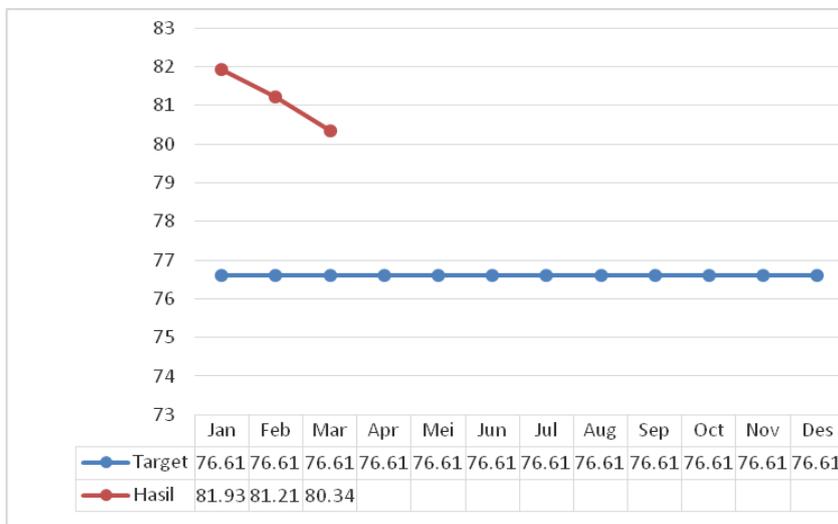
2.2.1.10 Kepatuhan terhadap clinical pathway



Grafik 2.2.1.10. Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway

Berdasarkan grafik diatas menyatakah bahwa Pencapaian kepatuhan terhadap Clinical Pathway selama Triwulan I sudah sesuai standar yaitu 80%.

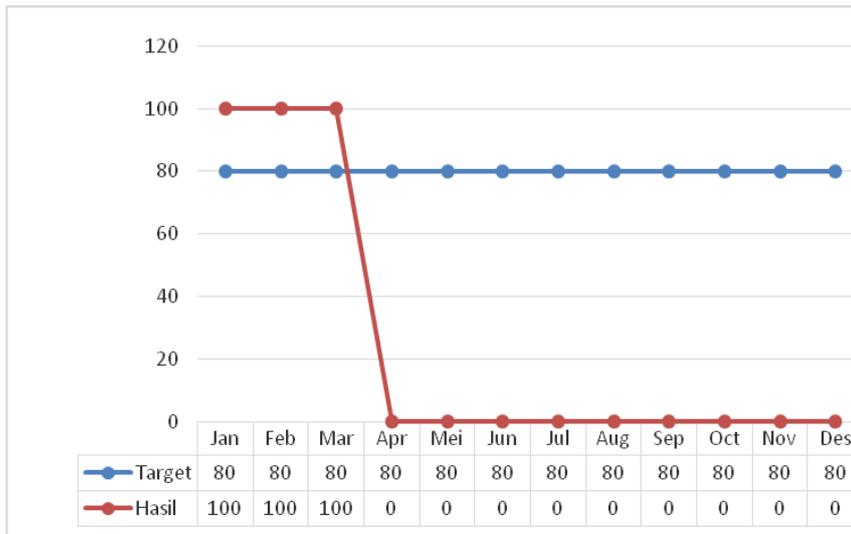
2.2.1.11 Kepuasan Pasien



Grafik 2.2.1.11 Kepuasan pasien

Berdasarkan grafik diatas, menunjukan bahwa kepuasan pasien dan keluarga telah mencapai standard diatas 76,61% yakni sebesar 81.57% pada bulan triwulan I tahun 2023.

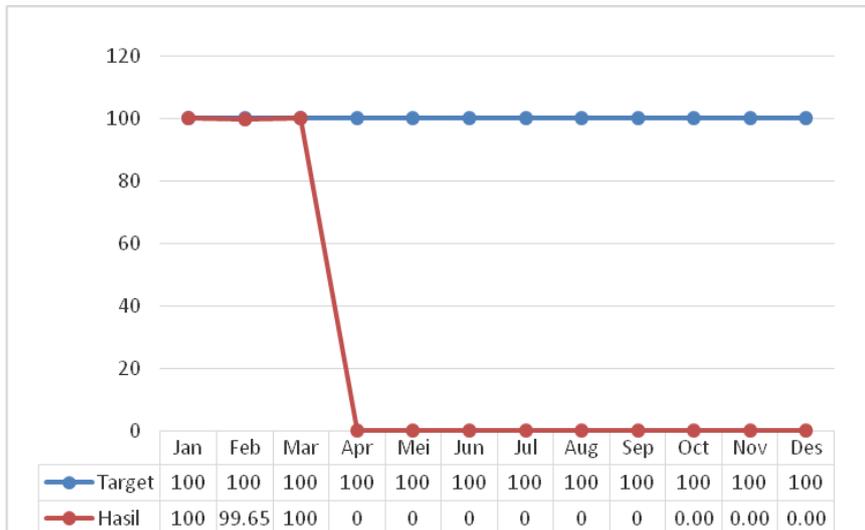
2.2.1.12 Kecepatan Respon Terhadap Komplain



Grafik 2.2.1.12. Kecepatan Respon Terhadap Komplain

Melalui hasil survei yang dilakukan oleh unit humas tentang kecepatan respon terhadap komplain diperoleh hasil melampaui standar 80% yakni dengan perolehan 100%.

2.2.1.13 Kepatuhan Penggunaan APD Oleh Petugas

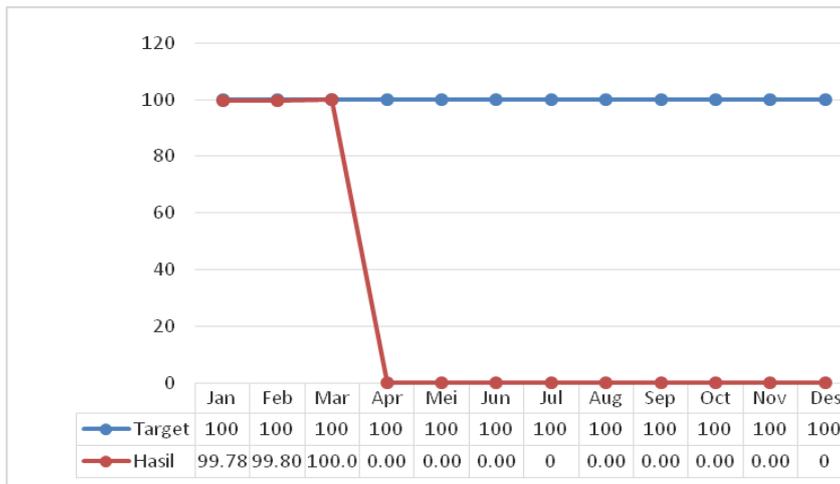


Grafik 2.2.1.13. Kepatuhan Penggunaan APD Oleh Petugas

Kepatuhan penggunaan APD pada Triwulan 1 sudah mencapai target tetapi pada bulan february sedikit mengalami penurunan.

2.2.2 Indikator Sasaran Keselamatan Pasien

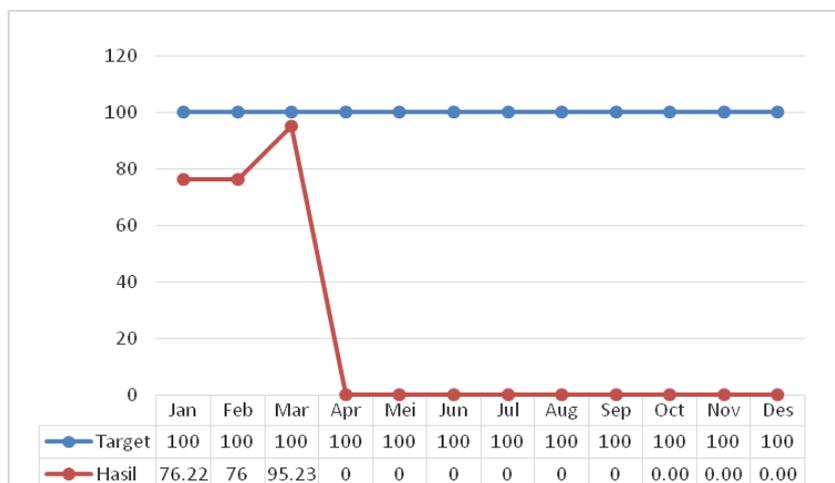
2.2.2.1 Kepatuhan identifikasi pasien



Grafik 2.2.2.1 Kepatuhan identifikasi pasien

Berdasarkan grafik diatas, menunjukkan bahwa pelaksanaan identifikasi pasien pada bulan triwulan I tahun 2023. Secara tren capaian sudah mengalami kenaikan tetapi secara kumulatif masih belum mencapai target. sudah dilakukan sosialisasi persamaan persepsi kepatuhan identifikasi pasien di setiap unit.

2.2.2.2 Pelaporan hasil kritis laboratorium

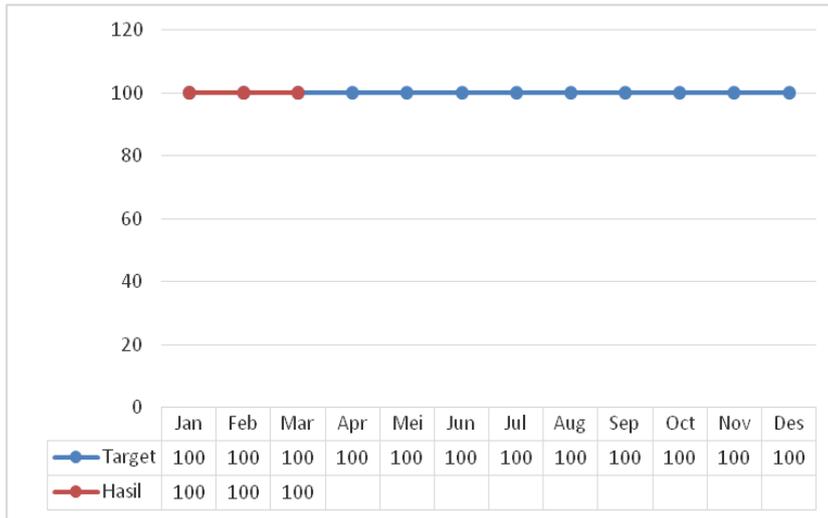


Grafik 2.2.2.2 Pelaporan hasil kritis laboratorium

Berdasarkan grafik diatas, menunjukkan bahwa pelaksanaan waktu lapor hasil tes kritis laboratorium belum sesuai target sebesar 100%. Secara tren capaian sudah mengalami

kenaikan tetapi secara kumulatif masih belum mencapai target. sudah dilakukan sosialisasi persamaan persepsi pelaporan hasil kritis laboratorium. tetapi masalah perbaikan jaringan informasi rumah sakit yang belum maksimal.

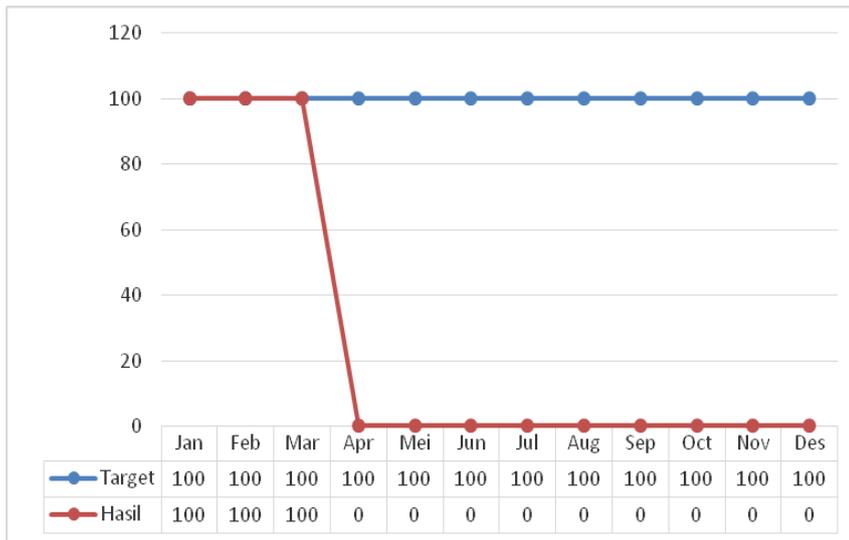
2.2.2.3 Penyimpanan & Pelabelan Obat High Alert



Grafik 2.2.2.3 Penyimpanan & pelabelan obat high alert

Berdasarkan grafik diatas, penyimpanan dan pelabelan obat high alert sudah tepat.

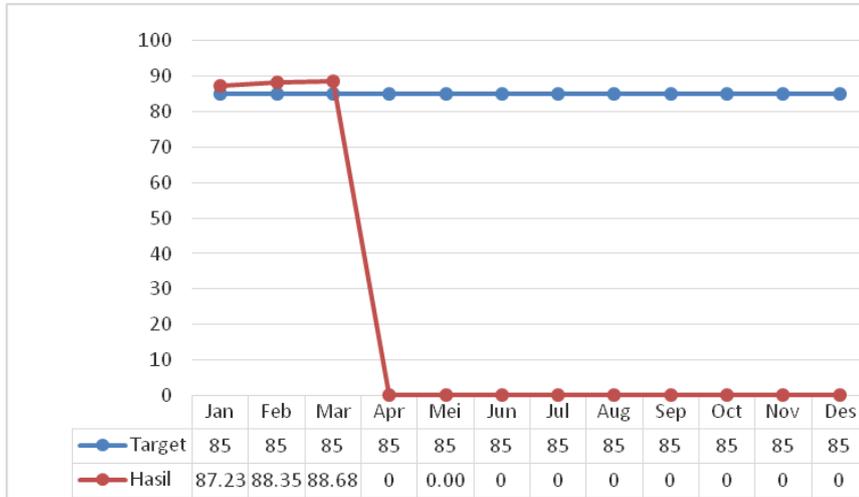
2.2.2.4 Kepatuhan dalam melakukan time out pada tindakan operasi



Grafik 2.2.2.4 Kepatuhan dalam melakukan time out pada tindakan operasi

Berdasarkan grafik diatas, kepatuhan dalam melakukan time out pada tindakan operasi sudah dilakukannya time out pada pasien operasi maka capaian sesuai target.

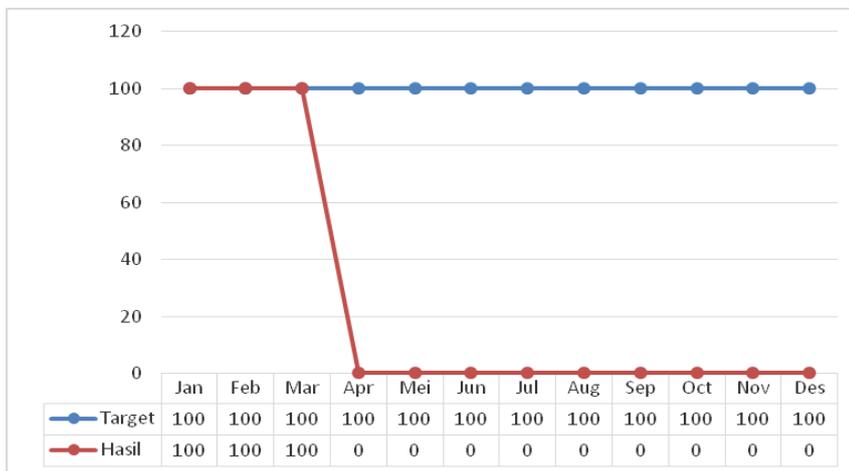
2.2.2.5 Kepatuhan kebersihan tangan



Grafik 2.2.2.5 Kepatuhan kebersihan tangan

Berdasarkan grafik diatas, kepatuhan kebersihan tangan sudah mencapai standar dengan rerata 88.09%, hal ini dikarenakan petugas sudah memahami pentingnya menjaga kebersihan tangan sebelum atau sesudah melakukan tindakan.

2.2.2.6 Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh

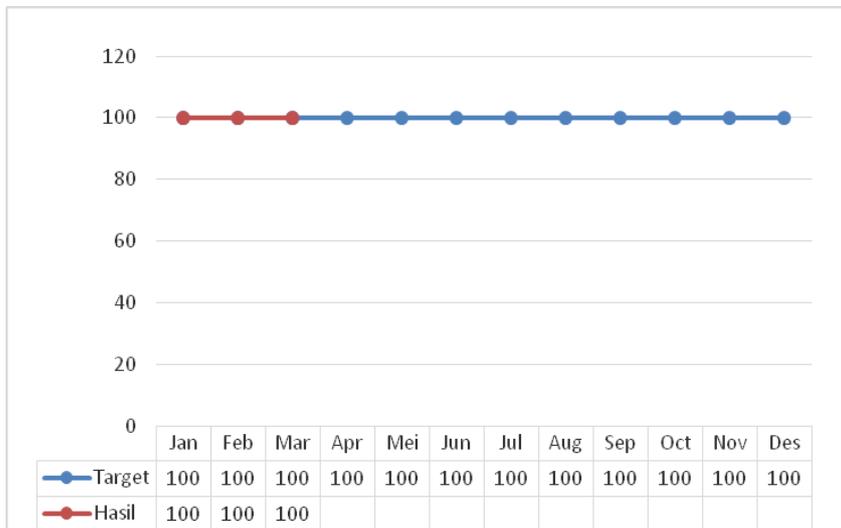


Grafik 2.2.2.6 Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh

Berdasarkan grafik diatas, menunjukkan bahwa kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh sudah mencapai standar 100% dikarenakan Staf terkait telah melaksanakan kepatuhan pelaksanaan assesment pasien risiko jatuh dengan baik.

2.2.3 Indikator Manajemen Risiko

2.2.3.1 Kepatuhan Dalam Pengisian Form Identifikasi Risiko Jatuh di Rawat Inap

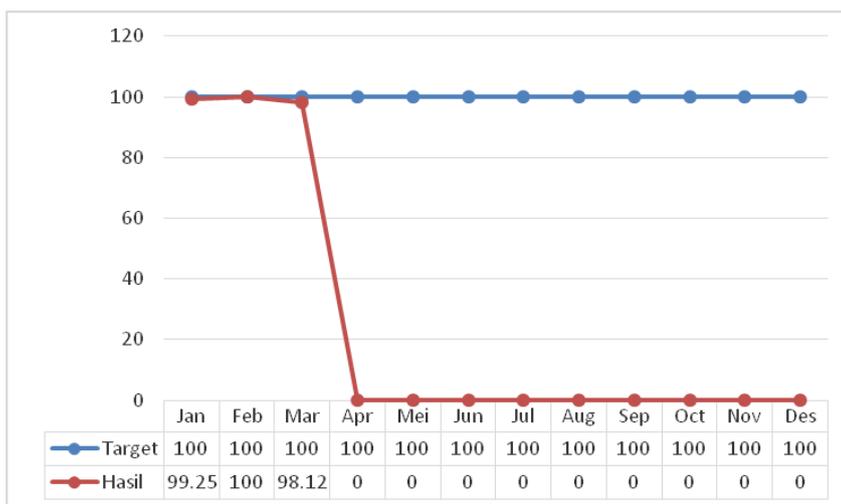


Grafik 2.2.3.1 Kepatuhan Dalam Pengisian Form Identifikasi Risiko Jatuh di Rawat Inap

Berdasarkan grafik diatas kepatuhan dalam pengisian form identifikasi risiko jatuh di rawat inap sudah sesuai target. Dikarenakan perawat sudah melengkapi pengisian form identifikasi risiko jatuh di rawat inap.

2.2.4 Indikator Pelayanan Klinik

2.2.4.1 Length of stay (LOS) pasien SNH ≤ 7 hari

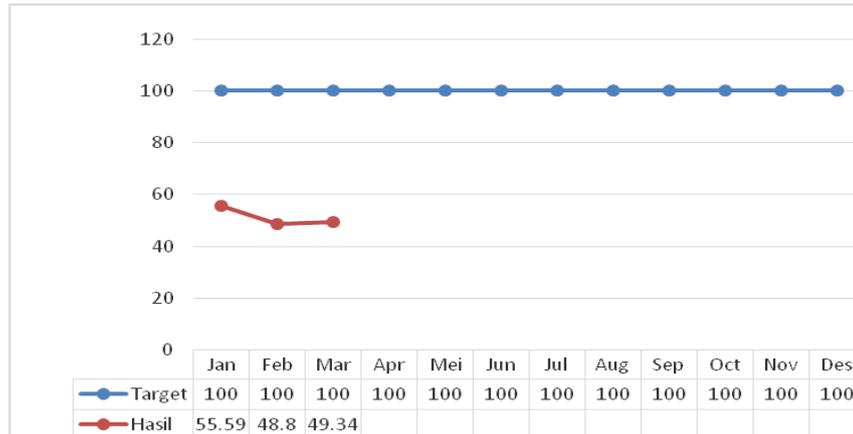


Grafik 2.2.4.1 Length of stay (LOS) pasien SNH ≤ 7 hari

Berdasarkan grafik diatas, menunjukkan bahwa Capaian Length of stay (LOS) pasien SNH ≤ 7 hari belum mencapai target tetapi secara tren sudah mendekati target. Salah satu faktor penyebab yaitu persiapan keluarga belum siap untuk rawat jalan dan adanya komplikasi penyakiy lain.

2.2.5 Sesuai Tujuan Rumah Sakit (KPI)

2.2.5.1 Keberhasilan Pembiayaan Perawatan Pasien Sesuai Dengan Paket INACBGS

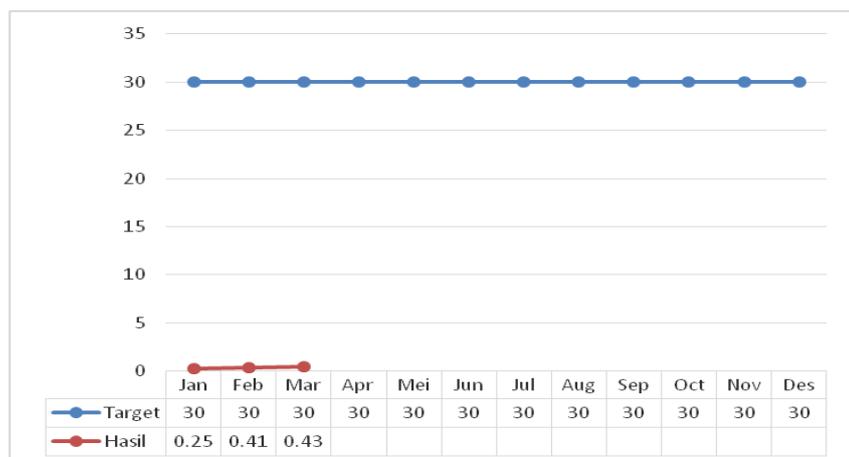


Grafik 2.2.5.1 Keberhasilan pembiayaan perawatan pasien sesuai dengan paket INACBGS

Berdasarkan grafik diatas, Keberhasilan Pembiayaan Perawatan Pasien Sesuai Dengan Paket INACBGS belum mencapai target, dikarenakan keterlambatan berkas rawat inap dan masih menggunakan pemberkasan dengan scan manual

2.2.6 Perbaikan Sistem

2.2.6.1 Efektifitas penggunaan pendaftaran online pasien rawat jalan

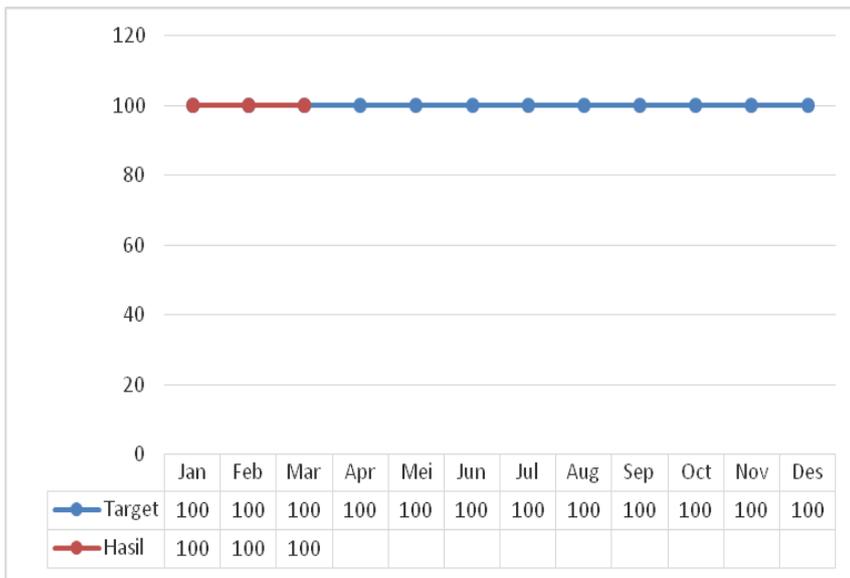


Grafik 2.2.6.1 Efektifitas penggunaan pendaftaran online pasien rawat jalan

Efektifitas penggunaan pendaftaran online pasien rawat jalan belum mencapai target dikarenakan masyarakat belum mengetahui adanya system pendaftaran online dan masyarakat belum bisa mengaplikasikan system pendaftaran online.

2.2.7 Pelaksanaan Monitoring Dokdiknis Kepada Peserta Didik

2.2.7.1 Pelaksanaan monitoring oleh CI dan Dokdiknis kepada peserta didik



Grafik 2.2.7.1 Pelaksanaan monitoring oleh CI dan Dokdiknis kepada peserta didik

Berdasarkan grafik diatas, Pelaksanaan monitoring oleh CI dan Dokdiknis kepada peserta didik sudah mencapai target.

BAB III

ANALISA DAN REKOMENDASI

3.1 Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Laboratorium

Topik uji coba : Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Laboratorium

Cara : pengumpulan data dilakukan oleh PIC dan divalidasi oleh kepala ruangan

Siklus : 1

Plan	<p>Rencana : semua pelaporan hasil tes kritis laboratorium yang dilakukan</p> <p>Target : semua waktu lapor hasil tes kritis laboratorium < 30 menit</p> <ol style="list-style-type: none">1. Membuat form pengumpulan data2. Setiap PIC yang divalidasi kepala ruangan wajib mengisi form pengumpulan data3. Form pengumpulan data wajib di kumpulkan ke komite setiap bulannya.4. Laporan evaluasi capaian dilakukan setiap 3 bulan
Do	<p>Apa yang diamati :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Pengumpulan data dilakukan di setiap unit yang ada di RSD Mangusada badung.2. Setiap ruangan belum memiliki form pengumpulan data harian3. Data dikumpulkan oleh PIC di ruangan masing-masing dan divalidasi oleh kepala ruangan.4. Metode pengumpulan data dengan mengevaluasi kelengkapan check list identifikasi pasien.5. Data yang dikumpulkan berdasarkan kelengkapan check list dalam melaksanakan identifikasi pasien6. Penilaian dilakukan harian7. Periode pelaporan data kepada komite mutu adalah setiap bulannya8. Analisa akan dilakukan setiap 3 bulan.

Study	<p>Capaian indikator berkisar diatas 100 %</p> <p>Struktur :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Form harian ruangan sudah tersedia 2. Form pengumpulan data bulanan tersedia 3. Regulasi yang mengatur tentang Identifikasi pasien 4. Sosialisasi mengenai regulasi tersebut perlu dilakukan sosialisasi kembali <p>Proses :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sosialisasi untuk indikator yang belum mencapai target yang mengalami penurunan yang signifikan 2. Koordinasi dengan unit terkait agar pengumpulan nilai kritis sesuai dengan standar nasional 3. Berkordinasi dengan Direktur tentang permasalahan yang terjadi di Ruang Instalasi Laboratorium <p>Outcome:</p> <p>Capaian indikator ini tercapai 100%.</p>
-------	---

3.2 Kepatuhan Identifikasi Pasien

Topik uji coba : Kepatuhan Identifikasi Pasien

Cara : pengumpulan data dilakukan oleh PIC dan divalidasi oleh kepala ruangan

Siklus : 1

Plan	<p>Rencana : semua pasien yang akan diberikan pelayanan sesuai dengan regulasi dilakukan identifikasi pasien.</p> <p>Target : semua pasien yang akan diberikan pelayanan sesuai dengan regulasi tindakan yang dilakukan telah dilakukan identifikasi.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membuat form pengumpulan data 2. Setiap PIC yang divalidasi kepala ruangan wajib mengisi form pengumpulan data 3. Form pengumpulan data wajib di kumpulkan ke komite setiap
------	--

	<p>bulannya.</p> <p>4. Laporan evaluasi capaian dilakukan setiap 3 bulan</p>
Do	<p>Apa yang diamati :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengumpulan data dilakukan di setiap unit yang ada di RSD Mangusada badung. 2. Setiap ruangan sudah memiliki form pengumpulan data harian 3. Data dikumpulkan oleh PIC di ruangan masing-masing dan divalidasi oleh kepala ruangan. 4. Metode pengumpulan data dengan mengevaluasi kelengkapan check list identifikasi pasien. 5. Data yang dikumpulkan berdasarkan kelengkapan check list dalam melaksanakan identifikasi pasien 6. Penilaian dilakukan harian 7. Periode pelaporan data kepada komite mutu adalah setiap bulannya 8. Analisa akan dilakukan setiap 3 bulan.
Study	<p>Capaian indikator berkisar diatas 100 %</p> <p>Struktur :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Form harian ruangan sudah tersedia 2. Form pengumpulan data bulanan tersedia 3. Regulasi yang mengatur tentang Identifikasi pasien 4. Sosialisasi mengenai regulasi tersebut perludilakukan sosialisasi kembali <p>Proses :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Setiap Petugas melakukan identifikasi pasien sebelum melakukan pelayanan dengan membawa <i>check list</i> 2. Kepala tim jaga perawat sudah ikut berperan aktif dalam mengingatkan perawat dan dokter untuk melengkapi check list identifikasi pasien <p>Outcome:</p> <p>Capaian indikator ini tercapai 100%.</p>

3.3 Length of stay (LOS) pasien SNH \leq 7 hari

Topik uji coba : Length of stay (LOS) pasien SNH \leq 7 hari

Cara : pengumpulan data dilakukan oleh PIC dan divalidasi oleh kepala ruangan

Siklus : 1

Plan	<p>Rencana : semua pasien Stroke non-hemoragik (SNH)</p> <p>Harapan : semua pasien Length of stay (LOS) pasien SNH \leq 7 hari</p> <ol style="list-style-type: none">1. Membuat form pengumpulan data2. Setiap PIC yang divalidasi kepala ruangan wajib mengisi form pengumpulan data3. Form pengumpulan data wajib di kumpulkan ke komite setiap bulannya.4. Laporan evaluasi capaian dilakukan setiap 3 bulan
Do	<p>Apa yang diamati :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Pengumpulan data dilakukan di setiap unit yang ada di RSD Mangusada Badung.2. Setiap ruangan sudah memiliki form pengumpulan data harian3. Data dikumpulkan oleh PIC di ruangan masing-masing dan divalidasi oleh kepala ruangan.4. Metode pengumpulan data dengan mengevaluasi kelengkapan check list kepatuhan visite dokter spesialis.5. Data yang dikumpulkan berdasarkan kelengkapan check list Penilaian dilakukan harian6. Periode pelaporan data kepada komite mutu adalah setiap bulannya7. Analisa akan dilakukan setiap 3 bulan.
Study	<p>Capaian indikator 100%</p> <p>Struktur :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Form harian ruangan sudah tersedia2. Form pengumpulan data bulanan tersedia

	<ol style="list-style-type: none"> 3. Regulasi yang mengatur tentang waktu tanggap operasi sesksio sesarea emergensi 4. Sosialisasi mengenai regulasi tersebut perlu dilakukan sosialisasi kembali <p>Proses :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien diterima dan diperiksa di rawat jalan sehingga tegak diagnosa 2. Pasien dirawat diruangan sesuai dengan clinical pathway 3. Persiapan pemulangan pasien dilakukan setelah hari ke 5 4. Hari ke 7 perawatan, pasien dipulangkan <p>Outcome:</p> <p>Capaian indikator ini tercapai 100%.</p>
--	--

3.4 Keberhasilan pembiayaan perawatan pasien sesuai dengan paket INACBGS

Topik uji coba : Keberhasilan pembiayaan perawatan pasien sesuai dengan paket INACBGS

Cara : pengumpulan data dilakukan oleh PIC Ruang Penjaminan dan divalidasi oleh kepala ruangan

Siklus : 1

Plan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Scan berbasis system digital 2. Membuat form pengumpulan data 3. Setiap PIC yang divalidasi kepala ruangan wajib mengisi form pengumpulan data 4. Form pengumpulan data wajib di kumpulkan ke komite setiap bulannya. 5. Laporan evaluasi capaian dilakukan setiap 3 bulan
Do	<p>Apa yang diamati :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengumpulan data dilakukan di ruang penjaminan RSD Mangusada Badung. 2. Setiap ruangan sudah memiliki form pengumpulan data harian 3. Data dikumpulkan oleh PIC di ruangan masing-masing dan divalidasi 4. Periode pelaporan data kepada komite mutu adalah setiap bulannya

	5. Analisa akan dilakukan setiap 3 bulan.
Study	<p>Capaian indikator berkisar diatas 100 %</p> <p>Struktur :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Form harian ruangan sudah tersedia 2. Form pengumpulan data bulanan tersedia 3. Regulasi yang mengatur tentang pembiayaan perawatan pasien sesuai dengan paket INACBGS 4. Sosialisasi mengenai regulasi tersebut perlu dilakukan sosialisasi kembali <p>Proses :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mempercepat proses pemberkasan klaim BPJS di unit. 2. Pembuatan inovasi dalam mempercepat proses pengklaiman <p>Outcome:</p> <p>Capaian indikator ini tercapai 100%.</p>

3.5 Efektifitas penggunaan pendaftaran online pasien rawat jalan

Topik uji coba : Keberhasilan Efektifitas penggunaan pendaftaran online pasien rawat jalan

Cara : pengumpulan data dilakukan oleh PIC SIM dan divalidasi oleh kepala ruangan

Siklus : 1

Plan	<p>Rencana : seluruh penggunaan pendaftaran online pasien rawat jalan</p> <p>Target :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. seluruh pendaftaran pasien menggunakan system pendaftaran online 2. Membuat form pengumpulan data 3. Setiap PIC yang divalidasi kepala ruangan wajib mengisi form pengumpulan data 4. Form pengumpulan data wajib di kumpulkan ke komite setiap bulannya. 5. Laporan evaluasi capaian dilakukan setiap 3 bulan
------	---

Do	<p>Apa yang diamati :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengumpulan data dilakukan di instalasi Rekam RSD Mangusada badung. 2. Setiap ruangan memiliki form pengumpulan data harian 3. Data dikumpulkan oleh PIC di ruangan masing-masing dan divalidasi oleh kepala ruangan. 4. Metode pengumpulan data dengan mengevaluasi kelengkapan check list identifikasi pasien. 5. Data yang dikumpulkan berdasarkan kelengkapan check list dalam melaksanakan identifikasi pasien 6. Penilaian dilakukan harian 7. Periode pelaporan data kepada komite mutu adalah setiap bulannya 8. Analisa akan dilakukan setiap 3 bulan.
Study	<p>Capaian indikator berkisar diatas 30 %</p> <p>Struktur :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Form harian ruangan sudah tersedia 2. Form pengumpulan data bulanan tersedia 3. Regulasi yang mengatur tentang Identifikasi pasien 4. Sosialisasi mengenai regulasi tersebut perlu dilakukan sosialisasi kembali <p>Proses :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sosialisasi kepada pasien tentang pendaftaram online rawat jalan 2. Koordinasi dengan Instalasi SIM untuk memperbaiki system pendaftaran online 3. Berkordinasi dengan Direktur tentang permasalahan tentang pendaftaran online yang belum maksimal <p>Outcome:</p> <p>Capaian indikator ini tercapai 30 %.</p>

BAB IV

PENUTUP

4.1 KESIMPULAN

Terdapat beberapa indikator nasional mutu dan indikator area prioritas RSD Mangusada Kabupaten Badung yang masih dibawah standard yaitu :

1. Kepatuhan identifikasi pasien rekapitulasi data dengan rata-rata 99.6% pada triwulan I pada tahun 2023 belum sesuai target 100%
2. Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Laboratorium berdasarkan hasil rekapitulasi data dengan rata-rata 82.48% % pada triwulan I pada tahun 2023 belum sesuai target 100% tetapi secara tren sudah meningkat.
3. Length of stay (LOS) pasien SNH ≤ 7 hari belum mencapai target. Akan dilakukan perbaikan pada Triwulan Semester 2 tahun 2023
4. Keberhasilan pembiayaan perawatan pasien sesuai dengan paket INACBGS belum mencapai target, perlu adanya perbaikan system agar pengklaiman berkas sesuai dengan target.
5. Efektifitas penggunaan pendaftaran online pasien rawat jalan belum mencapai target 30%, perlu adanya sosialisasi kepada pasien agar bisa menggunakan/ mengaplikasikan system pendaftaran online

4.2 SARAN

1. Setiap petugas melakukan identifikasi pasien sebelum melakukan pelayanan dengan membawa check list.
2. Perlu adanya kordinasi dengan SIM agar pelaporan nilai kritis mencapai target
3. Sosialisasi kepada PIC terkait dengan pengumpulan data Length of stay (LOS) pasien SNH ≤ 7 hari
4. Perlu adanya pengklaiman berkas berbasis digital
5. Sosialisasi unit terkait baik secara online maupun offline

NOTULEN RAPAT

TOPIK/ JUDUL RAPAT : Koordinasi dan Supervisi terkait capaian Indikator Mutu Nasional
HARI / TANGGAL : Kamis/ 16 Maret 2023
JAM PELAKSANAAN : 10.00 Wita - selesai
TEMPAT PELAKSANAAN : Ruang Instalasi Laboratorium

NO	KEGIATAN	KRONOLOGIS	PEMBICARA
1	Pembukaan	Rapat di buka oleh Ketua Komite Mutu RSD Mangusada Agenda Rapat koordinasi : 1. Pembukaan 2. Diskusi/ Pembahasan mengenai capaian indikator mutu nasional di Ruang Instalasi Laboratorium 3. Pembacaan Kesimpulan 4. Penutup	1. dr. Gede Suputra, M.Biomed, Sp.N 2. dr. Si Ngurah Oka Putrawan, Sp.PK 3. dr. I Gusti Made Astu Diana 4. Ns. I Nyoman Wiranata, S.Kep
2	Tujuan Rapat	1. Melihat capaian indikator mutu nasional di Ruang Instalasi Laboratorium 2. Merumuskan rencana tindak lanjut	1. dr. Gede Suputra, M.Biomed, Sp.N 2. dr. Si Ngurah Oka Putrawan, Sp.PK
3	Pembahasan	1. Kriteria pengukuran dan perbaikan meliputi masalah Indikator Mutu Nasional di Ruang Instalasi Laboratorium tentang Pelaporan Hasil Kritis yang tidak sesuai standar 2. Setelah melihat hasil capaian indikator mutu nasional di Ruang Instalasi Laboratorium, akan dilakukan sosialisasi untuk indikator yang belum mencapai target yang mengalami penurunan	1. dr. Gede Suputra, M.Biomed, Sp.N 2. dr. Si Ngurah Oka Putrawan, Sp.PK 3. dr. I Gusti Made Astu Diana

		<ol style="list-style-type: none"> 3. Adanya permasalahan system jaringan yang kurang maksimal yang terjadi di Ruang Instalasi Laboratorium 4. Kekurangan jumlah SDM yang bekerja di laboratorium 5. Akan melakukan koordinasi dengan unit terkait hasil capaian indikator 6. Penyelenggaraan refreshing untuk PIC mengenai metode atau cara pengambilan data pada unit 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Ns. I Nyoman Wiranata, S.Kep 5. I Putu Arta Wirawan, S.Sos
4	Pembacaan Keputusan Hasil (Kesimpulan)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sosialisasi untuk indikator yang belum mencapai target yang mengalami penurunan yang signifikan pada bulan januari dan february 2023 2. Koordinasi dengan unit terkait agar pengumpulan nilai kritis sesuai dengan standar nasional 3. Berkordinasi dengan Direktur tentang permasalahan system jaringan yang kurang maksimal yang terjadi di Ruang Instalasi Laboratorium 4. Kekurangan jumlah SDM, tetapi menurut aturan pemerintah daerah belum dikedankan untuk merekrut pegawai. 	dr. Gede Suputra, M.Biomed, Sp.N
5	Penutup	Rapat ditutup pada pukul 11.30 wita oleh Ketua Komite Mutu	dr. Gede Suputra, M.Biomed, Sp.N

DOKUMENTASI



Pembukaan Supervisi dan monitoring



Pembahasan terkait hasil kritis laboratorium

NOTULEN RAPAT

TOPIK/ JUDUL RAPAT : Koordinasi dan Supervisi terkait capaian Indikator Mutu Nasional
HARI / TANGGAL : Kamis/ 17 Maret 2023
JAM PELAKSANAAN : 10.00 Wita - selesai
TEMPAT PELAKSANAAN : Ruang Rawat Inap VIP Lantai 3

NO	KEGIATAN	KRONOLOGIS	PEMBICARA
1	Pembukaan	Rapat di buka oleh Ketua Komite Mutu RSD Mangusada Agenda Rapat koordinasi : 1. Pembukaan 2. Diskusi/ Pembahasan mengenai capaian indikator mutu nasional di Rawat Inap VIP Lantai 3 3. Pembacaan Kesimpulan 4. Penutup	1. dr. Gede Suputra, M.Biomed, Sp.N 2. Ns. Nyoman Merta Suteja, S.Kep 3. Ns. I Nyoman Wiranata, S.Kep 4. Ns, Putu Desy Adnyani, S.Kep
2	Tujuan Rapat	1. Melihat capaian indikator mutu nasional di Ruang Rawat Inap 2. Merumuskan rencana tindak lanjut	1. dr. Gede Suputra, M.Biomed, Sp.N 2. Ns. I Nyoman Wiranata, S.Kep
3	Pembahasan	1. Kriteria pengukuran dan perbaikan meliputi masalah Indikator Mutu Nasional di Rawat Inap VIP Lantai 3 tentang Kepatuhan Identifikasi Pasien 2. Setelah melihat hasil capaian indikator mutu nasional bulan januari dan februari 2023 di Rawat Inap VIP Lantai 3 akan dilakukan sosialisasi untuk indikator yang belum mencapai target yang mengalami penurunan 3. Belum adanya persamaan persepsi antara indicator yang diukur dengan persepsi PIC	1. dr. Gede Suputra, M.Biomed, Sp.N 2. Ns. Nyoman Merta Suteja, S.Kep 3. Ns. I Nyoman Wiranata, S.Kep

		4. Akan melakukan koordinasi dengan unit terkait hasil capaian indikator penyelenggaraan refreshing untuk PIC mengenai metode atau cara pengambilan data pada unit	4. Ns, Putu Desy Adnyani, S.Kep
4	Pembacaan Keputusan Hasil (Kesimpulan)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sosialisasi untuk indikator yang belum mencapai target yang mengalami penurunan yang signifikan pada bulan januari dan februari 2023 2. Akan diadakan pelatihan PIC dan Verifikasi data 	dr. Gede Suputra, M.Biomed, Sp.N
5	Penutup	Rapat ditutup pada pukul 13.00 wita oleh Ketua Komite Mutu	dr. Gede Suputra, M.Biomed, Sp.N

DOKUMENTASI



Dokumentasi supervisi oleh Komite Mutu ke Ruang Rawat Inap terkait indikator Kepatuhan Identifikasi Pasien

HASIL CAPAIAN EVALUASI

Setelah dilakukan supervisi ke Instalasi Laboratorium terkait hasil capaian indikator Mutu Nasional, **Pelaporan nilai Kritis Laboratorium** yang belum mencapai target dan mengalami penurunan pada bulan Januari dan Februari 2023 yang dilaksanakan pada Kamis, 16 Maret 2023 didapatkan permasalahan sistem jaringan yang kurang maksimal yang terjadi di Instalasi Laboratorium dan kekurangan jumlah SDM. Setelah dilakukan tindak lanjut oleh Bagian Penunjang RSD Mangusada, yang sebelumnya dibulan Januari 2023 sebesar 76, 22%, Februari 2023 sebesar 76 dan sudah terjadi perbaikan dengan capaian hasil indicator dibulan maret sebesar 95,23%.

Laporan Indikator Mutu Nasional terkait **Kepatuhan Identifikasi Pasien** diruangan perawatan VIP lantai 3, didapatkan penurunan capaian indikator dibulan Januari 2023 sebesar 99,78% dan Februari 2023 sebesar 99,80% . Setelah dilakukan supervisi ke ruangan Rawat didapatkan permasalahan persepsi PIC tentang pengumpulan data Indikator Nasional Mutu tidak seragam dan sudah dilakukan tindak lanjut dari Instalasi Rawat Inap dan Bidang Pelayanan sehingga capaian indicator Mutu Nasional terkait Identifikasi Pasien meningkat menjadi 100 %

Demikian laporan hasil supervise dan tindak lanjut terkait capaian Indikator Mutu Nasional yang mengalami penurunan.

LEMBAR PENGESAHAN

Mengetahui,
Ketua Komite Mutu
RSD Mangusada Kabupaten Badung

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Gede Suputra', with a horizontal line underneath.

dr. Gede Suputra, M.Biomed.,Sp.N
NIP. 198109072009011012