



PEMERINTAH PROVINSI KEPULAUAN RIAU  
**RUMAH SAKIT JIWA DAN KETERGANTUNGAN OBAT ENGKU HAJI DAUD**

# RSJKO | 2024 EHD

**LAPORAN MUTU  
PERIODE JANUARI-MARET**



## **KATA PENGANTAR**

Puji syukur atsa rahmat Allah SWT, Laporan Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) RSJKO Engku Haji Daud periode Juli-September 2023 telah dapat diselesaikan. Untuk melaksanakan program pelaporan hasil capaian Indikator mutu tidaklah mudah karena memerlukan koordinasi dan komunikasi yang baik antar seluruh bidang, baik medis, keperawatan, penunjang, administrasi dan lain-lain termasuk kepala instalasi dan kepala ruangan.

Pada pelaporan triwulan I ini, RSJKO Engku Haji Daud sudah melaksanakan sesuai dengan PMK Nomor 25/ MENKES/ PER/X/2020 tentang Indikator Mutu. Laporan PMKP oleh Komite Mutu Rumah Sakit Triwulan I ini diharapkan dapat menjadi acuan dalam pencapaian program PMKP pada masa berikutnya. Akhir kata kami mengucapkan terima kasih kepada seluruh pihak yang telah membantu terlaksananya seluruh program PMKP sehingga tersusunnya laporan ini, walaupun masih jauh dari harapan terkait beberapa capaian indikator belum tercapai sesuai standar.

Tanjung Uban, April 2024

Komite Mutu

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

Dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan dan menjamin keselamatan pasien, maka rumah sakit perlu mempunyai program peningkatan mutu dan keselamatan pasien (PMKP) yang menjangkau ke seluruh unit kerja di rumah sakit. Komite Mutu RSJKO Engku Haji Daud mempunyai tugas memotori dan memonitoring pelaksanaan mutu dan keselamatan pasien yang sejatinya merupakan pekerjaan sehari-hari dari seluruh staf di unit pelayanan.

Direktur bersama-sama dengan jajaran structural dan kepala unit pelayanan, dan dibantu oleh penanggungjawab data, telah memilih dan menetapkan pengukuran Indikator Mutu Unit, Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit dan Indikator Nasional Mutu. Setiap indikatornya telah dibuat profilnya oleh Komite Mutu dan Unit terkait. Pengumpulan data dilakukan oleh PIC atau penanggungjawab data unit terkait. Pemantauan dan supervise dilakukan oleh pimpinan unit. Selain itu juga dilakukan supervise dan validasi data oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien serta jajaran direksi.

Laporan hasil survey dan analisa program peningkatan mutu dan keselamatan pasien RSJKO Engku Haji Daud terbagi dalam laporan triwulan dan dikompilasi dalam laporan tahunan. Laporan ini diharapkan dapat memberikan masukan bagi pemegang kebijakan dalam mengambil prioritas kebijakan peningkatan mutu dan keselamatan pasien kedepannya.

#### **B. Tujuan**

##### **1. Tujuan umum**

Tergambarnya mutu pelayanan dan penerapan keselamatan pasien di RSJKO Engku Haji Daud

##### **2. Tujuan Khusus**

- a. Melakukan evaluasi program peningkatan mutu RSJKO Engku Haji Daud melalui pemantauan dan pelaporan capaian Indikator Mutu kepada Direktur RSJKO Engku Haji Daud
- b. Mendapat rekomendasi atau feedback dari pemilik rumah sakit terkait capaian indikator mutu pelayanan.

KEGIATAN PEMANATAUAN INDIKATOR MUTU  
JANUARI-MARET 2024

A. Kegiatan Pokok

Kegiatan pemantauan indikator mutu Triwulan I tahun 2024 di mulai dari bulan Januari sampai dengan bulan Maret 2024. Adapun indikator mutu yang dipantau adalah sebagai berikut :

INDIKATOR NASIONAL MUTU		
NO	INDIKATOR	JUDUL INDIKATOR
1	INM 1	Kepatuhan kebersihan tangan
2	INM 2	Kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri
3	INM 3	Kepatuhan identifikasi pasien
4	INM 4	Waktu tanggap SC emergency
5	INM 5	Waktu tunggu rawat jalan
6	INM 6	Penundaan Operasi Elektif
7	INM 7	Kepatuhan waktu visite Dokter
8	INM 8	Pelaporan hasil kritis laboratorium
9	INM 9	Kepatuhan penggunaan formularium Nasional/ formularium RS
10	INM 10	Kepatuhan terhadap Clinical Pathway
11	INM 11	Kepatuhan upaya pencegahan resiko pasien jatuh
12	INM 12	Kecepatan waktu tanggap komplain
13	INM 13	Kepuasan pasien
INDIKATOR MUTU PRIORITAS RUMAH SAKIT		
NO	INDIKATOR MUTU PRIORITAS RS	JUDUL INDIKATOR

1	Indikator Sasaran Keselamatan Pasien	
a	Ketepatan Identifikasi Pasien	Kepatuhan Identifikasi Pasien Dengan Nama dan Tanggal Lahir Pada Pasien Rawat Inap
b	Peningkatan Komunikasi yang Efektif	Kepatuhan DPJP Rawat Inap Melakukan Konfirmasi Dengan Pengisian Tbk
c	Peningkatan Keamanan Obat yang Perlu Diawasi	Kepatuhan Pelabelan Obat Psikiatri High Allert
d	Kepastian Tepat Lokasi, Tepat Prosedur, Tepat Pasien Operasi	Kepatuhan dalam Memasang Site Marking pada Pasien yang Akan Dilakukan Operasi
e	Pengurangan Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan	Kepatuhan PPA dalam Melakukan Kebersihan Tangan
f	Pengurangan Risiko Jatuh	Tidak Adanya Kejadian Pasien Jiwa Jatuh yang Berakibat Kecacatan/ Kematian
2	Perbaikan pelayanan klinis	Tidak adanya kejadian pasien yang difiksasi setelah 24 jam di Ruang Rawat Inap Jiwa
3	Perbaikan sesuai rencana strategis	Kepuasan Pasien
4	Manajemen risiko	Tidak Adanya Kejadian Pasien Rawat Inap Jiwa Kabur
5	Perbaikan sistem	Ketersediaan Obat Psikiatri di Rumah Sakit
<b>INDIKATOR MUTU PRIORITAS UNIT</b>		
NO	UNIT	JUDUL INDIKATOR

1	Instalasi Gawat Darurat	Waktu Tanggap Pelayanan IGD $\leq$ 5 menit
2	Ruang ICU	Ketepatan Kriteria Masuk Pasien ICU
3	Ruang OK	Kepatuhan Asesmen Pra Operasi
4	Instalasi Farmasi	Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi Pasien Rawat Jalan $\leq$ 30 menit
5	Instalasi Laundry	Tidak Ada Kejadian Linen Hilang
6	Laboratorium	Tidak Ada Angka Pengulangan Pengambilan Sampel Darah Pasien
7	Radiologi	Tidak Ada Kejadian Kegagalan Pelayanan Radiologi
8	Instalasi Pemeliharaan Sarana & Prasarana Rumah Sakit (IPSRs)	Kecepatan Waktu Menanggapi Kerusakan Alat
9	Instalasi Rawat Jalan	Kepatuhan Skrining Risiko Jatuh
10	Rawat Inap Penyakit Dalam	Asesmen Awal Medis dalam 24 Jam Setelah Pasien Masuk Rawat Inap
11	Rawat Inap Anak	Waktu Tunggu Pasien Anak Mendapatkan Kamar Rujukan <1 jam
12	Rawat Inap Bedah	Asesmen Nyeri Pada Pasien Rawat Inap Bedah
13	Rawat Inap Kebidanan	Tidak Ada Kejadian Kematian Akibat Persalinan
14	Rawat Inap Perinatologi	Kemampuan menangani BBLR
15	Rawat Inap Jiwa	Tidak Ada Kejadian pasien pulang sebelum dinyatakan sembuh

16	Ruang Hemodialisa	Kecepatan Menangani Komplikasi Tindakan Hemodialis
17	Instalasi Gizi	Ketepatan Waktu Distribusi Makanan Kepada Pasien
18	Rekam Medis	Angka Ketersediaan Dokumen Rekam Medis Pasien Rawat Jalan
19	Keuangan	Ketepatan jadwal Pengiriman Berkas Klaim ke Kantor BPJS Kesehatan
20	Unit Trasnfusi Darah	Tidak Ada Kejadian Reaksi Transfusi

**B. Rincian Kegiatan**

1. Melakukan pemantauan indikator mutu secara berkesinambungan.
2. Melakukan validasi data pemantauan indikator mutu area klinis, area manajemen, serta area sasaran keselamatan pasien.
3. Melakukan tabulasi terhadap data hasil pemantauan indikator mutu.
4. Melakukan penyampaian hasil pemantauan indikator mutu oleh masing-masing bagian/unit.
5. Menyusun laporan hasil pemantauan indikator mutu.
6. Menyusun laporan analisa terkait insiden keselamatan pasien.

**C. Jadwal Kegiatan**

1. Melakukan pelaporan hasil pemantauan indikator mutu oleh masing- masing bagian/unit setiap bulan.
2. Menyusun program perbaikan mutu dengan teknik PDCA oleh penanggung jawab pengumpul data indikator mutu rumah sakit dan dilaporkan pada saat rapat tri wulan.
3. Melakukan pemantauan indikator mutu serta validasi data yang dilaksanakan berkesinambungan.
4. Melakukan tabulasi terhadap data hasil pemantauan indikator mutu (dilaksanakan setiap bulan).
5. Melakukan penyampaian hasil pemantauan indikator mutu dan validasi data mutu setiap tiga bulan.
6. Menyusun laporan hasil pemantauan indikator mutu dan keselamatan pasien rumah sakit setiap tiga bulan.

#### **D. Pencatatan dan Pelaporan**

Pencatatan dilakukan oleh petugas pengumpul data, kemudian dilakukan rekapitulasi dan analisa oleh penanggung jawab pengumpul data. Hasil analisis tersebut kemudian di laporkan ke komite mutu untuk disetujui.

Hasil pengolahan dan analisa data dituangkan dalam laporan tertulis, kemudian akan dilaporkan kepada direktur setiap 3 bulan sekali dalam rapat evaluasi triwulan. Disamping itu evaluasi tahunan juga dilakukan guna merangkum hasil pencapaian semua instalasi dan unit kerja selama setahun. Evaluasi tahunan menghasilkan laporan tahunan yang dilaporkan kepada Direktur.



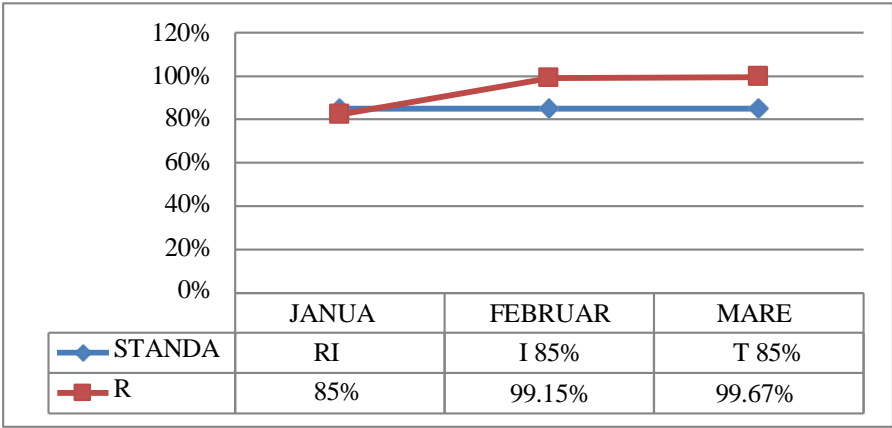
BAB III

HASIL KEGIATAN

A. PEMANTAUAN HASIL INDIKATOR NASIONAL MUTU

NO	JUDUL INDIKATOR	TARGET	PENCAPAIAN		
			JAN	FEB	MAR
1	Kepatuhan kebersihan tangan	≥85%	82.36%	99.15%	99.67%
2	Kepatuhan Penggunaan APD	100%	98%	100%	99.17%
3	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%	99.2%	96.27%	98.83%
4	Waktu Tanggap SC Emergency	>80%	91.67%	80%	100%
5	Waktu Tunggu Rawat Jalan	≥80%	56.65%	61.36%	70.09%
6	Penundaan Operasi Elektif	<5%	51.39%	9.86%	7.89%
7	Kepatuhan Waktu Visite Dokter	≥80%	96.82%	96.82%	93.09%
8	Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium	100%	100%	100%	100%
9	Kepatuhan penggunaan formularium Nasional/formularium RS	≥80%	80.01%	80.87%	82.06%
10	Kepatuhan terhadap Clinical Pathway	≥85%	100%	100%	100%
11	Kepatuhan upaya pencegahan resiko pasien jatuh	100%	100%	100%	100%
12	Kecepatan waktu tanggap complain	≥80%	100%	100%	100%
13	Kepuasan pasien	>76,61%	82.51%	81.54%	79.96%

1. Kepatuhan Kebersihan Tangan



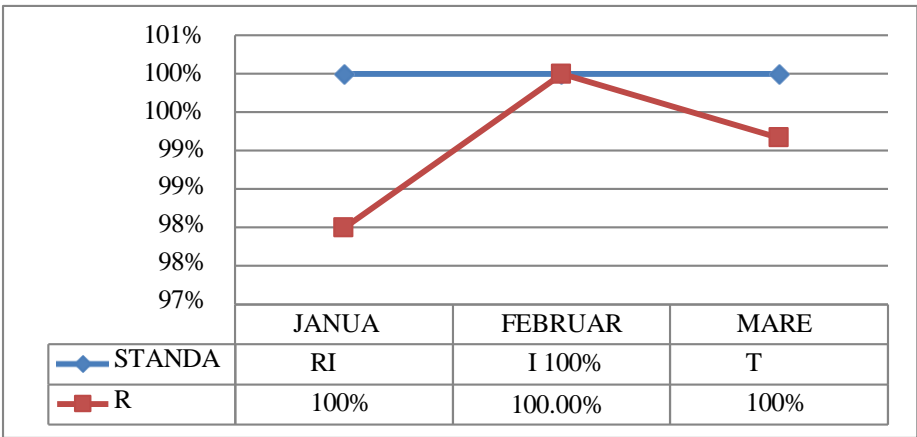
Interpretasi:

Capaian indikator mutu kepatuhan cuci tangan pada bulan Januari berada di bawah standar, namun tampak perbaikan sehingga mencapai target pada dua bulan berikutnya.

Rencana tindak lanjut:

- Mempertahankan capaian

2. Kepatuhan Penggunaan APD



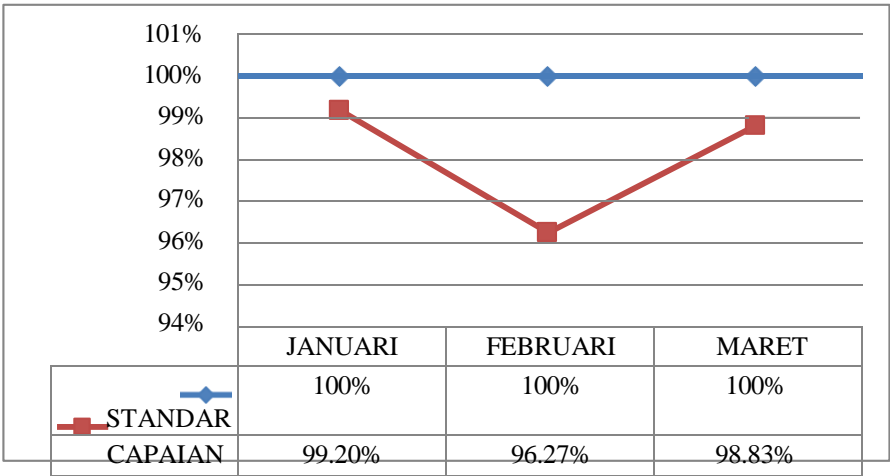
Interpretasi:

Capaian kepatuhan penggunaan alat pelindung diri pada trimester I tahun 2024 masih di bawah standar. Hal ini terjadi dikarenakan masih adanya petugas yang tidak patuh dalam penggunaan APD karena merasa tidak nyaman bekerja menggunakan APD.

Rencana Tindak Lanjut:

- Memaksimalkan audit oleh IPCN dan IPCLN
- Memberikan sanksi pada petugas yang tidak patuh menggunakan APD
- Mensosialisasikan kembali ketiap unit untuk kebutuhan APD
- Pendistribusian masker setiap bulan
- Pengadaan stok APD perbulanya.

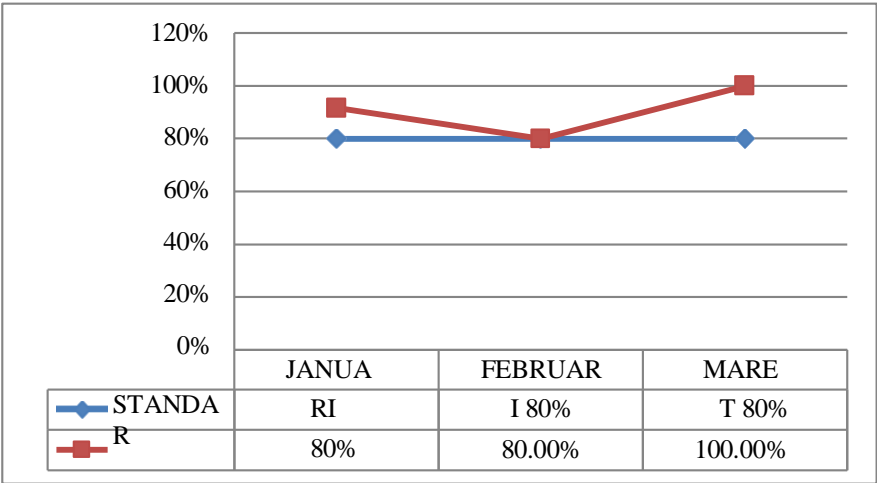
3. Kepatuhan Identifikasi Pasien



Interpretasi:  
Berdasarkan grafik dapat dilihat bahwa kepatuhan identifikasi pasien belum sepenuhnya dilaksanakan dimana masih ditemukan petugas melakukan identifikasi pasien tidak sesuai dengan SPO yang telah ditetapkan.

- Rencana Tindak Lanjut:
- Monitoring petugas dalam melakukan identifikasi pasien sesuai dengan SPO
  - Sosialisasi identifikasi pasien

4. Waktu Tanggap Seksio Sesarea Emergensi

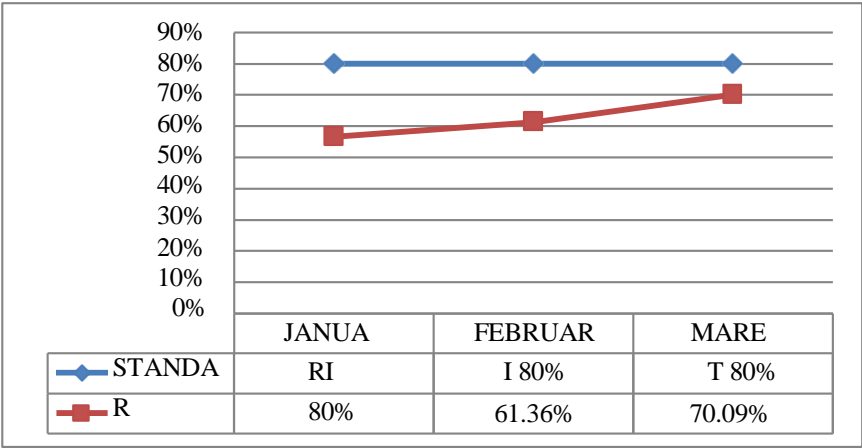


Interpretasi:  
Waktu tanggap seksio sesarea emergensi pada triwulan I Tahun 2024 sudah mencapai standar. Tampak peningkatan capaian jika dibandingkan dengan triwulan sebelumnya.

Rencana Tindak Lanjut:

- Mempertahankan capaian

5. Waktu Tunggu Rawat Jalan

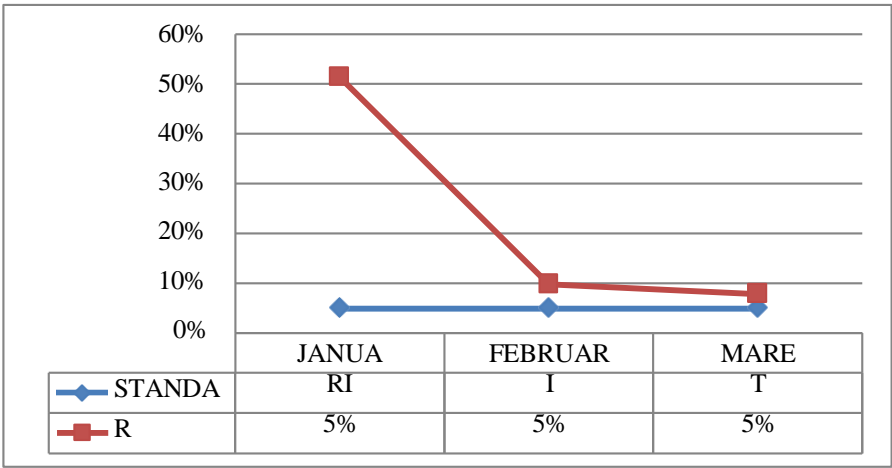


Interpretasi:  
Indikator mutu waktu tunggu rawat jalan bertujuan untuk mengetahui waktu tunggu pelayanan pasien di rawat jalan sehingga terselenggaranya pelayanan rawat jalan pada tiap hari kerja yang efektif dan efisien. Dari grafik terlihat kesenjangan antara capaian dan target di triwulan I. Hal ini disebabkan pasien yang akan control sore hari sudah melakukan pendaftaran pada pagi hari.

Rencana Tindak Lanjut:

- Melakukan edukasi dan sosialisasi kepada pasien dan keluarga pasien yang akan control pada sore hari

6. Penundaan Waktu Operasi Elektif



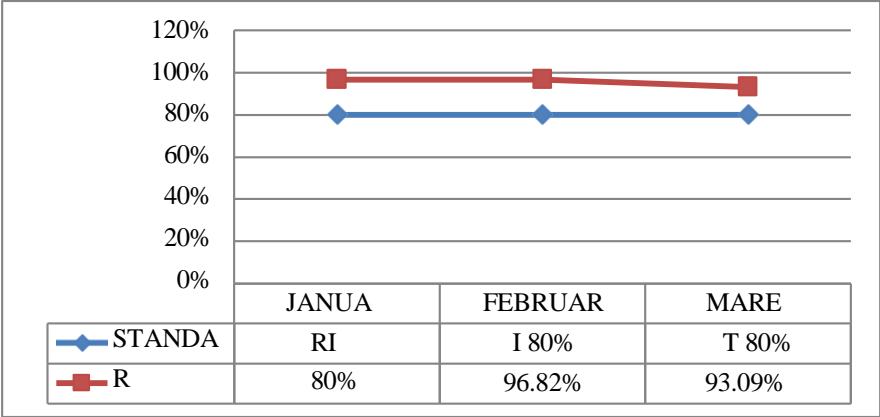
Interpretasi:  
Penundaan operasi elektif menunjukkan efektif dan efisien waktu tunggu operasi, dimana pada grafik menunjukkan belum memenuhi standar yaitu di  $\leq 5\%$ . Hal ini

terjadi karena penjadwalan operasi beberapa pasien dilakukan pada hari tertentu dan lamanya tindakan operasi tidak sesuai dengan rencana.

Rencana Tindak Lanjut:

- Evaluasi dan sosialisasi SPO penjadwalan dan persiapan operasi elektif

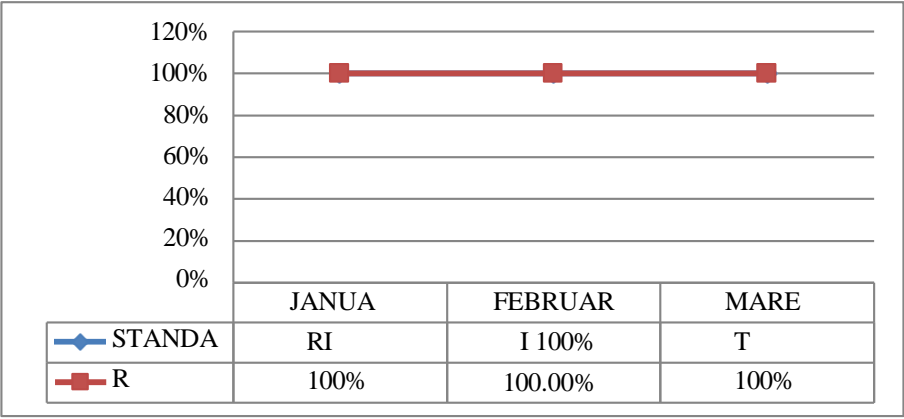
7. Kepatuhan Waktu Visite Dokter



Interpretasi:  
Pada grafik tergambar capaian sudah melebihi standar yaitu diatas 80%.

Rencana Tindak Lanjut:  
Mempertahankan capaian.

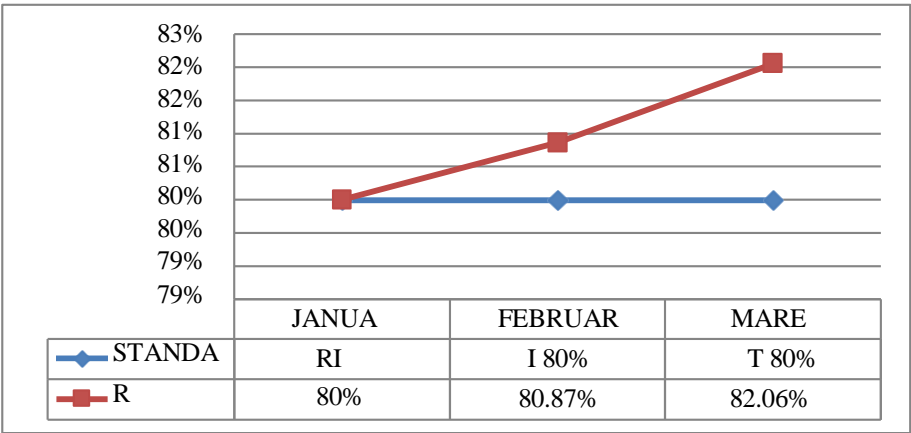
8. Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium



Interpretasi:  
Capaian sudah mencapai standar yaitu 100 %.

Rencana Tindak Lanjut:  
• Mempertahankan capaian.

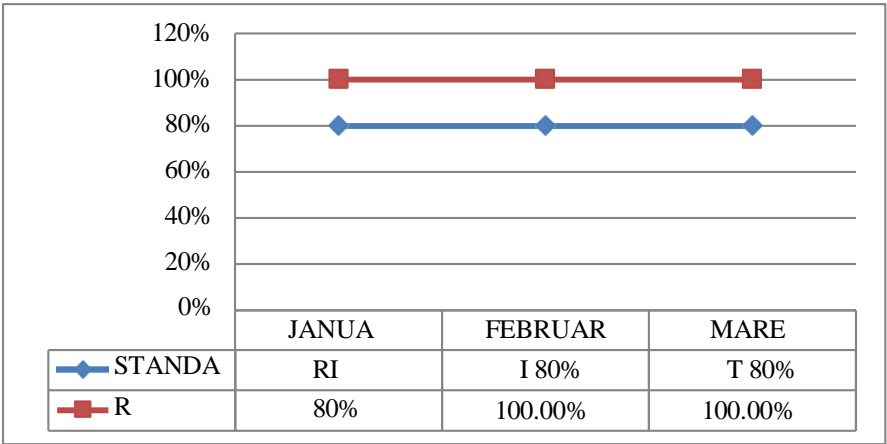
9. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional



Interpretasi:  
Capaian kepatuhan penggunaan obat sesuai formularium nasional sudah mencapai standar.

- Rencana Tindak Lanjut:
- Mempertahankan capaian indikator dengan melaksanakan pelayanan sesuai dengan SPO

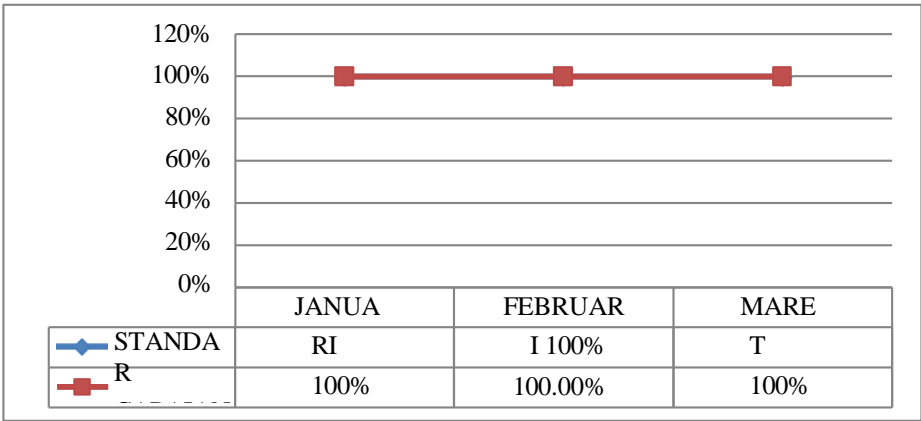
10. Kepatuhan terhadap Clinical Pathway



Interpretasi:  
Capaian sudah mencapai standar

- Rencana Tindak Lanjut:
- Mempertahankan capaian indikator dengan melaksanakan pelayanan sesuai dengan *clinical pathway*.

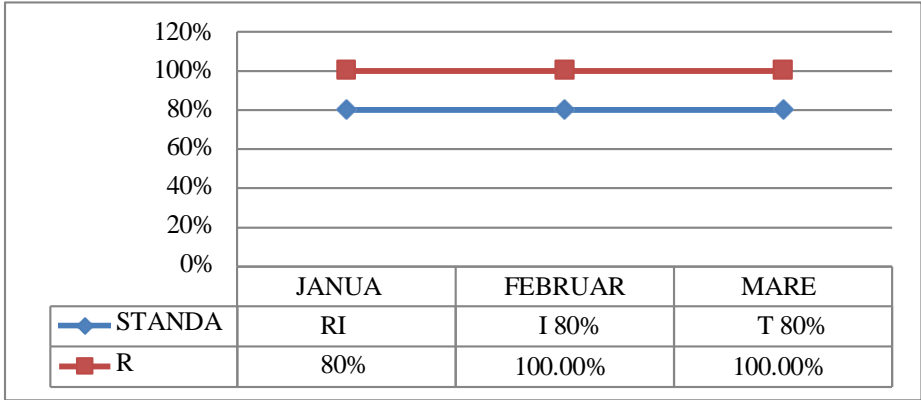
11. Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Jatuh



Interpretasi:  
Kepatuhan upaya pencegahan risiko jatuh sudah mencapai target pada triwulan I 2024.

Rencana Tindak Lanjut:  
Mempertahankan capaian indikator dengan melaksanakan pelayanan sesuai dengan SPO.

12. Kecepatan Waktu Tanggap Terhadap Komplain



Interpretasi:  
Kecepatan waktu tanggap terhadap komplain sudah mencapai target pada bulan Januari-Maret 2024.

Rencana Tindak Lanjut:  
Mempertahankan capaian indikator dengan melaksanakan pelayanan sesuai dengan SPO

B. PEMANTAUAN INDIKATOR PRIORITAS RUMAH SAKIT

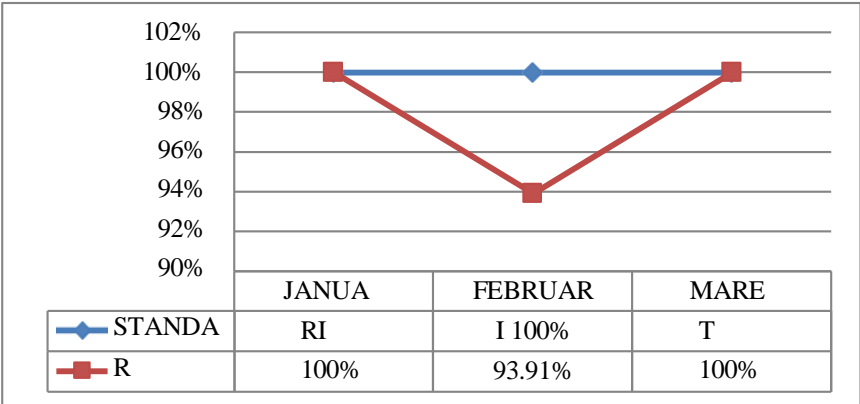
INDIKATOR MUTU	TARGET	PENCAPAIAN		
		JANUARI	FEBRUARI	MARET
1. INDIKATOR KESELAMATAN PASIEN				
<b>Ketepatan Identifiaksi Pasien</b> Kepatuhan Identifikasi Pasien Dengan Nama dan Tanggal Lahir Pada Pasien Rawat Inap	100%	100%	93,91%	100%
<b>Peningkatan Komunikasi yang Efektif</b> Kepatuhan DPJP Rawat Inap Melakukan Konfirmasi Dengan Pengisian Tbk	≥80%	0%	95,24%	33,33%
<b>Peningkatan Keamanan Obat yang Perlu Diawasi</b> Kepatuhan Pelabelan Obat Psikiatri High Allert	≥80%	0%	4,92%	0%
<b>Kepastian Tepat Lokasi, Tepat Prosedur, Tepat Pasien Operasi</b> Kepatuhan dalam Memasang Site Marking pada Pasien yang Akan Dilakukan Operasi	≥80%	71, 43%	81,48%	100%
<b>Pengurangan Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan</b> Kepatuhan PPA dalam Melakukan Kebersihan Tangan	100%	99,02%	98,21%	98,68%
<b>Pengurangan Risiko Jatuh</b> Tidak Adanya Kejadian Pasien Jiwa Jatuh yang Berakibat Kecacatan/ Kematian	100%	100%	100%	100%



2. INDIKATOR PERBAIKAN PELAYANAN KLINIS				
Tidak adanya kejadian pasien yang difiksasi setelah 24 jam di Ruang Rawat Inap Jiwa	≥90%	100%	100%	100%
3. INDIKATOR PERBAIKAN SESUAI RENCANA STRATEGIS				
Kepuasan Pasien	≥80%	82,51%	81,54%	79,96%
4. INDIKATOR MANAJEMEN RISIKO				
Tidak Adanya Kejadian Pasien Rawat Inap Jiwa Kabur	100%	100%	100%	100%
5. INDIKATOR PERBAIKAN SISTEM				
Ketersediaan Obat Psikiatri di Rumah Sakit	≥80%	100%	100%	100%

1. INDIKATOR KESELAMATAN PASIEN

- a. SKP 1 : Kepatuhan Identifikasi Pasien Dengan Nama dan Tanggal Lahir Pada Pasien Rawat Inap



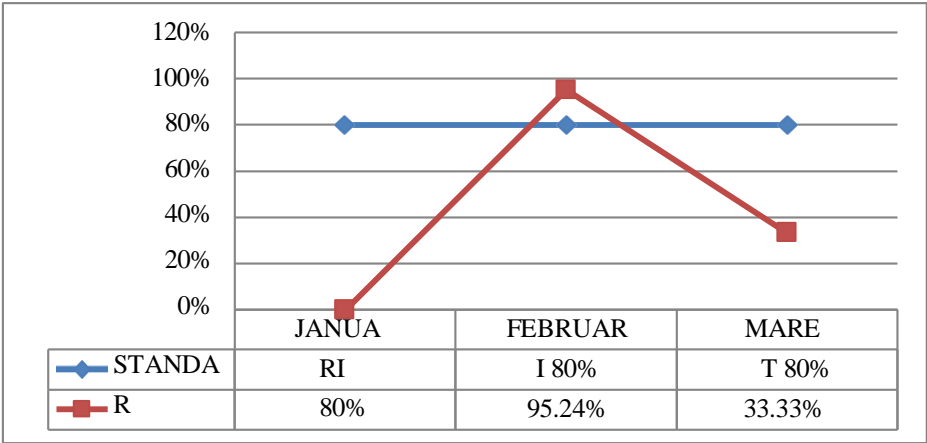
Interpretasi:

Kepatuhan Identifikasi Pasien dengan Nama dan Tanggal Lahir pada Pasien Rawat Inap jiwa mengalami penurunan pada bulan Februari namun mengalami perbaikan kemabali mencapai target pada bulan Maret. Hal ini disebabkan karena beberapa pasien jiwa merasa tidak nyaman menggunakan gelang identitas.

Rencana Tindak Lanjut:

Evaluasi SPO identifikasi pasien rawat inap jiwa

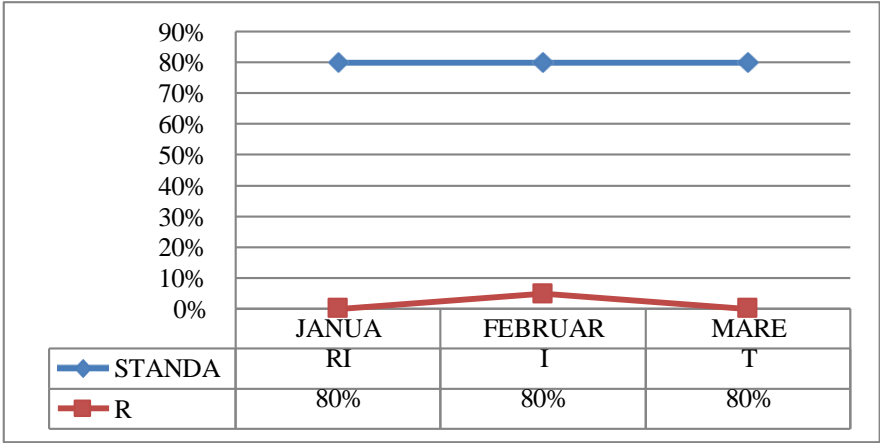
b. SKP 2: Kepatuhan DPJP Rawat Inap Jiwa Melakukan Konfirmasi Dengan Pengisian Tbk



Interpretasi:  
Kepatuhan DPJP Rawat Inap Jiwa melakukan Konfirmasi Dengan Pengisian Tbk tidak sesuai standar pada bulan Januari dan Maret 2024. Hal ini disebabkan adanya DPJP yang paruh waktu sehingga tidak hadir ke rumah sakit setiap hari.

Rencana Tindak Lanjut:  
Melakukan pelayanan sesuai dengan SPO.

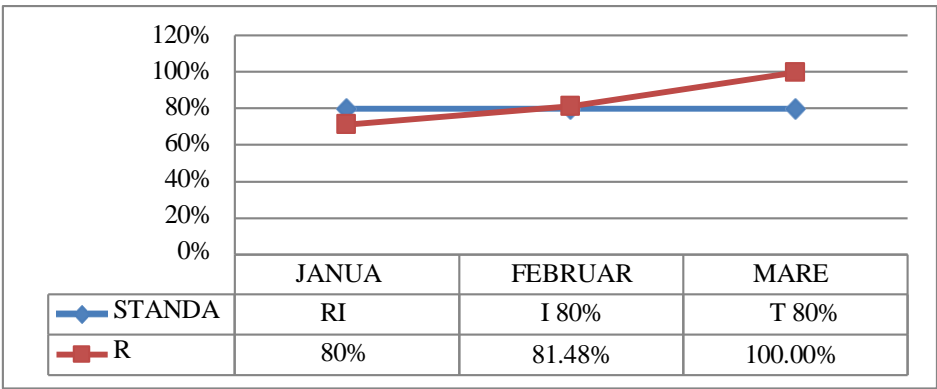
c. SKP 3: Kepatuhan Pelabelan Obat Psikiatri High Allert



Interpretasi:  
Kepatuhan Pelabelan Obat Psikiatri High Allert belum sesuai dengan standar pada trimester I tahun 2024. Hal ini dikarenakan kekososngan label high allert.

Rencana Tindak Lanjut:  
Usulan pengadaan label obat High Allert dan LASA

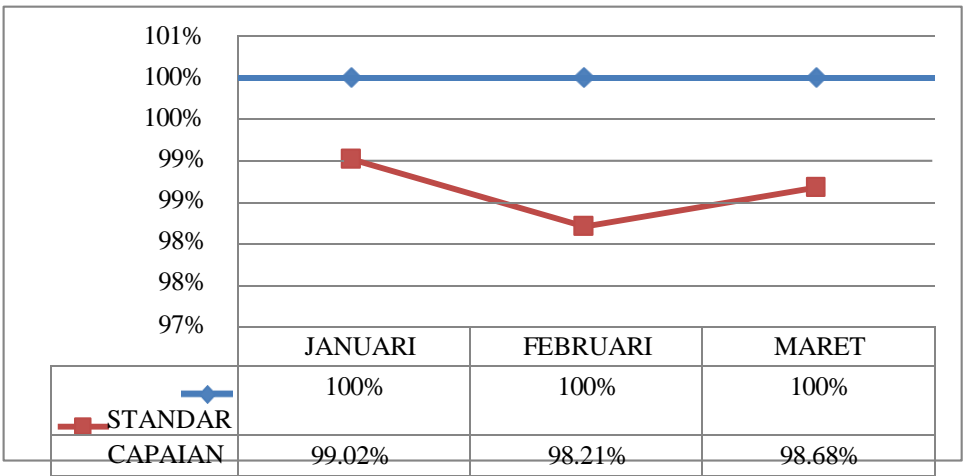
d. **SKP 4: Kepatuhan dalam Memasang Site Marking pada Pasien yang Akan Dilakukan Operasi**



Interpretasi:  
Capaian kepatuhan memasang site marking pada pasien yang akan dilakukan operasi mengalami peningkatan setiap bulannya dan mencapai 100% pada bulan maret.

Rencana Tindak Lanjut:  
Mempertahankan capaian.

e. **SKP 5: Kepatuhan PPA Jiwa dalam Melakukan Kebersihan Tangan**

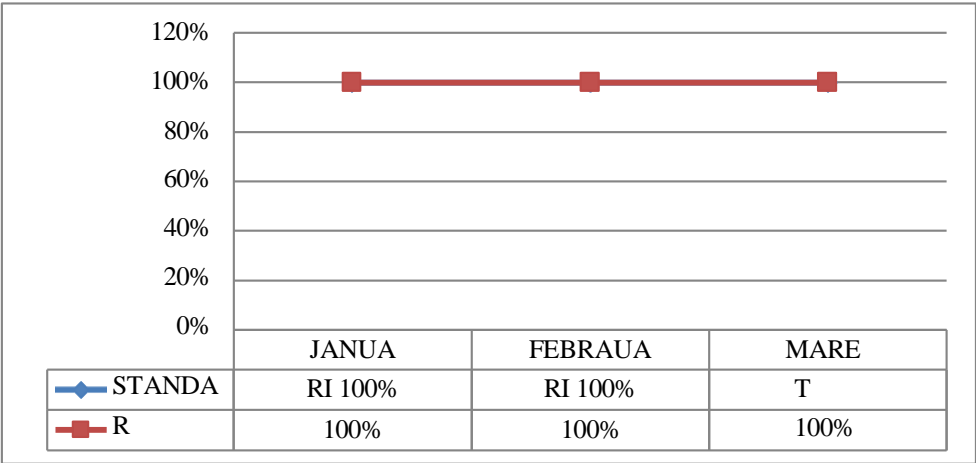


Interpretasi:  
Kepatuhan PPA Rawat Inap Jiwa dalam melakukan kebersihan tangan masih di bawah standar. Hal ini terjadi dikarenakan masih kurangnya kepatuhan dan kesadaran petugas untuk melakukan cuci tangan dan 5 momen cuci tangan.

Rencana Tindak Lanjut:

Meningkatkan kepatuhan cuci tangan dengan melakukan monitoring dan evaluasi oleh komite PPI, mengintensifkan sosialisasi cuci tangan, orientasi oleh PPI untuk karyawan baru, dan melakukan stok pengadaan stok handwash dan handsrub.

f. **SKP 6: Tidak Adanya Kejadian Pasien Jiwa Jatuh yang Berakibat Kecacatan/ Kematian**



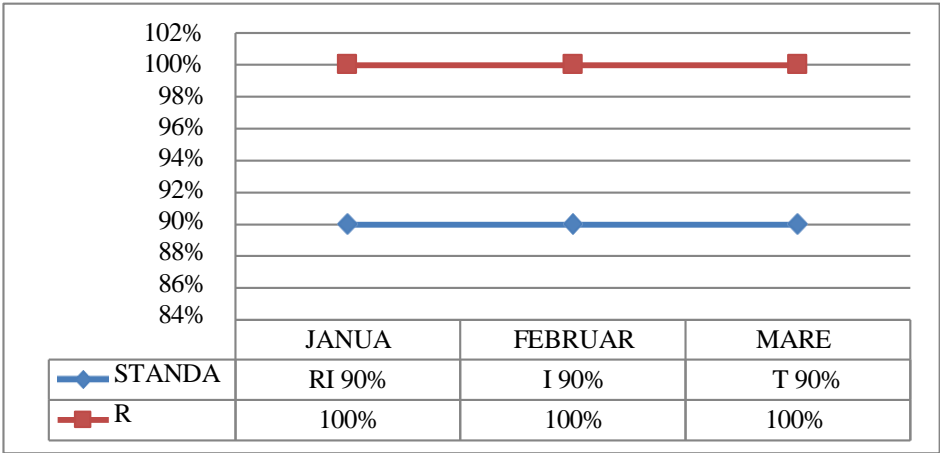
Interpretasi:

Capaian indikator mutu ini sudah mencapai target. Selama triwulan pertama tahun 2024 tidak ada kejadian pasien jiwa jatuh.

Rencana Tindak Lanjut:

- Meningkatkan monitoring dan evaluasi kondisi pasien rawat inap jiwa akut
- Mengajukan permintaan pengadaan ruang isolasi yang aman dan nyaman bagi pasien (terpasang busa pada dinding dan lantai)

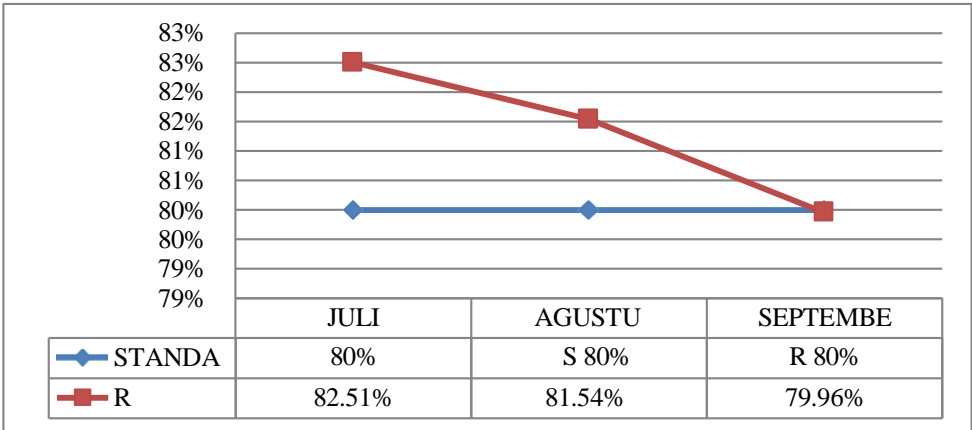
2. **Indikator Perbaikan Pelayanan Klinis: Tidak adanya kejadian pasien yang difiksasi setelah 24 jam di Ruang Rawat Inap Jiwa**



Interpretasi:  
Pada Januari-Maret 2024 tidak ada pasien yang difiksasi setelah 24 jam di ruang rawat inap jiwa.

- Rencana Tindak Lanjut:
- Mempertahankan capaian dengan melakukan pelayanan sesuai SPO

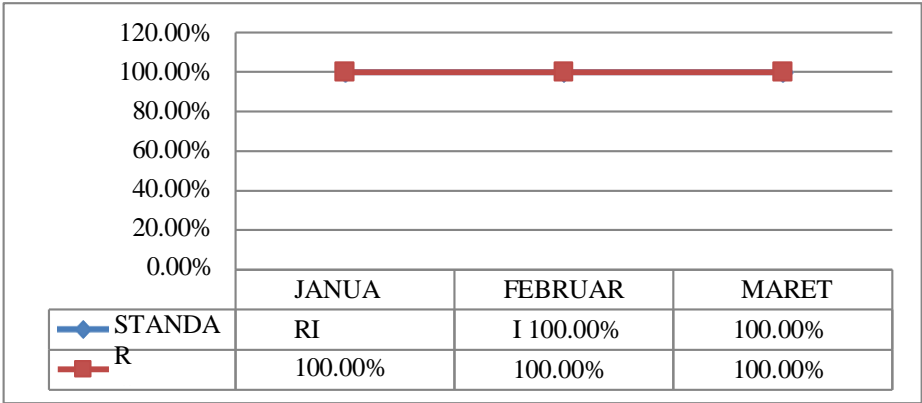
3. Indikator Perbaikan Sesuai Rencana Strategis: Kepuasan Pasien



Interpretasi:  
Persentase capaian angka kepuasan pasien pada Juli-September 2023 sudah mencapai standar yaitu  $\geq 80\%$ .

- Rencana Tindak Lanjut:
- Tetap dilakukan monitoring dan evaluasi untuk mempertahankan dan meningkatkan pencapaian, sehingga dapat meningkatkan kepuasan pasien
  - Segera melakukan tindak lanjut jika ditemukan komplain atau keluhan dari pasien atau keluarga

4. Indikator Manajemen Risiko: Tidak Adanya Kejadian Pasien Rawat Inap Jiwa Kabur

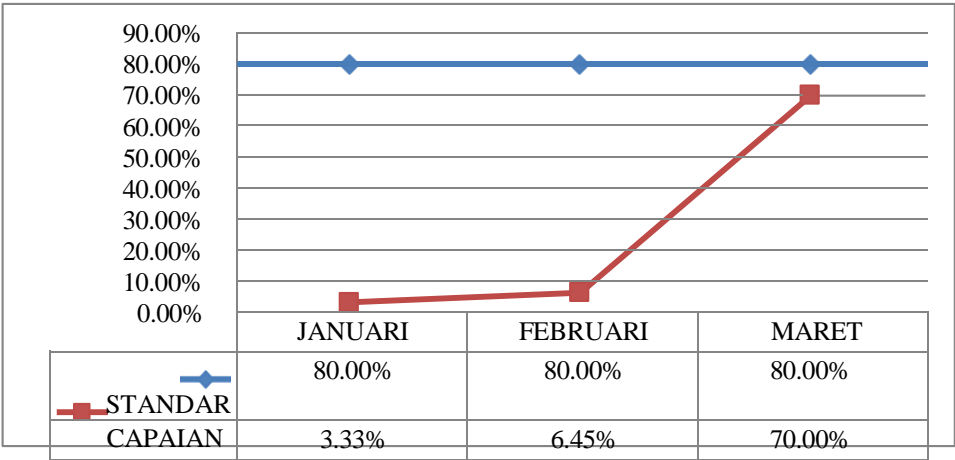


Interpretasi:

Capaian indicator tidak adanya kejadian pasien rawat inap jiwa kabur sudah mencapai sesuai standar yaitu 100% untuk periode Januari-Maret 2024.

- Rencana Tindak Lanjut:
- Meningkatkan dan mempertahankan capaian

5. Indikator Perbaikan Sistem: Ketersediaan Obat Psikiatri Injeksi di Rumah Sakit



Interpretasi:

Capaian ketersediaan obat psikiatri injeksi di rumah sakit tidak mencapai standar. Hal ini disebabkan kekosongan nasional obat Injeksi Lodomer/ Haloperidol Injeksi.pada bulan Juli dan Agustus, RS melakukan peminjaman obat ke RS lain sebagai upaya memenuhi kebutuhan pasien gaduh gelisah. Pada pertengahan Bulan September, injeksi Lodomer sudah tersedia di rumah sakit.

- Rencana Tindak Lanjut:
- Melakukan koordinasi dengan bidang terkait perencanaan dan pengadaan obat.

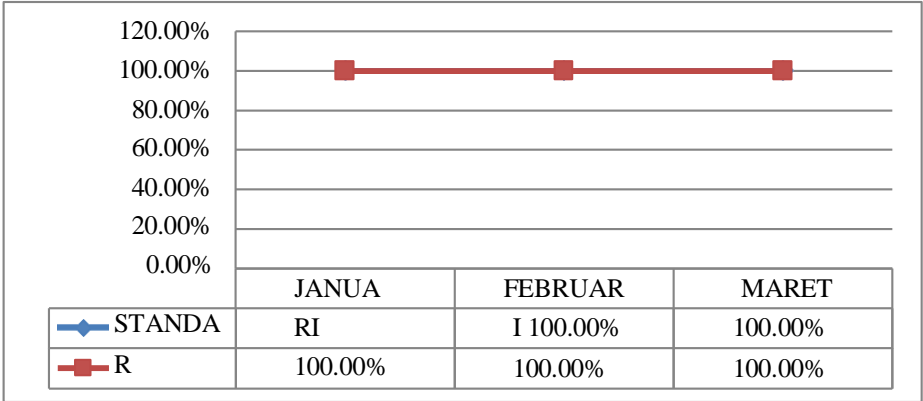
C. Indikator Prioritas Unit

NO	UNIT	INDIKATOR MUTU UNIT	TARGET	CAPAIAN		
				JANUARI	FEBRUARI	MARET
1	Instalasi Gawat Darurat	Waktu Tanggap Pelayanan IGD ≤ 5 menit	100%	100%	100%	100%
2	Ruang ICU	Ketepatan Kriteria Masuk Pasien ICU	100%	100%	100%	100%

3	Ruang OK	Kepatuhan Asesmen Pra Operasi	100%	100%	94,03%	100%
4	Instalasi Farmasi	Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi Pasien Rawat Jalan ≤30 menit	≥80%	35,67%	32,69%	29,56%
5	Instalasi Loundry	Tidak Ada Kejadian Linen Hilang	≥80%	100%	100%	100%
6	Laboratorium	Tidak Ada Pengulangan Pengambilan Sampel Darah Pasien	≥80%	92,86%	95,45%	95,24%
7	Radiologi	Tidak Ada Kejadian Kegagalan Pelayanan Radiologi	≥80%	100%	100%	100%
8	Instalasi Pemeliharaan Sarana & Prasarana Rumah Sakit (IPSRs)	Kecepatan Waktu Menanggapi Kerusakan Alat	≥80%	Tdk ada data masuk	Tdk ada data masuk	Tdk ada data masuk
9	Instalasi Rawat Jalan	Kepatuhan Skrining Risiko Jatuh	≥80%	Tdk ada data masuk	Tdk ada data masuk	Tdk ada data masuk
10	Rawat Inap Penyakit Dalam	Asesmen Awal Medis dalam 24 Jam Setelah Pasien Masuk Rawat Inap	≥80%	9,64%	17,24%	0%
11	Rawat Inap Anak	Waktu Tunggu Pasien Anak Mendapatkan Kamar Rujukan <1 jam	≥80%	100%	Tdk ada pasien anak yang dirujuk	100%
12	Rawat Inap Bedah	Asesmen Nyeri Pada Pasien Rawat Inap Bedah	≥80%	100%	62,96%	100%

13	Rawat Inap Kebidanan	Tidak Ada Kejadian Kematian Akibat Persalinan	100%	100%	100%	100%
14	Rawat Inap Perinatologi	Kemampuan menangani BBLR	90%	100%	100%	100%
15	Rawat Inap Jiwa	Tidak Ada Kejadian pasien pulang sebelum dinyatakan sembuh	≥80%	93,75%	100%	100%
16	Ruang Hemodialisa	Kecepatan Menangani Komplikasi Tindakan Hemodialis	≥80%	100%	Tdk ada komplikasi	Tdk ada komplikasi
17	Instalasi Gizi	Ketepatan Waktu Distribusi Makanan Kepada Pasien	≥80%	98,84%	95,89%	98,56%
18	Rekam Medis	Angka Ketersediaan Dokumen Rekam Medis Pasien Rawat Jalan	100%	94,87%	95,89%	97,48%
19	Keuangan	Ketepatan jadwal Pengiriman Berkas Klaim ke Kantor BPJS Kesehatan	100%	Tdk ada data masuk	Tdk ada data masuk	Tdk ada data masuk
20	Unit Trasnfusi Darah	Tidak Ada Kejadian Reaksi Transfusi	≥80%	100%	100%	100%

1. Instalasi Gawat Darurat: Waktu Tanggap Pelayanan IGD ≤ 5 menit





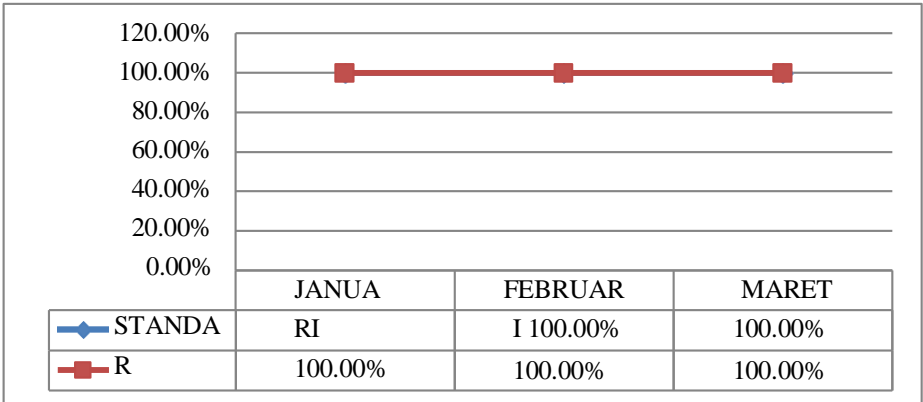
Interpretasi:

Waktu tanggap pelayanan IGD  $\leq 5$  meit sudah mencapai target yaitu 100% setiap bulannya. Terlihat gambaran petugas sudah melakukan sesuai standar waktu tanggap.

Rencana Tindak Lanjut:

- Mempertahankan pencapaian waktu tanggap dengan melakukan pelayanan sesuai dengan SPO

2. Ruang ICU: Ketepatan Kriteria Masuk Pasien ICU



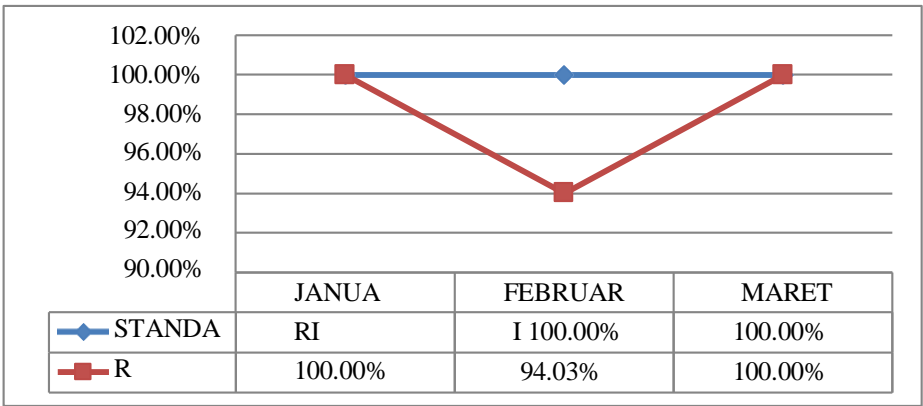
Interpretasi:

Ketepatan kriteria masuk pasien ICU sudah mencapai standar pada Bulan Januari-Maret 2024.

Rencana Tindak Lanjut:

- Mempertahankan capaian waktu tanggap dengan melakukan pelayanan sesuai dengan SPO

3. Ruang OK: Kepatuhan Asesmen Pra Operasi



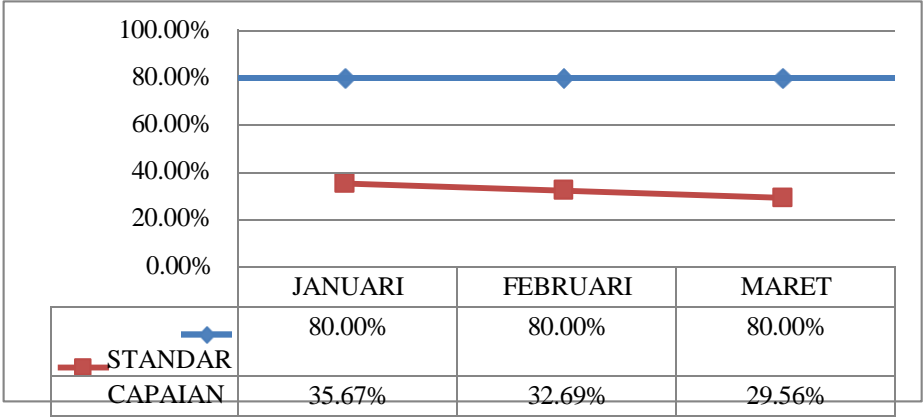
Interpretasi:

Pelaksanaan asesmen pra operasi mengalami penurunan pada bulan Februari namun sudah mencapai standar di bulan Januari dan Maret 2024.

Rencana Tindak Lanjut:

- Mempertahankan capaian waktu tanggap dengan melakukan pelayanan sesuai dengan SPO

4. Instalasi Farmasi: Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi Pasien Rawat Jalan ≤30 menit



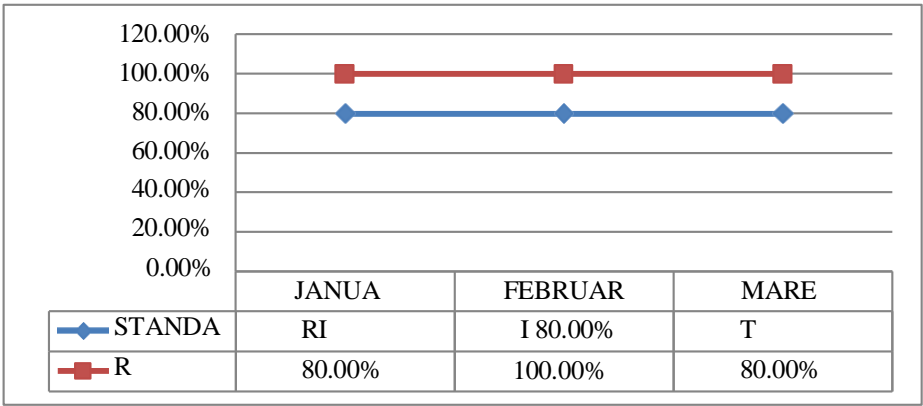
Interpretasi:

Waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien rawat jalan ≤30 menit pada Trimester I 2024 masih belum mencapai standar yaitu 80%. Hal ini disebabkan pelayanan poliklinik yang di jam bersamaan sehingga menyebabkan penumpukan resep. Jumlah petugas farmasi yang bertugas di jam kerja yang terbatas menyebabkan waktu tunggu pelayanan obat yang memanjang dan tidak sesuai standar.

Rencana Tindak Lanjut:

- Penataan jadwal jaga petugas farmasi
- Memberikan rekomendasi penggunaan SIMRS dalam peresepan obat pasien rawat jalan
- Pengajuan penambahan tenaga farmasi

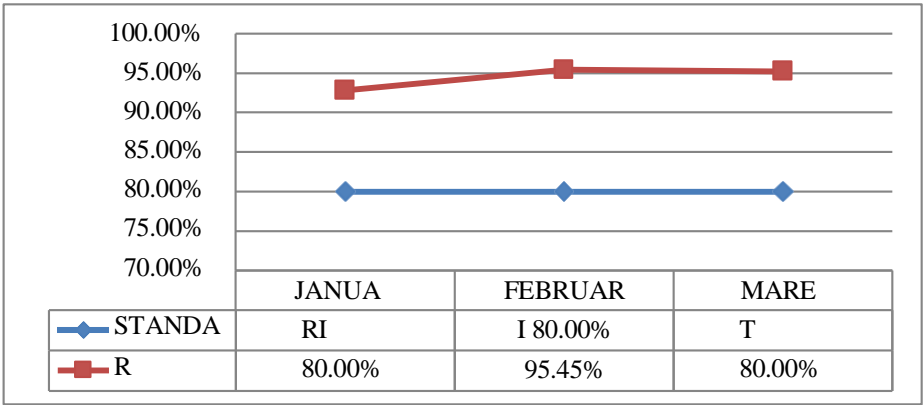
5. Instalasi Loundry: Tidak Ada Kejadian Linen Hilang



Interpretasi:  
Sudah tidak ditemukan kejadian linen hilang di Instalasi Loundry pada Triwulan I tahun 2024.

- Rencana Tindak Lanjut:
- Mempertahankan capaian waktu tanggap dengan melakukan pelayanan sesuai dengan SPO

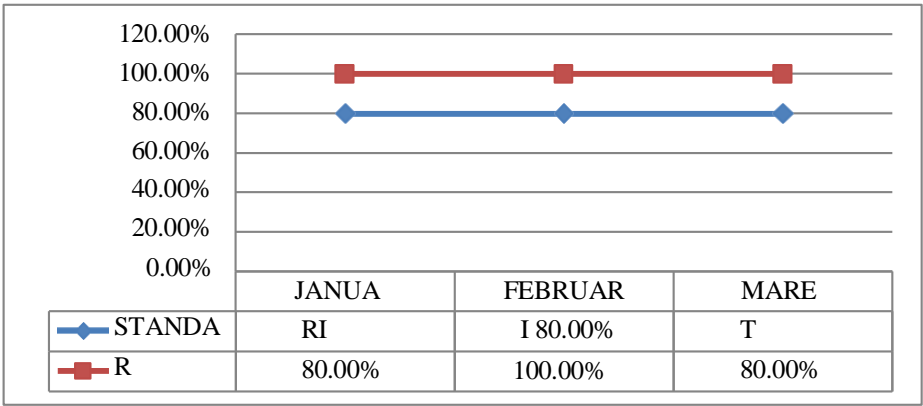
6. Laboratorium: Tidak Ada Angka Pengulangan Pengambilan Sampel Darah Pasien



Interpretasi:  
Masih ditemukan pengulangan pengambilan sampel darah pasien di laboratorium, namun capaiannya sudah baik dan melebihi standar yang telah ditetapkan.

- Rencana Tindak Lanjut:
- Mempertahankan capaian waktu tanggap dengan melakukan pelayanan sesuai dengan SPO

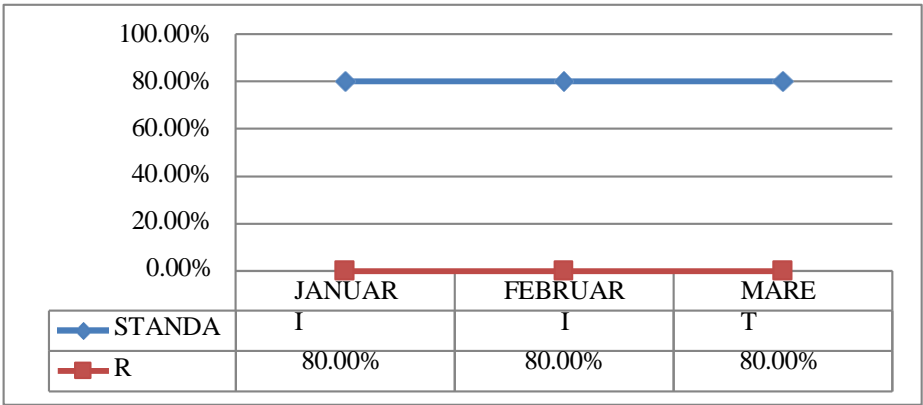
7. Radiologi: Tidak Ada Kejadian Kegagalan Pelayanan Radiologi



Interpretasi:  
Tidak ditemukan kegagalan pelayanan radiologi pada periode Januari- Maret 2024. Capaian ini sudah mengalami perbaikan dibandingkan trimester sebelumnya dan sudah melebihi target yang ditetapkan.

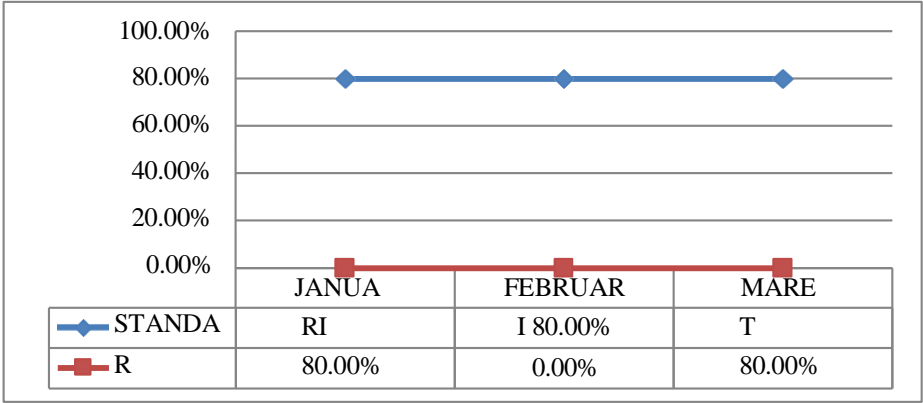
- Rencana Tindak Lanjut:
- Mempertahankan capaian waktu tanggap dengan melakukan pelayanan sesuai dengan SPO

8. Instalasi Pemeliharaan Sarana & Prasarana Rumah Sakit (IPSR):  
Kecepatan Waktu Menanggapi Kerusakan Alat



- Interpretasi:  
Tidak ada data masuk
- Rencana Tindak Lanjut:
- Sosialisasi pengumpulan data indicator mutu
  - monitoring dan evaluasi proses pengumpulan data

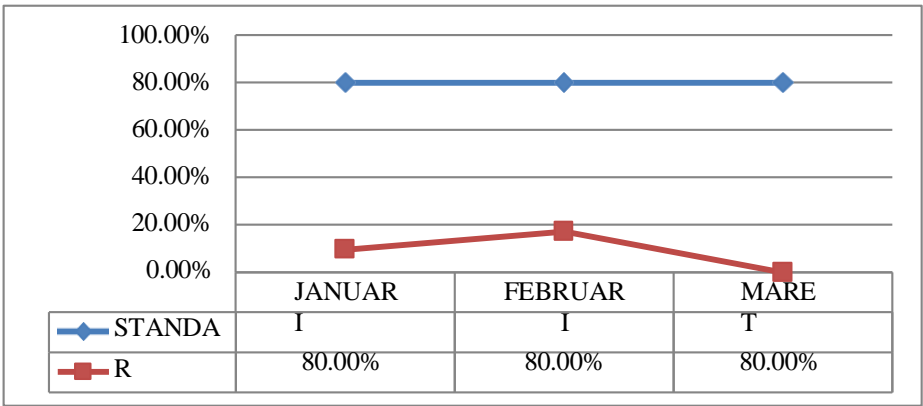
9. Instalasi Rawat Jalan: Kepatuhan Skrining Risiko Jatuh



Interpretasi:  
Tidak ada data masuk.

- Rencana Tindak Lanjut:
- Sosialisasi pengumpulan data indicator mutu
  - monitoring dan evaluasi proses pengumpulan data

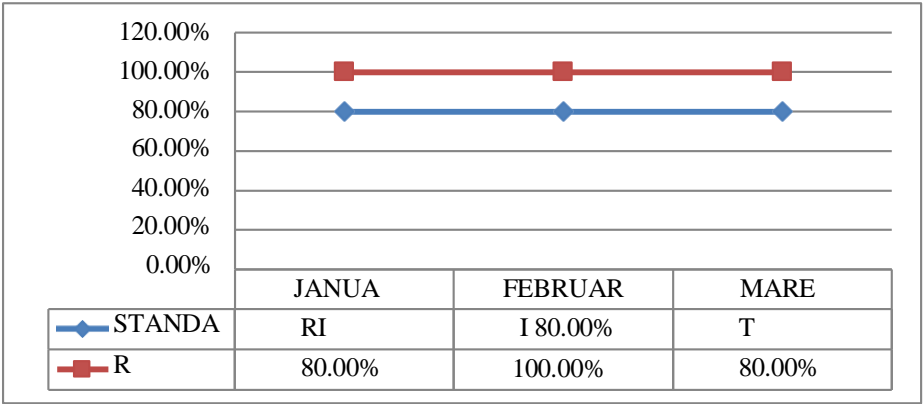
10.Rawat Inap Penyakit Dalam: Asesmen Awal Medis dalam 24 Jam Setelah Pasien Masuk Rawat Inap



Interpretasi:  
Pelaksanaan asesmen awal medis pasien rawat inap pada Trimester I Tahun 2024 tidak sesuai standar. Beberapa asesmen awal medis rawat inap masih diisi oleh DPJP pada saat pasien akan pulang.

- Rencana Tindak Lanjut:
- Berkoordinasi dengan Komite Medis terkait sosialisasi pengisian asesmen awal medis pasien rawat inap
  - Melakukan monitoring dan evaluasi untuk meningkatkan capaian sesuai dengan standar

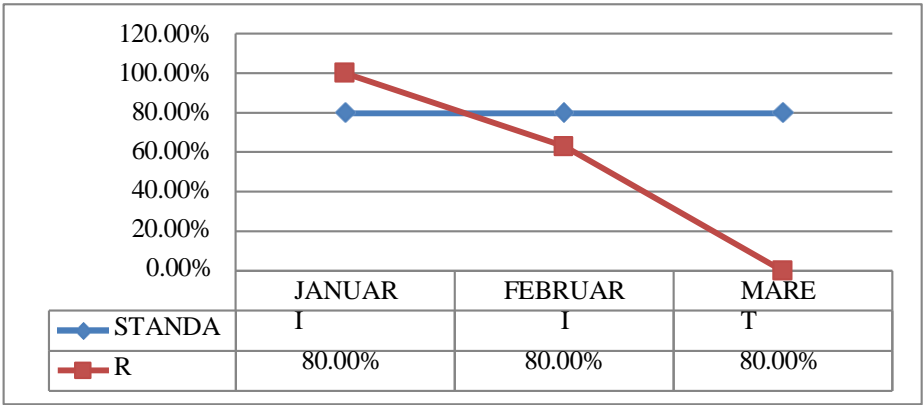
11. Rawat Inap Anak: Waktu Tunggu Pasien Anak Mendapatkan Kamar Rujukan <1 jam



Interpretasi:  
Capaian waktu tunggu anak mendapatkan kamar rujukan < 1 jam pada bulan Januari dan Maret sudah mencapai 100%. Pada bulan Februari tidak ada pasien anak yang dirujuk.

- Rencana Tindak Lanjut:
- Melakukan monitoring dan evaluasi untuk mempertahankan capaian sesuai dengan standar

12. Rawat Inap Bedah: Asesmen Nyeri Pada Pasien Rawat Inap Bedah

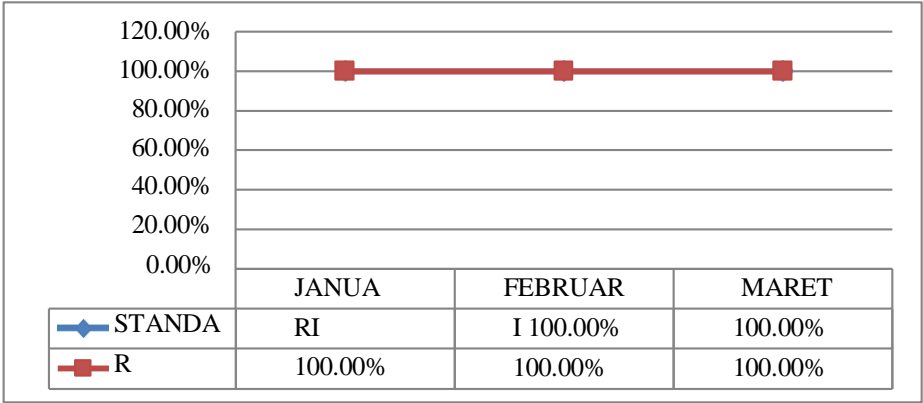


Interpretasi:  
Capaian Asesmen Nyeri Pada Pasien Rawat Inap Bedah pada Bulan Februari tidak mencapai standar, sedangkan di Bulan Maret 2024 tidak ada data yang masuk.

- Rencana Tindak Lanjut:
- Sosialisasi pengumpulan data indikator mutu

- monitoring dan evaluasi proses pengumpulan data

13. Rawat Inap Kebidanan: Tidak Ada Kejadian Kematian Akibat Persalinan

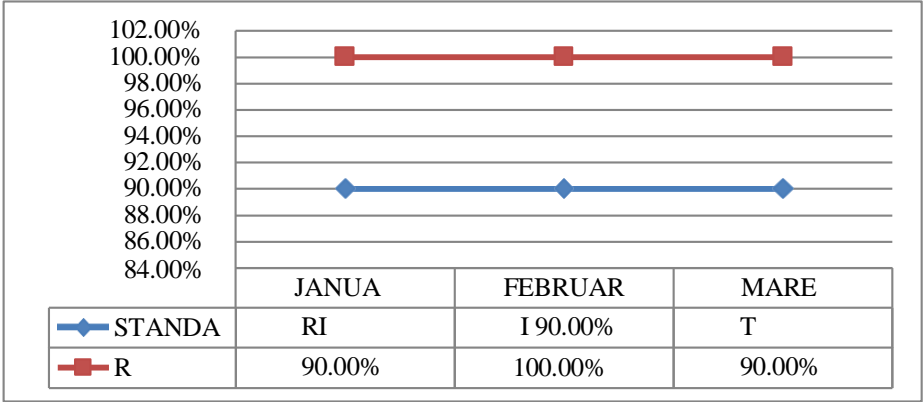


Interpretasi:  
Capaian idikator Tidak Adanya Kejadian Kematian Akibat Persalinan pada Triwulan I Tahun 2024 sudah mencapai standar.

Rencana Tindak Lanjut:

- Mempertahankan capaian dengan melakukan Tindakan sesuai SPO

14. Rawat Inap Perinatologi: Kemampuan menangani BBLR

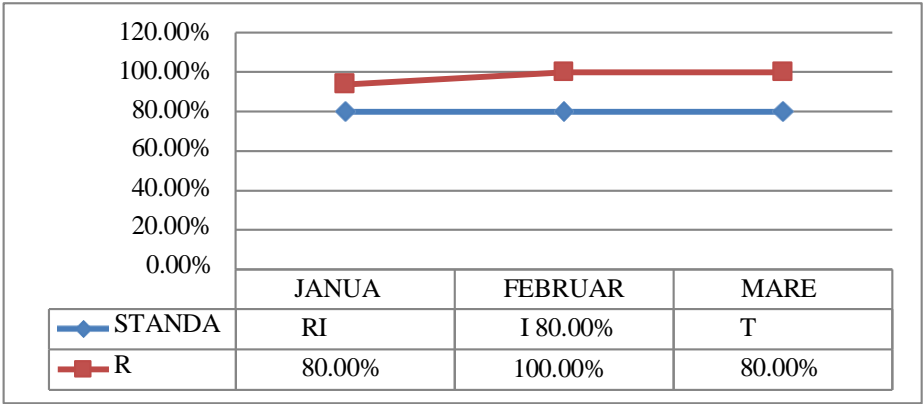


Interpretasi:  
Angka kemampuan menangani bayi berat badan lahir rendah sudah mencapai target pada triwulan I Tahun 2024.

Rencana Tindak Lanjut:

- Mempertahankan capaian dengan melakukan Tindakan sesuai SPO.

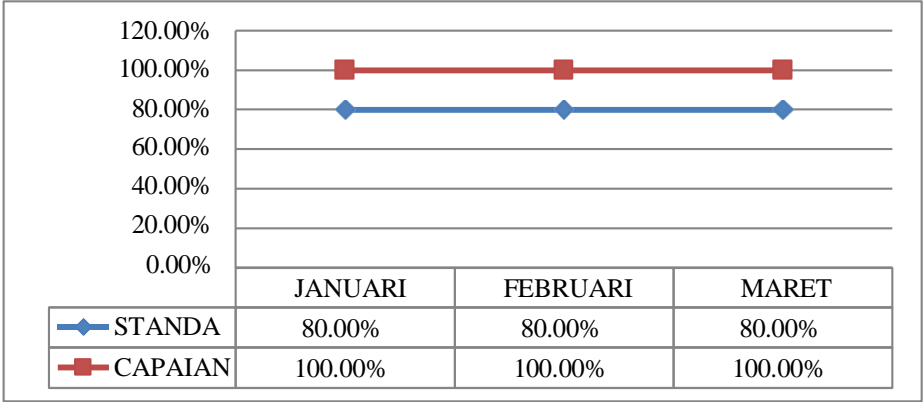
15.Rawat Inap Jiwa: Tidak Ada Kejadian pasien pulang sebelum dinyatakan sembuh



Interpretasi:  
Ditemukan kejadian pasien pulang sebelum dinyatakan sembuh pada bulan Januari 2024 namun capaian indikaotrnya sudah mencapai target.

- Rencana Tindak Lanjut:
- Mempertahankan capaian dengan melakukan Tindakan sesuai SPO.

16.Ruang Hemodialisa: Kecepatan Menangani Komplikasi Tindakan Hemodialisis

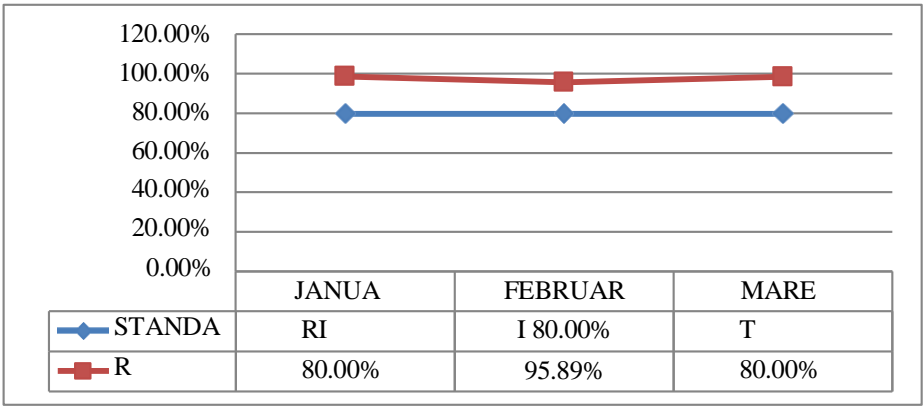


Interpretasi:  
Capaian Kecepatan Menangani Komplikasi Tindakan Hemodialisis sudah mencapai standar.

- Rencana Tindak Lanjut:
- Mempertahankan capaian dengan melakukan Tindakan sesuai SPO.



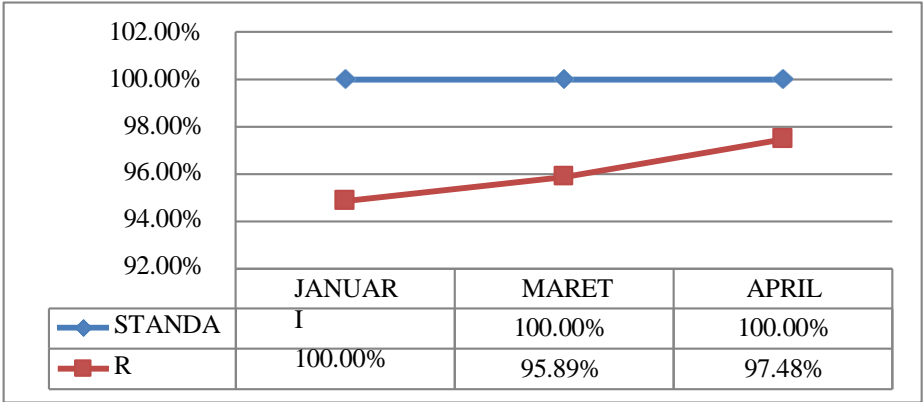
17.Instalasi Gizi: Ketepatan Waktu Distribusi Makanan Kepada Pasien



Interpretasi:  
Ketepatan distribusi makanan kepada pasien pada Januari-Maret 2024 sudah mencapai standar.

- Rencana Tindak Lanjut:
- Mempertahankan capaian dengan melakukan Tindakan sesuai SPO.

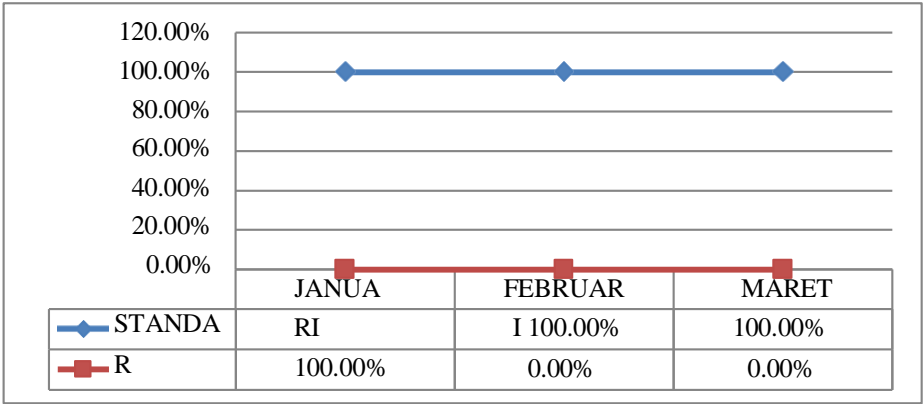
18.Rekam Medis: Angka Ketersediaan Dokumen Rekam Medis Pasien Rawat Jalan



Interpretasi:  
Angka keterlambatan ketersediaan dokumen rekam medis pasien rawat jalan masih belum sesuai dengan standar yang disebabkan penumpukan jumlah rekam medis yang harus disiapkan pada waktu yang bersamaan.

- Rencana Tindak Lanjut:
- Melakukan evaluasi SPO pendaftaran pasien rawat jalan

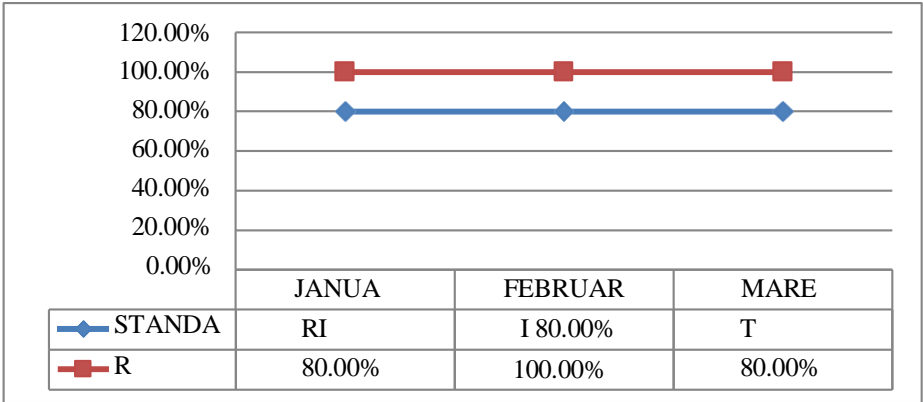
19.Keuangan: Ketepatan jadwal Pengiriman Berkas Klaim ke Kantor BPJS Kesehatan



Interpretasi:  
Tidak ada data masuk

- Rencana Tindak Lanjut:
- Evaluasi proses pengumpulan data mutu keuangan

20. Unit Trasnfusi Darah: Tidak Ada Kejadian Reaksi Transfusi



Interpretasi:  
Tidak ditemukan kejadian reaksi transfusi pada Janurai-Maret 2024

- Rencana Tindak Lanjut:
- Mempertahankan capaian dengan melakukan Tindakan sesuai SPO.

#### **D. Hasil Monitoring dan Evaluasi Indikator Nasional Mutu, Indikator Mutu Rumah Sakit dan Indikator Mutu Unit**

Jumlah indikator mutu yang dipantau selama bulan April sampai dengan Juni ada 43 indikator yang terdiri dari 13 indikator nasional mutu, 10 indikator mutu prioritas Rumah Sakit, dan 20 indikator mutu Prioritas Unit. Tidak semua indikator mutu yang dipantau mencapai target atau sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Indikator mutu tersebut tetap dilanjutkan dalam pengumpulan dan analisis datanya sampai triwulan ke empat tahun 2024.

Penyebab indikator yang tidak mencapai target di duga antara lain PDCA terhadap indikator mutu unit yang belum mencapai target belum dilaksanakan, kurangnya supervisi serta monitoring terhadap pelaksanaan kegiatan. Oleh karena itu, diperlukan peningkatan motivasi unit kerja untuk melaksanakan pengumpulan data dan pelaporan indikator mutu unit kerja serta melaksanakan koordinasi setiap bulan dengan unit/instalasi untuk membahas indikator masing – masing yang belum mencapai target.

**BAB IV**

**HASIL PEMANTAUAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN (IKP)**

**I. INSIDEN KESELAMATAN PASIEN**

Laporan insiden keselamatan pasien (IKP) di RSJKO Engku Haji Daud pada bulan Januari-Maret 2024 dapat dilihat pada tabel berikut :

**LAPORAN INSIDEN**

**KESELAMATAN PASIEN RSJKO ENGKU HAJI DAUD**

**BULAN JANUARI 2024**

No	Insiden	Jumlah
1.	Kondisi Pontensial Cedera Signifikan/ KPCS	-
2.	Kejadian Nyaris Cedera/ KNC ( <i>Near miss</i> )	3
3.	Kejadian Tidak Cedera/ KTC	0
4.	Kejadian Tidak Diharapkan/ KTD ( <i>Adverse Event</i> )	1
5.	Kejadian Sentinel ( <i>Sentinel Event</i> )	0
	<b>Total</b>	<b>4</b>

**LAPORAN INSIDEN**

**KESELAMATAN PASIEN RSJKO ENGKU HAJI DAUD**

**BULAN FEB 2024**

No	Insiden	Jumlah
1.	Kondisi Pontensial Cedera Signifikan/ KPCS	-
2.	Kejadian Nyaris Cedera/ KNC ( <i>Near miss</i> )	2
3.	Kejadian Tidak Cedera/ KTC	-
4.	Kejadian Tidak Diharapkan/ KTD ( <i>Adverse Event</i> )	-
5.	Kejadian Sentinel ( <i>Sentinel Event</i> )	-
	<b>Total</b>	<b>2</b>

LAPORAN INSIDEN  
KESELAMATAN PASIEN RSJKO ENGKU HAJI DAUD  
BULAN MARET 2024

No	Insiden	Jumlah
1.	Kondisi Pontensial Cedera Signifikan/ KPCS	-
2.	Kejadian Nyaris Cedera/ KNC ( <i>Near miss</i> )	1
3.	Kejadian Tidak Cedera/ KTC	-
4.	Kejadian Tidak Diharapkan/ KTD ( <i>Adverse Event</i> )	-
5.	Kejadian Sentinel ( <i>Sentinel Event</i> )	-
	Total	1

II. TIPE INSIDEN

Tipe insiden keselamatan pasien di RSJKO Engku Haji Daud pada bulan Januari-Maret 2024 dapat dilihat pada tabel berikut :

**TIPE INSIDEN**  
**KESELAMATAN PASIEN RSJKO ENSKU HAJI DAUD**  
**BULAN JANUARI-MARET 2024**

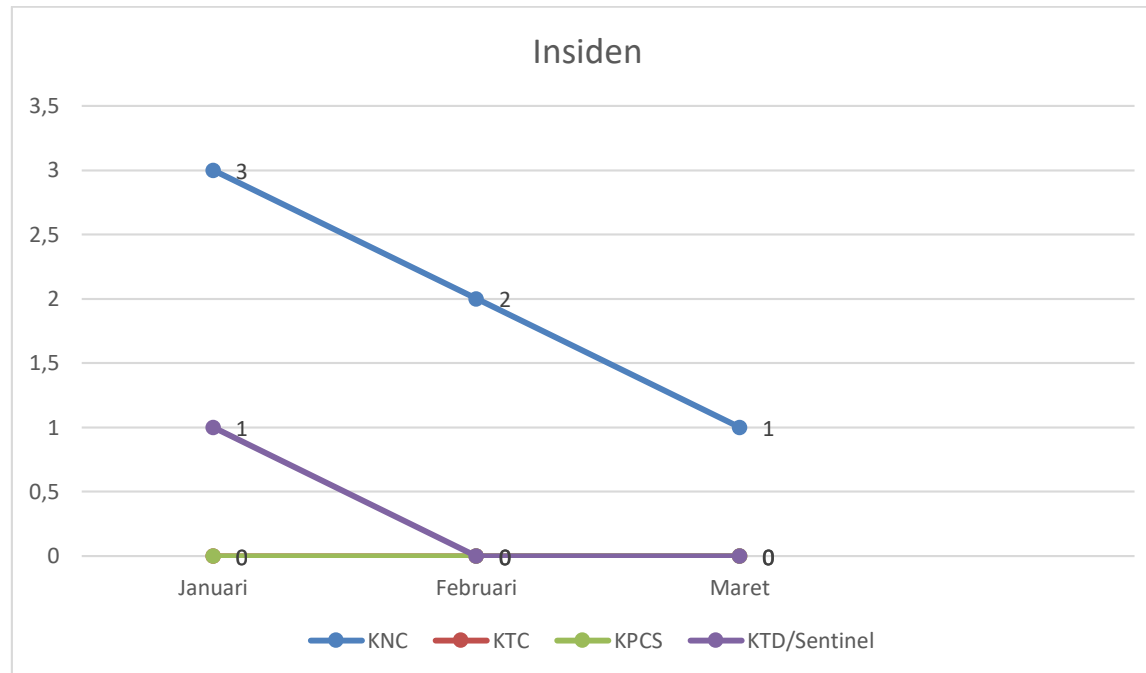
No	Insiden	Jenis Insiden	Tipe Insiden	Sub Tipe Insiden	Dampak	RTL
1.	Salah pemberian obat dari apotik (resep propanolol dikasi profofol)	KNC	Medikasi	Pemaketan	Tidak ada cedera (tidak signifikan)	Investigasi sederhana <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbaiki proses pemberian obat pasien sesuai SPO</li> <li>- Lakukan double check</li> </ul>
2.	Salah identitas pasien	KTD	Administrasi Klinik	Identifikasi Pasien	Cedera ringan	Dilakukan RCA <ul style="list-style-type: none"> <li>- SPO pendaftaran pasien, sosialisasi SPO pendaftaran pasien, evaluasi pelaksanaan pendaftaran pasien</li> <li>- Sosialisasi SPO identifikasi pasien, evaluasi pelaksanaan identifikasi pasien</li> <li>- Pengadaan alat cetak identifikasi pasien</li> </ul>

						<ul style="list-style-type: none"> <li>- Membuat SPO triase dan sosialisasi SPO triage</li> <li>- Sosialisasi SPO pemasangan dan pelepasan gelang identitas pasien</li> <li>- Laporan kematian pasien</li> <li>- Membuat SPO persetujuan tindakan medis (informed consent), sosialisasi SPO persetujuan tindakan medis</li> </ul>
3.	Salah penulisan aturan minum obat di etiket obat	KNC	Medikasi	Pemaketan	Tidak ada cedera (tidak signifikan)	Investigasi sederhana <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbaiki proses pemberian obat pasien sesuai SPO</li> <li>- Lakukan double check</li> </ul>
4.	Salah menyiapkan obat di apotik	KNC	Medikasi	Persiapan/ <i>Dispensing</i>	Tidak ada cedera (tidak signifikan)	Investigasi sederhana <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbaiki proses pemberian obat pasien sesuai SPO</li> <li>- Lakukan double check</li> </ul>
5.	Salah penulisan sediaan obat di resep	KNC	Medikasi	Peresepan	Tidak ada cedera (tidak signifikan)	Investigasi sederhana <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbaiki proses penulisan resep online secara benar, lengkap dan tepat waktu</li> </ul>

6.	Salah pemberian dosis antibiotik (kurang dari kebutuhan)	KNC	Medikasi	Salah dosis	Tidak ada cedera (tidak signifikan)	Investigasi sederhana <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sosialisasi ulang SPO komunikasi verbal via telfon (SBAR)</li> <li>- Terapkan TBAK</li> </ul>
7.	Salah penulisan identitas pasien (tanggal lahir tidak sesuai dengan KTP)	KNC	Administrasi klinik	Admisi	Tidak ada cedera (tidak signifikan)	Investigasi sederhana <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbaiki proses pendaftaran pasien sesuai dengan identitas resmi</li> </ul>



**LAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN**  
**RSJKO ENGKU HAJI DAUD**  
**BULAN JANUARI-MARET 2024**



### **III. ANALISIS INSIDEN**

#### **1. AKIBAT REAKSI TRANSFUSI**

Dari data pelaporan insiden keselamatan pasien (IKP) yang diterima untuk periode bulan januari – bulan maret 2024 tidak ada laporan insiden akibat reaksi transfusi darah di RSJKO Engku Haji Daud.

#### **2. EFEK SAMPING OBAT**

Dari data pelaporan insiden keselamatan pasien (IKP) yang diterima untuk periode bulan januari – bulan maret 2024 tidak ada laporan insiden baik KNC, KTC ataupun KTD/ Sentinel yang terjadi akibat efek samping obat di RSJKO Engku Haji Daud.

#### **3. KESALAHAN PENGobatan (MEDICATION ERROR)**

Dari data pelaporan insiden keselamatan pasien (IKP) yang diterima untuk periode bulan januari – bulan maret 2024 terdapat 4 (empat) laporan insiden kejadian nyaris cedera (KNC) terkait kesalahan pengobatan (medication error) di RSJKO Engku Haji Daud. Setelah dilakukan analisis laporan insiden KNC terkait kesalahan pengobatan maka dapat diketahui untuk insiden KNC kesalahan pengobatan yang terjadi di RSJKO Engku Haji Daud terdiri dari salah pemberian jenis obat tidak sesuai dengan resep pasien, salah menuliskan aturan minum obat di etiket obat, salah menyiapkan obat dan salah menuliskan sediaan obat di resep. Untuk tipe insiden medikasi dan sub tipe insiden terdiri dari peresepan, persiapan dan pemaketan. Selanjutnya untuk jenis insiden KNC dilakukan investigasi sederhana oleh kepala unit kerja farmasi dan dilakukan rencana tindak lanjut (RTL) yang meliputi perbaikan proses pemberian obat pasien yang meliputi proses peresepan, persiapan, pemaketan dengan melakukan sosialisasi SPO pemberian obat pasien dan melakukan prosedur double check. Selanjutnya kepala unit kerja farmasi melakukan monitoring dan evaluasi kepatuhan pelaksanaan SPO pemberian obat pasien.

#### **4. PERBEDAAN DIAGNOSIS PRAOPERASI DAN PASCA OPERASI**

Dari data pelaporan insiden keselamatan pasien (IKP) yang diterima untuk periode bulan januari – bulan maret 2024 tidak ada laporan insiden baik KNC, KTC ataupun KTD/ Sentinel yang terjadi akibat perbedaan besar (*discrepancy*) antara diagnosis praoperasi dan diagnosis pasca operasi di RSJKO Engku Haji Daud.

#### **5. EFEK SAMPING SEDASI MODERAT**

Dari data pelaporan insiden keselamatan pasien (IKP) yang diterima untuk periode bulan januari – bulan maret 2024 tidak ada laporan insiden baik KNC,

KTC ataupun KTD/ Sentinel yang terjadi akibat efek samping atau pola efek samping selama sedasi moderate atau mendalam di RSJKO Engku Haji Daud

Mengetahui,  
Direktur Rumah Sakit Jiwa dan  
Ketergantungan Obat Engku Haji Daud

dr. ASEP GUNTUR SAPARI, MARS  
Pembina Tk.I  
NIP.197702092005021003

Tanjung Uban, April 2024  
Ketua Komite Mutu Rumah Sakit Jiwa dan  
Ketergantungan Obat Engku Haji Daud



dr. MAULANA OKTA RHEZA, Sp.A  
NIP. 198910182015031003