



KOMITE MUTU KESELAMATAN DAN KINERJA
RSUD SULTAN IMANUDDIN PANGKALAN BUN

CAPAIAN INDIKATOR MUTU
TRIWULAN III TAHUN 2017



PROSES PELAKSANAAN INDIKATOR MUTU RSSI TAHUN 2017



20 Juni
17

Penetapan
Indikator
mutu

22 Juni
2017

Sosialisasi
indikator
mutu ke unit

23-30
Juni
2017

Uji coba
indikator
mutu ke
unit

1 Juli
2017

Awal
pelaksanaan
indikator
mutu

The image features a blue gradient background with white circuit-like lines in the corners. The lines consist of straight segments connected by small circles, resembling a network or data flow diagram. The lines are positioned in the top-left, top-right, bottom-left, and bottom-right corners, framing the central text.

HASIL PENETAPAN INDIKATOR MUTU UTAMA 2017

INDIKATOR AREA KLINIS (IAK)

10 INDIKATOR

INDIKATOR AREA MANAJERIAL (IAM)

9 INDIKATOR

SASARAN KESELAMATAN PASIEN (SKP)

6 INDIKATOR

JCI INTERNATIONAL LIBRARY

5 INDIKATOR

**TOTAL INDIKATOR MUTU UTAMA RSUD SULTAN
IMANUDDIN**

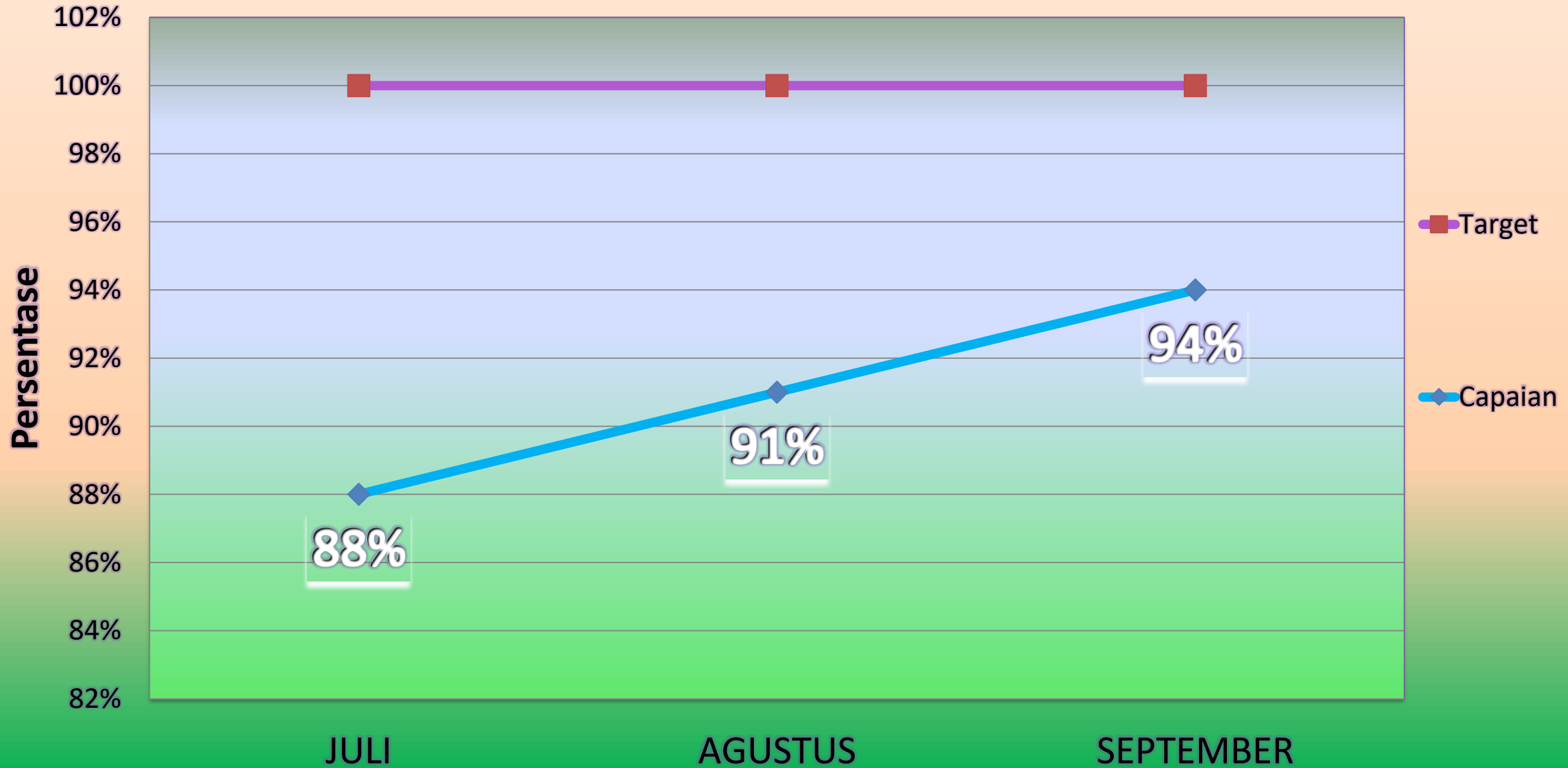
30 INDIKATOR

The background is a gradient of blue, transitioning from a lighter shade at the top to a darker shade at the bottom. In the four corners, there are decorative white line-art elements resembling circuit boards or neural networks, with lines connecting to small circles.

HASIL INDIKATOR UTAMA AREA KLINIS

IAK 1

Assesmen awal medis lengkap dalam < 24 jam pada pasien rawat inap

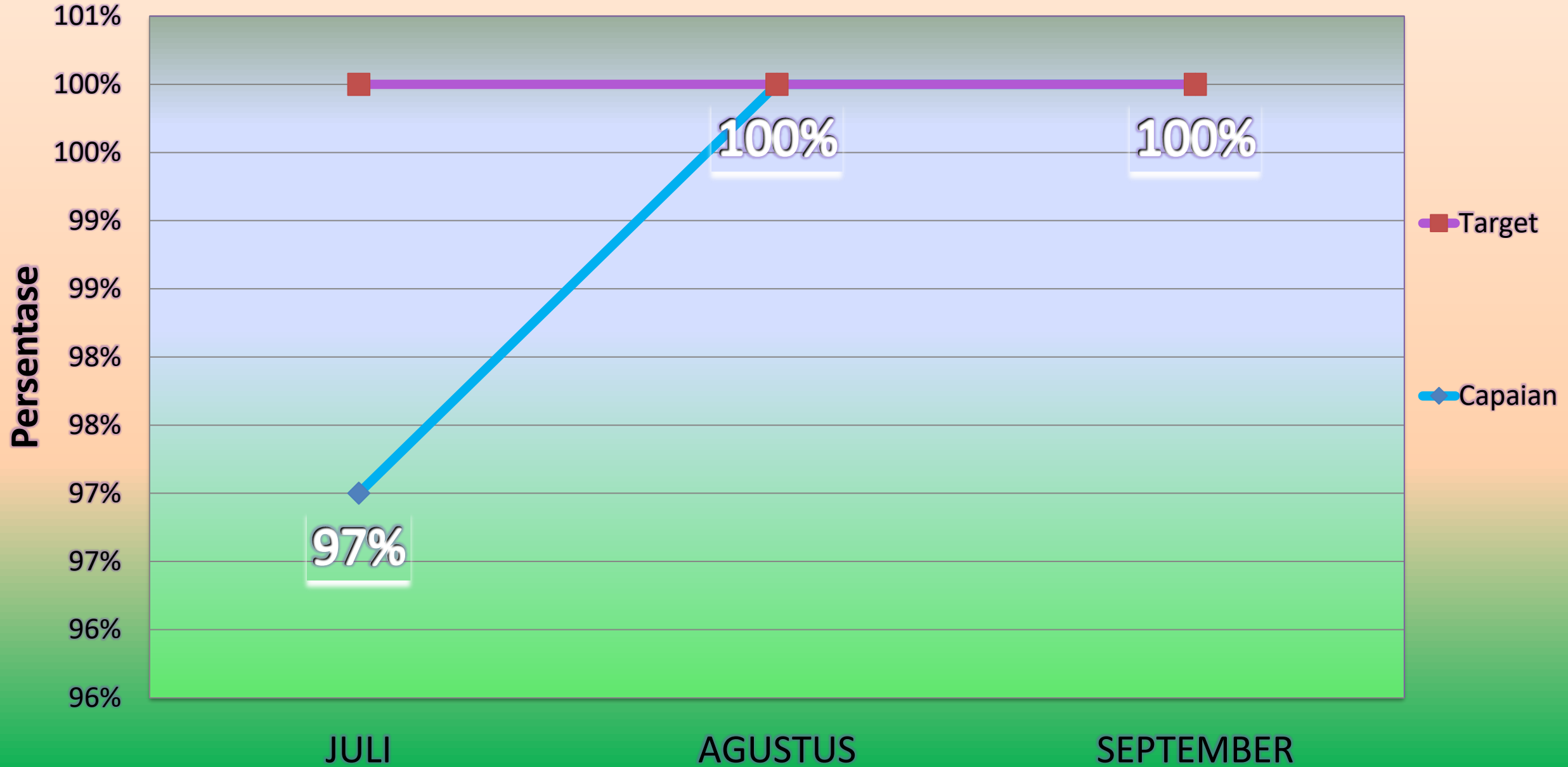


TINDAK LANJUT PERBAIKAN :

- Surat direktur kepada komite medis pada bulan agustus yang berisi himbauan untuk melengkapi assesmen awal medis lengkap pada pasien rawat inap dalam waktu \leq 24 jam setelah pasien rawat inap
- Komite medis melalui ketua mendorong tenaga medis untuk disiplin mengisi assesment medis pasien melalui rapat komite medis / jalur komunikasi komite medis
- Kepala ruangan / perawat mengingatkan tenaga medis secara kontinyu untuk selalu mengisi asesment medis tepat waktu
- Membuat revisi SPO pengisian assesmen awal medis lengkap pada pasien rawat inap dalam waktu \leq 24 jam setelah pasien rawat inap

IAK 2

Hasil pemeriksaan darah rutin cito ≤ 60 menit

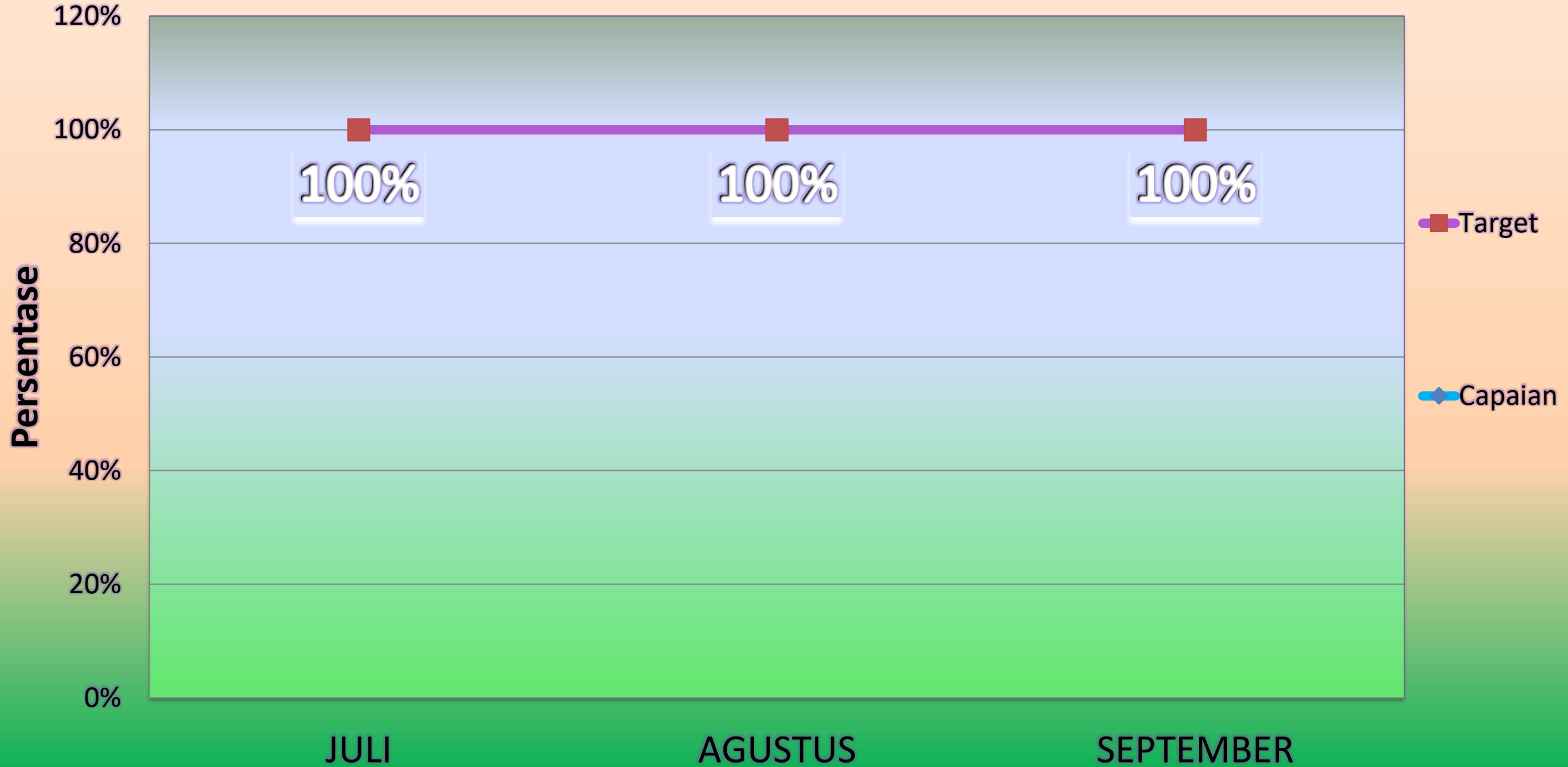


TINDAK LANJUT PERBAIKAN :

- Instalasi laboratorium mengadakan evaluasi hasil indikator mutu saat rapat internal dengan bahasan tentang upaya perbaikan pemeriksaan darah rutin cito ≤ 1 jam

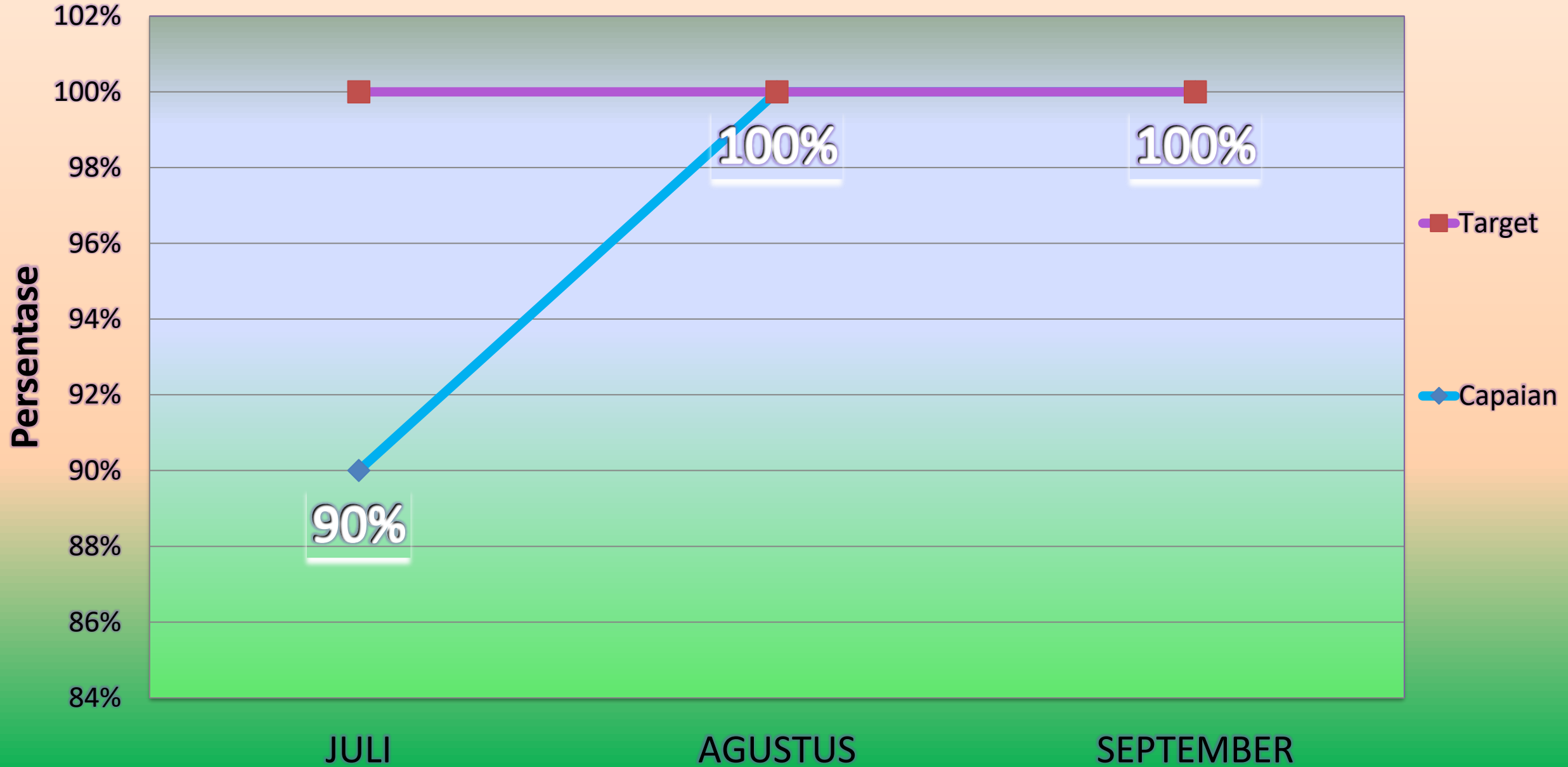
IAK 3

Respon time pemeriksaan radiologi cito < 1 jam



IAK 4

Kelengkapan Informed consent pre operasi

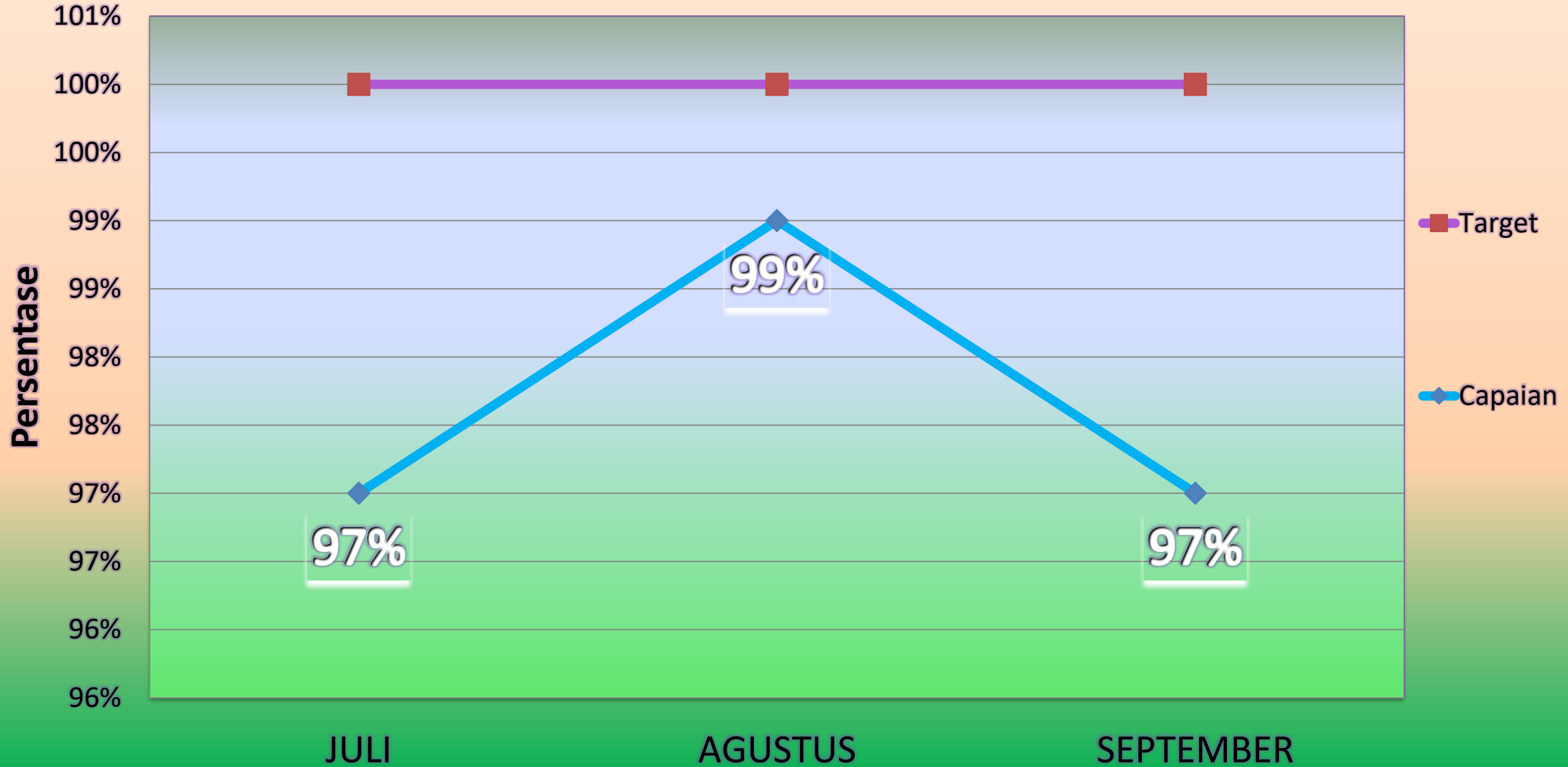


TINDAK LANJUT PERBAIKAN :

- Direktur mengeluarkan surat edaran himbauan kepada seluruh tenaga medis terkait dalam kelengkapan informed consent pre-operasi pada bulan Agustus 2017
- Staf paramedis memastikan ketersediaan form informed-consent pre-operasi secara lengkap di ruangan/unit
- Kepala ruangan melalui staf memastikan kelengkapan informed consent pre-operasi sebelum mengantar pasien ke OK

IAK 5

Penulisan resep sesuai formularium rumah sakit

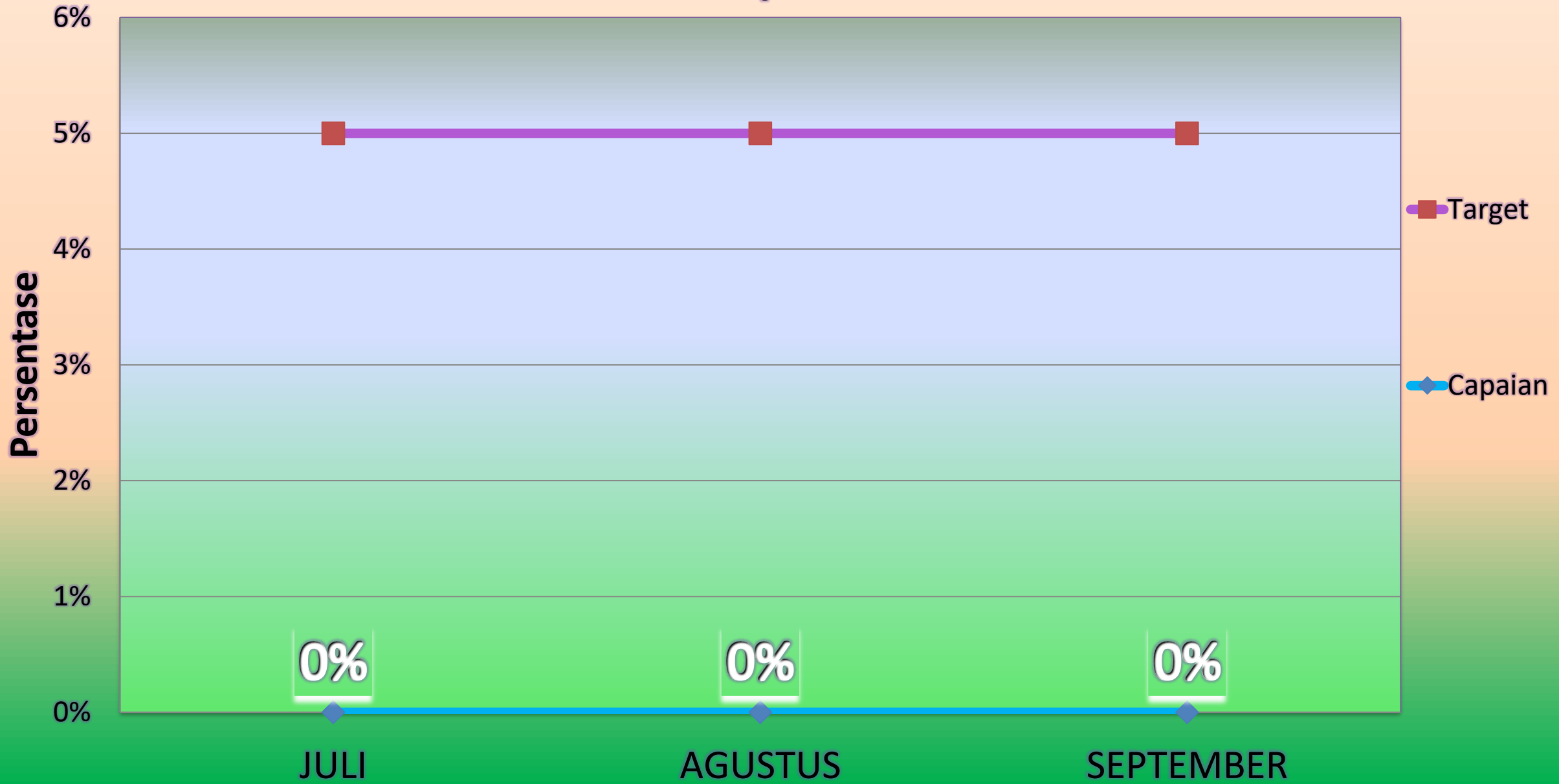


TINDAK LANJUT PERBAIKAN :

- Direktur mengeluarkan surat direktur di bulan agustus 2017 kepada komite medik tentang himbauan penulisan resep dokter sesuai formularium
- Melakukan koordinasi dengan instalasi farmasi dalam penyediaan buku formularium RS agar dapat tersedia di setiap unit pelayanan medis di RS sehingga mudah dijangkau/diketahui dokter
- Surat direktur kepada instalasi farmasi untuk selalu mengkonfirmasi dokter perihal pemakaian obat di resep yang tidak sesuai formularium
- Melakukan pertemuan rutin antara direksi, komite medis dan instalasi farmasi sesuai waktu yang ditentukan

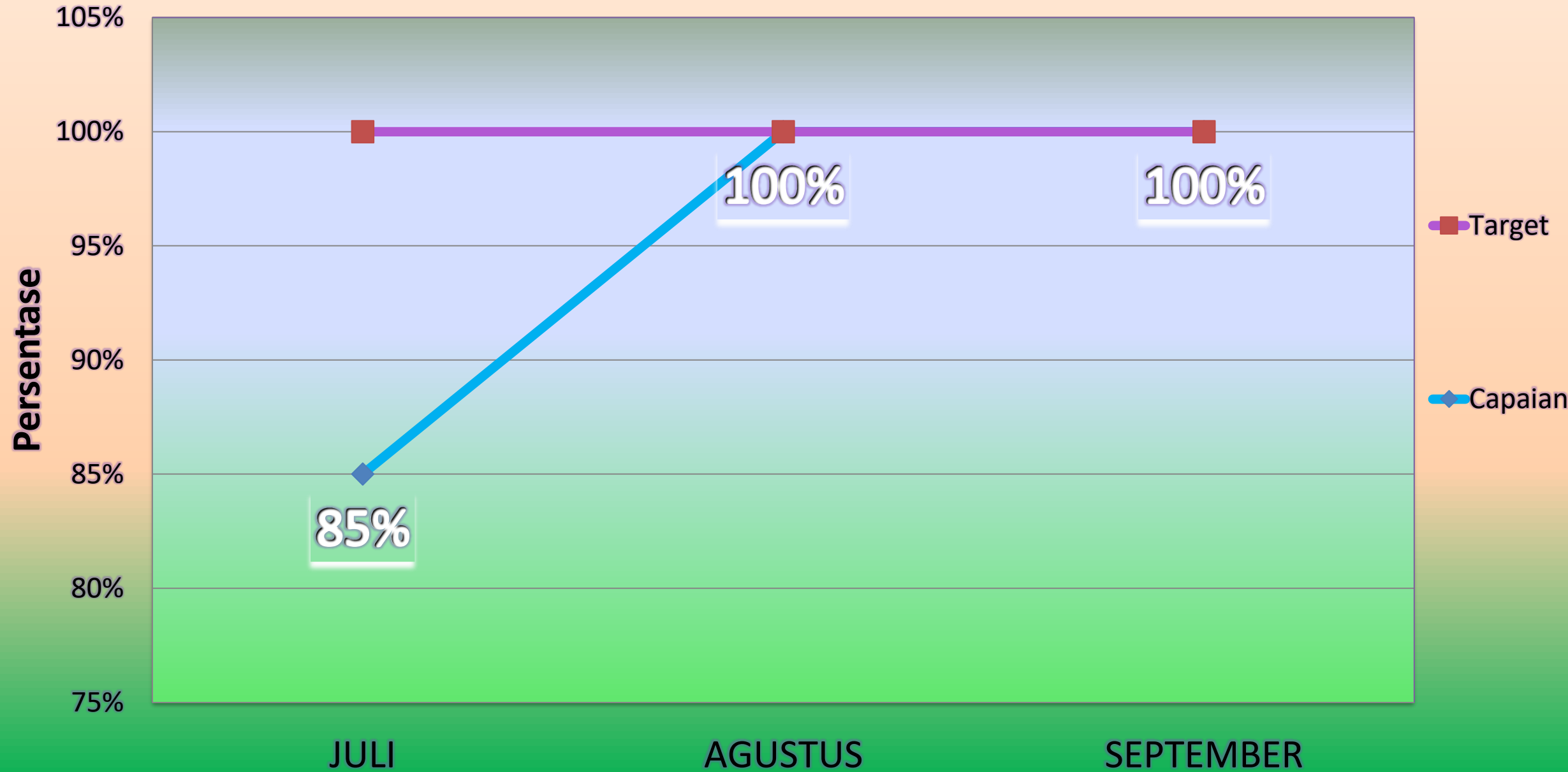
IAK 6

KNC Pereseapan obat



IAK 7

Kelengkapan informed consent anastesi pre operasi

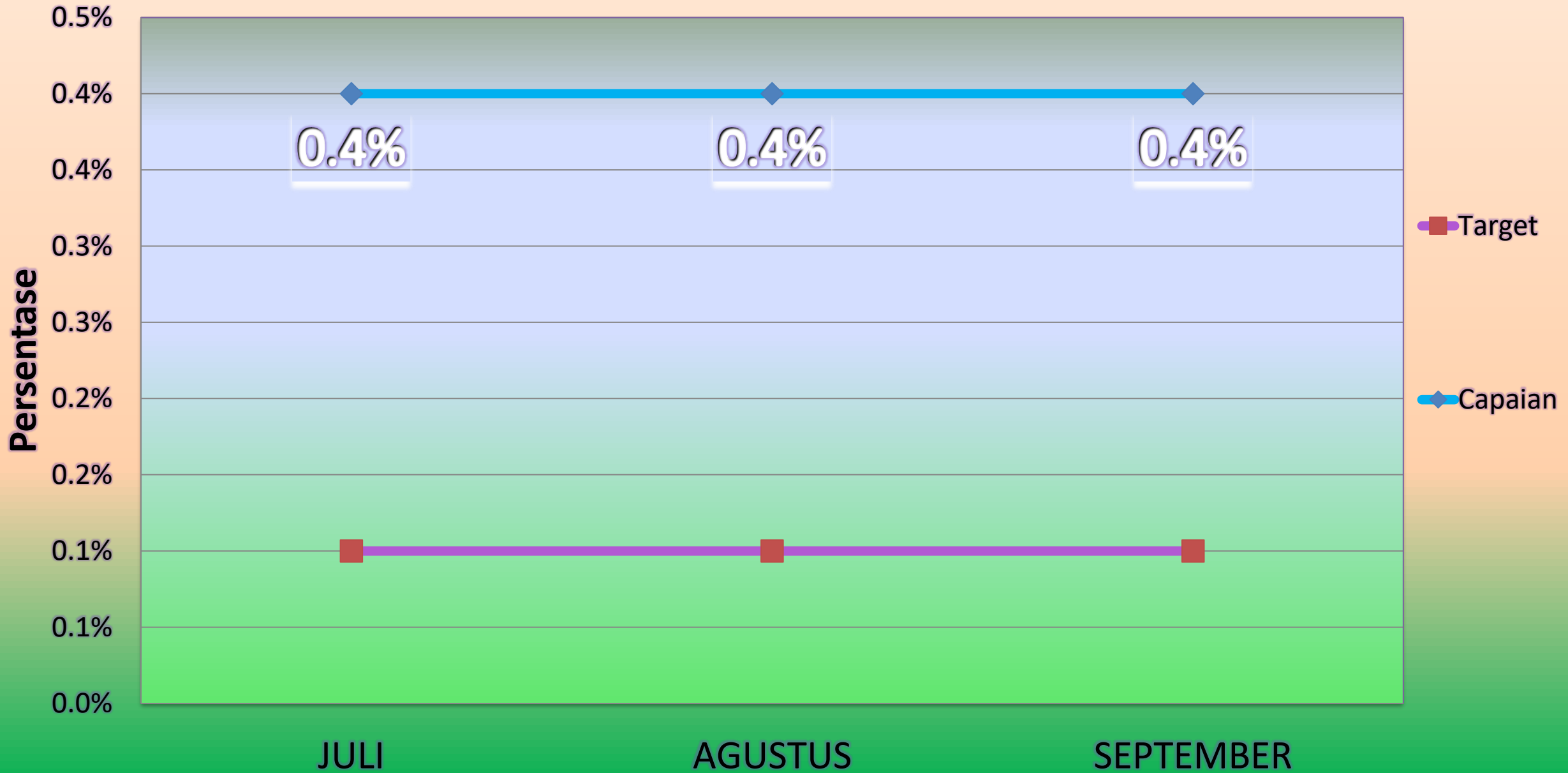


TINDAK LANJUT PERBAIKAN :

- Direktur mengeluarkan surat edaran himbauan kepada tenaga medis anestesi terkait dalam kelengkapan informed consent pre-anestesi pada bulan Agustus 2017
- Staf paramedis memastikan ketersediaan form informed-consent pre anestesi secara lengkap di ruangan/unit
- Kepala ruangan melalui staf memastikan kelengkapan informed consent pre anestesi sebelum mengantar pasien ke OK

IAK 8

Kejadian reaksi transfusi

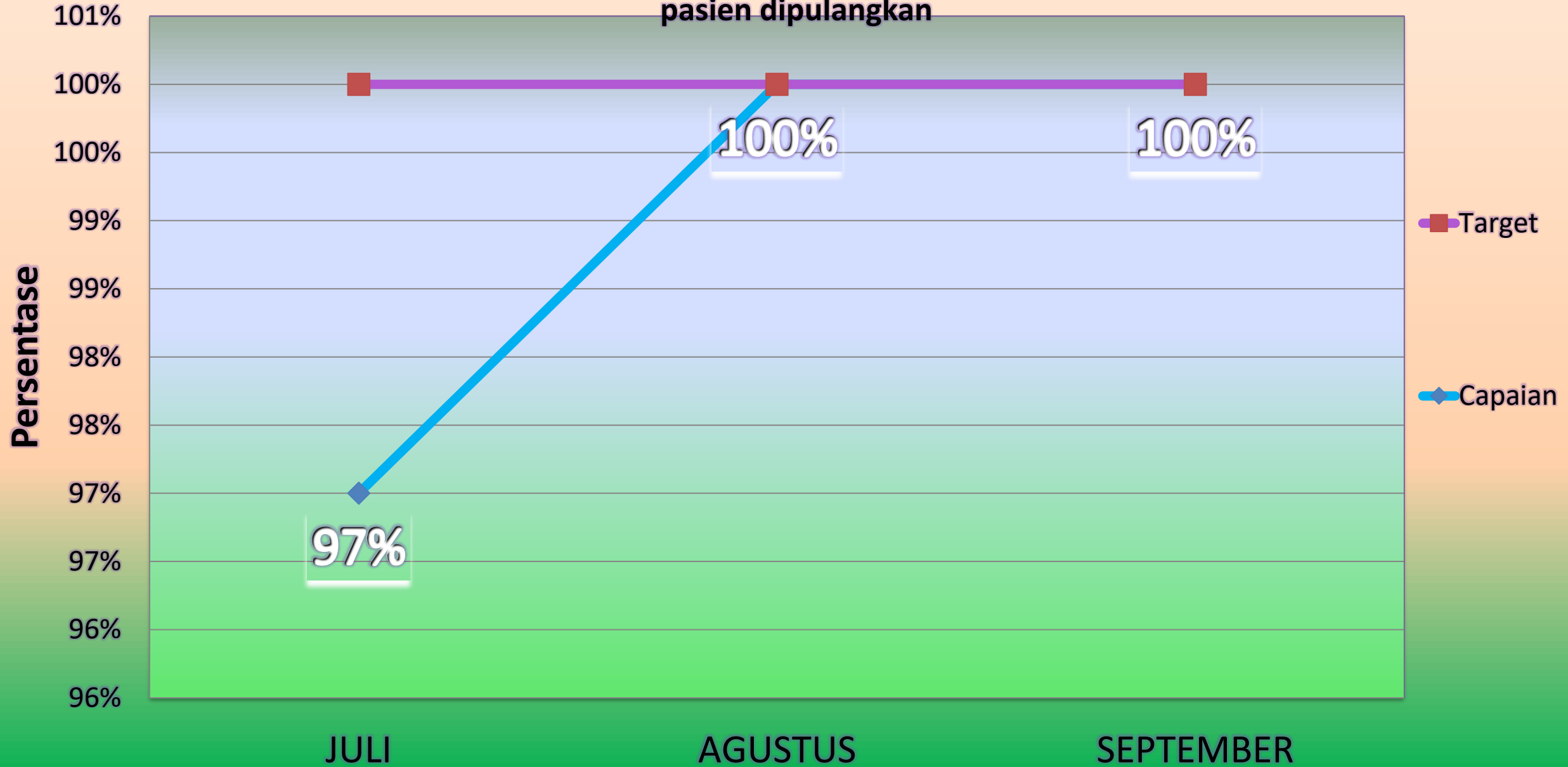


TINDAK LANJUT PERBAIKAN :

- Kepala ruangan mendorong staff pelaksana di ruangan agar dalam menjalankan proses pemberian transfusi selalu patuh/ bekerja sesuai dengan SOP yang telah ditetapkan
- Koordinasi dengan tenaga medis (dokter spesialis penyakit dalam, dokter spesialis anak, dokter patologi klinik) untuk menetapkan SOP pemberian transfusi darah yang bisa meminimalkan reaksi transfusi

IAK 9

Kelengkapan pengisian resume medis pada pasien pulang atas persetujuan ≤ 24 jam setelah pasien dipulangkan

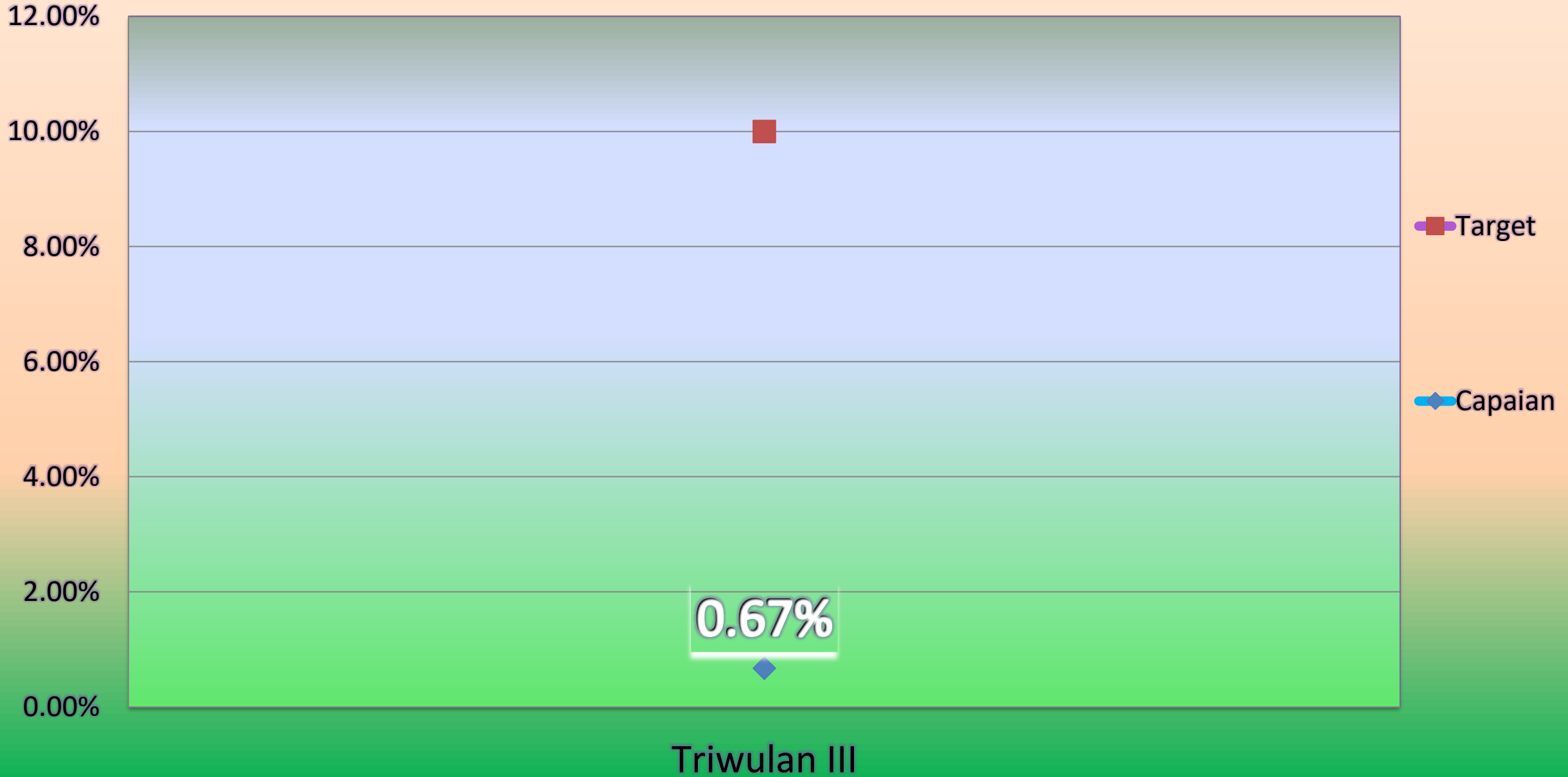


TINDAK LANJUT PERBAIKAN :

- Surat direktur kepada komite medik di bulan Agustus tentang himbauan melengkapi pengisian resume medik pada pasien pulang atas persetujuan dalam waktu ≤ 24 jam setelah pasien pulang
- Kepala ruangan memastikan kelengkapan pengisian resume medik pasien pulang dengan beserta staf mengingatkan tenaga medis untuk disiplin mengisi resume medis pada pasien pulang atas persetujuan dalam waktu ≤ 24 jam setelah pasien pulang
- Membuat revisi SPO pengisian resume medis pada pasien pulang atas persetujuan dalam waktu ≤ 24 jam setelah pasien pulang

IAK 10

Angka kejadian phlebitis pada pemasangan infus



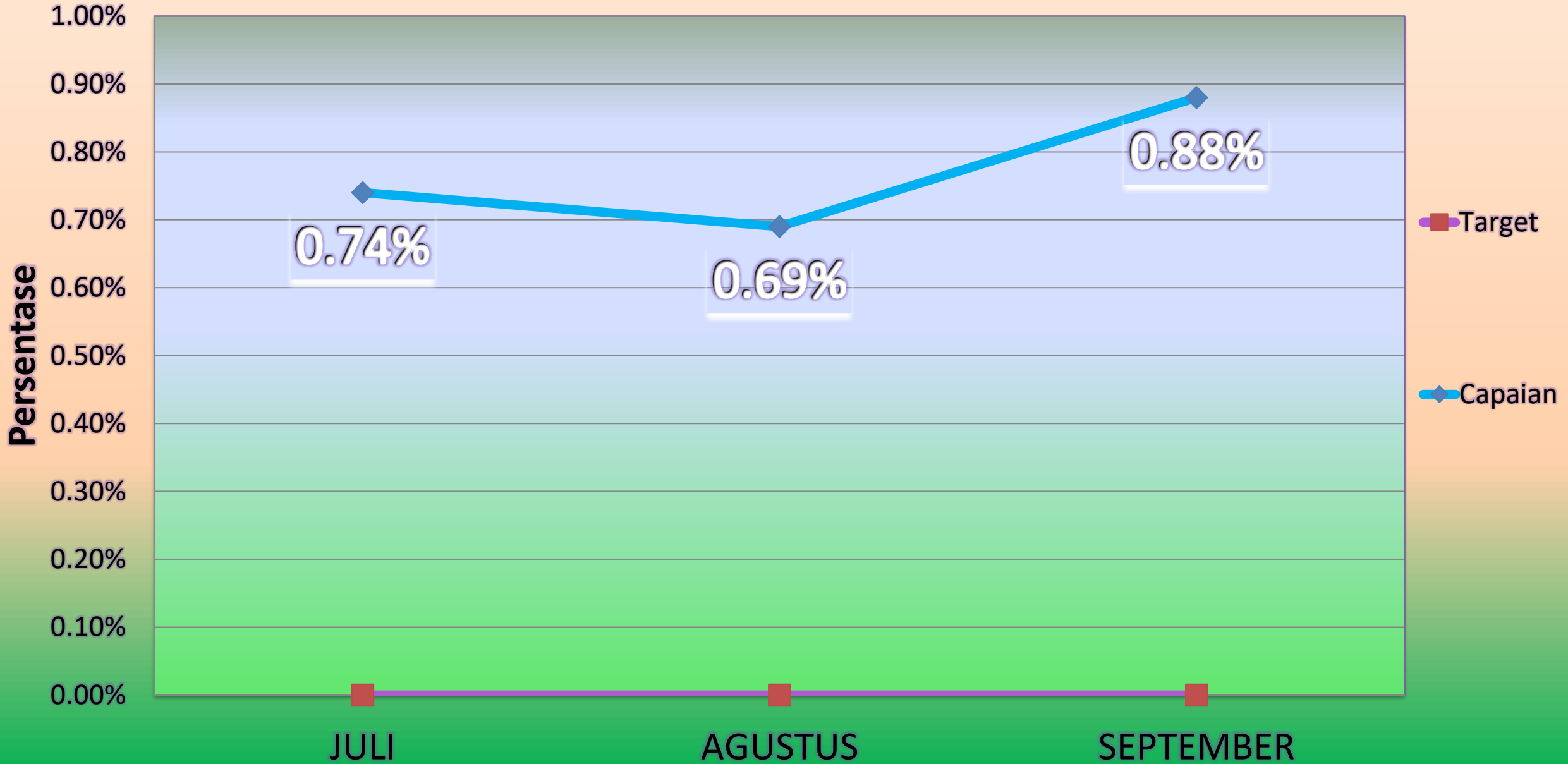
IAK 11 TIDAK DAPAT DINILAI

The background is a solid blue gradient. In the four corners, there are decorative white line-art elements resembling circuit boards or neural networks, with lines connecting to small circles.

HASIL INDIKATOR UTAMA AREA MANAJEMEN

IAM 1

Kekosongan Obat di Instalasi farmasi

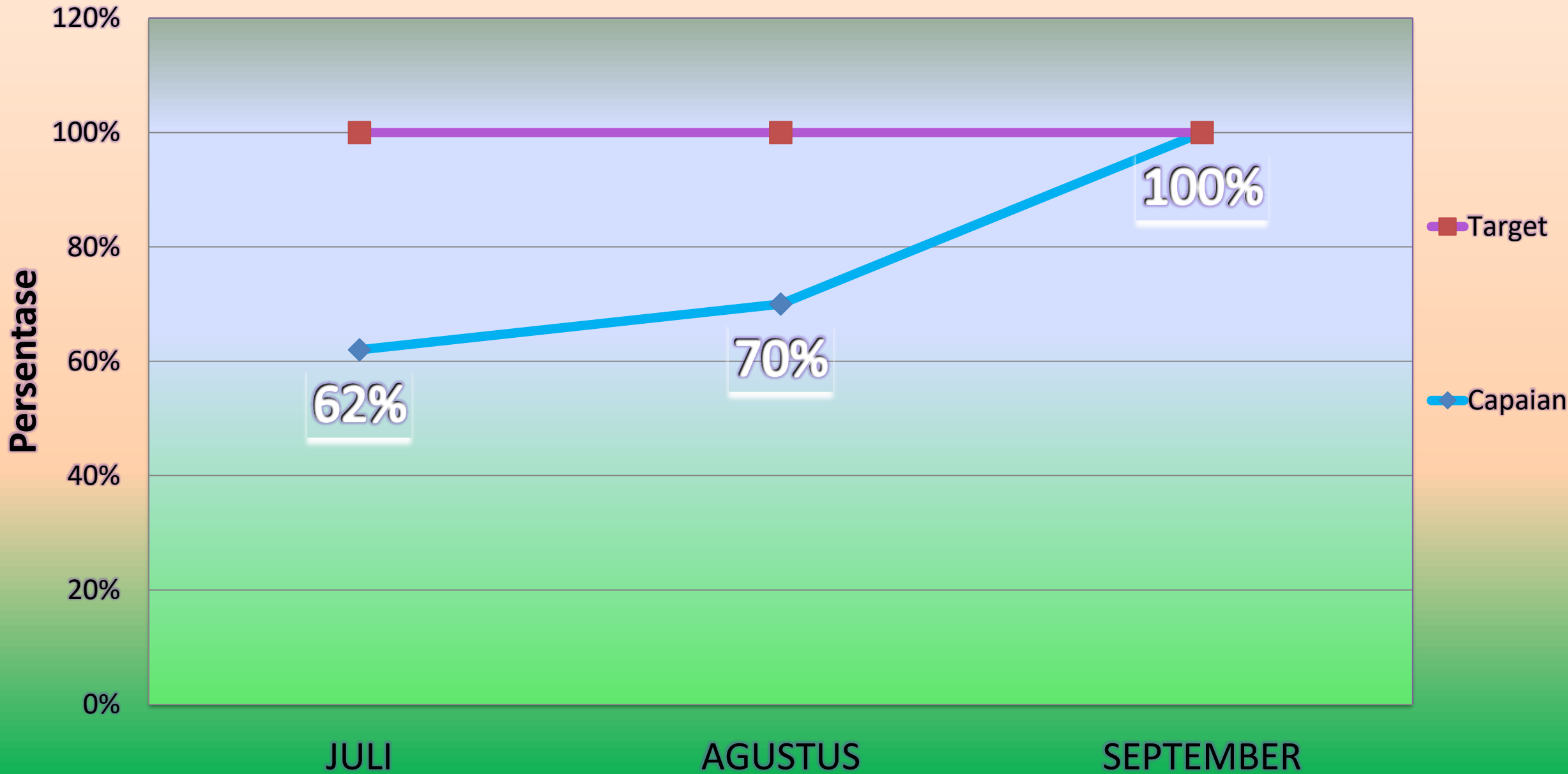


TINDAK LANJUT PERBAIKAN :

- Surat direktur kepada instalasi farmasi untuk menata ulang perencanaan obat agar tidak sampai terjadi kekosongan obat, terutama obat-obatan yang tidak ada penggantinya
- Penambahan anggaran pembelian obat instalasi farmasi tahun 2018

IAM 2

Ketepatan waktu pelaporan IKP < 48 jam



TINDAK LANJUT PERBAIKAN :

- Surat direktur kepada kepala instalasi/ kepala ruangan yang berisikan himbauan agar tepat waktu dalam pelaporan insiden keselamatan pasien
- Sosialisasi KMKK pada kegiatan laporan pagi dan upacara tentang proses pelaporan Insiden Keselamatan Pasien dan himbauan untuk tepat waktu melaporkan insiden

IAM 3

Kejadian petugas terluka karena benda tajam

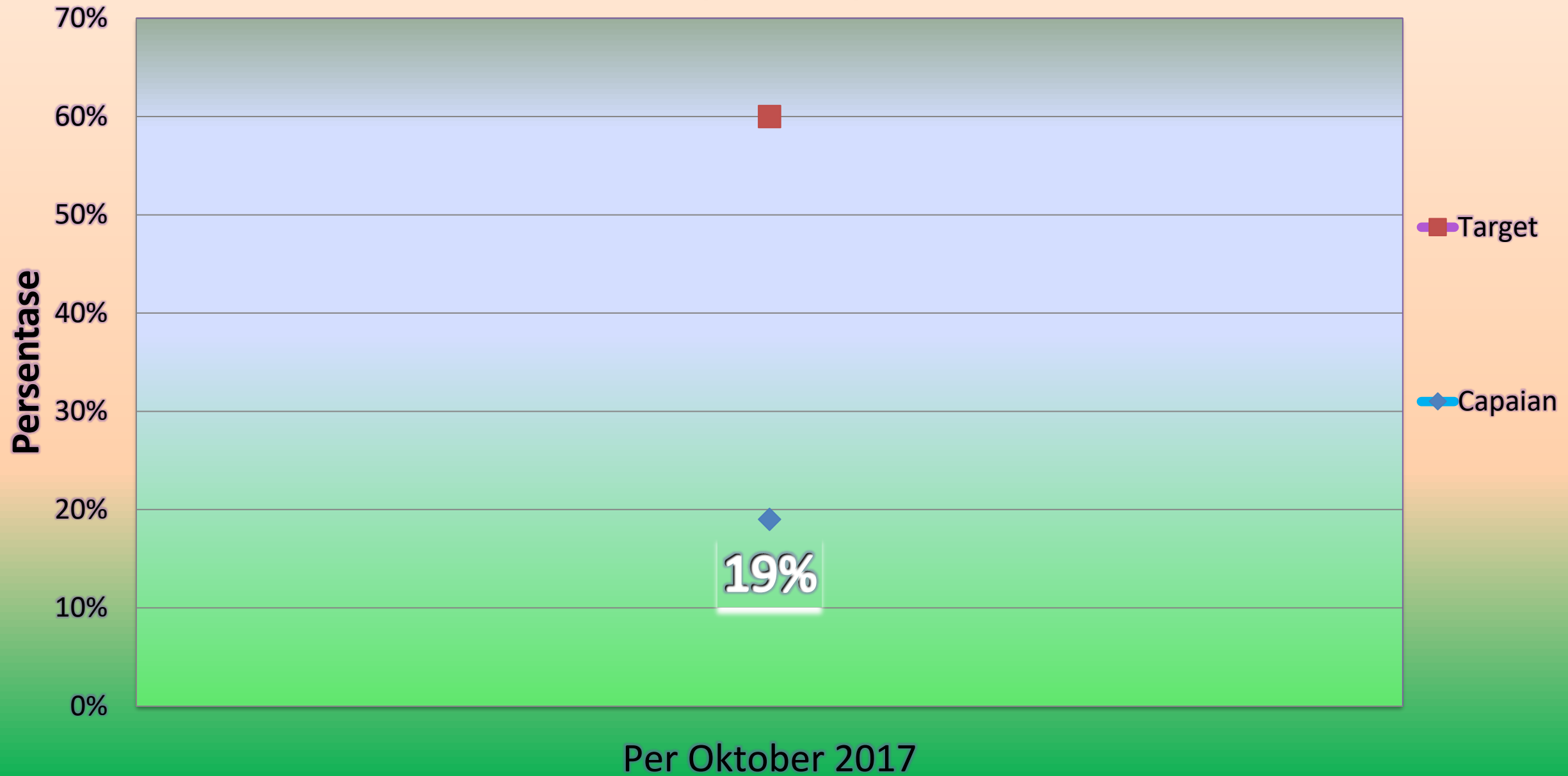


TINDAK LANJUT PERBAIKAN :

- Direktur melalui PPI memberikan himbauan kepada seluruh staf rumah sakit untuk menggunakan Alat Perlindungan Diri secara benar dan tepat saat melaksanakan kerja
- Vaksinasi Hepatitis B pada staf yang di dalam darahnya belum memiliki kadar antibodi terhadap hepatitis B
- Membuat SPO/revisi SPO penggunaan jarum suntik/benda tajam RS
- Membuat SPO/ revisi SPO tata kelola terhadap staf yang terluka oleh benda tajam/jarum suntik

IAM 4

Jumlah Karyawan perawat dan penunjang medik yang mengikuti program pelatihan 20 jam per tahun (tahun 2017)

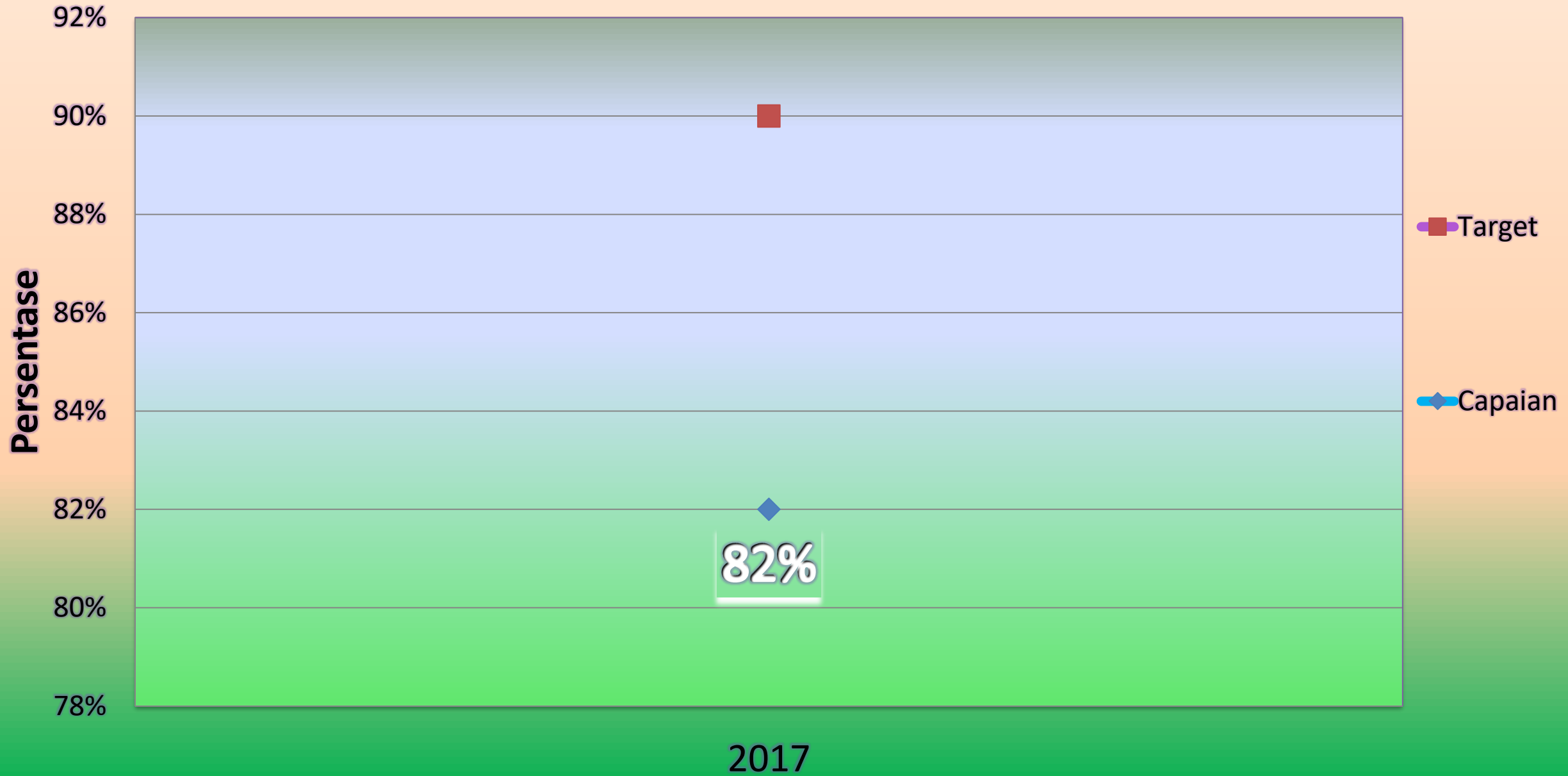


TINDAK LANJUT PERBAIKAN :

- Pemetaan karyawan yang menjalani pelatihan sesuai kebutuhan rumah sakit
- Penganggaran tambahan pada diklat di tahun 2018
- Memperbanyak in house training dengan memanfaatkan tenaga Intern Rumah sakit

IAM 5

Angka kepuasan pasien rawat inap

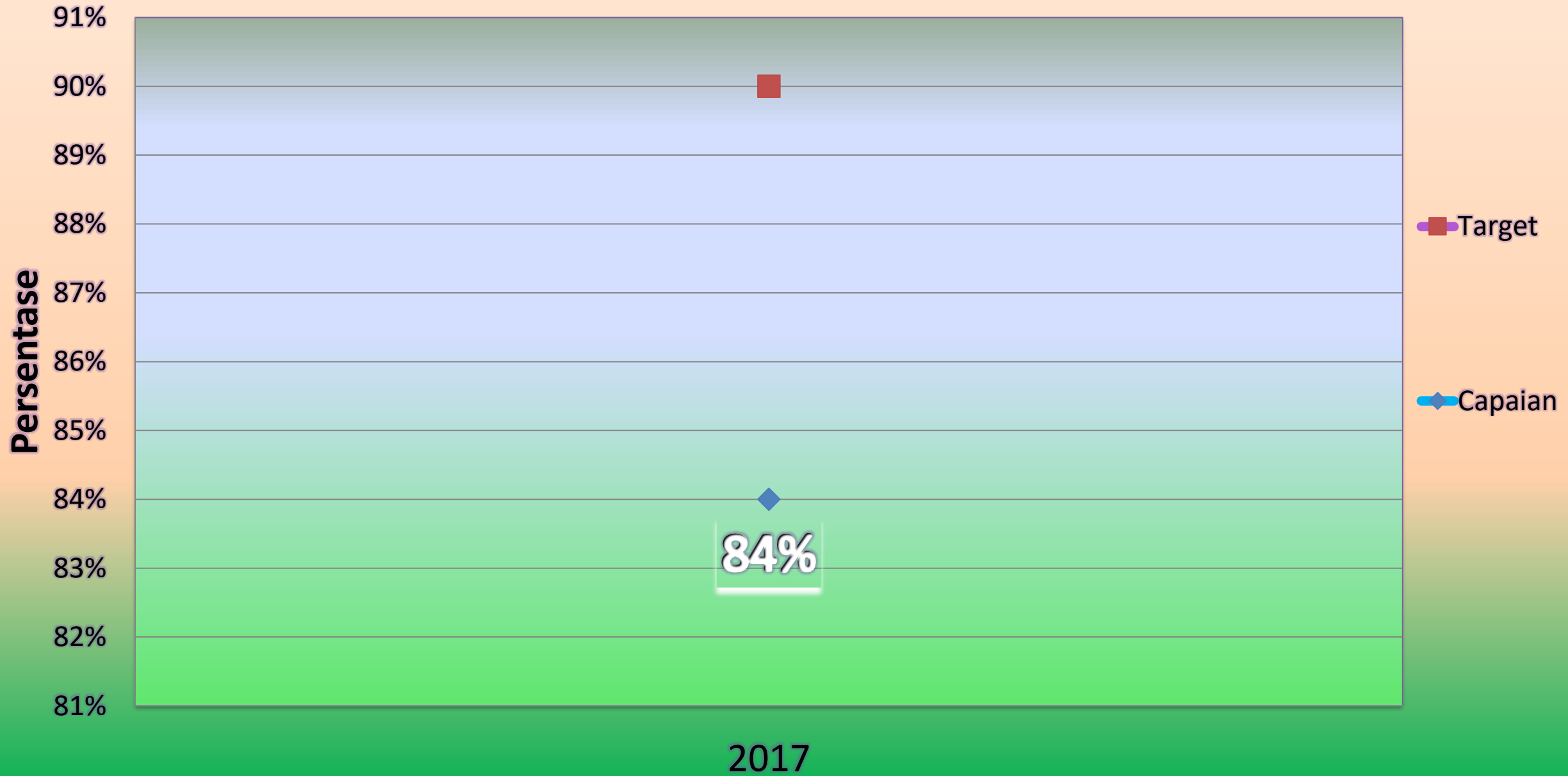


TINDAK LANJUT PERBAIKAN :

- Surat direktur kepada komite medik, komite keperawatan, dan komite penunjang medik mengenai hasil survey dan himbauan untuk melakukan memetakan masalah dan evaluasi sesuai dengan hasil kualitatif survey
- Melaksanakan kegiatan *in house training Service Excellent* untuk karyawan RSUD pada bulan oktober 2017 (sesuai program diklat tahun 2016)
- Melaksanakan audit kinerja petugas medis, paramedis, dan penunjang

IAM 6

Angka kepuasan Karyawan Rumah Sakit Sultan Imanuddin

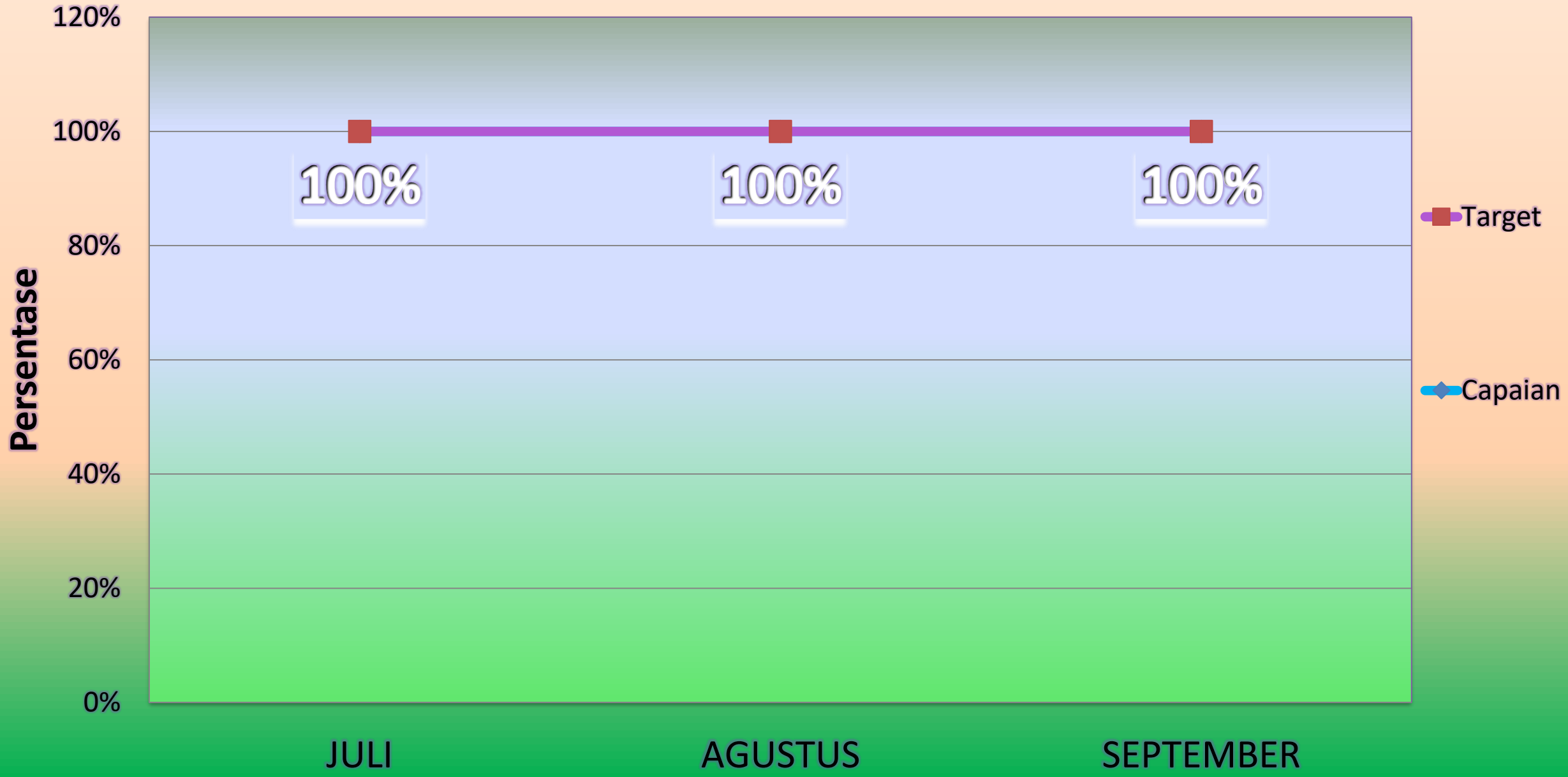


TINDAK LANJUT PERBAIKAN :

- Direktur melakukan tindak lanjut hasil survey dengan mengajak bicara bersama kepala ruangan/instalasi, komite medis, komite keperawatan, dan komite penunjang medik untuk menata permasalahan ketidakpuasan karyawan
- Reevaluasi kembali tentang perhitungan jasa medik karyawan
- Reevaluasi kembali tentang kesesuaian antara jumlah karyawan dan beban kerja karyawan

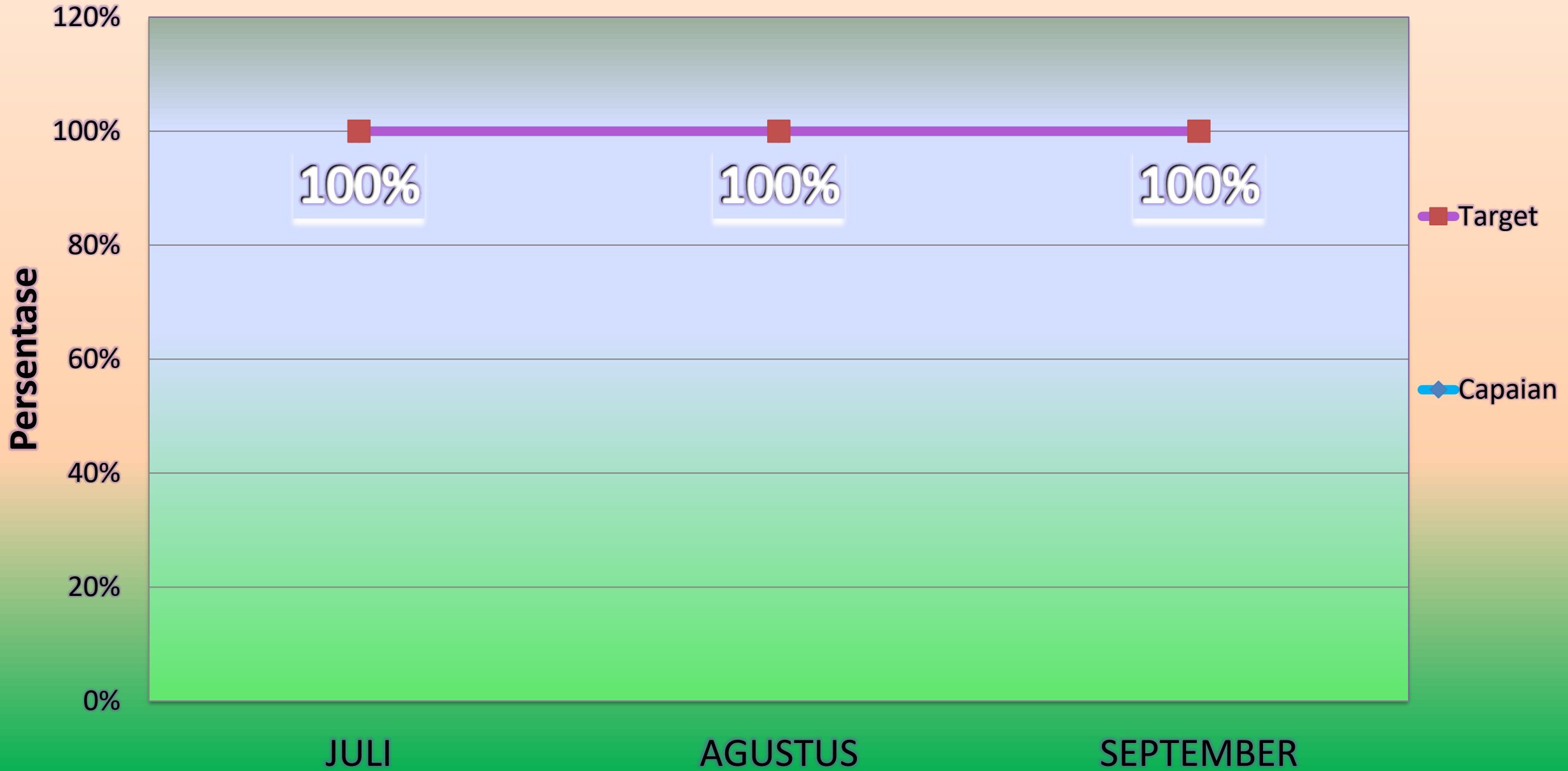
IAM 7

Demografi Pasien Pneumonia



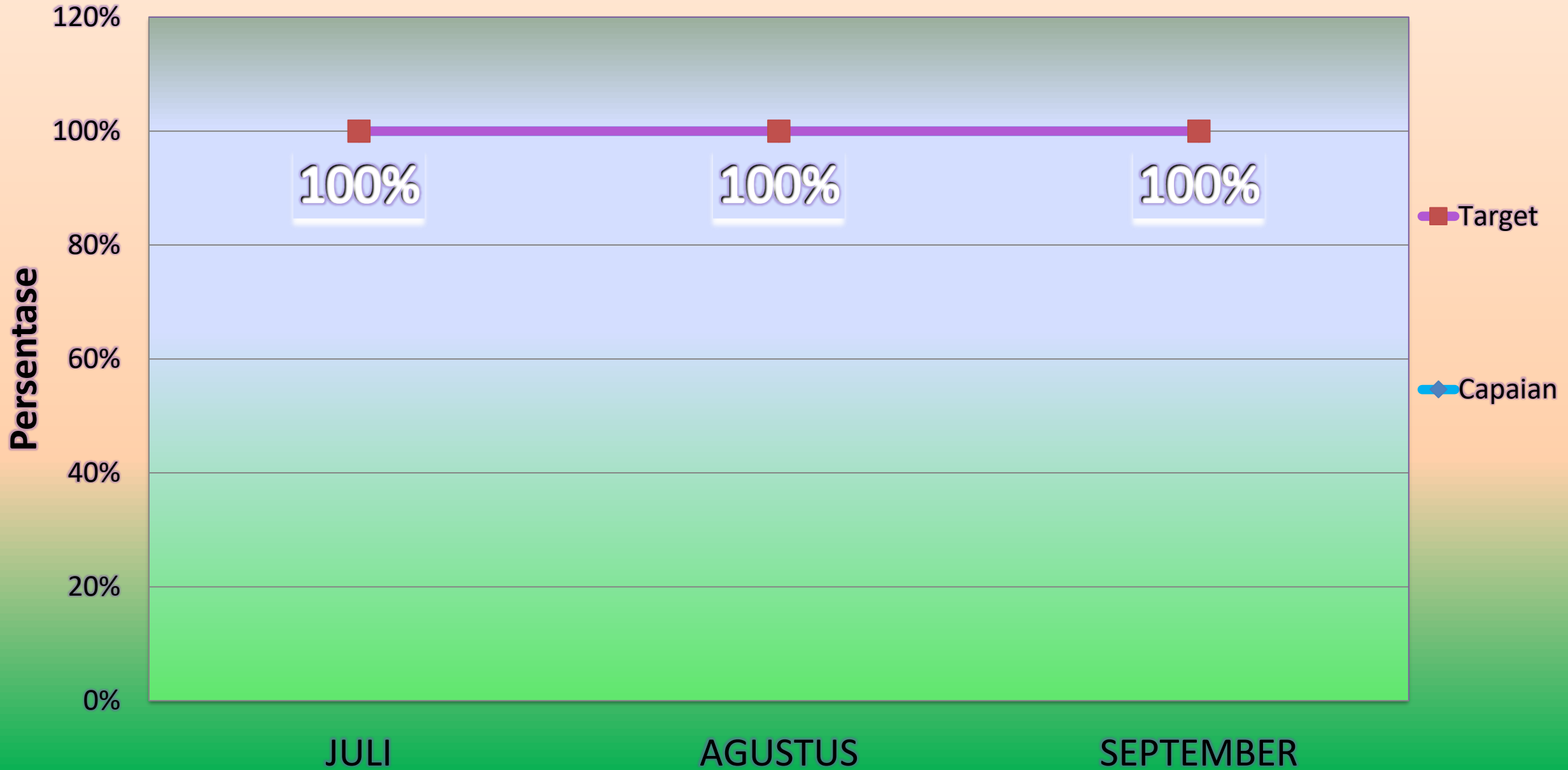
IAM 8

Ketepatan waktu pengajuan verifikasi klaim BPJS



IAM 9

Karyawan mendapat pelatihan APAR

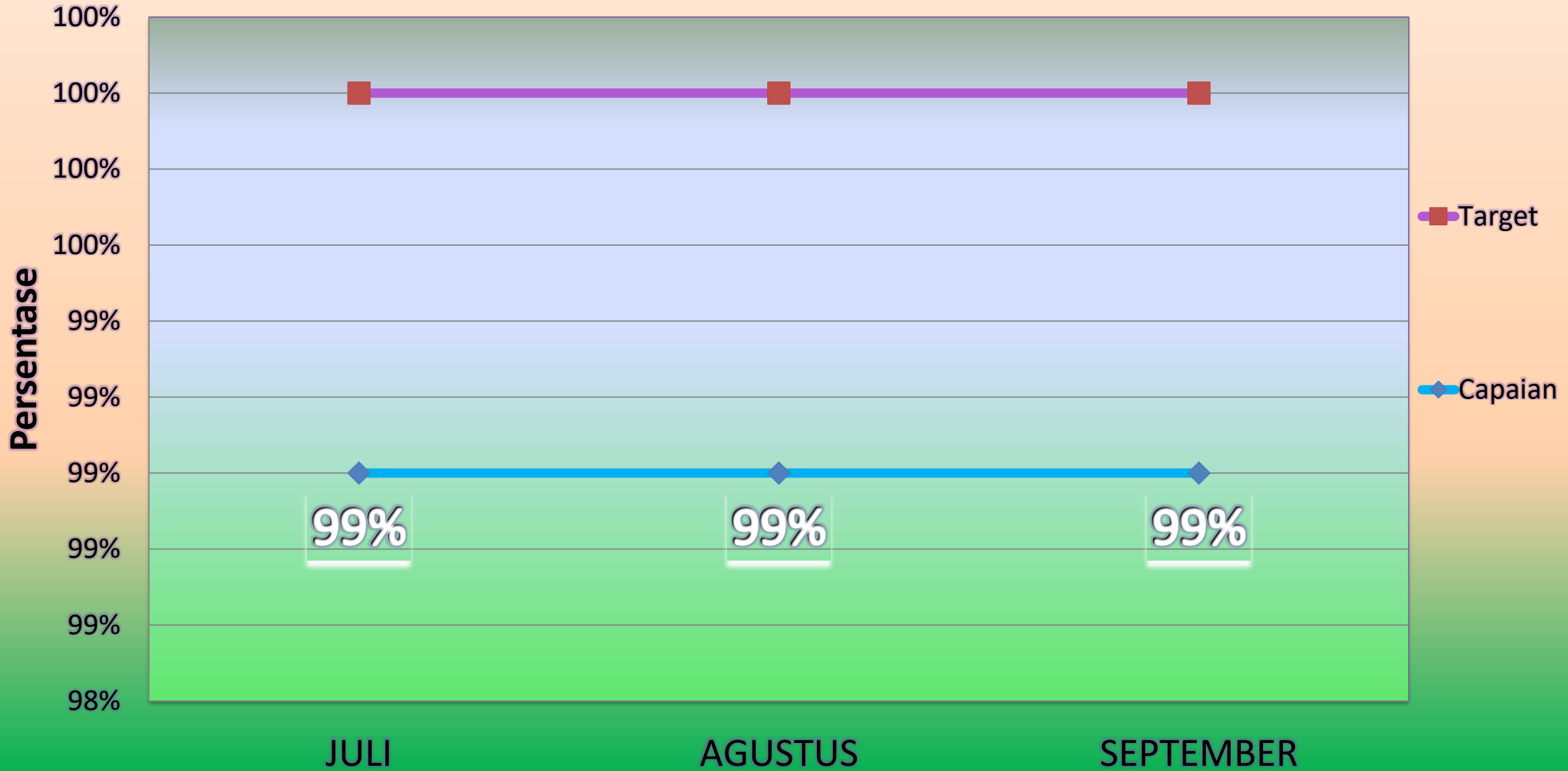


The background is a dark blue gradient. In the corners, there are decorative white line-art elements resembling circuit boards or neural networks, with lines connecting to small circles.

HASIL INDIKATOR UTAMA SASARAN KESELAMATAN PASIEN (SKP)

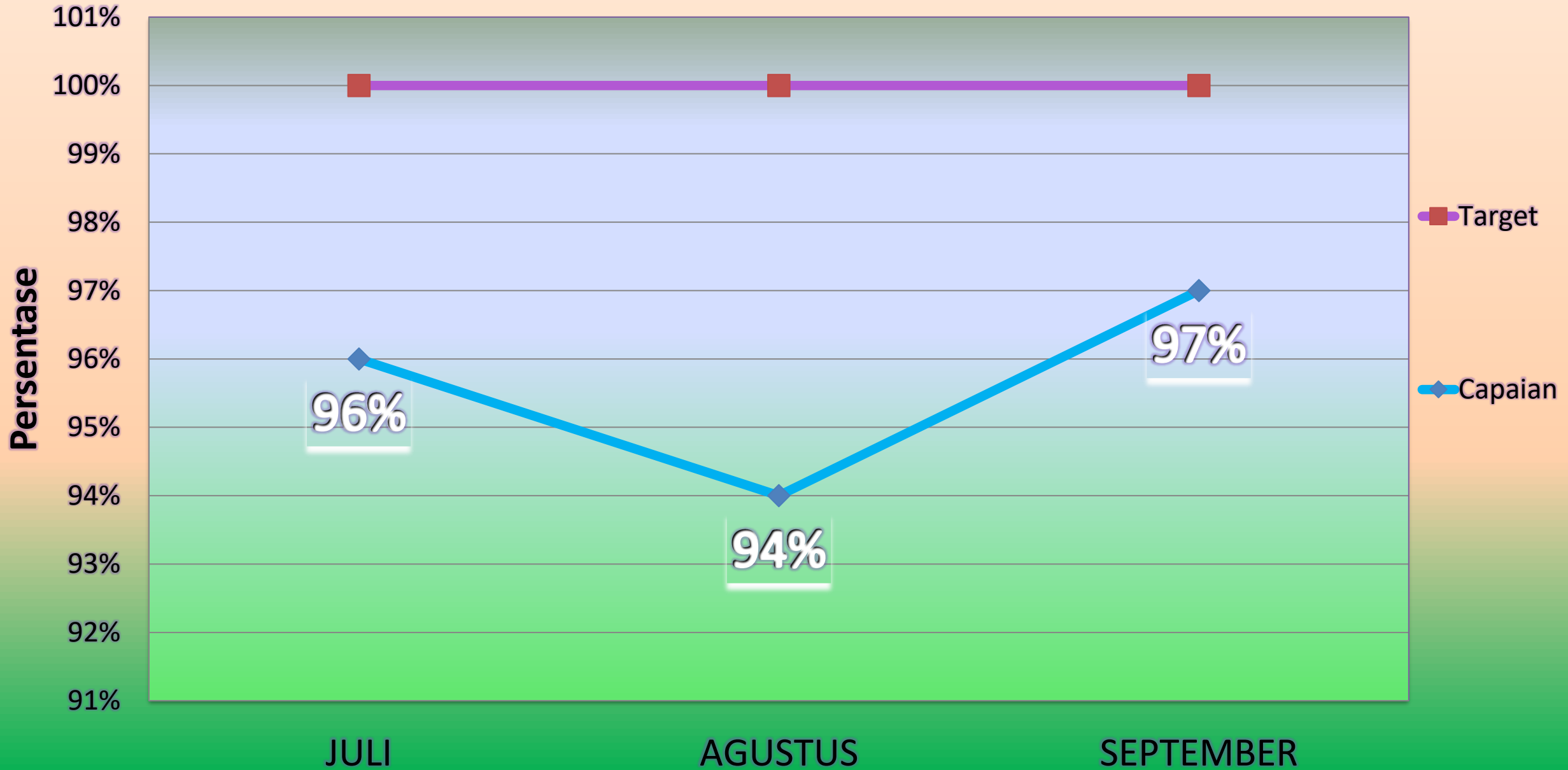
ISKP I

Pasien terpasang gelang identitas



ISKP II

Kepatuhan penggunaan metode SBAR TBAK di lembar catatan terintegrasi dengan verifikasi < 24 jam

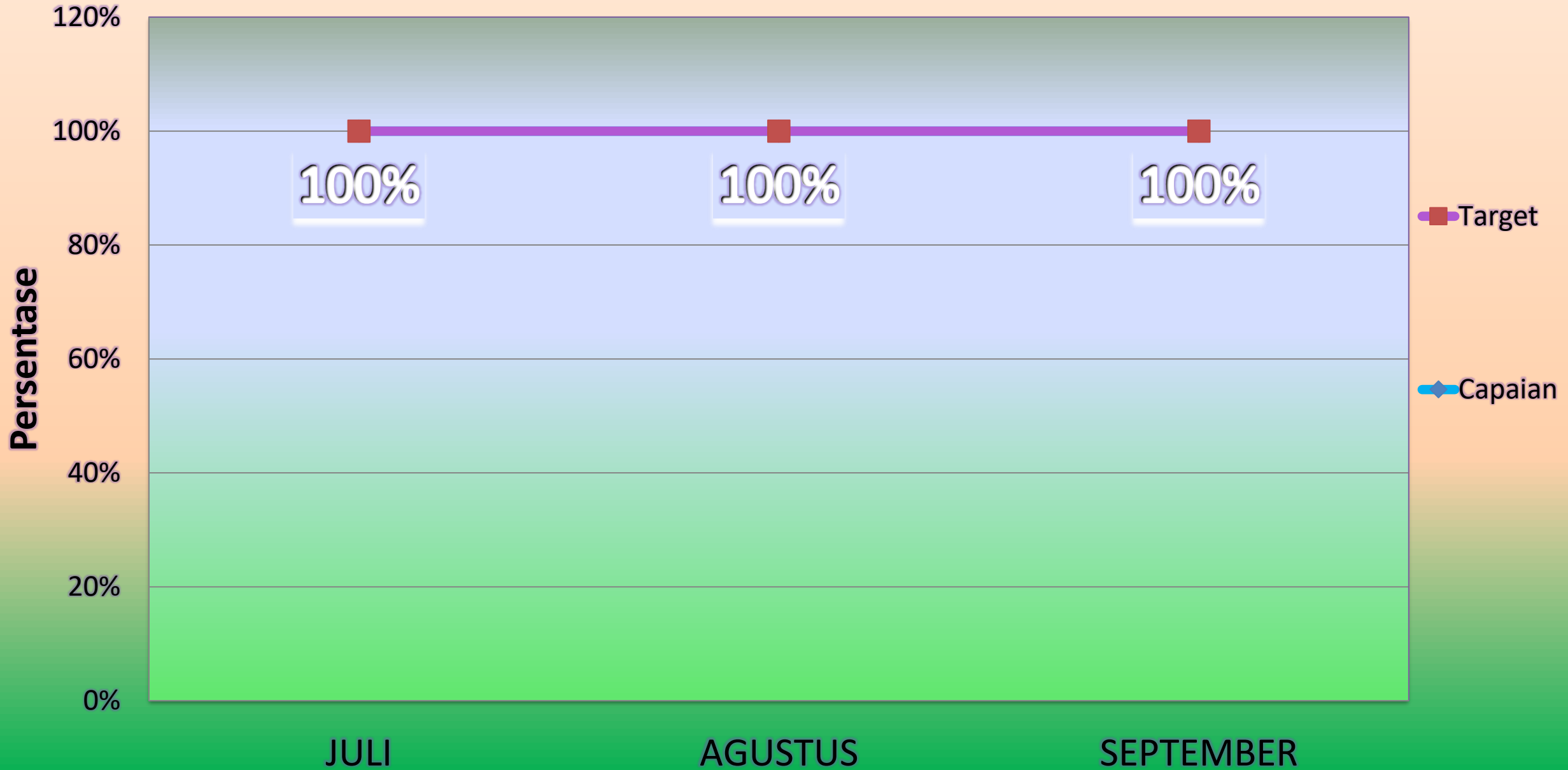


TINDAK LANJUT PERBAIKAN :

- Direktur memberikan instruksi kepada seluruh karyawan melalui surat edaran terkait penggunaan metode SBAR dan TBAK yang tepat dan benar dalam komunikasi efektif di bulan Agustus 2017
- Paramedis berkewajiban mengingatkan tenaga medis bila dia terlupa untuk menyelesaikan proses SBAR dan TBAK hingga proses verifikasi
- Sosialisasi berkelanjutan proses SBAR dan TBAK dalam komunikasi efektif melalui rapat staf ruangan, komite medik, komite keperawatan, laporan pagi

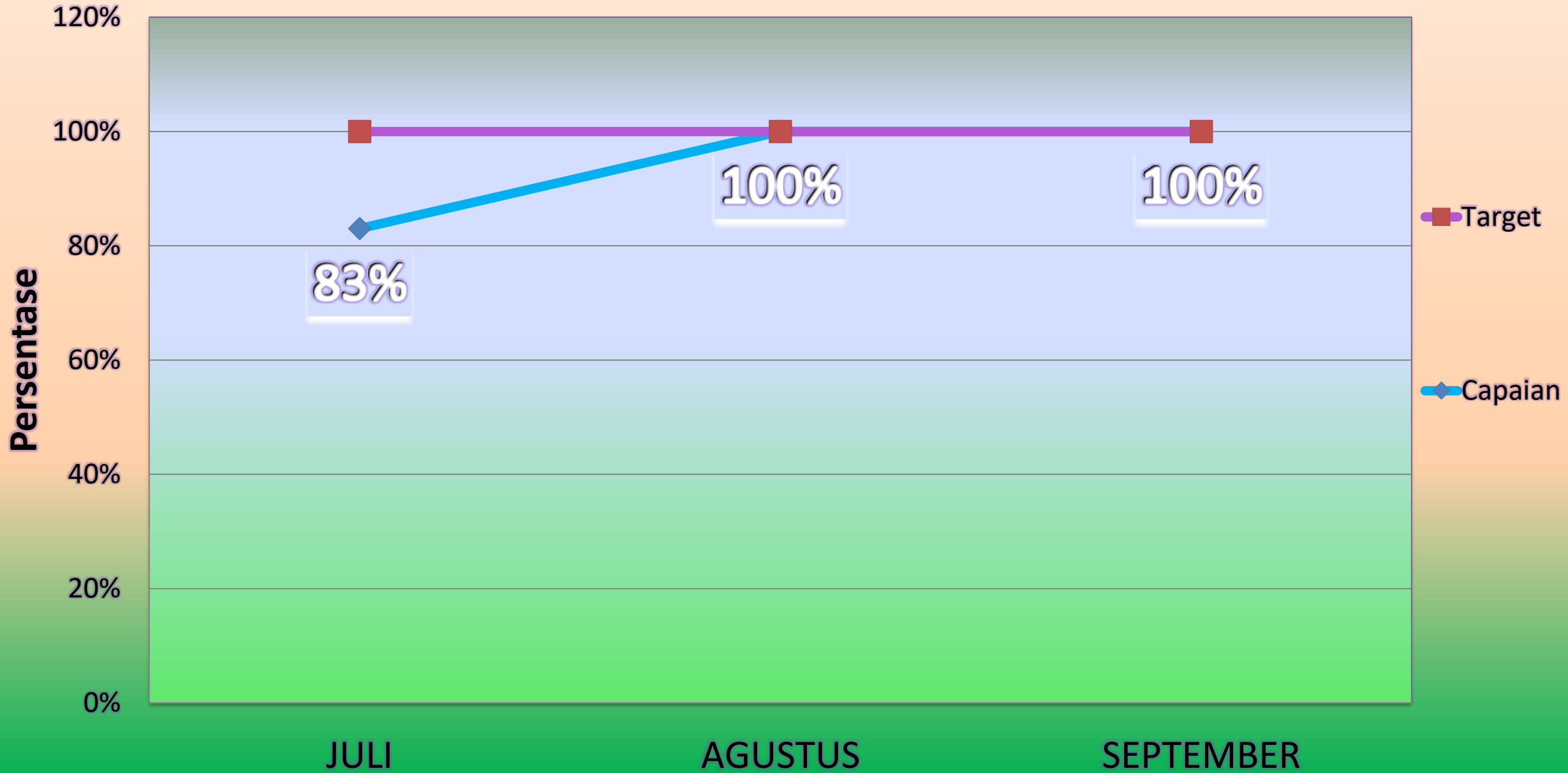
ISKP III

Angka kepatuhan pelabelan obat high alert di seluruh rumah sakit



ISKP IV

Marking sebelum dilakukan tindakan operasi

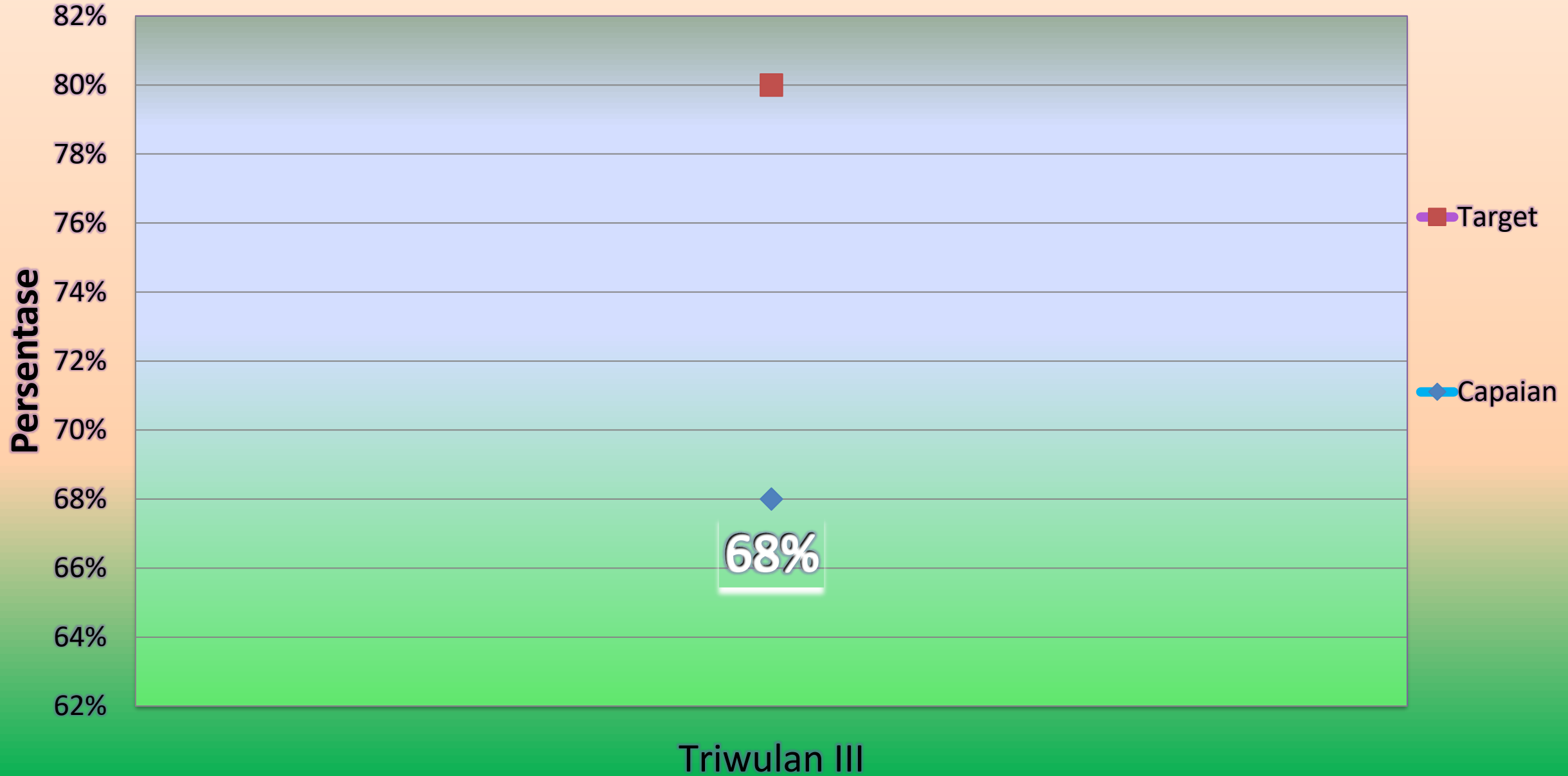


TINDAK LANJUT PERBAIKAN :

- KMKK mengadakan koordinasi dengan unit bedah, khususnya kepala instalasi nya tentang pelaksanaan kepatuhan marking pre operasi dan perlunya pengawasan dan evaluasi

ISKP V

Kepatuhan cuci tangan petugas

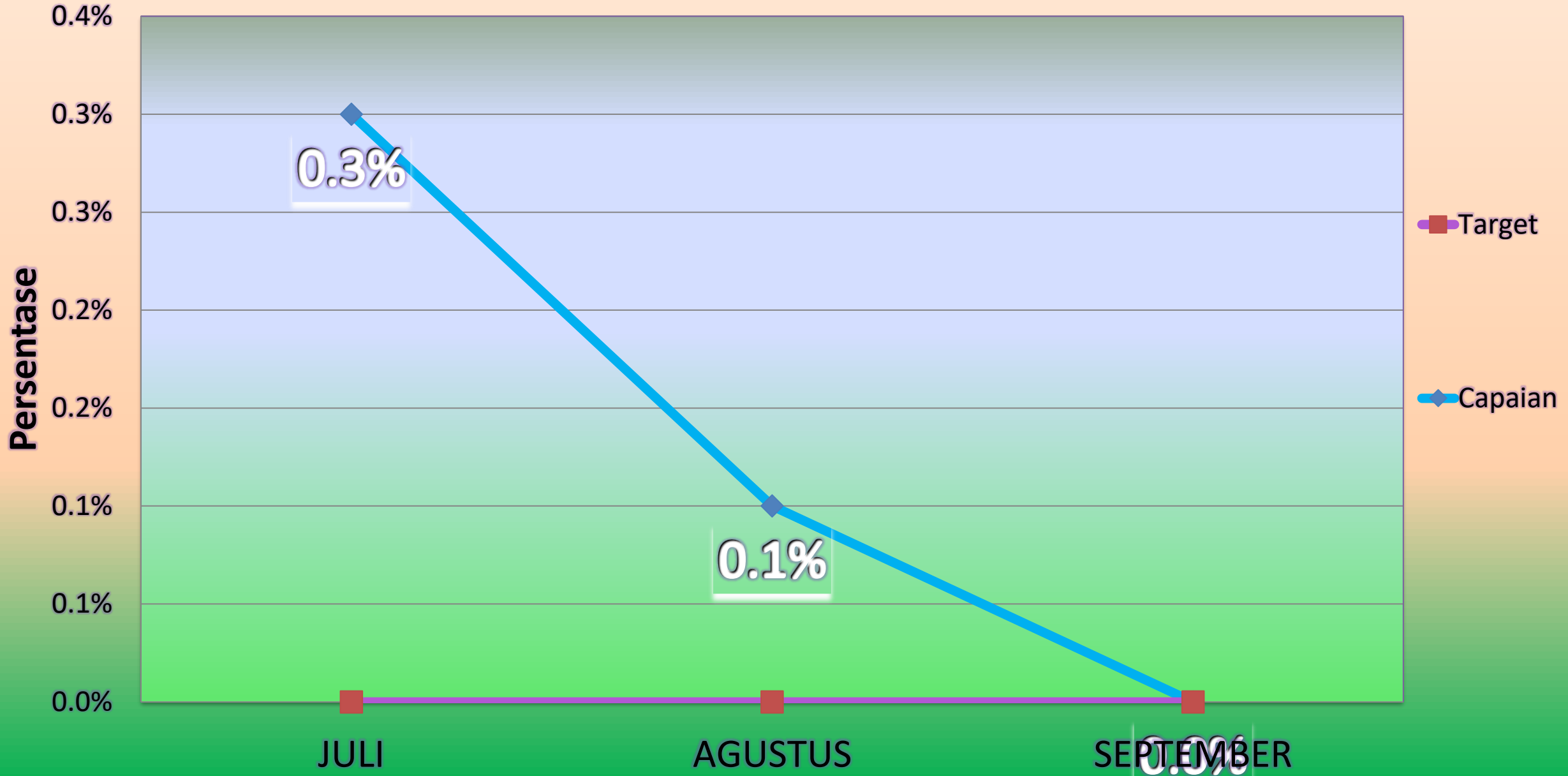


TINDAK LANJUT PERBAIKAN :

- Surat direktur kepada kepala instalasi/ kepala SMF/ kepala ruang untuk mengarahkan staffnya lebih patuh dalam melakukan kegiatan cuci tangan yang benar
- PPI melakukan Audit secara berkala untuk mengetahui kepatuhan cuci tangan petugas
- Diadakan resosialisasi tentang kepatuhan cuci tangan oleh PPI

ISKP VI

Kejadian pasien jatuh



TINDAK LANJUT PERBAIKAN :

- Menambah jumlah tempat tidur dengan pagar rapat di ruang anak (ada di RKA RSSI tahun 2018)
- Mengadakan kursi tunggu pasien di ruang rawat anak (ada di RKA RSSi tahun 2018)
- Membuat SPO pemakaian ranjang bagi pasien
- Membuat SPO pendampingan pasien dengan resiko jatuh

PENCAPAIAN



RENCANA DAN HARAPAN

- Indikator mutu utama tahun 2017 tercapai targetnya pada tri wulan IV secara keseluruhan
- Meningkatkan target indikator mutu yang sudah tercapai tetapi belum 100 % menjadi 100 %
- Memastikan pencapaian indikator yang memerlukan pembiayaan dan belum dipersiapkan dana tahun ini, dianggarkan tahun 2018

The background is a dark blue gradient. In the four corners, there are white, stylized circuit board traces with small circles at the end of the lines, resembling a network or data flow diagram.

SEKIAN
&
TERIMA KASIH

The background is a gradient of blue, transitioning from a lighter shade at the top to a darker shade at the bottom. In the four corners, there are decorative white line-art elements resembling circuit traces or neural network connections, with small circles at the end of the lines.

GALERI KMKK

BERSAMA DIREKTUR DALAM PENENTUAN INDIKATOR MUTU UTAMA 2017



PAPARAN HASIL INDIKATOR MUTU DI HADAPAN PLT. DIREKTUR DAN DEWAS



KEGIATAN RESOSIALISASI



RESOSIALISASI KE UNIT-UNIT



PERTEMUAN RUTIN DENGAN UNIT



RAPAT KOORDINASI

