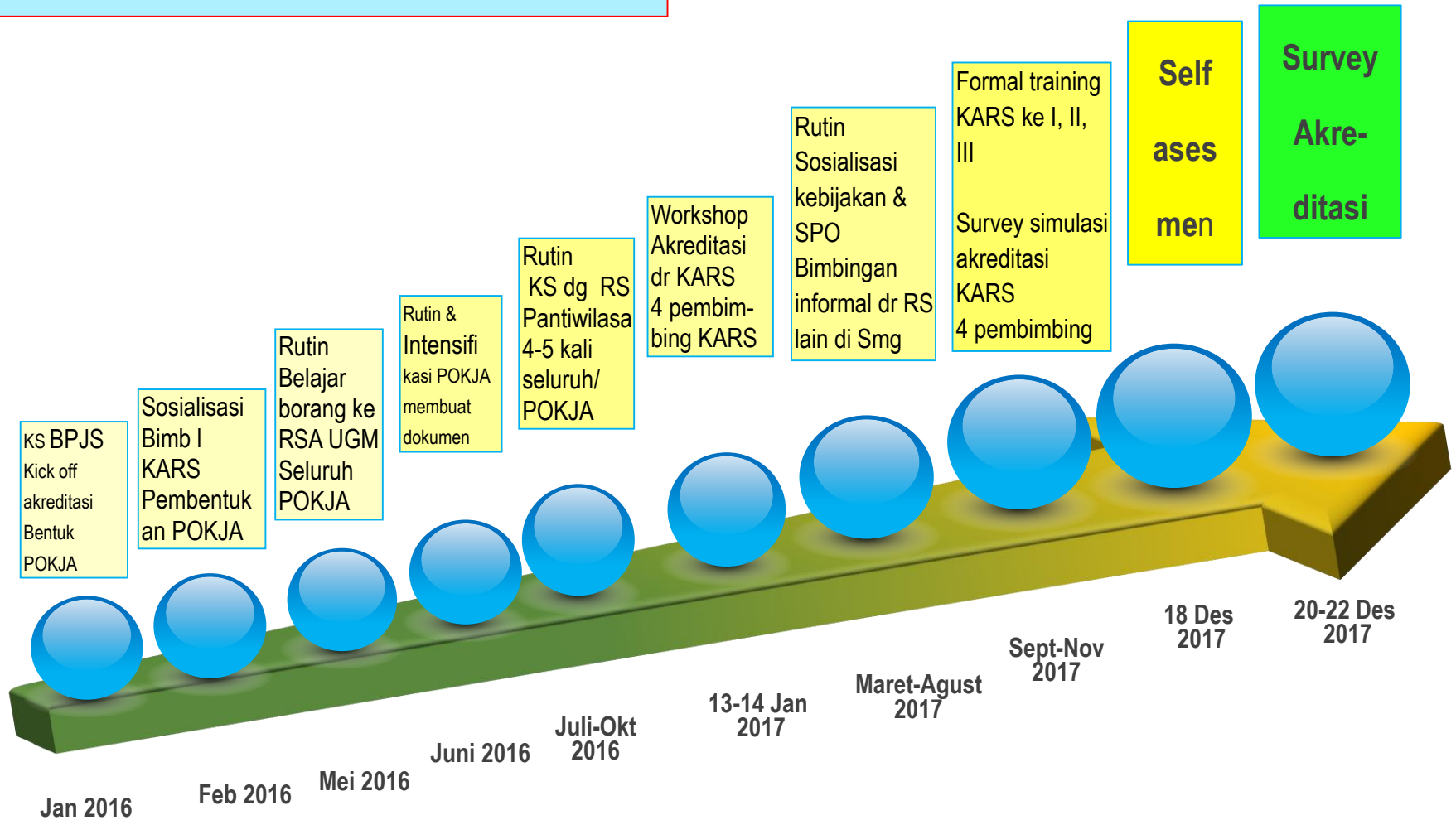


PENINGKATAN MUTU & KESELAMATAN PASIEN

**RUMAH SAKIT NASIONAL
DIPONEGORO
SEMARANG
TAHUN 2017**

Timeline Akreditasi RSND



Identitas Rumah Sakit

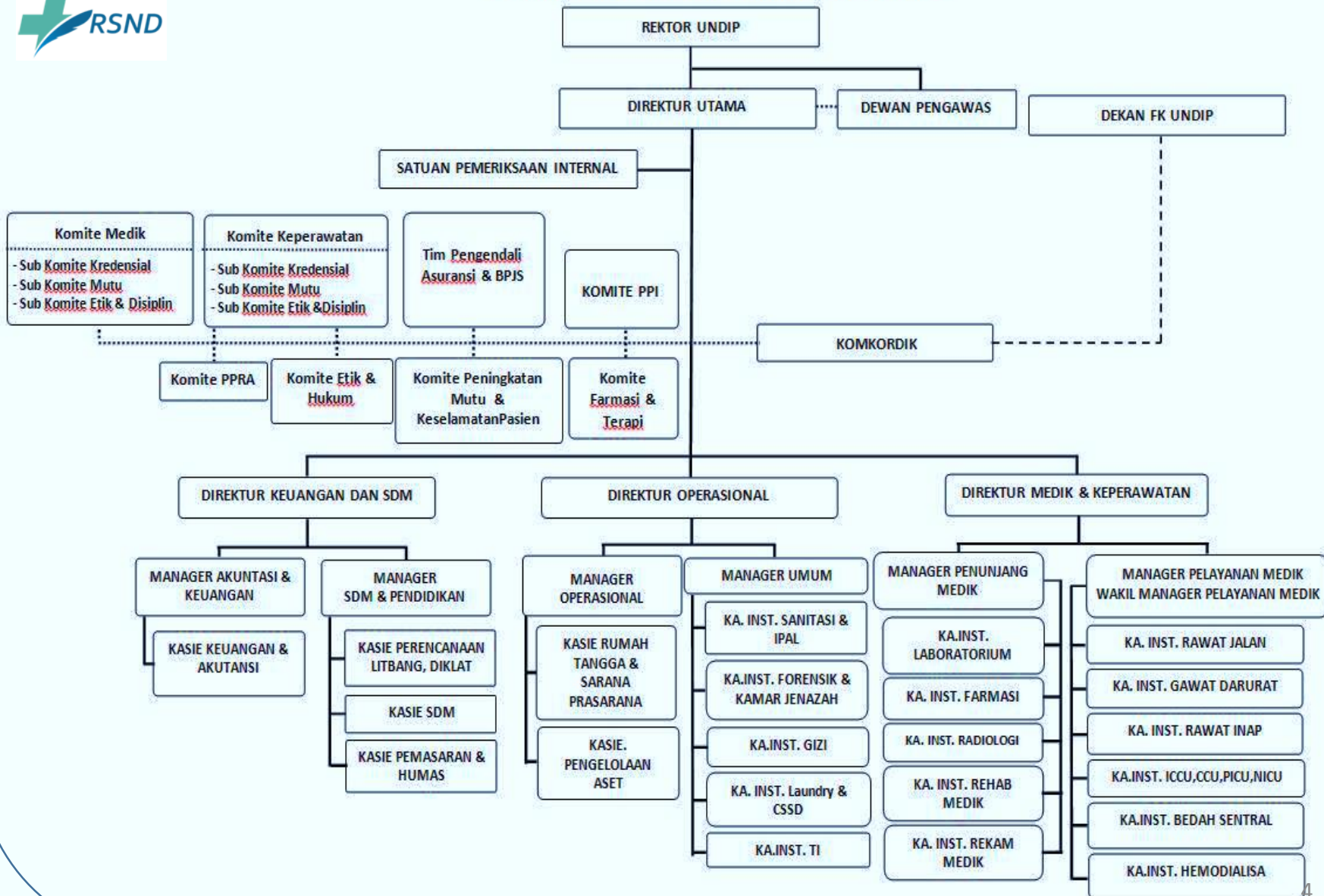
Nama RS	Rumah Sakit Nasional Diponegoro (RSND)
Alamat	Jl. Prof H Soedarto SH, Tembalang, Semarang
Status	Kelas C
Ijin Operasional	Ka DKK Semarang, 445/5435 -29 Mei-2015
Kapasitas TT	Sementara 107 bed, expanded 300 bed
Luas Lahan (m2)	58.431,27 + 8.637,90 (datar) + 19.256.06 (+lereng)
Luas Bangunan	27.000 + 7000 (lab central) = 34.000 m2

Terletak pada sudut kiri belakang Kampus UNDIP

Struktur Organisasi RSND (SK Rektor UNDIP No.14, 2017)



STRUKTUR ORGANISASI RUMAH SAKIT NASIONAL DIPONEGORO



VISI

Menjadi rumah sakit pendidikan yang terkemuka dikawasan Asia Pasifik pd th 2026

VALUE

R = Ramah

S = Sopan

N = Nalar

D = Dipercaya

MISI



1. Menyelenggarakan pendidikan dokter serta tenaga kesehatan lain, bersama fakultas terkait.
2. Melaksanakan penelitian sebagai sumbangan pengembangan ilmu dan teknologi
3. Memberikan pelayanan kesehatan perseorangan paripurna yang berkualitas.
4. Menyelenggarakan pengabdian masyarakat berbasis ilmu dan teknologi tepat guna.
5. Melakukan perencanaan, pelaksanaan, evaluasi serta perbaikan menyeluruh secara rutin dan terstruktur.

Motto

Dedicated to the Patient with a Gentle Touch and Caring Heart

DATA SDM RSND SEMARANG 2017

No	Jenis Ketenagaan	PNS	TKK	MITRA	JUMLAH
1.	Pimpinan	9	2		11
2.	Dokter				
	a. Dr. Spesialis	73	2	3	78
	b. Dr. Umum	17		7	24
	c. Drg. Umum	3		2	5
	d. Drg. Spesialis	1	1	1	3
3	Tenaga Keperawatan	25	113		138
4.	Tenaga Kebidanan	5	9		14
6.	Apoteker + Ass Ap.	4 + 5	1 + 6	0 + 1	17
7.	Tenaga Kesehatan lain	8	54	3	65
8.	Tenaga Non Kesehatan	5	39	0	44
9	Tenaga Outsourcing				170
	JUMLAH	155	227	17	569

Jumlah TT RSND tahun 2017

Nama ruang	Kls 3	Klas 2	Kls 1	VIP	VVIP	Σ
LAVENDER			4	10	1	15
EDELWEIS			2	5	1	8
GLADIOL	20	6	19 (1 isolasi)			45
CRISANT	12	6	8	3		29
Perinatology						4
ICU	5				1	6
(Extendable to 300)					Σ	107

Instalasi Rawat jalan

1. Poli Umum
2. Poli Kesehatan anak
3. Poli Mata
4. Poli THT-KL
5. Poli Penyakit Dalam
6. Poli Syaraf
7. Poli Andrology
8. Poli Bedah : Poli Bedah
 - Poli Bdh Syaraf
 - Poli Bdh Digestif
 - Poli Bdh
 - Onkology
 - Poli Bdh Anak
9. Poli Peny Kulit & Kelamin
10. Poli Kecantikan
11. Poli Jantung
12. Poli Psikiatri
13. Poli Gigi
14. Poli Obstetri & Ginekology
15. Poli Rehab Medik

Pelayanan & Instalasi



Instalasi Rawat Inap

Rawat Inap
Kelas I
Kelas II
Kelas III
VIP
VVIP

Instalasi Gawat Darurat

Instalasi ICU/HCU

Instalasi Radiology

Instalasi Farmasi

Instalasi Hemodialisa

Instalasi Laboratorium

Instalasi Rehab Medik

Instalasi Rekam Medik

Instalasi Penunjang

Instalasi CSSD/Laundry

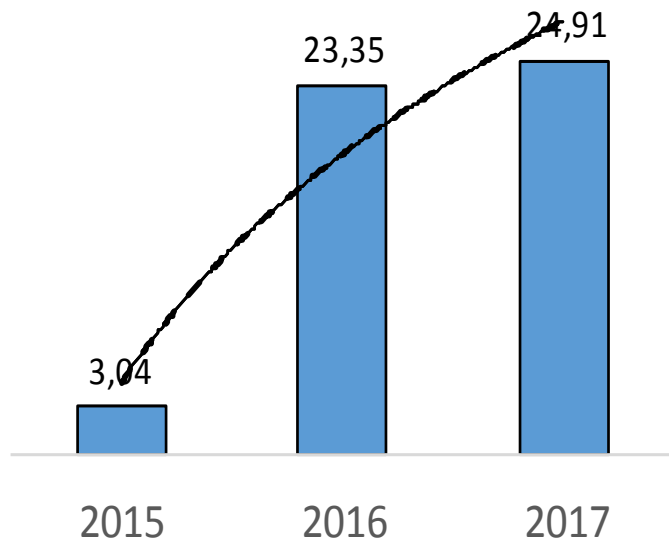
Instalasi Gizi

Instalasi Forensik

BOR

■ BOR ---- Log.(BOR)

$$y = 20,919\ln(x) + 4,6063$$
$$R^2 = 0,9072$$

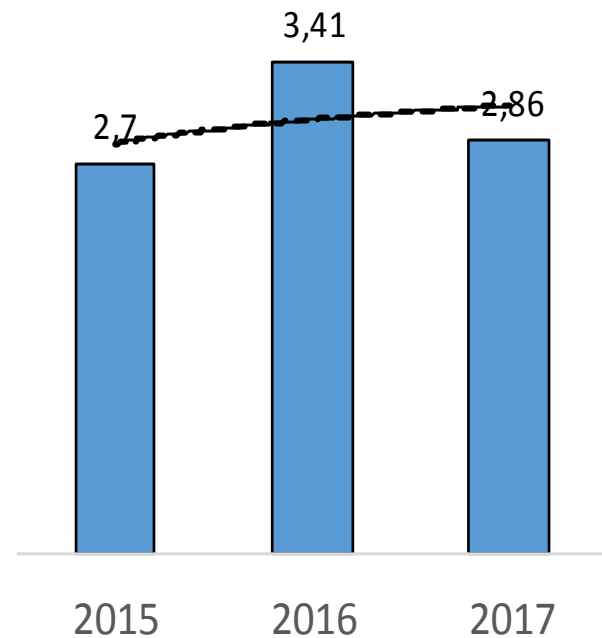


Terdapat tendensi BOR yg mulai meningkat secara perlahan dari tahun ke tahun melalui analisa *log regression* (Dg *Equation* / Persamaan $y = 20,919\ln(x) + 4,6063$ dan $R^2 = 0,9072$)

ALOS

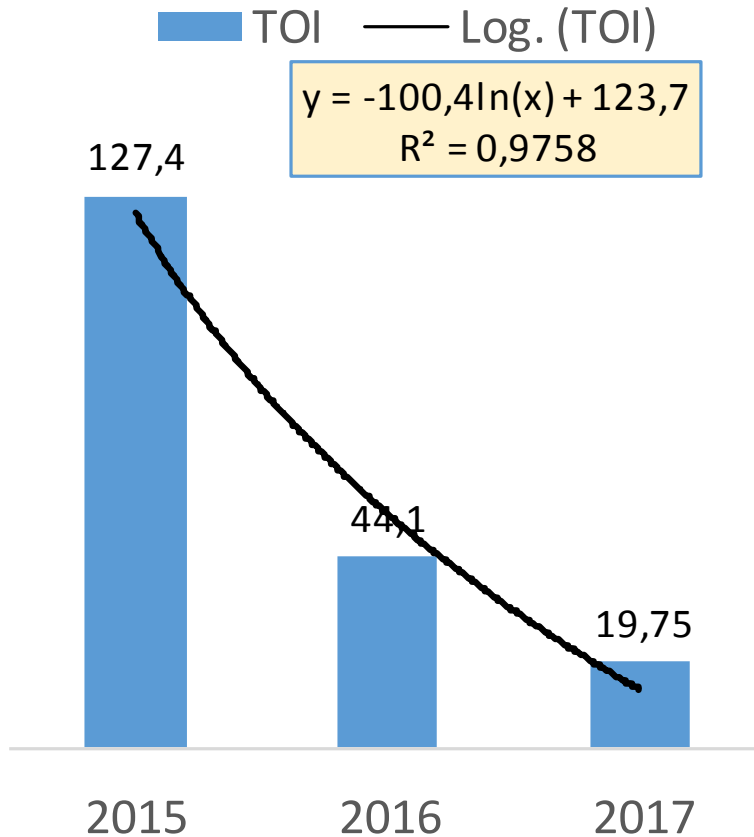
■ ALOS ---- Log. (ALOS)

$$y = 0,2403\ln(x) + 2,8465$$
$$R^2 = 0,1284$$



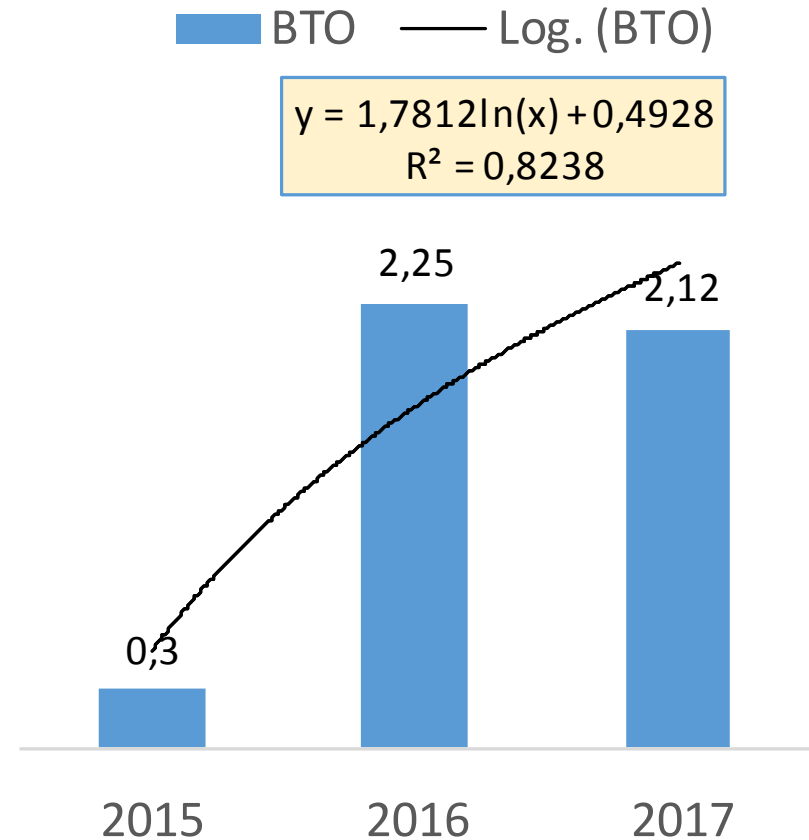
Terdapat tendensi ALOS yg meningkat secara perlahan dari tahun ke tahun melalui analisa *log regression* (Dg *Equation* / Persamaan $y = 0,2403\ln(x) + 2,8465$ dan $R^2 = 0,1284$)

TOI



Terdapat tendensi TOI mulai menurun secara perlahan dari tahun ke tahun melalui analisa *log regression* (Dg *Equation* / Persamaan $y = 100,4\ln(x) + 123,7$ dan $R^2 = 0,9758$)

BTO



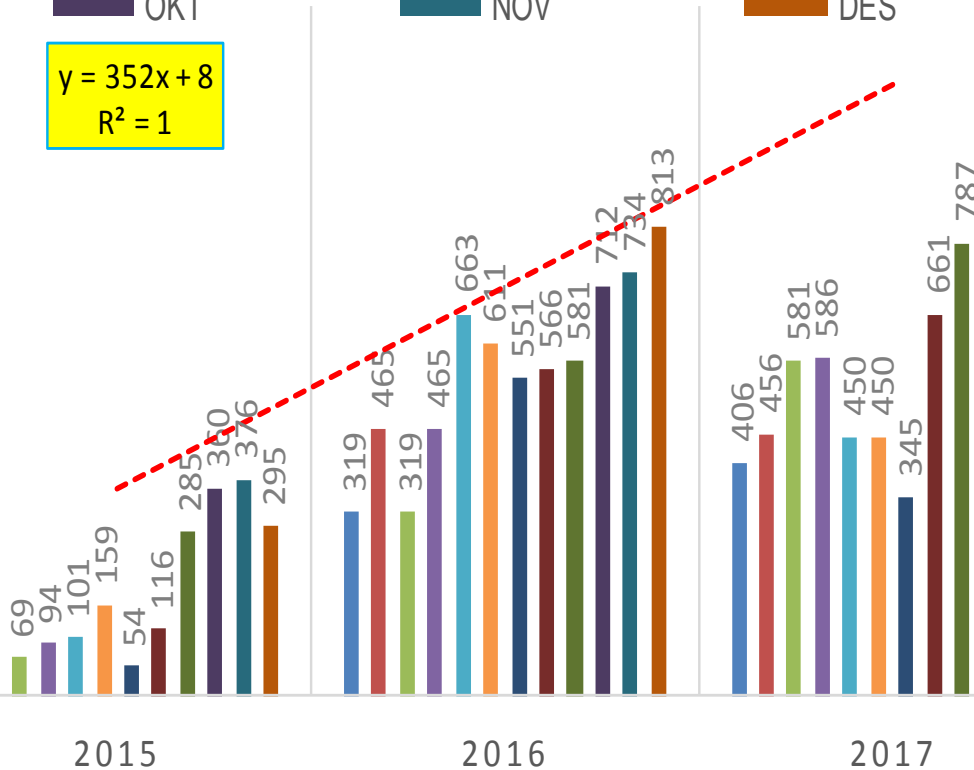
Terdapat tendensi BTO mulai meningkat secara perlahan dari tahun ke tahun melalui analisa *log regression* (Dg *Equation* / Persamaan $y = 1,7812\ln(x) + 0,4928$ dan $R^2 = 0,8238$)

Kunjungan Gawat Darurat 2015-2017



$$y = 352x + 8$$

$$R^2 = 1$$



Terdapat kenaikan jumlah pasien dari tahun ke tahun dengan analisa *linear regression* (equation / Persamaan $y = 352x + 8$ dan $R^2 = 1$)

PLAN

- Dilakukan data search pada pasien Gawat Darurat dari tahun 2015 sejak ijin diberikan
- Harapan terjadi kenaikan konstan secara perlahan tapi PASTI

DO

- Pengumpulan data dilakukan di RM
- Data dikumpulkan petugas dg KaRu sbg penanggung jawab
- Metode pengumpulan data scr retrospektif

ANALYSIS/STUDY

PROSES

- Jumlah pasien dikumpulkan sesuai laporan bulanan dan keuangan RSND

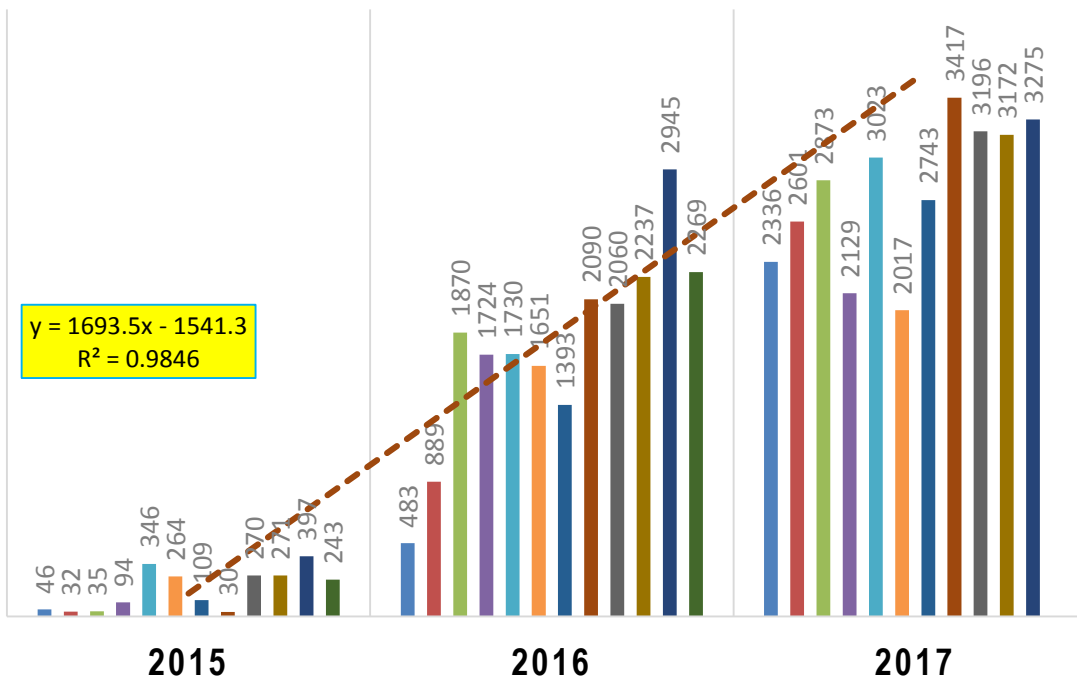
OUTCOME

- Hampir selalu Terdapat kenaikan setiap bulan selama tahun2 terakhir

RECOMMENDATION/ACTION

- Peningkatan Promosi RS
- Sesuai tindak lanjut pembicaraan dg DPR dan Walikota, RSND mengusulkan /merekomendasikan rencana keinginan ditambah 8 bus +
- Merekomendasikan/mengusulkan pembuatan jalan tembus dr Graha Candi Golf kpd DPRD (untuk ganti rugi tanah oleh PEMDA dianggarkan

Kunjungan Rawat Jalan 2015-2017 (Nov)



Terdapat kenaikan jumlah pasien dari tahun ke tahun secara PASTI dengan analisa *linear regression* (Dg *equation* / Persamaan $y = 1693,5x - 1541,3$ dan $R^2 = 0,9846$)

PLAN

Dilakukan data *search* pada pasien Rawat Jalan dari tahun 2015 sejak ijin diberikan
 Hrapan terjadi kenaikan konstan secara perlahan tapi PASTI

DO

- Pengumpulan data dilakukan di RM
- Data dikumpulkan petugas ruangan dg KaRu sbg penanggung jawab
- Metode pengumpulan data secara concurrent

ANALYSIS/STUDY

PROSES

- Jumlah pasien dikumpulkan sesuai laporan bulanan dan keuangan RSND

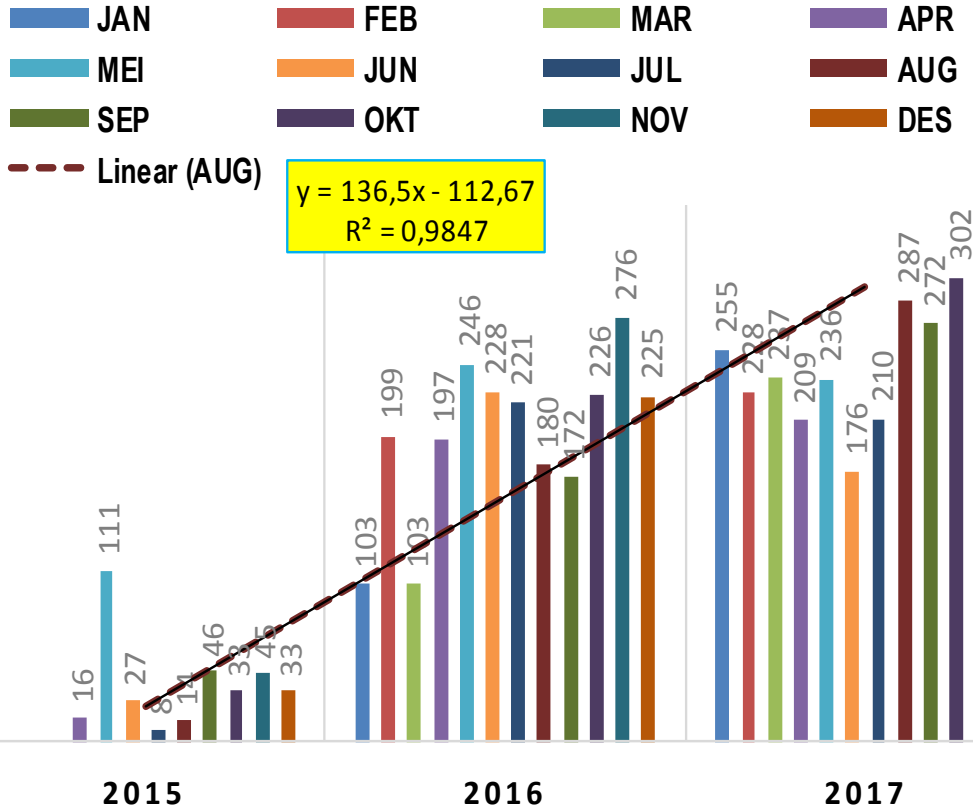
OUTCOME

- Hampir selalu Terdapat kenaikan setiap bulan selama tahun2 terakhir

•RECOMMENDATION/ACTION

- Peningkatan Promosi
- Sesuai tindak lanjut pembicaraan dg DPR dan Walikota, RSND mengusulkan /merekomendasikan rencana keinginan ditambah 8 bus +
- Merekomendasikan/mengusulkan pembuatan jalan tembus dr Graha Candi Golf (dalam progress ganti rugi tanah oleh PEMDA

Kunjungan Rawat Inap 2015-2017 (Okt)



Terdapat kenaikan jumlah pasien dari tahun ke tahun secara PASTI dengan analisa **linear regression equation** $y = 136,5x - 112,67$ dan $R^2 = 0,9847$

PLAN
 Dilakukan data search pada pasien Rawat Inap dari tahun 2015 sejak ijin diberikan
 Harapan terjadi kenaikan konstan secara perlahan tapi PASTI

DO

- Pengumpulan data dilakukan di RM
- Data dikumpulkan petugas ruangan dg KaRu sbg penanggung jawab
- Metode pengumpulan data secara concurrent

ANALYSIS/STUDY

PROSES

- Jumlah pasien dikumpulkan sesuai laporan bulanan dan keuangan RSND

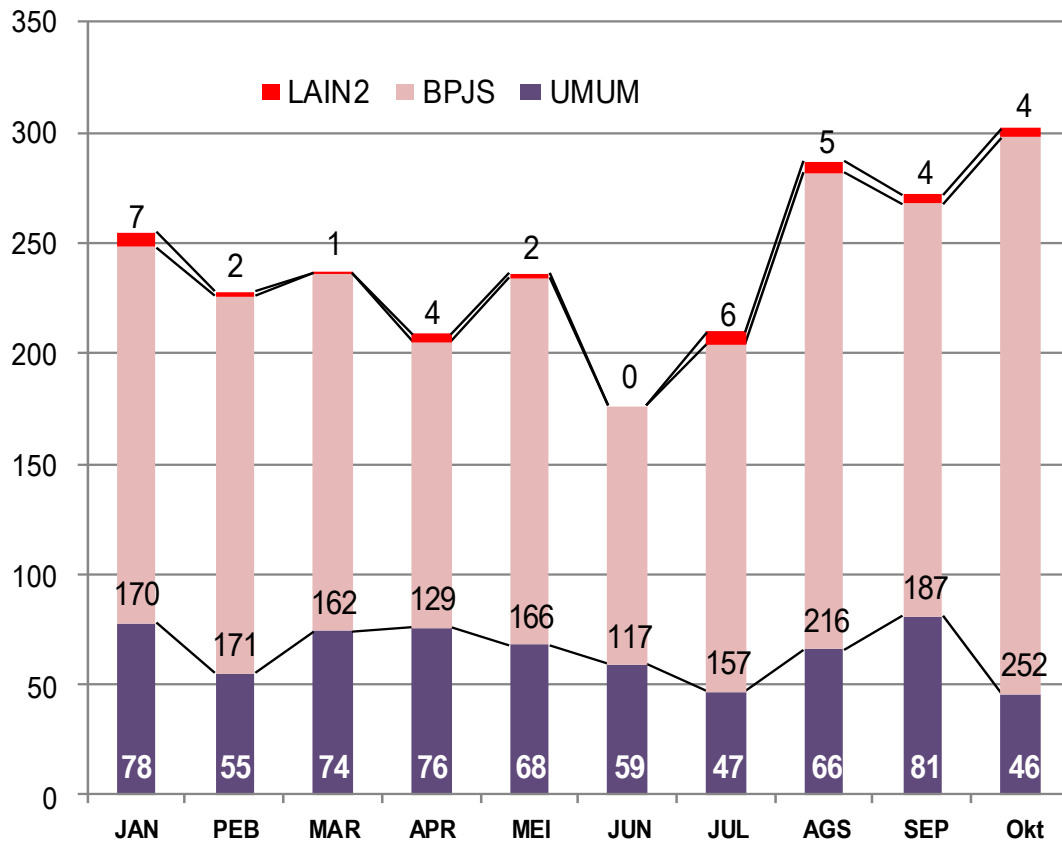
OUTCOME

- Hampir selalu Terdapat kenaikan setiap bulan selama tahun2 terakhir

RECOMMENDATION/ACTION

- Peningkatan Promosi
- Sesuai tindak lanjut pembicaraan dg DPR dan Walikota, RSND mengusulkan /merekomenda-sikan rencana keinginan ditambah 8 bus +
- Merekomendasikan/mengusulkan pembuatan jalan tembus dr Graha Candi Golf (dalam progress ganti rugi tanah oleh PEMDA

Cara Pembayaran Pasien Rawat Inap th 2017



- Layanan untuk Pasien umum (■) tampaknya masih bisa diharapkan **MENINGKAT** (saat ini masih sekitar **30%**) untuk menyelamatkan RS dari defisit penerimaan melalui BPJS.
- Perlu ditingkatkan, layanan Non-BPJS dg perbaikan system transportasi dan layanan **UNGGULAN BARU**

PLAN
Pembayaran umum dan lain2 (non-BPJS/tidak merugi) diharapkan mencapai >50%

DO

- Pengumpulan data dilakukan dari bagian keuangan dr pasien rawat inap
- Data dikumpulkan petugas Kabag keuangan sbg penanggung jawab
- Data per bulan dikumpulkan scr keseluruhan

ANALYSIS/STUDY

PROSES

- Data ditabulasi berdasarkan jumlah pasien Rawat Inap dari bulan Januari-Okt
- Th 2017 Rata2 jumlah pasien umum antara 47-81 orang
- **Data ini menunjukkan kurangnya promosi**
- Kurang layanan non-BPJS
- Antara lain juga krn kurangnya sarana transport

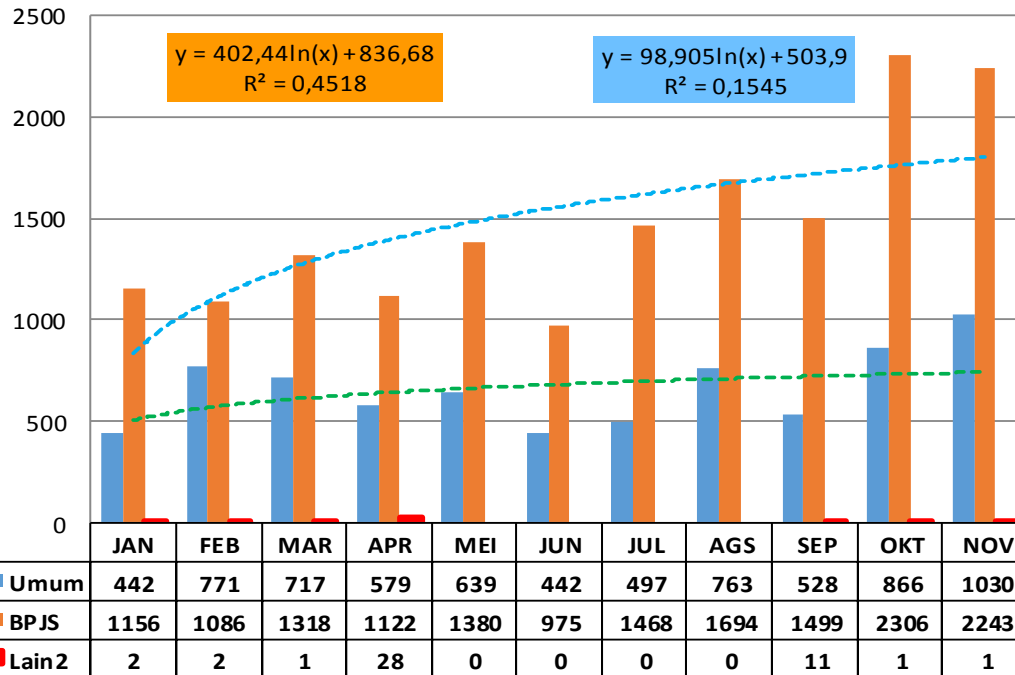
OUTCOME

- Jumlah Pasien umum dan non_BPJS rata2 baru sekitar $635/2110 = 30\%$

RECOMMENDATION/ACTION

- Marketing RSND sbg senter of excellent mis: **implant Coclea**, dll diperkuat
- Layanan non-BPJS (**Infertilitas, seksuologi dan Bayi tabung SIAP TAHUN DEPAN; PROMOSI LAYANAN KECANTIKAN**)
- Usl/rekomendasi ke DPRD/Pemda agar Transport Trans Semarang ditambah (8 Bus)

Cara pembayaran pasien Rawat Jalan, th 2017



- Layanan unt BPJS tampak tendensi kenaikan jumlah pasien dari bulan ke bulan di th 2017 dg trend log regression analysis $y = 402,44\ln(x) + 836,68$ dan $R^2 = 0,4518$. Tetapi ini **sebenarnya "TIDAK MENGUNTUNGAN RS"**
- Layanan unt Pasien umum (■) Diharapkan bisa di-naikkan dg *trend log regression analysis* $y = 98,905\ln(x) + 503,9$ dan $R^2 = 0,1545$. Hal ini untuk menyelamatkan RS dari defisit penerimaan dr BPJS.
- Transportasi ke RSND segera akan ditambah oleh PemDa tk II

PLAN

Pembayaran umum dan lain2 (non-BPJS/tidak merugi) mencapai >50%

DO

- Pengumpulan data dilakukan dari bagian keuangan dr pasien rawat inap
- Data dikumpulkan petugas Kabag keuangan sbg penanggung jawab
- Data per bulan di kumpulkan scr keseluruhan

ANALYSIS/STUDY

PROSES

- Data ditabulasi berdasarkan jumlah pasien Rawat Inap dari bulan Januari-Okt
- Th 2017 Rata2 jumlah pasien umum antara 47-81 orang
- Data menunjukkan kurang promosi
- Kurang layanan non-BPJS
- Kurang sarana transport

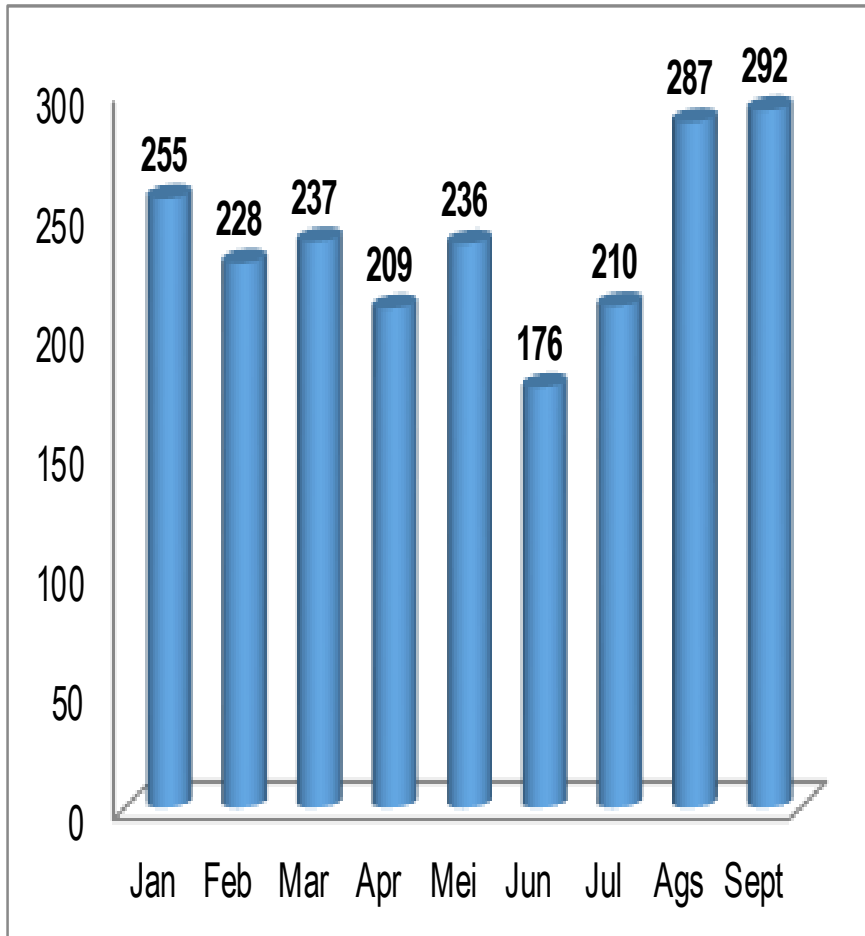
OUTCOME

- Jumlah Pasien umum dan non_BPJS rata2 baru sekitar $635/2110 = 30\%$

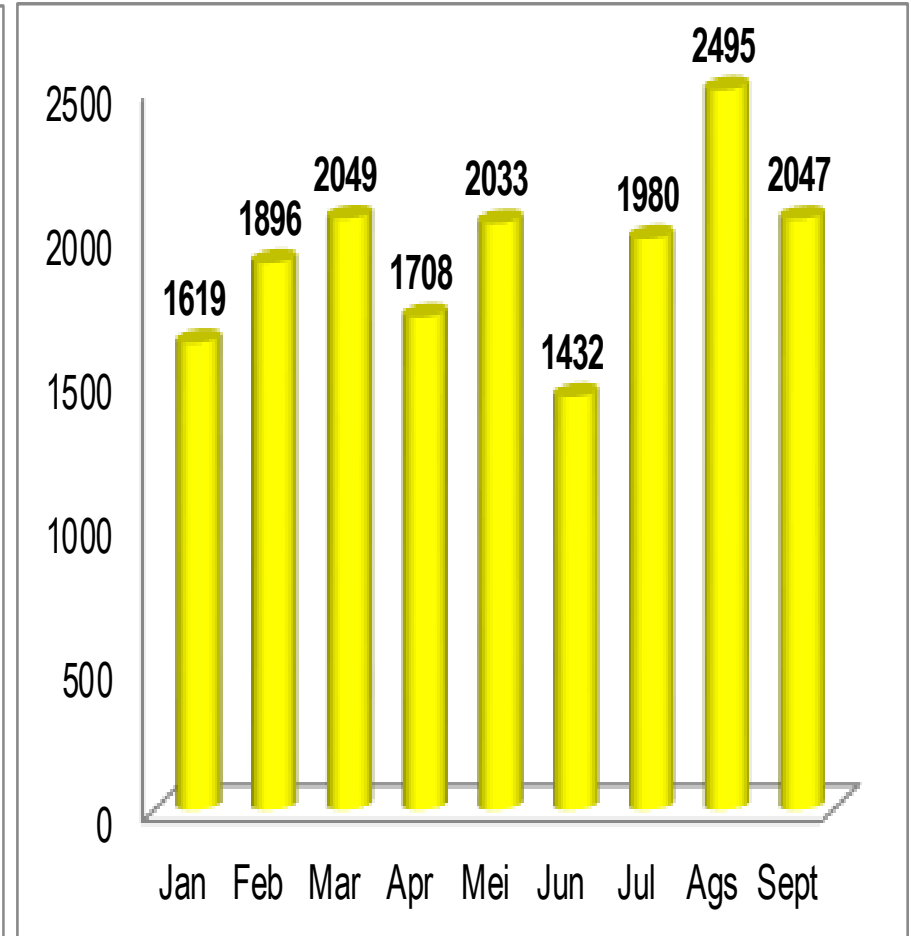
RECOMMENDATION/ACTION

- Marketing RSND sbg senter of excellent mis: implant, dll diperkuat
- Layanan non-BPJS (**Infertilitas, seksuologi dan Bayi tabung SIAP TAHUN DEPAN**; dan **PROMOSI LAYANAN KECANTIKAN**)
- Mengusulkan/merekomendasikan kpd DPRD/Walikota agar Transport Trans Semarang ditambah (8 Bus)

Jumlah Rawat Inap di RSND bulan Januari - Sept 2017



Jumlah Rawat Jalan di RSND bulan Januari - Sept 2017



10 Penyakit Terbanyak (Jan-Sept) di Rawat Inap RSND, 2017

No	ICD	Keterangan	Total	%
1	110	Hypertention	135	23.4
2	E11.9	DM	70	12.1
3	N39.0	ISK	61	10.5
4	D64.9	Anemia	57	9.8
5	150.0	SCHF	47	8.1
6	J18.9	Pneumonia	44	7.6
7	A09	GEA	43	7.4
8	E78.5	Hyperlipidemia	42	7.2
9	E78.5	Hypokalemia	39	6.7
10	E86	Volume Depletion	38	6.5
		Total	576	100

10 Penyakit Terbanyak (Jan-Sept) di Rawat Jalan RSND, 2017

No	ICD	Keterangan	Total	%
1	M54.5	Low Back Pain	921	16,1
2	R50.9	Fever, Unspecified	893	15,7
3	K04.1	Necrosis Pulp	716	12.5
4	M19.9	Arthrosis	557	9,7
5	E11.9	DM	498	8,7
6	F80.9	Dev Dis of Speech & Lang	491	8,6
7	150.0	CHF	479	8,4
7	110	Hypertention	478	8,4
9	125.9	IHD	343	6,0
10	M543	Sciatica	311	5,4
		Total	5687	100

Dasar Kebijakan Peningkatan Mutu RS

**UU No 44 th 2009 tentang Rumah Sakit
pasal 36 dan 40**

**PMK No 129 th 2008 tentang standar Pelayanan Minimal Rumah
Sakit**

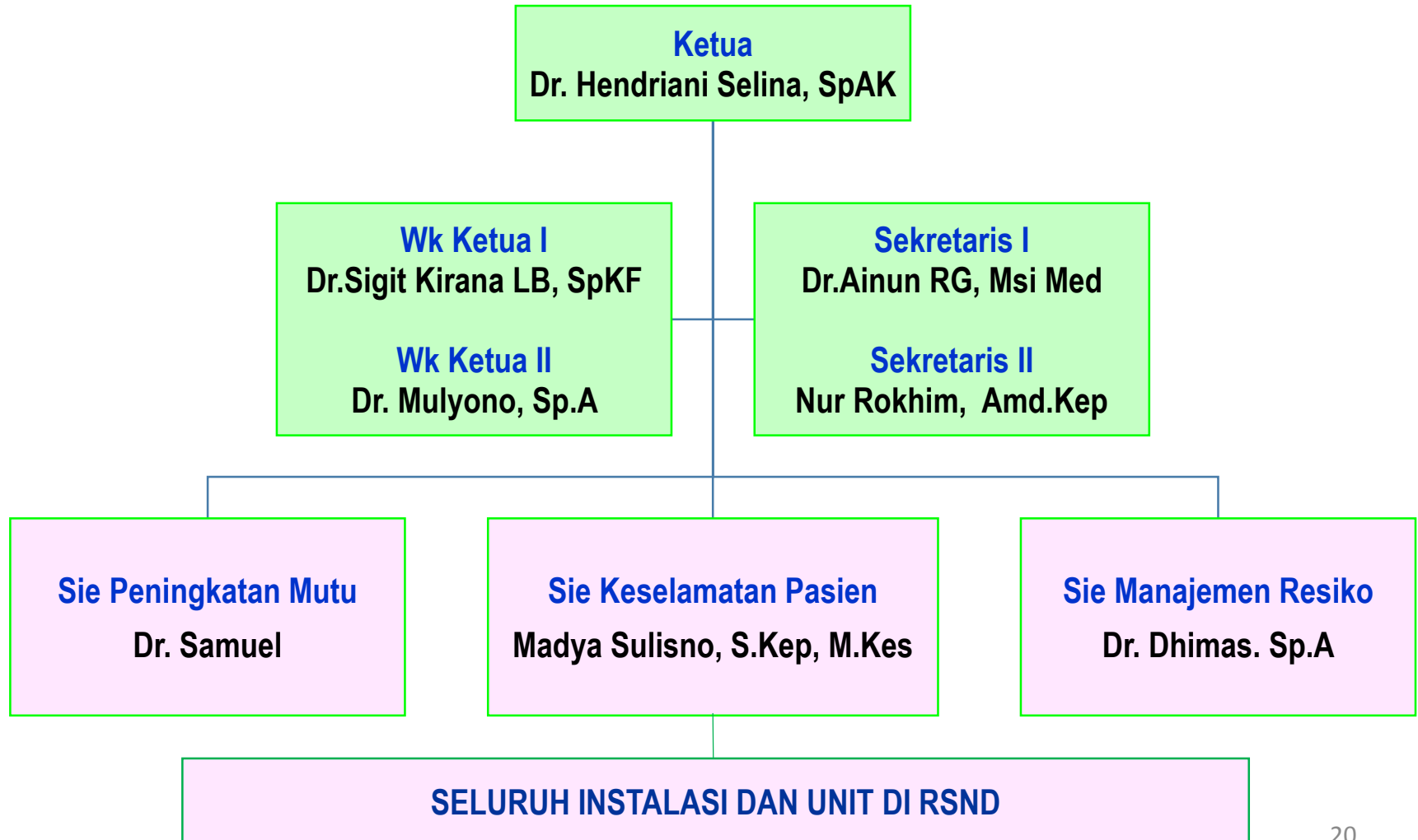
PMK No 11 th 2017 tentang Keselamatan Pasien

**Pedoman Upaya Peningkatan Mutu Pelayanan Rumah Sakit,
Departemen Kesehatan 1994**

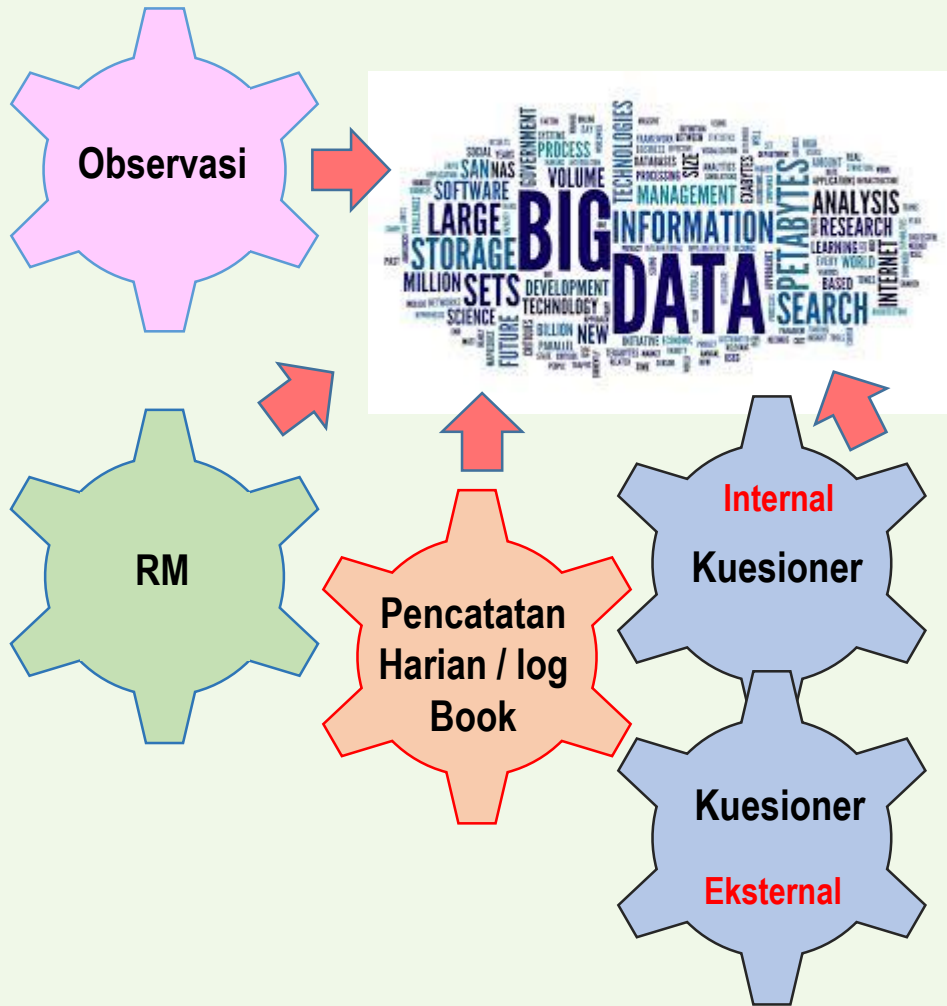
**Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Patient Safety)
Departemen Kesehatan 2008**

**SK Direktur tentang Tim Peningkatan Mutu dan Keselamatan pasien
RSND No 232.a/UN7.12/HK/2017**

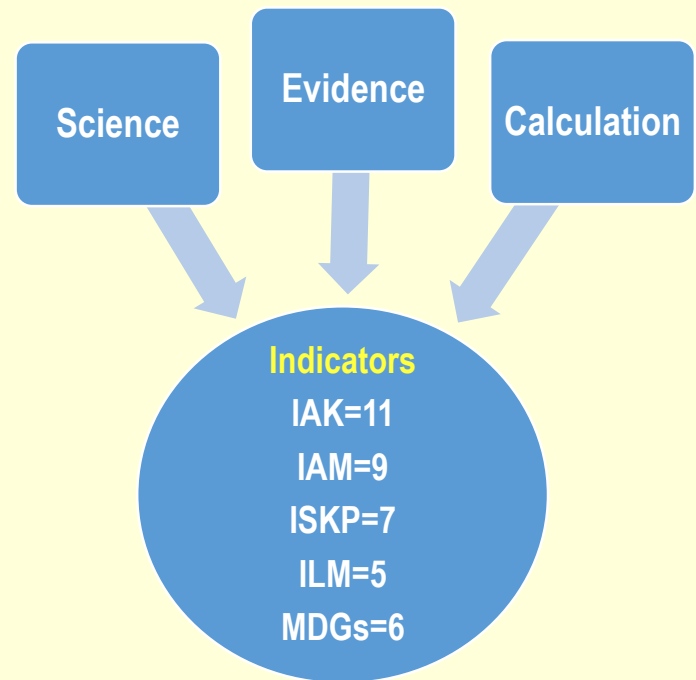
Struktur Organisasi Tim Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien RSND



Metoda Pengumpulan Data



Metoda Penetapan Indikator



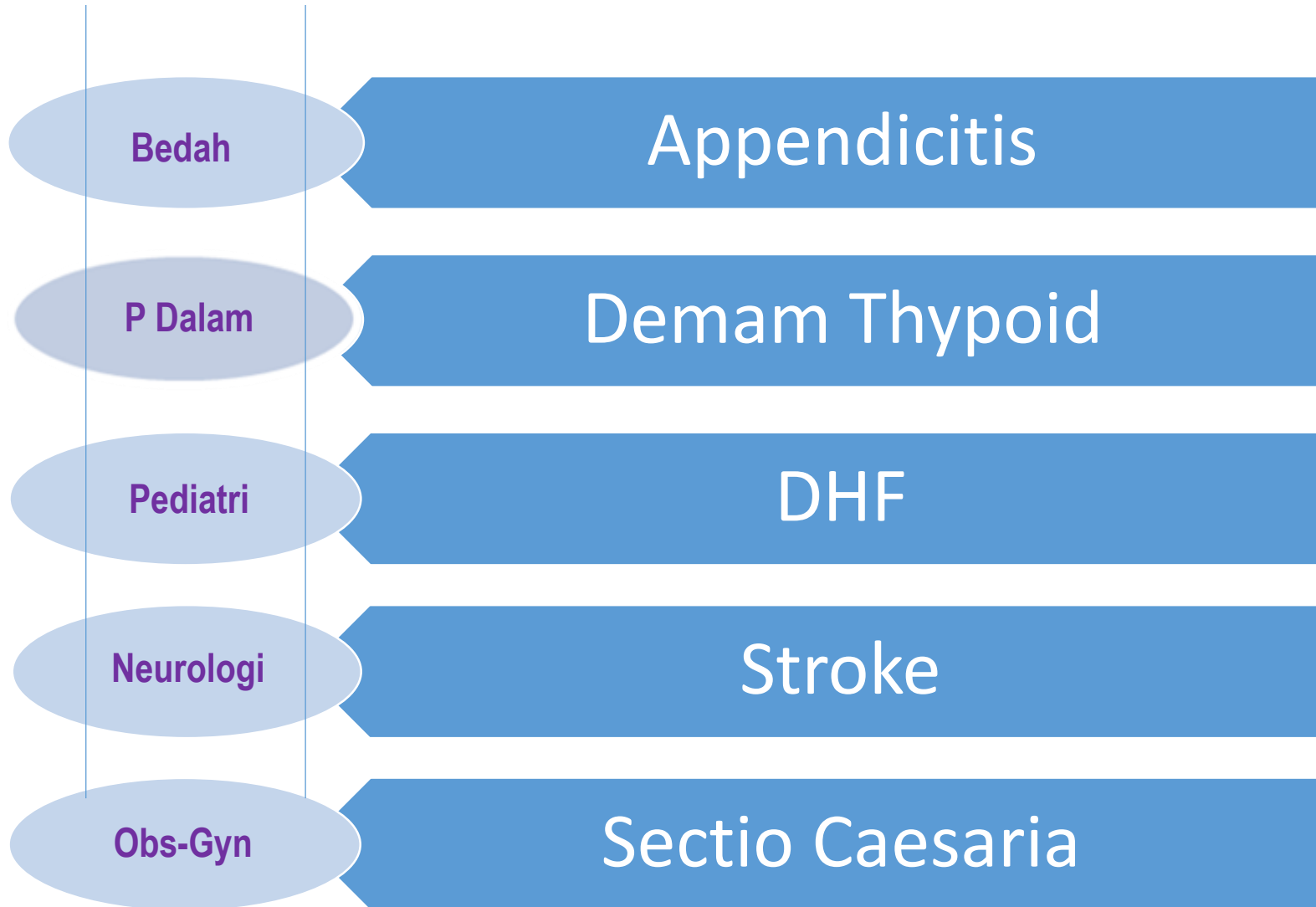
Penetapan Area Prioritas (SK Dir RSND No 193.a/UN7.12/HK/2016).

Pelayanan Prioritas	High Risk			High Volume			Problem Prone			Jml
	Nilai x Bobot = skor			Nilai x Bobot = skor			Nilai x Bobot = skor			
	Rentang nilai = 1 - 5			Rentang nilai = 1 - 5			Rentang nilai = 1 - 5			
	N	B	S	N	B	S	N	B	S	
ICU	5	50	250	2	30	60	4	20	80	390
IGD	5	50	250	5	30	150	3	20	60	460
IBS	5	50	250	3	30	90	3	20	60	400
RANAP	4	50	200	5	30	150	3	20	60	410
IRJA	3	50	150	5	30	150	3	20	60	360

Penetapan Pelayanan Prioritas (SK Dir RSND No 193.a/UN7.12/HK/2016).

Pelayanan Prioritas	High Risk			High Volume			Problem Prone			Jml
	Nilai x Bobot = skor			Nilai x Bobot = skor			Nilai x Bobot = skor			
	Rentang nilai = 1 - 5			Rentang nilai = 1 - 5			Rentang nilai = 1 - 5			
	N	B	S	N	B	S	N	B	S	
Thypoid	3	50	150	4	30	120	3	20	60	330
DHF	5	50	250	4	30	120	3	20	60	430
Appendicitis	4	50	200	4	30	120	4	20	80	400
Stroke Iske ^{mik}	5	50	250	3	30	90	4	20	80	420
Sectio C	3	50	150	3	30	90	3	20	60	300


Clinical Pathway (SK Dir RSND No 390.c/UN7.12/HK/2016).



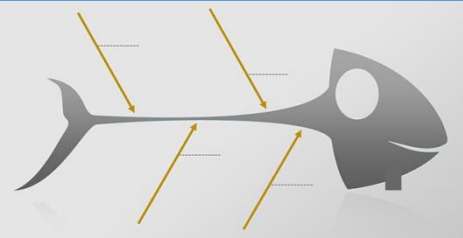

Alur Pengumpulan, Validasi, Pelaporan-Analisa Data



Data collection



Validation: *Collected by 2 diff peoples
*Compared each other data
*If the differences $< 10\%$, data accepted



Procces Report & Analized



Presentation by Director or Teams
When ever possible:
Compared to other hospital

Director, Managers
All staff in Installations
All staff in Units
Responsible for PMKP

DATA HASIL MONITORING INDIKATOR MUTU

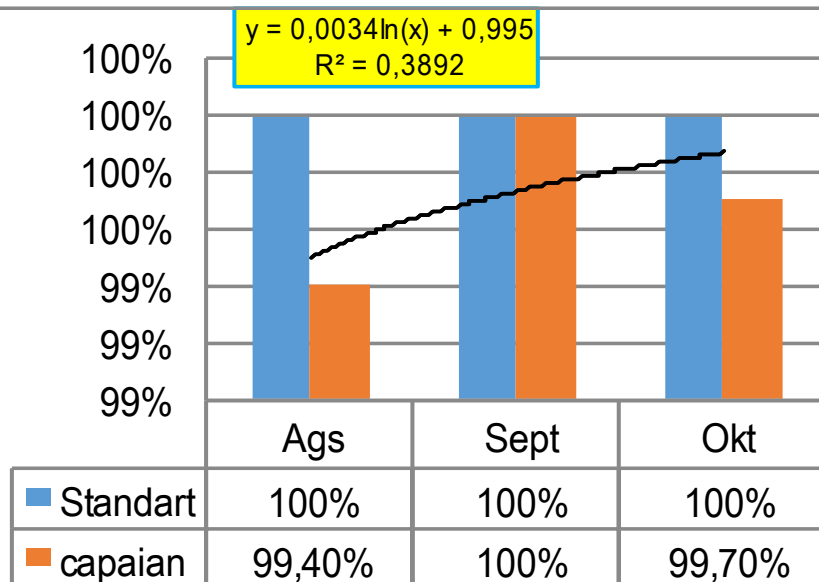


IAK	INDIKATOR MUTU
1	Persentase kelengkapan asesmen medis awal pd pasien RANAP
2	Persentase waktu tunggu pem lab sesuai standard KK<140'; Hematology < 140'; BGA cito , 30'
3	Persentase tidak mengulangannya pem radiology
4	Persentase tidak tertinggalnya benda asing pd tubuh pasien stlh operasi
5	Persentase penggunaan antibiotik profilaksis tidak menjadi terapeutik pd operasi bersih
6	Kejadian kesalahan penyiapan obat pd pelayanan farmasi RAJAL & RANAP (KNC)
7	Persentase ketidak lengkapan asesmen pra-anestesi
8a	Persentase tidak digunakannya darah yang diminta
8b	Kejadian reaksi Transfusi Darah
9	Angka ketidak lengkapan ringkasan pulang
10	Angka kejadian phlebitis
11	Jumlah dan jenis penelitian Interprofesional di RSND Telah dilengkapi dg ethical clearance & informed consent



IAK-1

Persentase Kelengkapan asesmen awal medis pd pasien RANAP, **Tendensi: dg analisa Log regression**



Terdapat kenaikan setiap bulan selama 3 bulan terakhir dengan grafik yg meningkat (analisa tendensi dg log regression dg *equation*/persamaan $y=0,0034\ln(x) + 0,995$ dan nilai $R^2 = 0,3892$) capaian pada bulan Okt adalah 99,70%

- **Dibanding asesmen awal RSUD X1 pd saat Akreditasi 3 bl terakhir (Jan-Maret 2015) berkisar antara 95-98%,**
- **RSUD X2 (C 2016) Juli-Nov antara 51-89,5%**
- **RSND masih lebih baik**

PLAN

- Asesmen yg lengkap akan menghasilkan keputusan penanganan pasien yg terarah dan bermutu
- O.K itu asesmen awal harus lengkap 100%

DO

- SPO pengisian kelengkapan asesmen awal di sosialisasikan pd bln Maret-Ags 2017
- Pengumpulan data dilakukan di ruang rawat inap
- Data dikumpulkan petugas ruangan dg KaRu sbg penanggung jawab

ANALYSIS/STUDY

PROSES

- Kepatuhan asesmen awal medis pasien rawat inap msh dibawah standar. Sistem asesmen awal oleh DPJP baru mulai diterapkan bln Juli- Agustus serta ada perbaikan format Rekam Medis pada bulan Juli

OUTCOME

- Terdapat kenaikan setiap bulan (dg analisa *Log Regression*) **tampak kenaikan selama 3 bln terakhir**, walau blm mencapai target

•RECOMMENDATION/ACTION

- Re-edukasi SPO terus menerus dan panduan asesmen awal medis dan keperawatan yg berkelanjutan
- Pemantauan kegiatan pengisian asesmen awal pasien rawat inap oleh KaRu /**case manager**

IAK-2

Persentasi Waktu tunggu pem lab sesuai Standar KK<140'; Hematology <140'; BGA Cito< 30'

PLAN

- Waktu tunggu merupakan salah satu penentu kepuasan pasien thd pelayanan yang diberikan
- O.k. waktu tunggu seminimal mungkin atau memenuhi standar

DO

- Pengumpulan data dilakukan di Laboratorium
- Data dikumpulkan petugas Lab dg Ka Inst sbg penanggung jawab

ANALYSIS/STUDY

PROSES

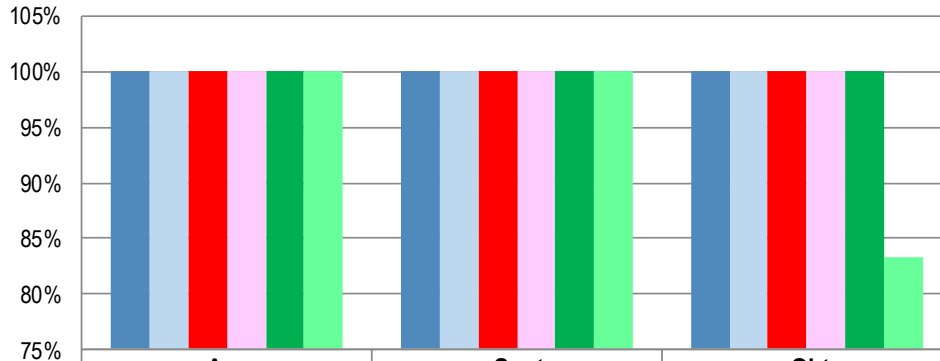
- Dilakukan tabulasi data dengan standar :
- Kimia Klinik < 140 menit
- Hematology <140 '
- Pem BGA < 30'

OUTCOME

- Lama pemeriksaan sesuai standar Laboratorium
- Lama pem BGA bln Okt (3 orang = 13,63%) terlambat o.k. reagen habis

•RECOMMENDATION/ACTION

- Stok reagen BGA yg cito agar dianggarkan lebih teliti sesuai kebutuhan pemeriksaan
- SPO untuk pengadaan jika reagen mendadak habis, dengan proses yg telah disetujui rektor



	Ags	Sept	Okt
Std KK<140'	100%	100%	100%
Capaian1	100%	100%	100%
Std Hema <140'	100%	100%	100%
Capaian2	100%	100%	100%
Std BGA <30'	100%	100%	100%
Capaian3	100%	100%	83,37%

Waktu tunggu pemeriksaan laboratorium Kimia Klinik dan Hematology sudah sesuai standar yaitu 100% < 140''
 Hanya standar pemeriksaan BGA bulan Oktober ada keterlambatan karena reagen habis (3 orang)

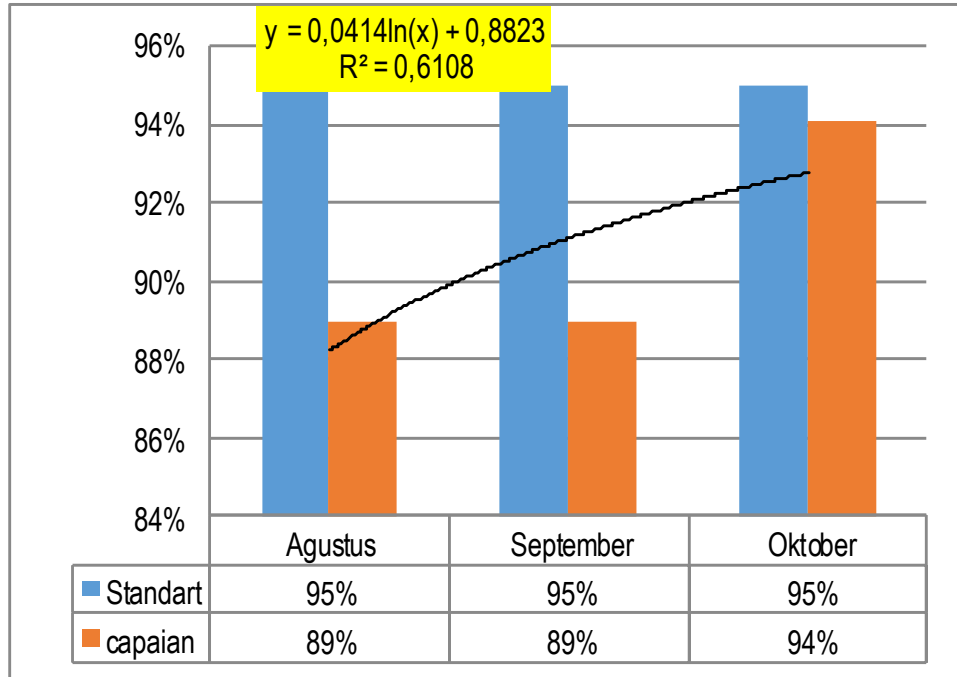
Dibanding RSUD X1 (C th 2015) pelayanan hematology dan darah rutin RSND sama yaitu 100% < 140''

RSUD X3 (C 2017) pelayanan Laboratorium < 140 '' juga 100\$

RSND sama dg 2 (dua) RSUD di atas

IAK-3

Presentase tidak mengulangannya pemeriksaan Radiology



- Pengulangan krn pasien bergerak atau film rusak
- Perbaikan **mendekati standard pem radiology** stlh difixasi dengan trend peningkatan yg bermakna (arah kecenderungan dg *log regression analysis; Equation $y = 0,0414\ln(x) + 0,8823$ dan $R^2 = 0,6108$)*
- Dibanding RSUD X1 (2015) krn **kerusakan film foto** antara 2-2.5%
- RSND masih lebih baik, krn kerusakan film jarang terjadi mungkin o.k. penyimpanan yg > baik

PLAN

Diharapkan pemeriksaan Radiology tidak terjadi pengulangan oleh karena:

1. Bahaya radiasi bertambah
2. Bahan Habis pakai lebih banyak sehingga anggaran berkurang

DO

- Pengumpulan data dilakukan di ruang Radiology
- Data dikumpulkan petugas ruangan dg Kalnst sbg penanggung jawab
- Metode pengumpulan data secara concurrent tiap bulan sebagai laporan aktivitas dan keuangan (selalu tersedia dr Radiology)

ANALYSIS/STUDY

PROSES

- Pengulangan pem Radiology terutama oleh karena pasien KLL sering kesakitan dan bergerak gerak
- Ada film yg memang rusak akibat penyimpanan

OUTCOME

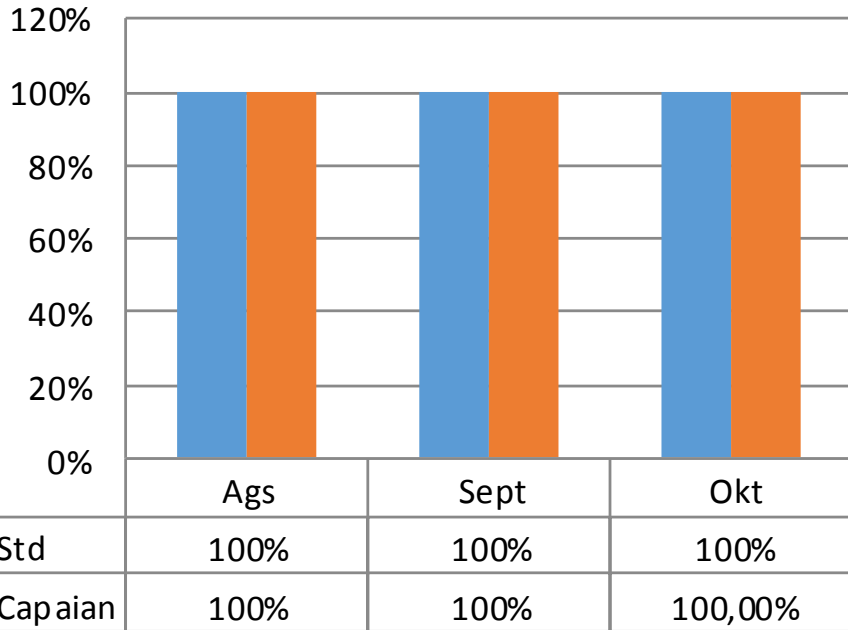
- Terdapat perbaikan pada bulan Oktober sehingga angka pasien yang bergerak berkurang
- Dibuat fixasi tambahan sementara, hasilnya membaik

•RECOMMENDATION/ACTION

- Dibuatkan Fixasi organ gerak tubuh yg lebih bagus, kalau bisa membeli fixator yg baik (buatan VU, Amsterdam)
- Meningkatkan kualitas penyimpanan film

IAK-4

Presentase tidak tertinggalnya benda asing pd tubuh pasien setelah operasi



Terdapat prestasi yang stabil dari tim bedah, meski kadang asesmen awal/anestesi agak kurang disiplin
 Prestasi stabil tim bedah shg tidak pernah ada alat/benda asing tertinggal

Tidak bias dibandingkan o.k. 3 RS lain tidak ada (mempunyai) variable yg sama

PLAN

- Seharusnya tidak ada benda asing yg tertinggal dalam tubuh setelah operasi.
- Dapat menyebabkan infeksi yg berkepanjangan
- Dapat menyebabkan sepsis
- Seharusnya 100 % tidak ada benda asing tertinggal

DO

- Pengumpulan data dilakukan di ruang Bedah dan Rawat Inap serta saat pasien Kontrol di Rawat Jalan
- Data dikumpulkan petugas ruangan dg KaRu sbg penanggung jawab

ANALYSIS/STUDY

PROSES

- Pada saat operasi sudah dilakukan Check dan Re-Check alat2 yang dipakai memakai cheek-list selama dan sesaat sebelum operasi selesai
- Pasien yg panas/sepsis akan diperiksa ulang ttg kemungkinan tertinggalnya benda asing dlm tubuh

OUTCOME

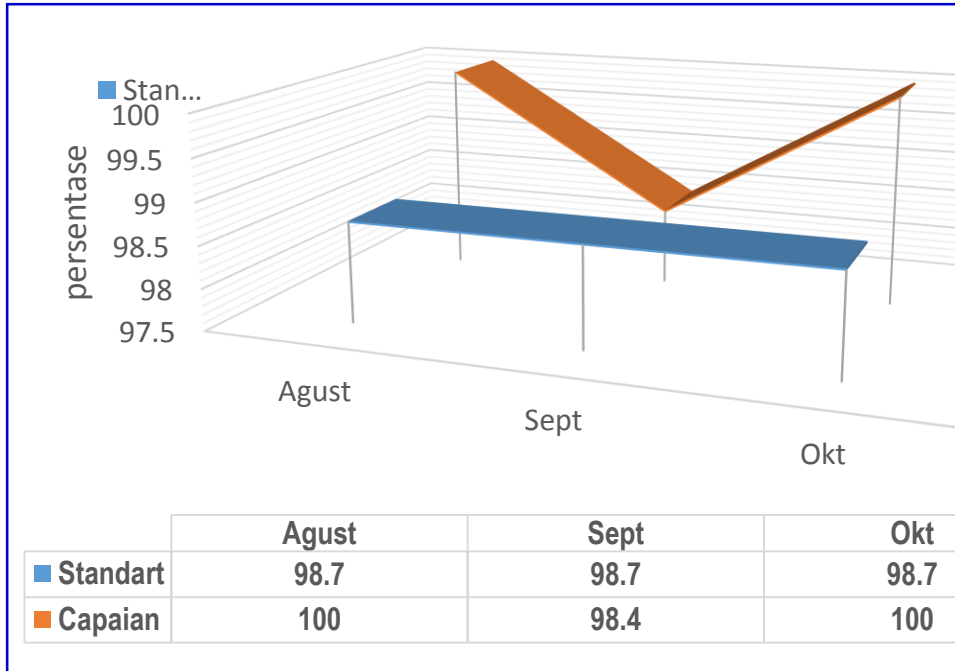
- Prestasi yang stabil sejak mulai dibukanya Ruang bedah di RSND tercapai, tidak ada benda yg tertinggal

•RECOMMENDATION/ACTION

- Mempertahankan prestasi
- Promosi pelaksanaan operasi ke RS lain (sdh mulai berjalan, operasi di RSND, dirawat di RS lain)
- Perlu sosialisai asesmen awal, dan laporan operasi yg lebih baik dan tertata

IAK-5

Persentase Penggunaan AB profilaksis tidak menjadi terapeutik pd operasi bersih



Sesuai dengan standar, pemakaian AB profilaksis tidak menjadi pemakaian AB terapeutik pd 98,7% operasi Terjamin operasinya bersih tanpa komplikasi asal asesmen awal dilaksanakan dg baik dan efisien

Blm didapat pembandingan dg RS lain
Ttp RSND LEBIH baik dr standart

PLAN

- ILO (inf luka op) SSI/Surgical site inf menyebabkan sekitar 15% infeksi nosokomial yg menyebabkan pasien dirawat lebih lama.
- Pemb AB profilaksis pd pembedahan klasifikasi bersih yg memp ILO sebesar 10,1%
- Dg profilaksis maka standard angka kejadian ILO 1,3% dan AB diubah menjadi terapeutik

DO

- Pengumpulan data dilakukan di ruang bedah dan rawat inap
- Data dikumpulkan petugas ruangan dg KaRu sbg penanggung jawab

ANALYSIS/STUDY

PROSES

- Data pemakai AB profilaksis menjadi terapeutik dicek di Rawat jalan (1 day service) dan rawat inap

OUTCOME

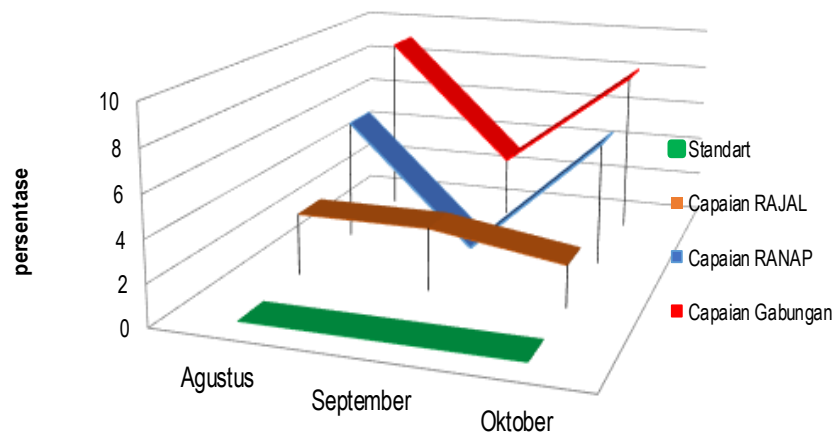
- Terdapat pemakaian AB profilaksis menjadi terapeutik pada 1 pasien
- Kemungkinan kurang teliti pada asesmen awal mengenai klasifikasi bersih
- Atau varian normal dr penggunaan AB profilaksis (1,3%)

RECOMMENDATION/ACTION

- Re-edukasi SPO dan panduan asesmen awal medis dan keperawatan
- Pemantauan kegiatan pengisian asesmen awal dan asesmen lanjutan pasien rawat inap oleh KaRu

IAK-6

Kejadian kesalahan dispensing obat pd pelayanan farmasi RAJAL & RANAP (KNC)



	Agustus	September	Oktober
Standart	0	0	0
Capaian RAJAL	3	3	2
Capaian RANAP	6	0	6
Capaian Gabungan	9	3	8

- Terdapat perbaikan sejak adanya Read Back Confirmation pada pelayanan RAJAL (■)
- Kesalahan turun dan naik lagi pd RANAP (■)
- Masih terjadi, mungkin karena factor kelelahan
- Dibanding RSUD X2 (C 2016) Resep yg tidak terbaca ada di kisaran 0,1% dg jumlah rata2 pasien RANAP 2200/bln atau = 2-3 pasien perbulan
- **Tampaknya RSND masih Comparable**

PLAN

Diharapkan tidak ada kesalahan dispensing obat pada pelayanan farmasi krn bias menyebabkan penyakit lebih parah

DO

- Data dikumpulkan di ruang Farmasi & Ranap
- Petugas ruangan dg Kalnst sbg penanggung jawab

ANALYSIS/STUDY

PROSES

- Data didiskusikan dg Inst Farmasi dan RANAP

OUTCOME

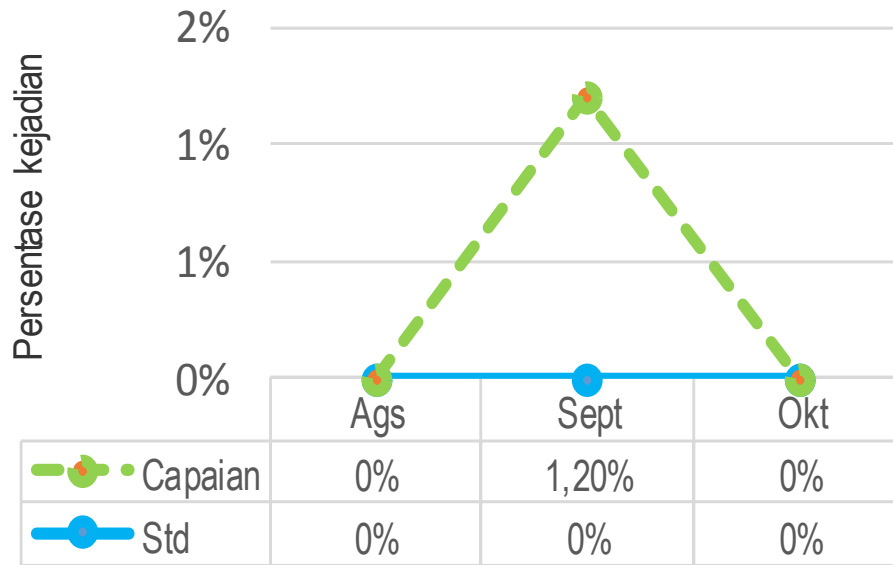
- Dalam Bulan Agustus terjadi kesalahan 3 dan 6 kali
- Menurun pada bln Sept (RANAP & RAJAL), naik lagi bln Oktober
- Penyebab yg MUNGKIN adalah TULISAN DOKTER KURANG/TIDAK JELAS ttp dianggap jelas.
- Kemungkinan salah pd *double check* diruangan oleh perawat sbm pemberian
- Adanya kelelahan karena beban banyak (overload)
- Shg salah kirim obat ke ruangan

RECOMMENDATION/ACTION

- Mengharuskan Dokter menulis dengan jelas melalui Komite Farmasi
- Sosialisasi lebih sering dan terstruktur TERDOKUMENTASI mengenai *Read Back Process* di FARMASI
- Sosialisasi double check di RANAP
- Peringatan tertutup per-individu dengan surat resmi
- Menambah jumlah personil Farmasi

IAK-7

Persentase ketidak lengkapan asesmen pra-anestesi



Terdapat kurang disiplin mengenai syarat asesmen bulan Sept. dikarenakan kurangnya tenaga anestesi
 Terdapat perbaikan pada bulan berikut
 Perlu peningkatan kedisiplinan pengisian asesmen pre – anestesi sesuai SOP

Dibanding RSU X1 dg capaian 0,2 sp 1% tampak comparable

PLAN

- Asesmen pra-anestesi untuk menentukan risiko, manfaat & alternatif anestesi untuk informed consent
- **Ketidak lengkapan asesmen pra-anestesi sering menimbulkan efek yang kadang fatal**

DO

- Pengumpulan data dilakukan di ruang Bedah dan RANAP serta RM
- Dikumpulkan petugas dg KaRu sebagai penanggung jawab

ANALYSIS/STUDY

PROSES

- Kepatuhan asesmen pasien pra-anestesi mendekati standar, tetapi masih ada kekurangan pada bulan September 2017.
- Terjadi pada pasien IGD karena KLL

OUTCOME

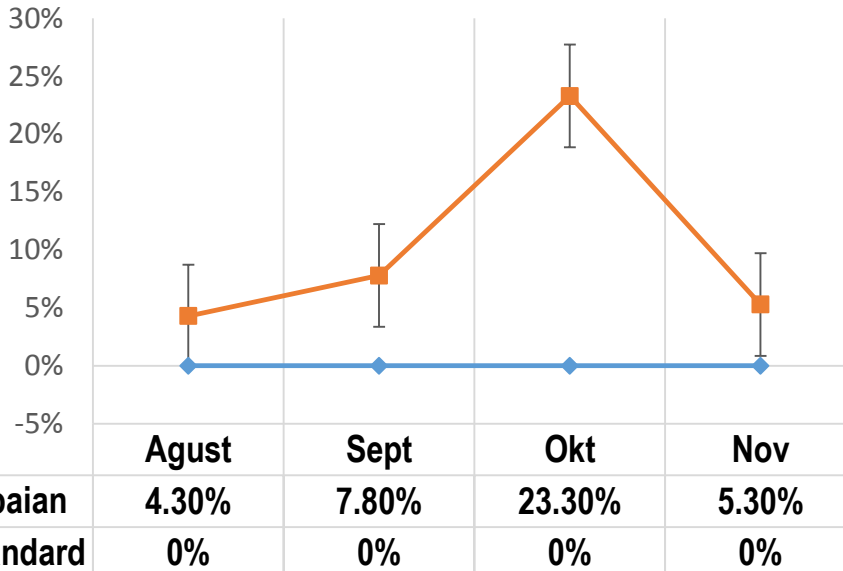
- Terdapat perbaikan pada bulan Oktober, tetapi tetap tercatat sebagai kelalaian pada bulan Sept

•RECOMMENDATION/ACTION

- Meningkatkan kedisiplinan melakukan asesmen pra-anestesi yang sangat penting mencegah reaksi yang mungkin fatal

IAK-8a

Persentase tidak digunakannya darah yang diminta



- Tampak peningkatan jumlah darah yang tidak terpakai pada bulan Oktober (tertinggi), membaik lagi bln November
- Mkn terjadi krn over estimasi pada Residen baru.
- Perlu MOU baru dg PMI

- **RSUD X2 (C 2016) JUSTRU SEBALIKNYA**
- **Permintaan darah disana yg t' terlayani Mei-Okt 2016 ant 1-27 % dg rata2 12% tidak terlayani**

- **Untuk keselamatan pasien RSND lebih bsik**
- **Untuk MUTU layanan perlu perbaikan dg MOU baru dan Bank darah sendiri**

PLAN

Permintaan darah, sesuai kebutuhan sehingga tidak ada sisa

DO

- Pengumpulan data dilakukan di Laboratorium
- Jumlah darah disesuaikan permintaan Inst bedah disesuaikan operasinya/operatornya
- Data dikumpulkan petugas ruangan dg KaRu sbg penanggung jawab
- Metode pengumpulan data secara concurrent/ retrospektif

ANALYSIS/STUDY

PROSES

- Jumlah darah disimpan di Laboratorium
- Diberikan saat operasi dan pasca operasi

OUTCOME

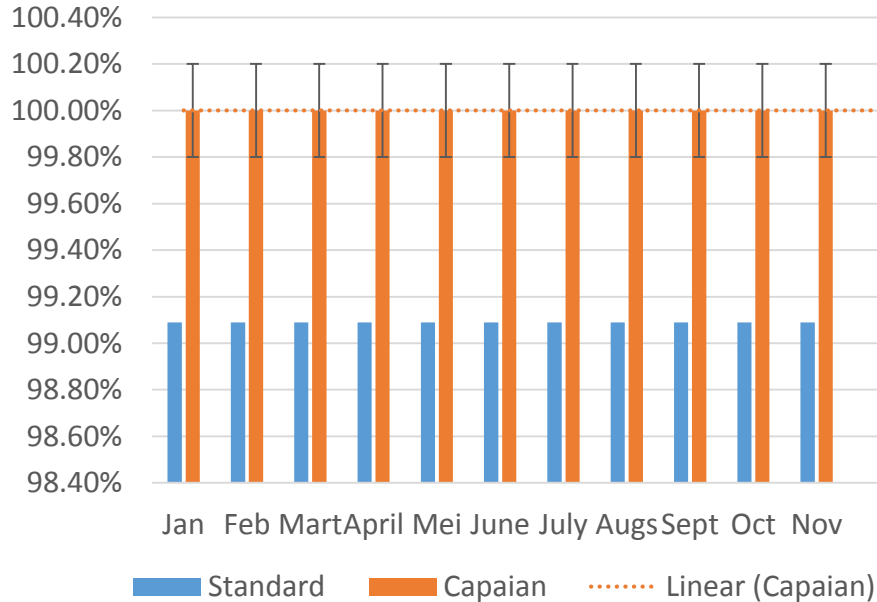
- Terdapat kenaikan mencolok pada bulan Oktober, dikarenakan jumlah operasi naik dan residen bdh baru
- Sebagian besar dikarenakan OVER ESTIMATION
- Drh yg sdh dibeli tidak boleh dikembalikan

RECOMMENDATION/ACTION

- Dibuat dan diusulkan ke PMI, MOU baru dg PMI mengenai mekanisme pengambilan darah
- Dibuat Bank Darah sendiri di RSND

IAK-8b

Kejadian Tidak adanya Reaksi Tranfusi darah



- Tampak tidak terjadi rx transfuse pada bulan Jan-Nov 2017.
- Capaian mempunyai persentasi yg sama dg SE yang equal.
- Tidak ditemukan reaksi transfuses darah
- Standar internasional reaksi transfusi diisyaratkan 0,01%
- Dibanding RSUD X1, reaksi transfuse drh (Jan-Maret 2015 antara 0,20 % -1,2 % -1,4%
- RSND & PMI Smg msh lebih baik dlm *cross match*
- Sama dg RSUD X3 (Juli-Sept 2017) juga 100% tidak ada reaksi transfusi

PLAN

Semua reaksi ikutan krn transfusi darah
Reaksi transfuse biasanya muncul pd transfuse berulang atau jumlah besar

DO

- Metode pengumpulan data secara concurrent/ retrospektif dr Lan, ICU & RANAP
- Permintaan drh dg uji ABO, Rhesus dan uji silang serasi
- Rx sedang: 20-30" stlh transfuses, demam, gejala ruam gatal berat, flushing, aksila >38", rigor, gelisah DJ cepat, tekanan drh menurun
- Rx berat: hemolisis, kontaminasi bakteri, syok sepsis, anafilaksis.

ANALYSIS/STUDY

PROSES

- Jumlah darah disimpan di Laboratorium
- Diberikan saat operasi dan pasca operasi

OUTCOME

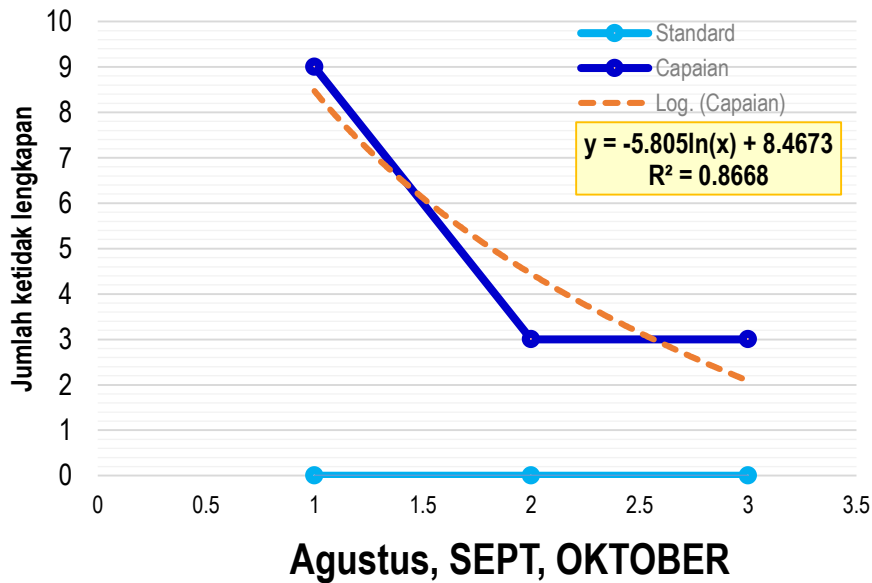
Selama 4 blm dari bln Agustus sd November 2017 tidak pernah ada reaksi transfuse darah di RSND

RECOMMENDATION/ACTION

- Perketat mekanisme cross match agar prestasi dapat dipertahankan.
- Bank Darah sendiri yg direncanakan di RSND juga hrs menggunakan peralatan canggih yg sama dg PMI

IAK-9

Angka Ketidak Lengkapan Ringkasan Pulang



- Masih terdapat ketidak lengkapan ringkasan pulang
- Kurang disiplinnya DPJP mengisi ringkasan pulang
- Ttp tdt trend perbaikan dg bermakna stlh dianalisa dg *Log Regn analysis* dg $y = -5,805\ln(x) + 8,4673$ dan $R^2 = 0,8668$
- Dibanding RSUD X3 (C) kelengkapan RM (Jan-Maret 2017) adalah sebesar 81% menurun sd 63%
- RSUD X1 (C) Jan-Maret 2015 (terlengkap) hanya mencapai 78 menurun sd 50%,
- RSND msh > baik

PLAN

- Kelengkapan Ringkasan Pulang merupakan prasyarat klain BPJS
- Ringkasan pelayanan pulang diberikan oleh Dr yg bertanggung jawab, untuk pelayanan berkelanjutan bagi pasien atau tindak lanjutnya

DO

- Pengumpulan data dilakukan di ruang rawat inap dan RM atau saat penagihan BPJS
- Data dikumpulkan petugas ruangan dg KaRu sbg penanggung jawab dan Inst RM

ANALYSIS/STUDY

PROSES

- Kepatuhan mengisi kelengkapan RM dg ringkasan pulang terjadi tinggi pada bulan Agustus.
- Diundang untuk rapat mengenai kelengkapan RM dan terlambatnya JASA MEDIK

OUTCOME

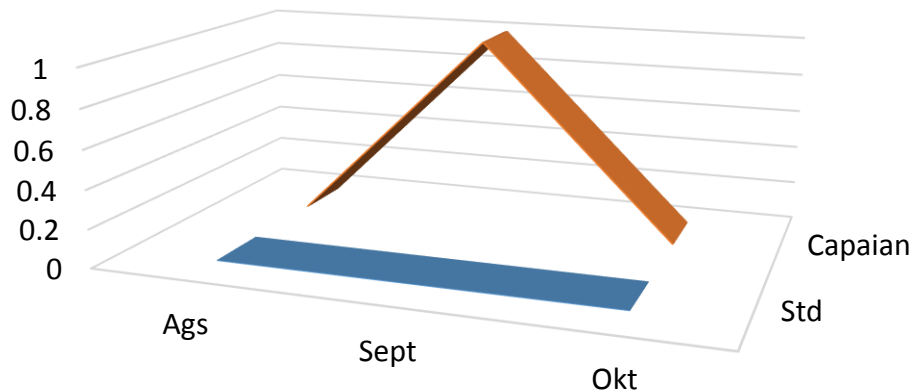
- Terdapat kenaikan setiap bulan selama September dan Oktober, walau blm mencapai target

RECOMMENDATION/ACTION

- Ditekankan lagi pentingnya kelengkapan ringkasan pulang sesuai PMK dan tidak lanjut pengobatan
- Diberikan Reward dan Punishment (penundaan jasa medik) pada penilaian PERFORMA dokter dan Re-dukasi SPO pengisian ringkasan pulang
- Pemantauan kegiatan pengisian ringkasan pulang pada pasien rawat inap oleh KaRu

IAK-10

Angka Kejadian Phlebitis



	Ags	Sept	Okt
Std	0	0	0
Capaian	0	1	0

Tampak masih terjadi kesalahan infus yg menyebabkan terjadinya Plebitis dalam pemberian obat high alert
Meski hanya 1 kali, hal ini sebenarnya tidak boleh terjadi

Dibanding RSUD X2 (C 2016) kejadian phlebitis (April-Okt) ant 0,3-0,8 dg rata2 0,4 pasien RANAP yg rata2 2200 pasien/bln atau ada 8 orang phlebitis/bulan
RS X4 Smg (Sem I, Jan-Juni) phlebitis tertinggi bln April dg 0,75‰ per 1000 hari pemakaian alat

RSND 0-1 orang perbulan tampaknya masih lebih baik

• PLAN

- Phlebitis komplikasi umum pemberian infus
- Ttp, tdk adanya consensus ttg pengukuran phlebitis menyebabkan laporan incidence phlebitis menjadi kurang akurat (*GR Barruel et al.2014. J Eval Clin Pract. 20(2): 191-202*).
- Incidence phlebitis $\pm 1.25\%$ (*Urbanetto JS et al. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24:e2746*)
- Pd laporan ini standart ditetapkan 0% (**Tidak mungkin**)

DO

- Pengumpulan data dilakukan di ruang rawat inap, ICU dan HCU
- Oleh petugas n dg KaRu sbg penanggung jawab
- Metode pengumpulan data secara concurrent
- Terdapat 1 pasien dengan phlebitis

ANALYSIS/STUDY

PROSES

- Kemaungkinan <cermat pemberian obat high alert
- Pasien bergerak / immobilisasi kurang, sebab kesadaran menurun (di ICU)

OUTCOME

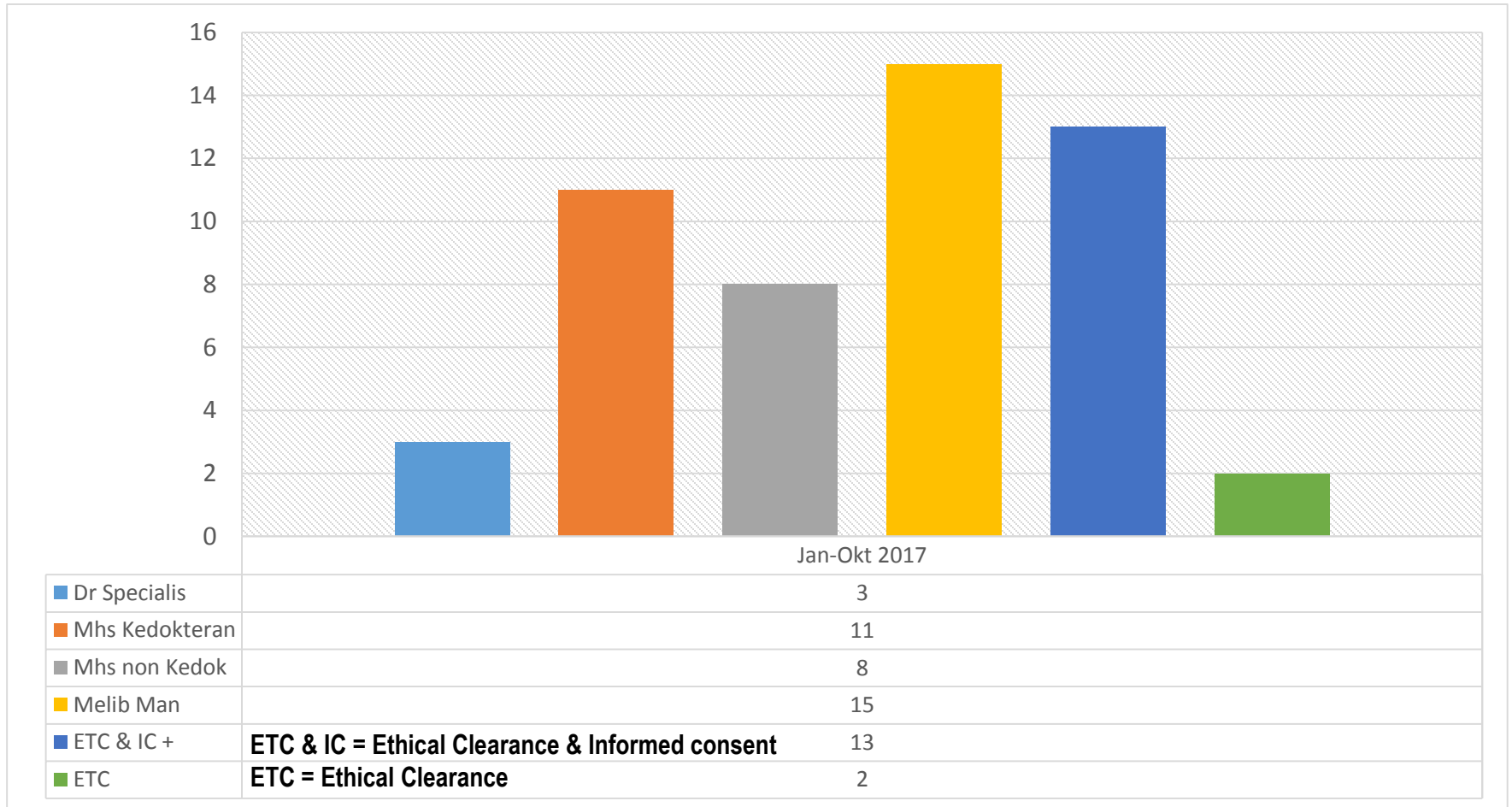
- Terjadi jarum infus menjadi bengkok dan hypo infusion shg terjadi pembengkakan dan phlebitis di lengan yang terinfus
- Kurang disiplin sesuai SPO atau control pemberian obat high alert

•RECOMMENDATION/ACTION

- SPO pemasangan infus dipertegas
- SPO control pemantauan dipertegas
- Cek ulang SPO dan kontrol pemberian obat high alert

IAK-11

Jumlah dan jenis penelitian interprofesional di RSND Telah dilengkapi dg *ethical clearance & informed consent*



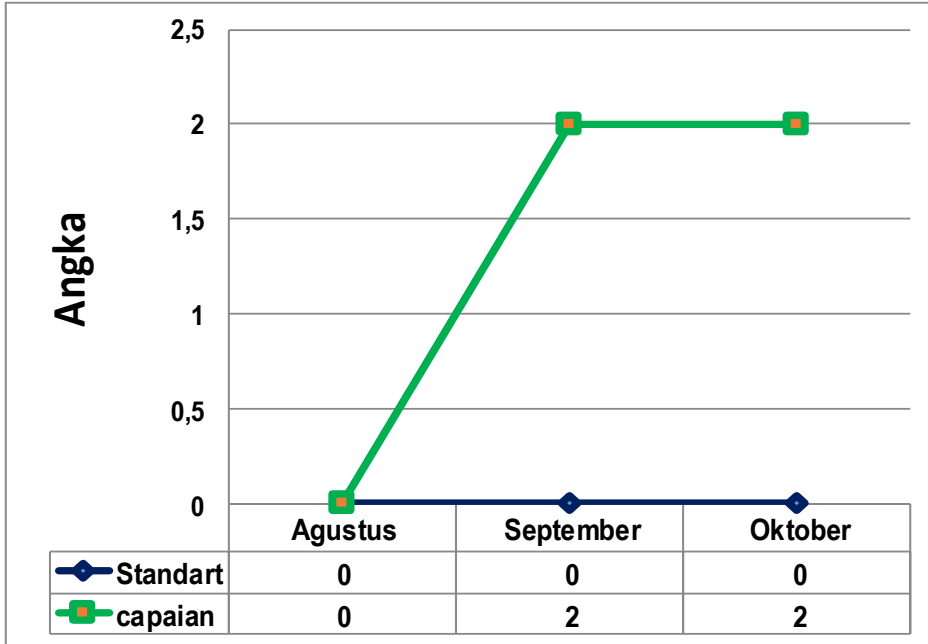
Total Jumlah Penelitian Inter-Profesional ada 22

INDIKATOR KESELAMATAN PASIEN (IKP)



IKP-1

Kejadian tidak terpasangnya gelang identitas pasien RANAP



- Masih terjadi tidak terpasangnya gelang pada 2 orang dari rata2 250 pasien atau = 0,08%
- Dibanding RSUD X1 (C 2015), tidak terpasang-nya gelang pd pasien baru adalah 0,1% - 1,5 % (Feb-Maret 2015)
- RSUD X2 (C 2016) Juni-Okt antara 1,6-5% atau rerata 3,7%
- **RSND masih jauh lebih baik**

PLAN

Gelang terpasang dengan benar pada setiap pasien rawat inap

DO

- Pengumpulan data dilakukan di ruang rawat inap
- Data dikumpulkan petugas ruangan dg KaRu sbg penanggung jawab

ANALYSIS/STUDY

PROSES

- Beberapa kali terjadi tidak terpasangnya gelang pada pasien RANAP
- Masing2 2(dua) pasien ranap dr pasien rujukan ternyata blm terpasang

OUTCOME

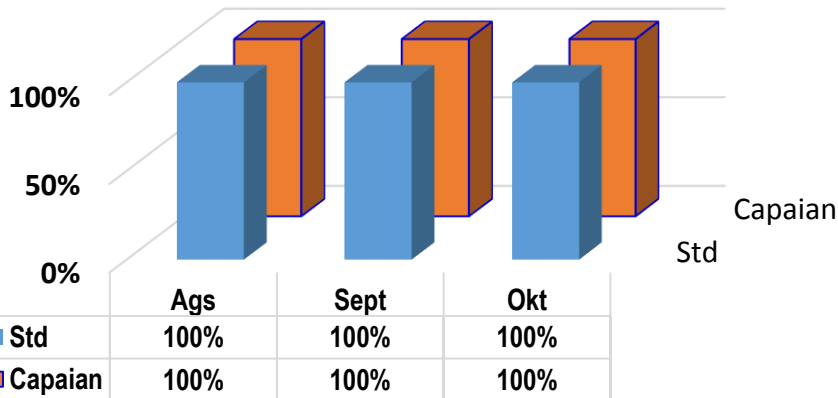
- Terdapat kelalaian pemasangan karena tampak ada gelang dr RS rujukan
- Kurang disiplin menerapkan SPO

•RECOMMENDATION/ACTION

- Re-edukasi SPO dan panduan asesmen awal medis dan keperawatan
- Pemantauan kegiatan pengisian asesmen awal pasien rawat inap oleh KaRu /case manager

IKP-2

Presentase dilaksanakannya konfirmasi pd *The Read Back Process* di IGD, RANAP, ICU, HCU, HD, RAJAL



Kepastian semua instruksi dokter di berbagai ruangan telah dilakukan dan dicapai dengan baik

- **RSUD X2 (C 2016) kepatuhan Tbk oleh DPJP (Jul-Nov) bergerak ant 12% menjadi 62,5%**
- **RSUD X1 (C 2015) ant Jan-Maret 2015 antara 25% sd 82 %**

RSND msh lebih baik, ttp perlu Institusionalisasi kebiasaan Read Back Process secara terus menerus

PLAN

Sistem komunikasi yang baik antar petugas kesehatan sangat penting dalam mewujudkan peningkatan mutu dan keselamatan pasien
Memastikan bahwa semua instruksi dan informasi mengenai pasien dikomunikasikan secara baik

DO

- Pengumpulan data dilakukan di ruang rawat jalan, rawat inap, ICU, HCU, IGD, melalui unit2 PMPK
- Read Back Process selalu dilaksanakan dg baik
- Read back mengenai penyampaian informasi hasil pemeriksaan laboratorium/radiologi yang penting/kritis diatur tersendiri

ANALYSIS/STUDY

PROSES

- semua instruksi dan informasi diverifikasi dengan baik kepada pemberi informas
- tidak terjadi kesalahan dalam transfer informasi antar petugas kesehatan

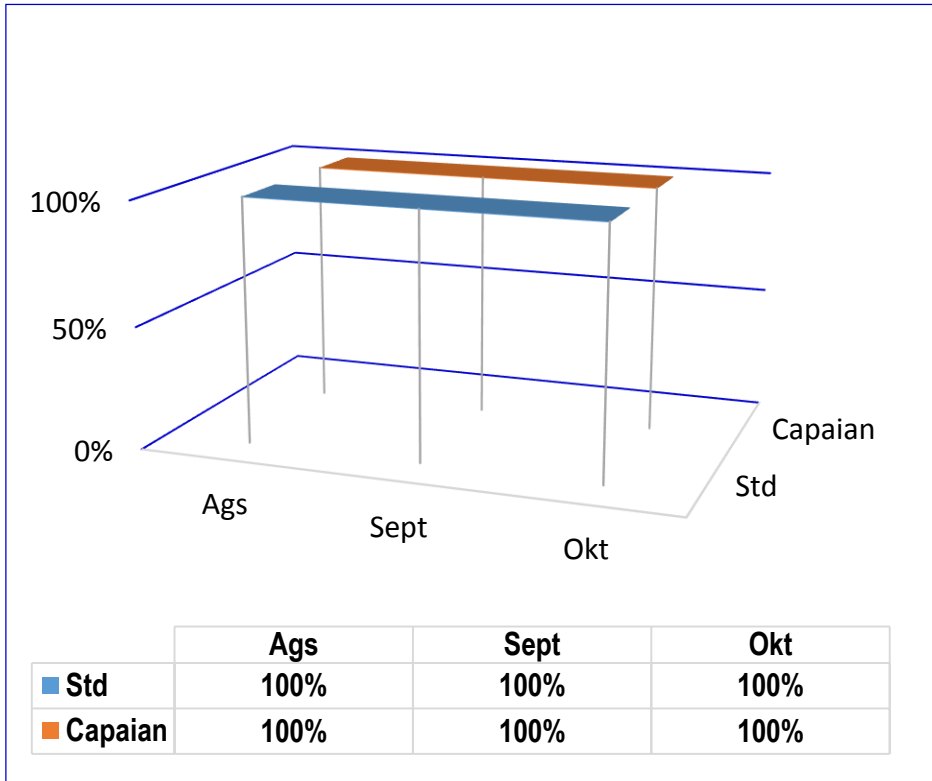
OUTCOME

- Aliran informasi di RUANGAN sdh dilaksanakan dg benar

•RECOMMENDATION/ACTION

- Reeducasi mengenai Read back process perlu di-institusionalisasikan agar bisa dan mampu mempertahankan komunikasi yang baik di SND

IKP-3 Terpasangnya Label pd Obat High Alert



Pemberian label pd obat high alert sudah dilaksanakan dg menyeluruh

Dibanding RSUD X2 (C 2016) pelabelan obat high alert antara Sept-Nov 2016 juga sdh mencapai 100%

RSND Comparable dg RSUD X2

PLAN

Obat high Alert punya resiko lebih tinggi sbbk komplikasi & SE berbahaya, krn rentang dosis yg sempit
Perlu label dan tanda “ peringatan” untuk high alert

DO

- Pengumpulan data dilakukan di ruang Farmasi, Ranap, dan kotak obat emergensi
- Data dikumpulkan petugas dg Kalns & KaRu sbg penanggung jawab
- Obat yg keluar dr Farmasi sdh hrs ada tanda High Alert

ANALYSIS/STUDY

PROSES

- Kepatuhan memberitanda obat high alert sdh dimulai sejak disosialisasikannya rencana akreditasi oleh KARS dp bulan November 2016

OUTCOME

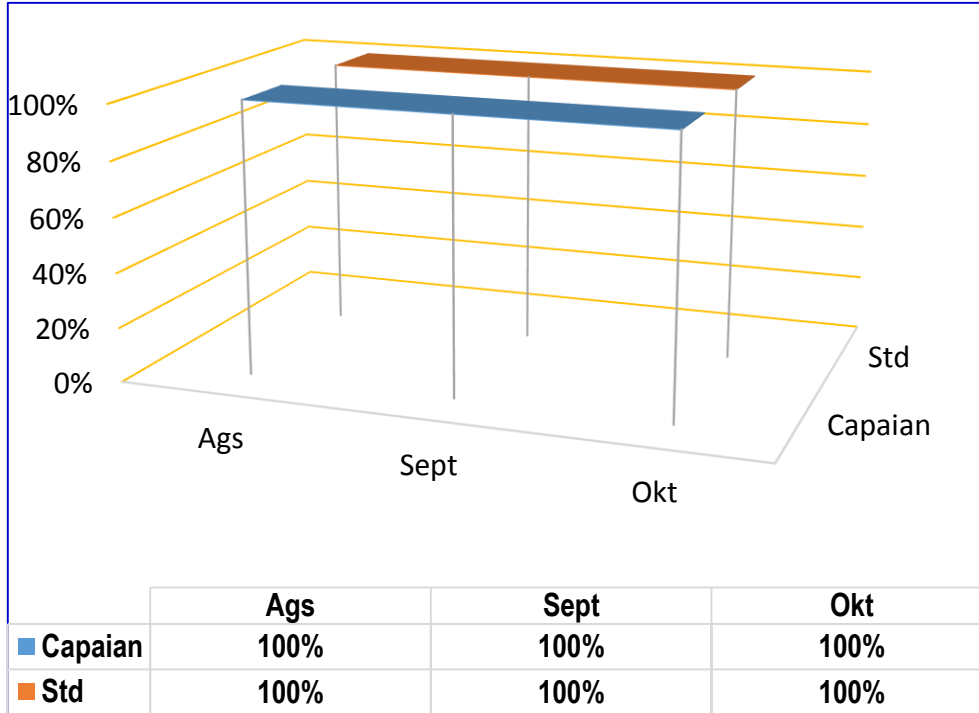
- Terpasangnya label high alert pada obat2 di dalam Instalasi dan diluar instalasi Farmasi
- Melakukan prosedur pengecekan ganda, untuk obat!obat high alert & tertentu di RUANGAN

RECOMMENDATION/ACTION

- Re-edukasi SPO dan implementasi panduan obat high alert di semua unit
- Menstandarisasi prosedur instruksi peresapan, penyimpanan, persiapan, & pemberian OBAT high alert

IKP-4

Dilaksanakannya site marking pd pasien operasi dg organ dua sisi



Pemberian site marking sudah dilaksanakan dengan benar

RSUD X1 (C 2015) Jan-Maret 2015 masih berkisar ant 65 sd 80%

RSND lebih disiplin

PLAN

- National Patient Safety Agency (NPSA) & WHO mewajibkan melengkapi checklist Keselamatan
- Meminimalkan risiko operasi di lokasi atau pasien yg salah

DO

- Pengumpulan data dilakukan di ruang rawat inap dan IBS
- Dikumpulkan dg KaRu/Anestesi sbg penanggung jawab

ANALYSIS/STUDY

PROSES

- Kepatuhan membuat site marking pada daerah yang akan dioperasi telah dilaksanakan dg baik

OUTCOME

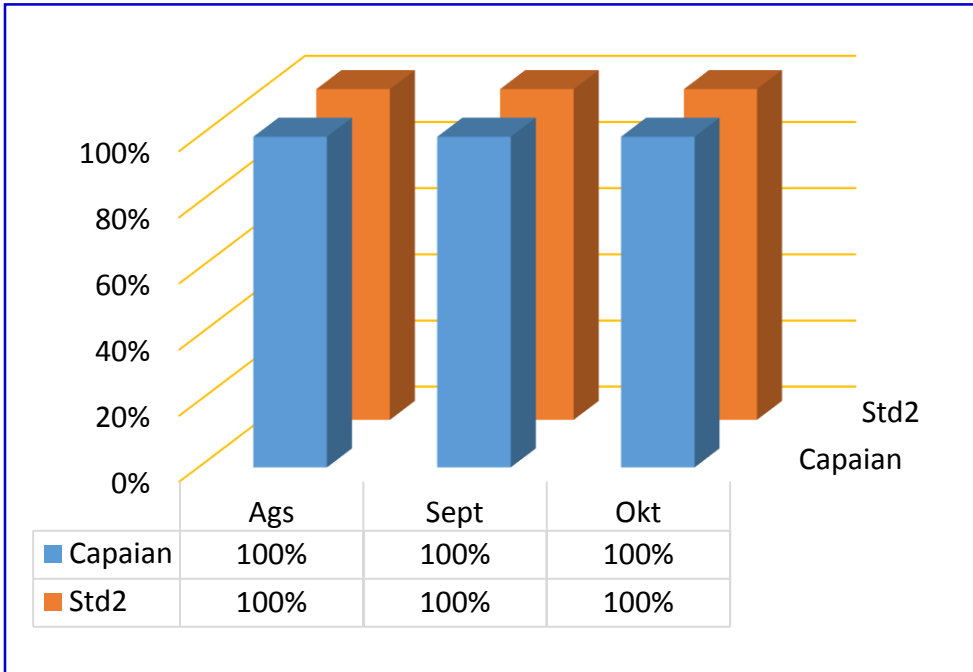
- Tidak terdapat keraguan dalam menentukan tempat operasi
- Sdh dilaksanakan dg benar

•RECOMMENDATION/ACTION

- SPO dan panduan di Institusionalisaikan kpd Dokter dan perawat ruang/IBS
- Diperkuat dg sosialisasi dan Institunalisai asesmen pra anestesi

IKP-5

Persentase terteranya tanggal kadaluwarsa pd alat steril



- Tanggal kadaluwarsa alat2 steril sdh sesuai standard
- Jika tgl kadaluwarsa ditulis dd/mm/yy, mk akan dianggap kadaluwarsa pada tanggal tersebut. Jika ditulis mm/yy, mk kadaluwarsa pd hari terakhir di bulan tsb
- **Pembandingan dg RS lain tidak ditemukan**

PLAN

Tgl kadaluwarsa alat steril mrpk bag kritikal yg menentukan apakah aman tidaknya untuk digunakan
 Mrpk prosedur pengawasan instrumen steril
Persediaan CSSD juga diberi tanggal kadaluwarsa

DO

- **Pengumpulan data dilakukan di ruang persediaan**
- Dikumpulkan petugas dg KaRu sbg penanggung jawab
- Cek kondisi kemasan dan tanggal expired
- Apabila kemasan rusak atau robek, mk instrument dianggap tidak steril dan serahkan ke CSSD
- **Persediaan CSSD Supply yang sudah dekat atau berada pada tanggal kadaluwarsa dikembalikan ke CSSD**

ANALYSIS/STUDY

PROSES

- Instrumen steril bermerek di check
- **Produk CSSD:**
 Paking wipak disterilkan dg Autoclave (1 bl)
 Dg kertas wrapping paper green dg Aotoclav 6 bl.
 Kemasan dg mesin Getinge, 6 bl

OUTCOME

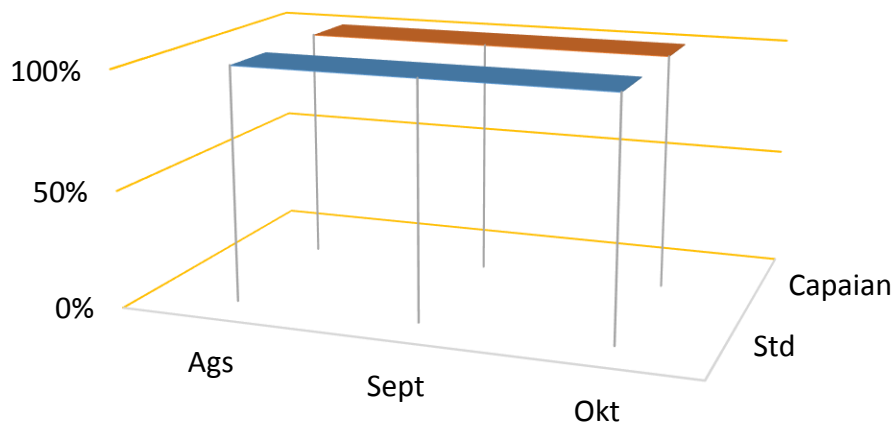
Alat yg dipakai masih dlm tanggal blm kadaluwarsa
 Alat dr CSSD juga masih dalam batas blm kadaluwarsa

•RECOMMENDATION/ACTION

- **Institusionalisasi penyimpanan peralatan steril**
- **Institusionalisasi SPO sterilisasi alat kesehatan agar alat siap dipakai dan tahan steril sesuai peraturan**
- **Pembelian alat sterilan dingin agar peralatan lebih siap dan terpelihara**

IKP-6

Persentase pagar sisi (bed rail) selalu terpasang pd pasien dg resiko jatuh di RANAP



	Ags	Sept	Okt
Std	100%	100%	100%
Capaian	100%	100%	100%

Terpasangnya pagar sisi tempat tidur (Bed Rail) sdh dilakukan dengan disiplin

Pasien jatuh bukan pada saat tidur di tempat tidur

Pembandingan di RS lain tidak ditemukan

PLAN

- Pencegahan pasien jatuh antara lain dg penandaan gelang berwarna **KUNING** dan memastikan tempat tidur/brankard dalam posisi roda terkunci
- Diperiksa factor 2 yg beresiko pasien kesadaran <
- Pagar sisi tempat tidur/brankard **HARUS** dipastikan dlm posisi berdiri/ terpasang

DO

- Di-check apakah menggunakan obat2 yg menurunkan kesadaran
- Dilakukan pengecekan selalu apakah bed rail selalu terpasang
- Jika terbuka lakukan himbauan pd ybs atau penunggu untuk menutup bed rail

ANALYSIS/STUDY

PROSES

- Kepatuhan kepatuhan perawat dan pasien tampaknya bias diandalkan
- Demikian juga kalau ada keluarga yg menunggu

•OUTCOME

- Bed rail selalu terpasang saat pasien tidur
- Hanya dibuka dibawah pengawasan kalau diperlukan

•RECOMMENDATION/ACTION

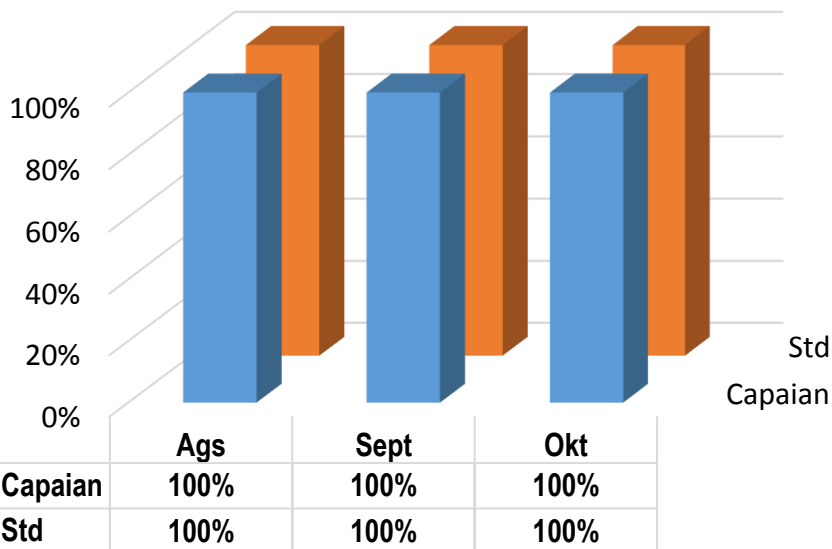
- Re-edukasi SPO dan panduan pencegahan pasien jatuh dr TT
- Re-edukasi mengenai obat2 yg menyebabkan pasien berkurang kesadaran atau gelisah

INDIKATOR AREA MANAJEMEN (IAM)



IAM-1

Ketersediaan obat emergensi dan alkes di ruang ICU, IRNA dan IGD



Ketersediaan obat emergensi dan alkes di ruangan telah sesuai dg standard

Dibanding RSUD X2 (C 2016) ketersediaan Obat dan Alat emergensi di ruang IGD (Juli-Okt) antara 74 sd 83,9%

RSND masih lebih baik

PLAN

7an untuk menjamin ketersediaan obat dan alat dpt selalu tersedia pada keadaan gawat darurat diluar loket farmasi. Dalam kotak emergensi

Misal:

Alat: ETT, oroparingeal tube, Laringoscope, ambu bag, DC shock :

Obat: Adrenalin, Ephinephrin, Dopamin, Sulfas atropine, Aminophilin dll

DO

- Pengumpulan data dan checking dilakukan di ruang ICU, IRNA dan IGD serta Farmasi.

ANALYSIS/STUDY

PROSES

- Kepatuhan penyediaan kit dan obat2 emergensi sudah dipatuhi 100 %
- Checking list sdh dilaksanakan bersama petugas ruangan

OUTCOME

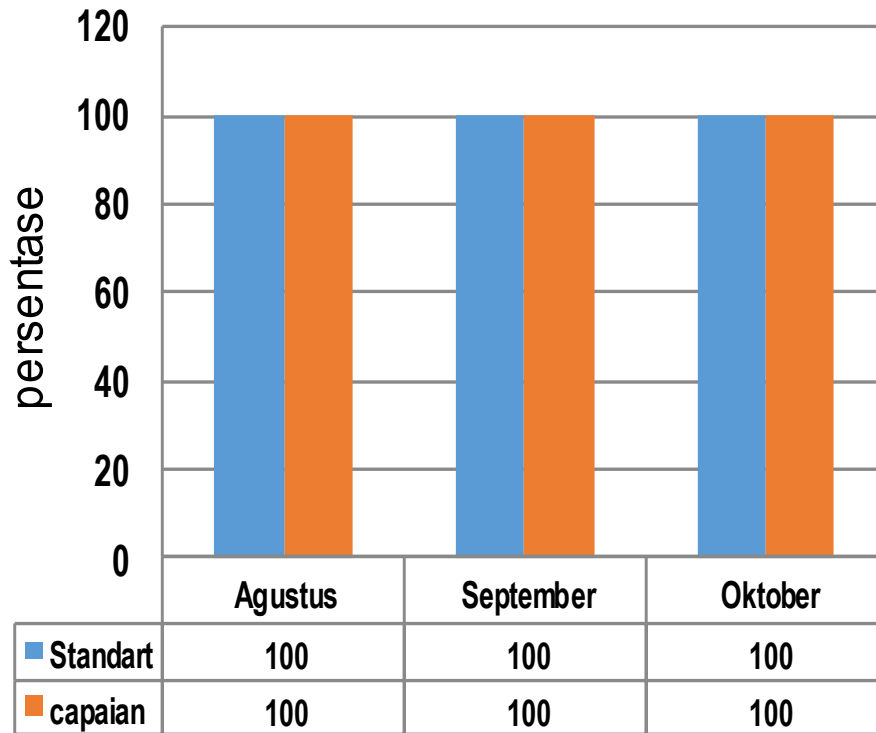
- Terdapat kesiapan dalam menghadapi kejadian emergensi dan code blue

•RECOMMENDATION/ACTION

- Institusionalisasi SPO penyediaan kit emergensi
- Re checking setiap Minggu

IAM-2

Ketepatan pelaporan kasus DHF ke DinKes Kota Semarang



Pelaporan kasus DHF ke DinKes sdh sesuai dg kewajiban

RSUD X2 juga melaporkan kasus DHF ke Din Kes tepat waktu

RSND Comparable

PLAN

Dilakukan pelaporan kasus2 DHF ke Dinas KesKota untuk tujuan evaluasi epidemic dan pencegahan

DO

- Pengumpulan data dilakukan di ruang rawat inap dan RM serta hasil laporan
- Penyakit yg merupakan endemic dan kejadian luar biasa sudah selalu dilaporkan sesuai kerjasama yang telah ditanda tangani

ANALYSIS/STUDY

PROSES

- Kepatuhan pelaporan lasus khususnya DHF telah dilakukan sesuai standar kewajiban
- Kebutuhan masyarakat sekitar tentang DHF juga sudah dilakukan pertemuan dg tokoh masyarakat

OUTCOME

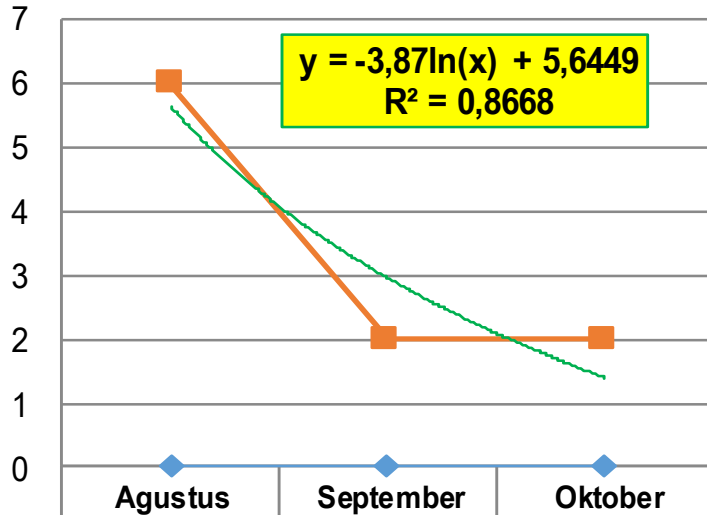
- Terdapat kepatuhan pelaporan yang sdh terinstitusionalisasi

•RECOMMENDATION/ACTION

- Re-edukasi SPO pengaduan penyakit2 lain yang menjadi priorotas pemerintah dan program MDGs
- Mengusulkan RSND ikut dalam penunjukan RS rujukan untuk HIV karena sdh mulai ada kasus

IAM-3

Angka kejadian staf RS tertusuk benda tajam



Standart	0	0	0
capaian	6	2	2

Tampak kejadian staf RS tertusuk benda tajam (jarum) meulai menurun secara significant sejak bln Agustus ke Okt (*Log Regression Analysis dg $y = - 3,87\ln(x) + 5,6449$ dan $R^2 = 0,8668$*), meskipun blm 0%

Kejadian tertusuk jaurum pd bl Jan, Juli, Sept dan Oktober 2016 sebanyak 1,2,1,1 sama karena kurang kepatuhan thd SPO

Untuk masalah ini RSND msh Comparable

PLAN

Angka kjadian tertusuk jarum diharapkan serendah mungkin jika semua provider mentaati SPO penggunaan jarum suntik.

Sebenarnya rata2 health provider lebih banyak yg pernah mengalami tertusuk jarum daripada tidak pernah (pernsh=77,6%; tdk pernah 22,4%, SK Tamaka 2017, UNSRAT, Manado)

DO

- Pengumpulan data dilakukan di ruang rawat inap, IGD, UGD dan RAJAL
- Data dikumpulkan petugas ruangan dg KaRu sbg penanggung jawab

ANALYSIS/STUDY

PROSES

- Kejadian tertusuk jarum pd bl Agust disebabkan kurang dipatuhinya SOP pembuangan jarum (ke dalam kotak)
- Pada Bulan September dan Oktober tertusuk jarum karena berusaha menutupkan lagi jarum pada tutupnya

OUTCOME

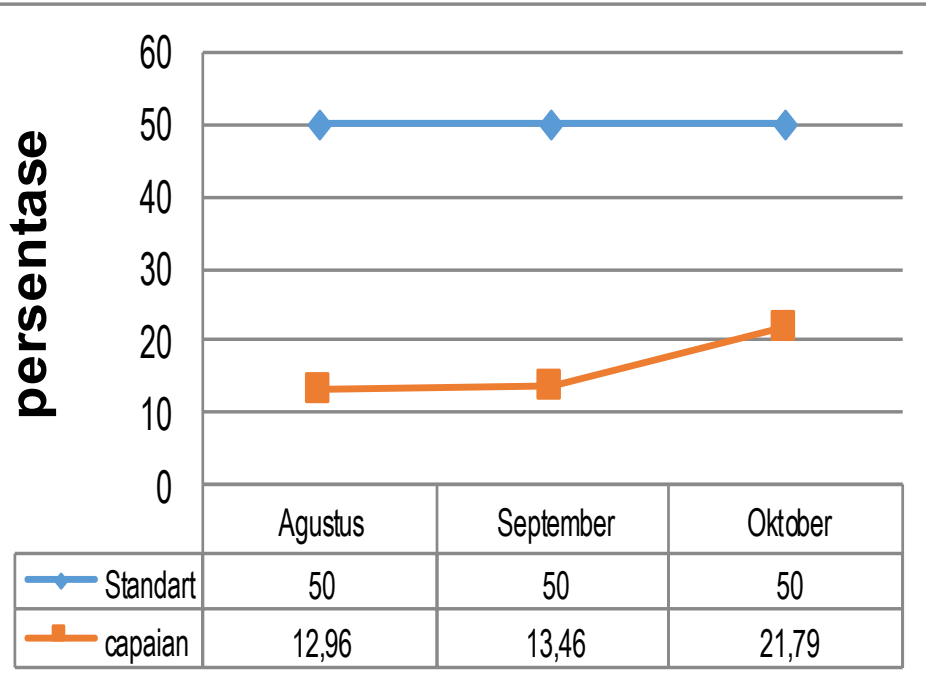
- Terdapat penurunan kecelakaan tertusuk jarum walalu belum mencapai target 0%
- Blm jelas hubungan dg beban kerja (SK Tamaka 2017)

RECOMMENDATION/ACTION

- Re-edukasi SPO panduan pembuangan jarum dan menghilangkan kebiasaan menutupkan lagi jarum yg telah dipakai

IAM-4

Persentase Utilisasi penggunaan Unit hemodialisa/bulan



Tampak penggunaan alat hemodialisa baru mencapai paling banyak 21,79 pada bulan Oktober

Dibanding RS lain tampaknya RSND masih jauh ketinggalan (data tidak didapat)

PLAN

Pasien dg gagal ginjal, dilakukan hemodialisa
Tersedia 5 Unit alat hemodialisa di ruangan cuci drh
Tersedia alat hemodialisa di ruangan ICU (tidak dihitung o.k. insidental untup pasien ICU yg butuh hemodialisa

DO

- Pengumpulan data dilakukan di ruang ruang hemodialisa
- Data dikumpulkan petugas ruangan dg KaRu & kalnst sbg penanggung jawab
- Metode pengumpulan data secara retrospektif

ANALYSIS/STUDY

PROSES

- Penggunaan alat hemodialisa di RSND blm full capacity
- Jumlah pasien yg diterima masih sebatas mantan pasien RANAP RSND

OUTCOME

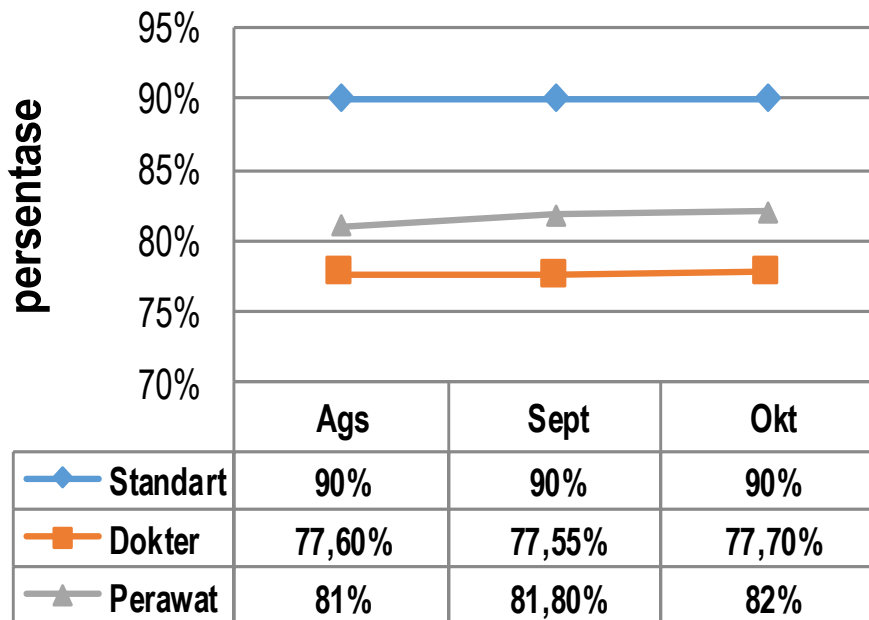
- Meski demikian mulai tampak ada kenaikan jumlah pasien setiap bulan

•RECOMMENDATION/ACTION

- Promosi hemodialisa perlu dilakukan
- Seminar dan Workshop awam mengenai hemodialisa untuk mengganti fungsi ginjal yg rusak perlu dilakukan

IAM-5

Persentase Kepuasan pasien / pelanggan thd layanan Dokter dan Perawat RS Di RAJAL



Kepuasan pasien rawat jalan (Poliklinik) terhadap layanan dokter dan perawat ternyata masih baru mencapai kepuasan sedang (<90%)

Dibanding pasien RAJAL RS X5 di Jkt 2016 (<http://www.rs-premierbintaro.com/page/data-quality/survey-kepuasan-pasien-rs-premier-bintaro-2016>) **kepuasan sangat baik dg rata-rata 94,4% thd Dokter & rata2 diatas 95% Kepuasan thd perawat**

RSND masih Jauh tertinggal

PLAN

- RS akan mendapatkan hasil yang memuaskan jika terlebih dahulu memberikan pelayanan yang memuaskan (anonim)
- Untuk memberikan energi pembaharuan pelayanan optimal & holistik

DO

- Survey dilakukan pd pasien yang berkunjung dan mendapatkan perawatan medis di RSND.
- Survey dan pengumpulan data dilakukan oleh petugas HUMAS RSND.
- Kepuasan ditanyakan untuk layanan Dokter dan Perawat

ANALYSIS/STUDY

PROSES

- Kepuasan thd layanan Dokter: penjelasan informasi medis yang diberikan dokter, ketepatan waktu kedatangan, dan sikap dokter
- Kepuasan thd layanan perawat: keterampilan, kecepatan pelayanan, dan sikap perawat

OUTCOME

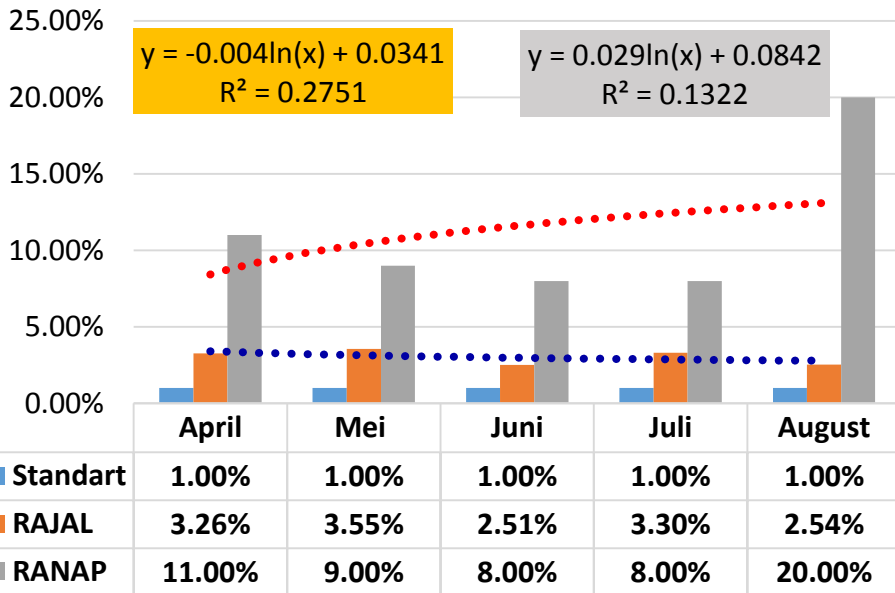
- Kepuasan thd layanan dokter ada dibawah kepuasan thd layanan perawat dengan tingkat kepuasan sedang

•RECOMMENDATION/ACTION

- Re-edukasi komunikasi yg baik dg pasien
- Workshop untuk meningkatkan kepuasan pasien
- Penerapan Reward & Punishment thd kedisiplinan waktu

IAM-6

Persentase pending dan ditolaknya klaim BPJS bulan April-Agustus 2017



- Klaim BPJS selalu alami penundaan krn beda pendapat
- HASILNYA STATUS QUO >>>> DIPERSULIT krn DEFISIT
- Kelengkapan isian dx pd RM rata2 mencapai 70% (*Cases RS X Pujihastuti A et al.. 2014. JMIMI. 2, 60-4).*)
- Sekitar 5-10% berkas tidak kunjung dilengkapi sesuai catatan verifikator krn ada perbedaan pendapat. (*Tonang DA. Kompasiana 11 Februari 2016*)
- Hampir semua RS tipe C terkendala
- **RSND msh Comparable DG YG LAIN**

PLAN

- Ditundanya Klaim krn sistim terasa sulit (dipersulit)
- Pada umumnya klaim untuk **pasien dg penyakit yg "katastropik"** kerugian RSND **MAKIN** membebani

DO

- Pengumpulan data dilakukan di RM dan Tim pengendalian BPJS

ANALYSIS/STUDY

PROSES

- Tim kendali mutu & biaya BPJS kumpulkan RM
- Jika < lengkap RM dikembalikan ke RANAP, hasilnya **tambah depending atau ditolak (dispute) dg analysis log regression $y = 0,029\ln(x) + 0,0842$ dan $R^2 = 0,1322$. (krn TAGIHAN BESAR)**
- Pelayanan anggap RANAP > ! drpd kembalikan RM
- RAJAL, pelajari ICD, hasilnya **membaik PELAN dg log regression analysis - (neg) dg $y = -0,004\ln(x) + 0,0341$ dan $R^2 = 0,2751$ (krn tagihan SEDIKIT)**

OUTCOME

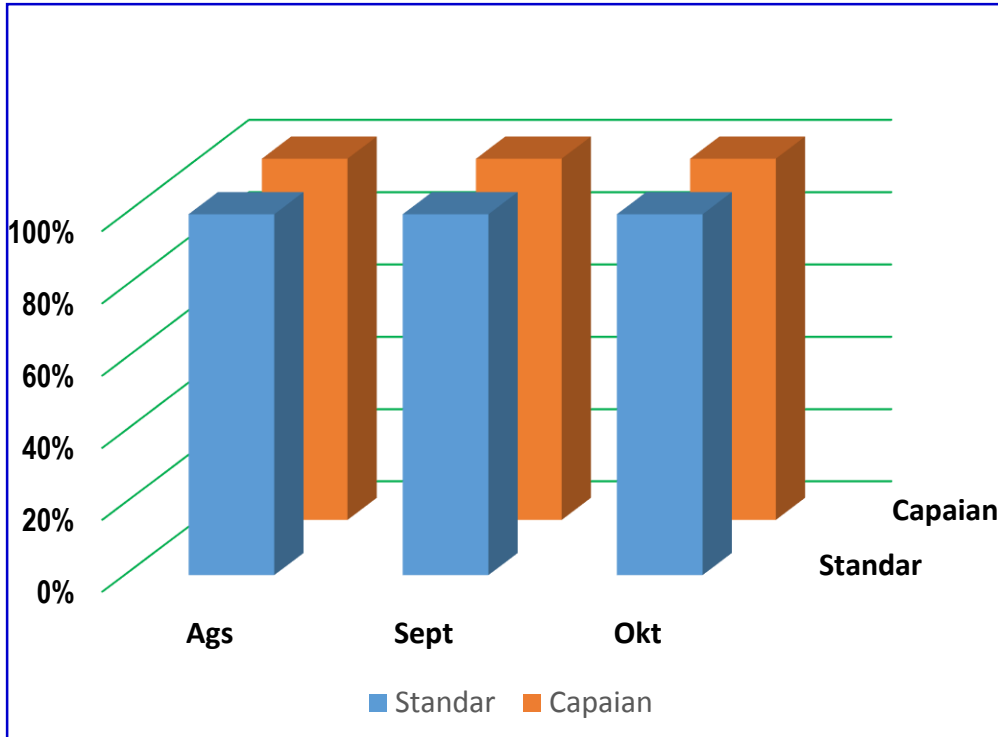
- Keterlambatan krn pending atau ditolak.
- NASIB selanjutnya TIDAK JELAS, mungkin gagal bayar
- Trend yg berbeda dr satu system analysis menunjukkan ada yg TIDAK BENAR DG SISTEM INI

RECOMMENDATION/ACTION

- Re-edukasi ICD 9 dan ICD 10 selalu didengarkan.
- Dilakukan re-training Coding unt Tim Kendali mutu & Kendali Biaya BPJS
- Reward & punishment bg DPJP yg t' meleng-kapi RM
1x24 J (*EA Pradani, D Lelonowati & Sujianto. JMMR, 6 (2): 112-121, 2017*)

IAM-7

Tersedianya Hand-Rub di Rawat Inap



Ketersediaan hand rub di ruang rawat inap sbg hand sanitizer & topical disinfectant seduah dilaksanakan sesuai standart

Dibanding RSUD X3 (Jui-Sept 2017) ternyata juga selalu tersedia hand-Rub di ruangan rawat inap 100%

RSND msh Comparable

PLAN

- Sbg alternative antiseptic dr sabun antiseptic
- Sbg aplikasi hygienic & sbg desinfektan tangan.
- Lebih cepat, > ditoleransi kulit drpd sabun antiseptic

DO

- Pengumpulan data dilakukan di ruang rawat inap
- Data dikumpulkan petugas ruangan dg KaRu sbg penanggung jawab
- Metode pengumpulan data ruang per ruang dan penanggung jawab

ANALYSIS/STUDY

PROSES

- Kepatuhan penyediaan hand-rubs di ruangan, baik daerah pintu masuk ruangan maupun di dlm ruang rawat tampaknya telah terpenuhi

OUTCOME

- Sejak dicanangkan pemakaian hand rubs pd dokter-perawat dan pengunjung maka penyediaan hand rub selalu terpenuhi

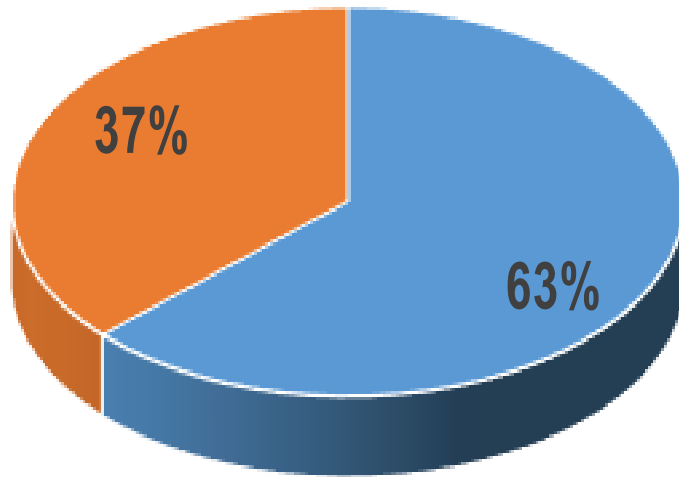
RECOMMENDATION/ACTION

- Mempertahankan dan institusionalisasi pola penyediaan hand rub dipertahankan sehingga selalu tersedia

IAM – 8

Jumlah SDM yg telah mengikuti pelatihan kebakaran (APAR) Tahun 2017

■ Sdh Pelatihan ■ Blm Pelatihan



Jumlah SDM yang belum mengikuti pelatihan kebakaran masih cukup tinggi terutama SDM dokter yaitu: 191/589 atau 32,4 %

Dibanding RSUD X2 th 2016 ada 19% yg blm mengikuti pelatihan kebakaran (APAR)

RSND agak tertinggal

PLAN

- Perkembangan teknologi dpt memacu kebakaran.
- O.k. itu penggunaan APAR & pemahaman fungsi serta management penggunaan APAR serta tata letak perlu diketahui oleh setiap pegawai RS

DO

- Pengumpulan data dilakukan bg SDM
- Nama2 dan jabatan pegawai yg telah ditatar dan dilatih mengenai penanganan API, penyelamatan diri dan atau pasien didata

ANALYSIS/STUDY

PROSES

- Dari seluruh pegawai RSND (Dokter, perawat, bidan, laboran, teknisi, ahli gisi, satpam, cleaning service, pramusaji dll, sejumlah 589 orang mengikuti training

OUTCOME

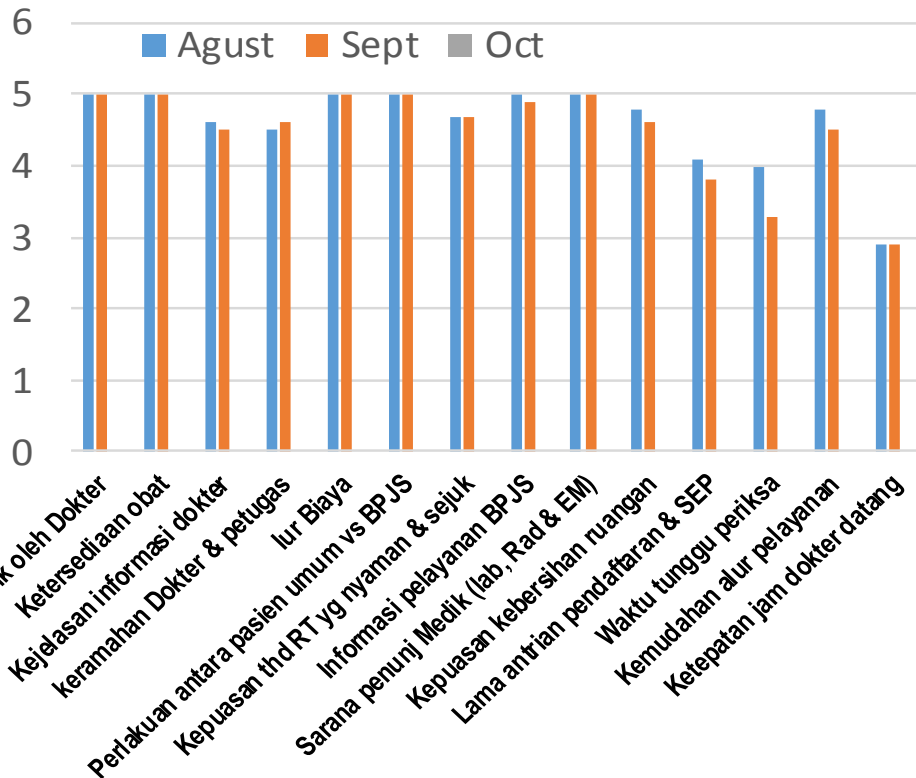
- Terdapat 191 orang yang belum mengikuti training atau 32,4 % terutama dokter dan lain pegawai yang saat itu jaga malam

•RECOMMENDATION/ACTION

- Dilakukan traing ulang pada pertengahan tahun untuk mengikutkan pegawai lain yg belum ikut atau pegawai baru

IAM-9

Kepuasan Pasien menurut AUDITOR EXTERNAL: WTA – RJTL 2017



Variabel **ketepatan jam dokter datang** merupakan **variable yg dinilai pelanggan sebagai faktor terburuk pelayanan RSND**. Ketepatan jam datang ini menjadikan waktu tunggu pasien menjadi lebih lama dan dinilai menjadi **variable kedua yang kurang memuaskan**

Sulit dibandingkan dg RS lain karena metoda penelitian dan skala penilaian berbeda

PLAN

Dilakukan questioner pasien Rawat Jalan di RSND oleh BPJS

DO

- Pengumpulan data dilakukan di ruang rawat JALAN RSND (Poliklinik)
- Data dikumpulkan petugas ruangan oleh verifikator/penanggung jawab riest dari BPJS
- Metode pengumpulan data secara langsung dan dikumpulkan oleh ybs

ANALYSIS/STUDY

PROSES

- Pertanyaan dilakukan dg sistim grading dg angka 0-5 dan kemudian dilakukan perkalian dengan pembobotan masing2 pertanyaan

OUTCOME

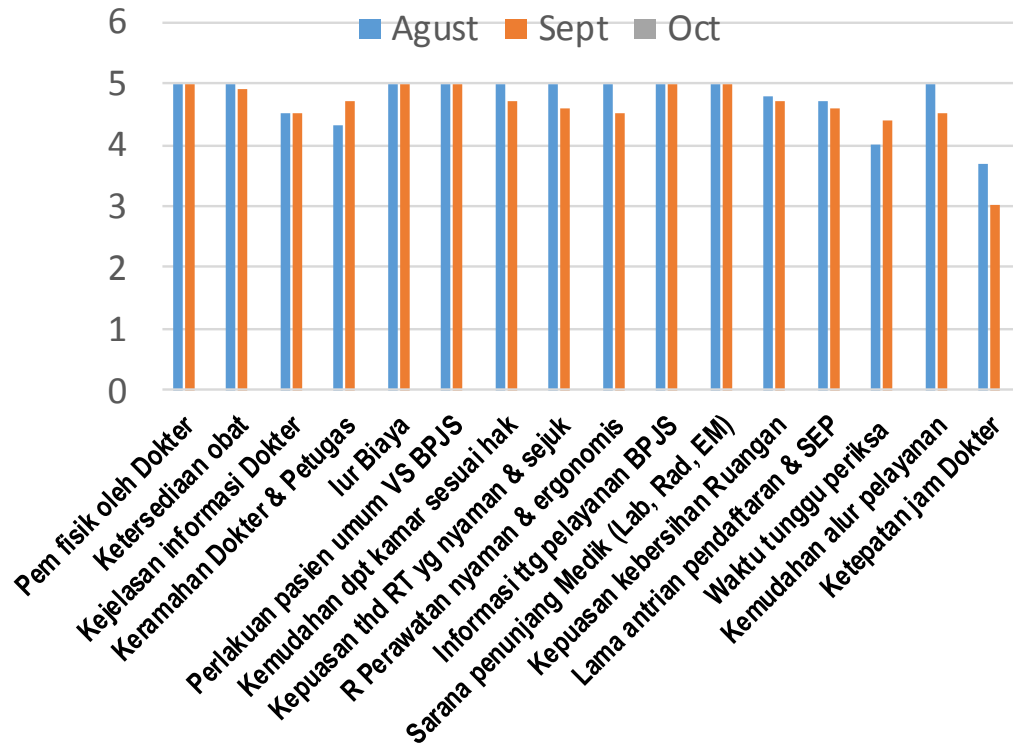
- Terdapat hasil questionair yang menunjukkan bahwa ketepatan dokter datang merupakan factor utama ketidak puasan pasien rawat jalan

•RECOMMENDATION/ACTION

- Pemberian surat tertutup teguran thd dokter yg sering terlambat
- Mengusulkan kepada Rektor mengenai *Reward* dan *Punishment* yg lebih tegas
- Dibuatkan absensi yg akurat dan akuntable

IAM-10

Kepuasan Pasien menurut AUDITOR EXTERNAL: WTA – RITL 2017



Variabel ketepatan jam dokter datang tetap sebagai factor terburuk pelayanan RSND.

Menjadikan waktu tunggu periksa menjadi lebih lama ttp disini terbantu oleh adanya Residen yg visite.

Dibanding RSUD X2 sulit dibandingkan krn cara & metoda penilaian berbeda .Kepuasan rata2 83,78%

PLAN

Dilakukan questioner pasien Rawat Inap di RSND oleh BPJS

DO

- Pengumpulan data dilakukan di ruang rawat INAP RSND
- Data dikumpulkan petugas di ruangan oleh penanggung jawab riset dari BPJS
- Metode pengumpulan data secara langsung dan dikumpulkan oleh ybs

ANALYSIS/STUDY

PROSES

- Pertanyaan dilakukan dg sistim grading dg angka 0-5 dan kemudian dilakukan perkalian dengan pembobotan masing2 pertanyaan

OUTCOME

- Terdapat hasil questionair yang menunjukkan bahwa ketepatan dokter datang merupakan factor utama ketidak puasan pasien rawat INAP

•RECOMMENDATION/ACTION

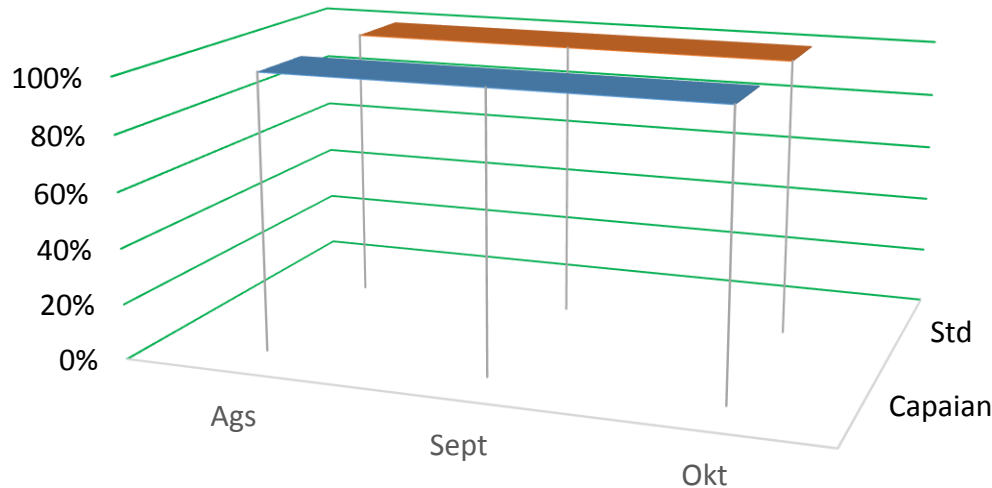
- Pemberian surat tertutup teguran thd dokter DPJP yg sering terlambat
- Mengusulkan kepada Rektor mengenai *Reward* dan *Punishment* yg lebih tegas
- Dibuatkan absensi yg akurat dan akuntable

INTERNATIONAL LIBRARY OF MEASURES



ILM-1

Pemberian aspirin pd pasien AMI dlm 24 jam



	Ags	Sept	Okt
Capaian	100%	100%	100%
Std	100%	100%	100%

- Pemberian Aspirin pada saat datang 24 jam pertama sdh ter-institusionalisasi
- Hal yg sama juga terjadi pd RSUD X3 (C) 2017 juga 100%
- Pd RSU X2 (C-2016) mempunyai data yg sama yaitu 100%

PLAN

Pemberian Aspirin pd AMI dlm 24 jam pertama kedatangan akan secara bermakna mengurangi atau memburuknya myocard dan menurunkan angka kematian.

DO

- Pengumpulan data dilakukan di ruang rawat inap dan RM dg KaRu sbg penanggung jawab

ANALYSIS/STUDY

PROSES

- Kepatuhan Dokter dlm memberikan Aspirin pada 24 jam pertama masuk RS tampaknya sdh dijalankan

OUTCOME

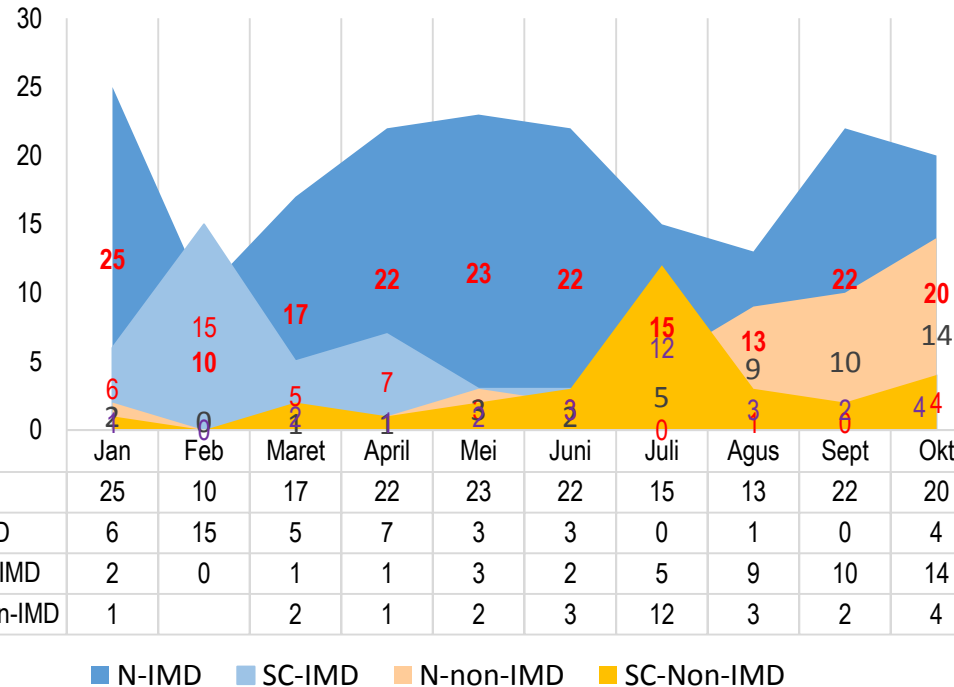
- Kedisiplinan memberikan Aspirin sdh ter-institusionalisasi pada semua DPJP

•RECOMMENDATION/ACTION

- Pemberian Aspirin pd saat 24 jam kedatangan mengurangi kematian sebanding dg pengobatan trombolitik yg lebih mahal
- Mengurangi kematian sp 20%.
- Direkomendasikan diteruskan saat pulang dg pengobatan jangka panjang

ILM-2

Angka pelaksanaan Inisiasi Menyusui Dini (IMD) dan rawat gabung.



PLAN

Semua bayi baru lahir, setelah 30 menit dilakukan pelaksanaan IMD dan kemudian rawat gabung

DO

Pembinaan/Pendidikan teknis pelaksanaan Menyusui Dini sudah dilakukan 100% pada ibu dengan persalinan Normal.
Kadang bayi dengan tanda2 Aspoxia sementara tidak dimasukkan dalam program IMD
Demikian juga Dokter Spesialis Anak yg menangani bayi2 dengan SC dan mengalami aspoxia tidak memasukkan anak dalam IMD

ANALYSIS/STUDY

PROSES

- Dalam waktu 30 menit bayi2 yang memenuhi syarat dengan persalinan normal atau SC dimasukkan dalam IMD dan Rawat Gabung
- Analisis data menunjukkan bahwa ada beberapa bayi yg blm mengikuti IMD dan rawat gabung karena mengalami aspoxia.

OUTCOME

- Bayi dengan ibu N/SC dan tanda aspoxia blm mengikuti IMD dan rawat gabung

RECOMMENDATION/ACTION

- Diusulkan untuk semua bayi baru lahir, kecuali membutuhkan perawatan khusus di masukkan dalam program IMD dan rawat gabung

- Data dari bln Januari sd Oktober menunjukkan bahwa bayi dg tanda aspoxia (dr persalinan N /N-non-IMD & dr SC /SC-non-IMD) tidak mengikuti program IMD dan rawat gabung, sampai :

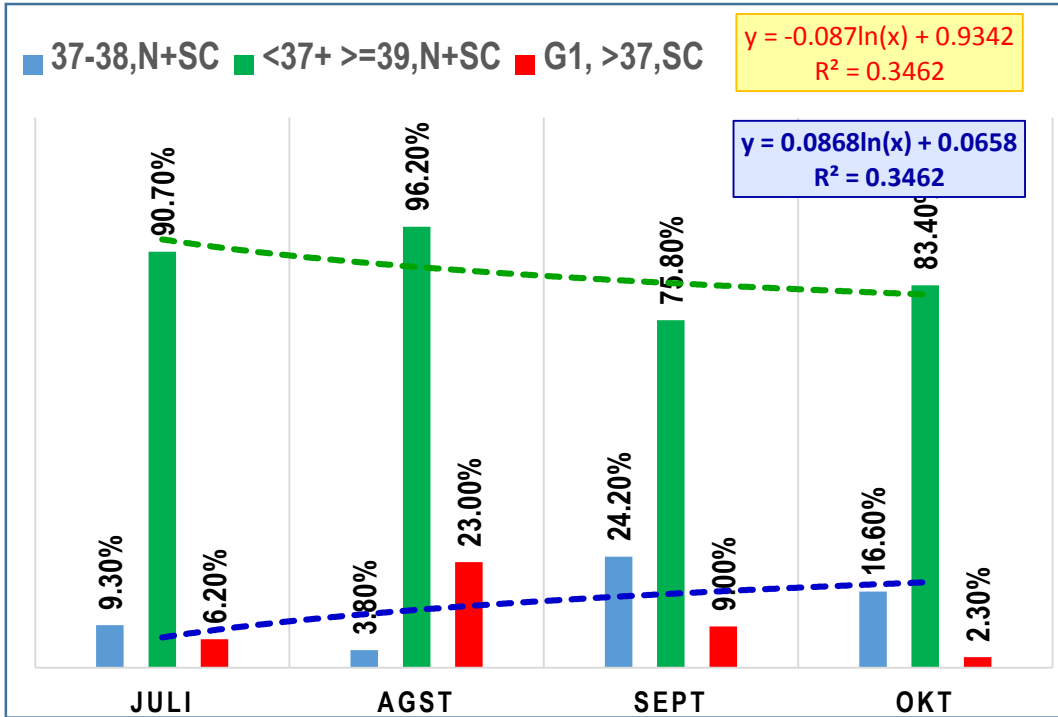
▶ Aspoxia kondisinya membaik dan ASI sdh keluar

- Dibanding RSUD X2 (C 2017) semua bayi baru lahir (100%) dapat ASI eksklusif, tampaknya ini sulit dibandingkan.

- Di RSND kadang didapati ibu dg SC, ASI blm keluar saat itu

ILM-3

Melahirkan Per-Vag/SC dg kehamilan ≥ 37 - < 39 (I-PC 01), melahirkan dg kehamilan < 37 + ≥ 39 mg & Nulli, single baby ≥ 37 , SC (I=PC 02) (I-PC 02)



- Log regression trend dari persalinan dg resiko yg lebih tinggi (■) terjadi **penurunan**
- Ttp persalinan kehamilan aterm terbaik ($\geq 37 - 38$) malah meningkat
- Persalinan nulipara dg kehamilan ≥ 37 (■) tampak tidak berpola, jadi faktor DOKTER (SENANG SC = di JCI sbg I-PC 02) bkn penentu SC, kecuali karakteristik pasien dan Dx (*evidence base medicine*)

•Pembanding dg RS lain tidak ditemukan

PLAN

Standard $\geq 37 < 39$ mg, melahirkan ELECTIVE per Vag/ SC menunjukkan NICU admission Rate 13-21% (sign short term terendah pd neonatal morbidity)

DO

- Pengumpulan data dilakukan di ruang VK dg log book dan KaRu sbg penanggung jawab

ANALYSIS/STUDY

PROSES

1. Analysis pd kelahiran terbanyak $< 37 + \geq 39$ mrpk kelompok dg NICU admission Rate yg tinggi (*mortality tertinggi*)
 - Ttp Trend dari persalinan dg resiko yg > tinggi ini (■) terjadi **penurunan** dg *log regression equation* $y = -0.087\ln(x) + 0.9342$ dan $R^2 = 0.3462$
2. Partus dg $\geq 37 - < 39$ (■) dg mortality risk terendah malah meningkat dg *log regression equation* $y = 0.0868\ln(x) + 0.0658$ dan $R^2 = 0.3462$,
3. JCI mendapatkan bahwa 60% variasi kelahiran anak per-1 > 37 (■) di RS diputuskan SC sejak msk RS tgt "SELERA" DOKTER, disini tidak ada POLA / SELERA

OUTCOME

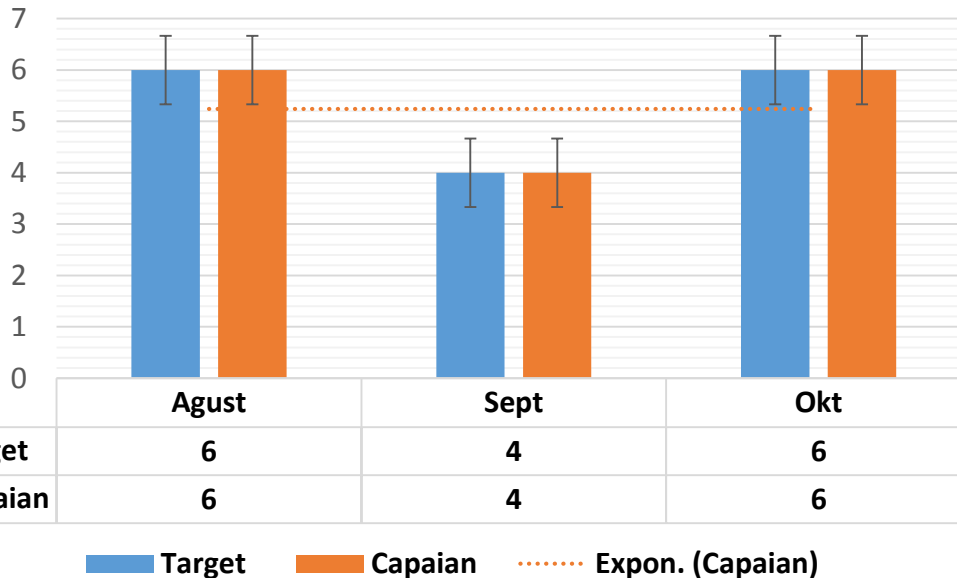
1. Penurunan no1 mkn ANC FasKes Primer tambah baik
2. Kenaikan no 2 sulit difahami, kemungkinan besar krn keinginan pasien sendiri (blm di survey)
3. Freq no 3 tdk berpola, ini menunjukkan **FAKTOR DOKTER** tdk menentukan,
 - Karakteristik pasien & DX lebih dominan (*Evidence Base Medicine*)

RECOMMENDATION/ACTION

1. Pendidikan/seminar terstruktur pd FasKes Primer
2. Disiplin & karakter Dr yg mendasarkan pelayanan pd karakteristik pasien & n Dx perlu diberi *reward*

ILM-4

Jumlah pasien stroke yg di periksa untuk rehabilitasi medik



Jumlah Pasien stroke seharusnya di program Rehabiliasi medic adalah sama persis dg pasien yang dilakukan REHAB MEDIK secara AWAL dan PENDIDIKAN Rehab medik sama persis. Artinya seluruh pasien RANAP dg stroke dilakukan Rehab Medik awal

- **Pembanding dg RS lain tidak ditemukan**
- **Pedoman Inst Rehab Medik dan juga dr JCI, ILM version 1.2. 2011 menyatakan : “ Rehabilitasi pasien Stroke harus dimulai sedini mungkin, segera setelah diagnose ditegakkan problem yg mengancam jiwa telah terkontrol “**

• PLAN

- Effetive Rehab Medik awal akan meningkatkan recovery process dan meminimalisir disabilitas
- Unt cegah komplikasi, minimalisir kerusakan dan memaksimalkan fungsi

DO

- Pengumpulan data secara retrospektif pada RM di ruangan. KaRu & DPJP sbg penanggung jawab

ANALYSIS/STUDY

PROSES

Dari awal pasien masuk DPJP bekerjasama dg DISIPLIN ilmu lain (Multidisciplinary stroke-related evaluation and services) dan Berkoordinasi dg Inst Rehab Medik antuk memberikan terapi koordinasi seawal mungkin (early following stroke),

OUTCOME

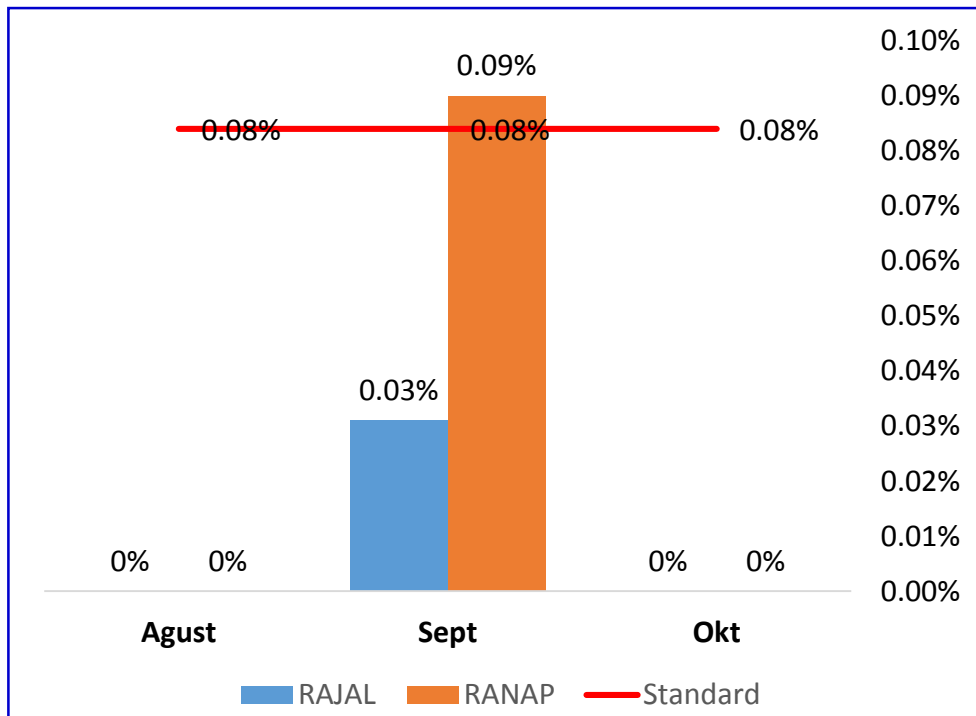
1. **Seluruh pasien RANAP dg stroke dilakukan Rehab Medik seawal mungkin dan dilanjutkan ke**
2. **Perawatan Rehab Medik setelah pasien keluar RS**
3. **Juga dilakukan pendidikan pada keluarganya kalau pasien sdh di rumah untuk melatih rehabilitasi**

RECOMMENDATION/ACTION

1. **Pendidikan/seminar terstruktur pada pasien/keluarga pasien untuk melakukan Rehab Medik**
2. **Pendidikan/ seminar terstruktur kepada pasien/keluarga untuk mencegah JATUH**
3. **Pendidikan/seminar untuk pasien/keluarga untuk mencegah berulangnya stroke**

IKP-5

Kejadian pasien jatuh di RS



Pasien jatuh bukan pada saat tidur di tempat tidur
1 pasien jatuh di RAJAL tdk dg hitungan 100 bed-hari
1 pasien jatuh di VK denga hitungan bed-hari dlm 1bln

RSUD X1, pasien jatuh 0,05% (Des 2014) & 0,015 (Maret 2015) t' jelas per 100/1000 bed-hari

RSUD X3 pasien jatuh 0% (juga t' jelas)

Std NUH (2009-2015) berkisar 0,084 sd 0,095

PLAN

- Untuk pencegahan cedera krn jatuh
- Di AS 15% *causa* rehospitalisasi 1 bln sejak keluar RS, di NUH 0,084 – 0,095 th 2009-2015 (Average 0,08%)
- Pasien & kel sdh dididik unt menjaga/beri bantuan

DO

- Tidak didapatkan pasien terjatuh dari Bed
- Jatuh terjadi di Poliklinik saat naik bed pem (1 org)
- Pasien yg lain jatuh di depan kamar mandi (1 org)
- Sdh ada himbauan unt keluarga penunggu/perawat untuk menuntun

ANALYSIS/STUDY

PROSES

- Kepatuhan kepatuhan perawat dan pasien tampaknya bisa diandalkan
- Demikian juga kalau ada keluarga yg menunggu
- Penyebab jatuh 1 krn bed terlalu tinggi untu pasien tsb (jml pasien 1 bl >>> $1/3196 = 0,031\%$)
- Penyebab ke 2 pasien terlalu gemuk, shg waktu mau jatuh perawat tidak kuat, **DIHITUNG $\frac{\sum \text{JATUH}}{\sum \text{HARI-BED DLM 1 BULAN}}$, 1 dari 272 RANAP dg 1005 bed days = 0,099%**

•OUTCOME

- Jatuh 1 org di RAJAL & 1 org di RANAP tanpa cedera

•RECOMMENDATION/ACTION

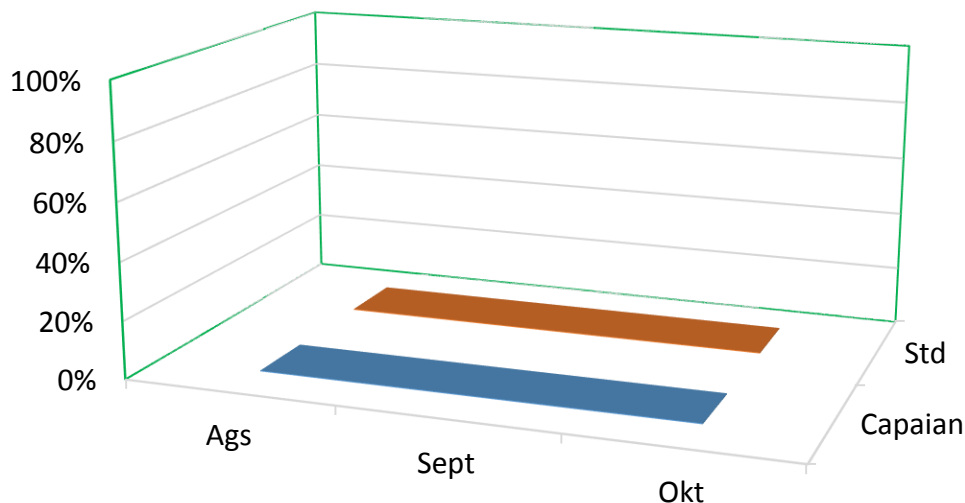
- Re-edukasi SPO dan panduan pencegahan pasien jatuh pd PERAWAT, PASIEN dan KELUARGA
- Menambah peralatan pengangan pada KM, Toiled baik di RS maupun di RUMAH penderita

Indikator keikut sertaan RSND dalam MDGs (IMDGs)



IMDGs -1

Angka Kematian pada ibu hamil dan melahirkan Jan-Okt 2017



	Ags	Sept	Okt
Capaian	0%	0%	0%
Std	0%	0%	0%

Angka kematian ibu (AKI) Agust-Sept 0% kasus di RSND

Di kota Semarang AKI Januari-Juli 2017, ada 11 kasus dan Pada th sebelumnya 22 kasus AKI (Januari-Juli 2016,)

PLAN

Angka kematian ibu diharapkan turun menjadi 0 kasus

DO

- Pengumpulan data dilakukan di ruang VK dan RM
- Metode pengumpulan data secara retrospektif dan KaRu dan Kalnst sbg penanggung jawab

ANALYSIS/STUDY

PROSES

- Keselamatan ibu melahirkan di RSND tampaknya cukup bagus dengan AKI 0 kasus antara Agustus-Okt 2017

OUTCOME

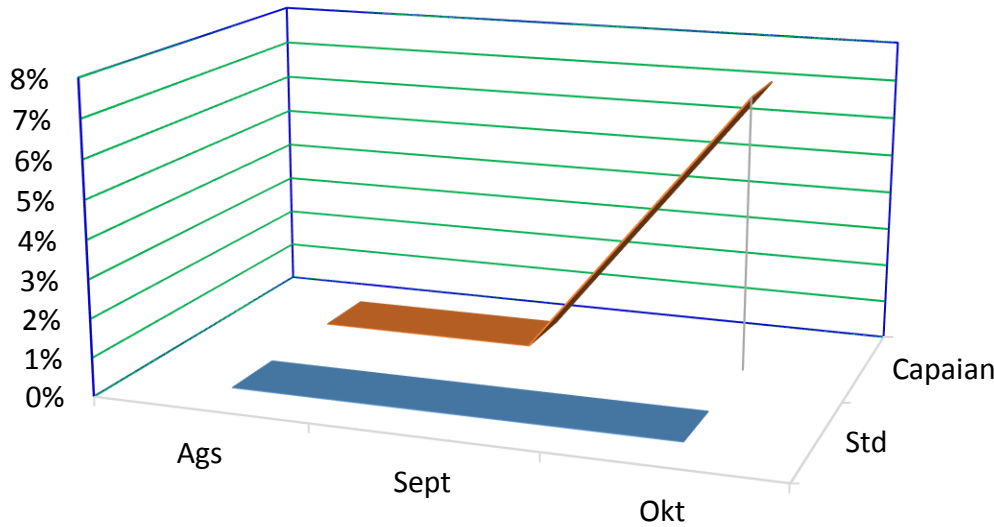
- Terdapat kedisilinan dokter tentang indikasi dan penanganan kasus melahirkan di RSND

RECOMMENDATION/ACTION

- Mempertahankan prestasi dengan) kasus AKI
- Memperbaiki ANC dan penyuluhan kehamilan sehingga kematian neonates juga ikut 0 kasus

IMDGs -2

Presentase Kematian neonatus



	Ags	Sept	Okt
Std	0%	0%	0%
Capaian	0%	0%	7%

Data menunjukkan bahwa masih terjadi kematian neonatal yang mendadak menonjol (sekitar 7%) dari jumlah neonates bulan Oktober

Ke 3 nya dikarenakan IUFD o.k. perlu pendidikan ANC dan pemeriksaan lebih teratur

PLAN

Kematian neonates diharapkan mendekati 0%

DO

- Pengumpulan data dilakukan di ruang rawat inap
- Data dikumpulkan petugas ruangan dg KaRu sbg penanggung jawab
- Metode pengumpulan data secara concurrent

ANALYSIS/STUDY

PROSES

- Analisis data menunjukkan bahwa terjadi kematian neonates pada bulan Oktober 3 bayi dari 42 bayi yang dilahirkan

OUTCOME

- 1.IUFD (Faktor Plasenta:Gangguan Fungsi Plasenta),
- 2.IUFD (Faktor Ibu: Riwayat TORCH)
- 3.IUFD (Apgar Score Lahir 0. Riwayat janin Fetal Distress dari Ibu G1P0A0 24th 41 minggu 6 hari KPD 17 jam

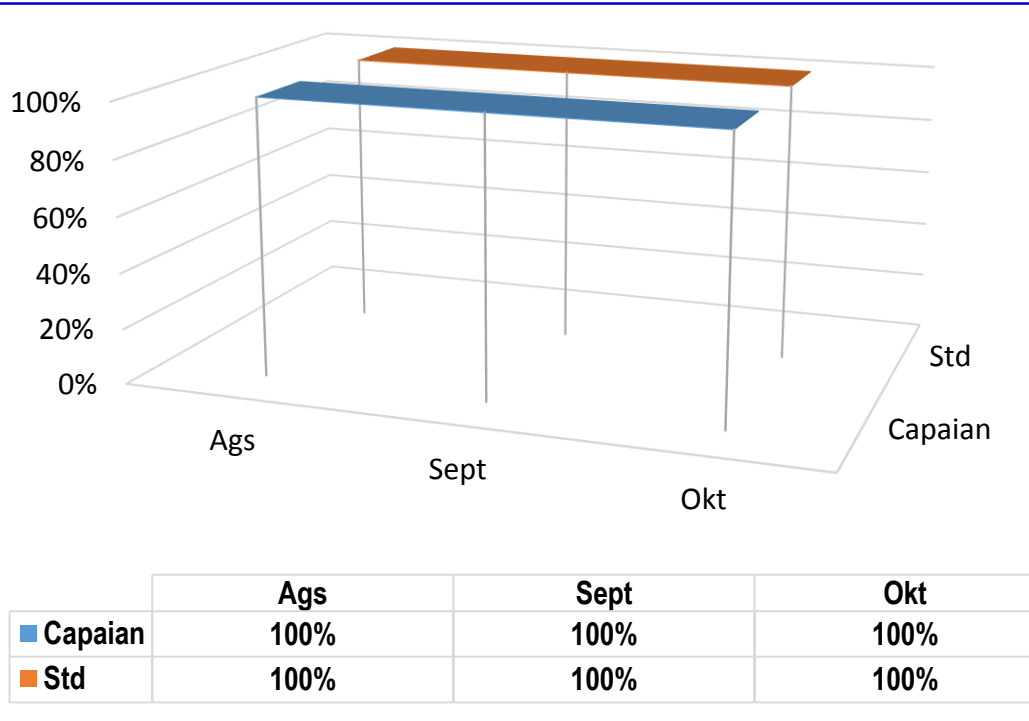
•RECOMMENDATION/ACTION

- Re-edukasi SPO dan panduan ANC yang lebih baik
- Pemantauan kehamilan yang lebih teratur dan terencana

IMDGs-3

Respon time PONEK <10 menit

Agustus-Oktober 2017



PLAN
 Pelayanan Obstetrik Neonatal Emergency Komprehensif (PONEK) merupakan bagian dari sistem rujukan dalam pelayanan kegawatmukaan dalam maternal dan neonatal,

DO

- Pengumpulan data dilakukan di ruang VK dan RANAP serta RM
- Data dikumpulkan petugas ruangan dg KaRu sbg penanggung jawab
- Metode pengumpulan data secara Retrospektif

ANALYSIS/STUDY

PROSES

- Kecepatan respon time PONEK di RSND sdh memenuhi standart yaitu < 10 menit
- Terdapat tim 6 orang yg sdh sertifikasi external dan lainnya sertifikasi internal

OUTCOME

- Data yg terkumpu; menunjukkan respon time yg baik
- Meski demikian msh terdapat kematian neonatal krn IUFD yg mungkin krn ANC nya kurang baik

- Respon time ponek di RSND sdh mencapai target yaitui standar yaitu < 10 menit
- Dibanding RSUD X2 (C Agust-Nov 2016) respon time PONEK juga 100% ,> 10 menit
- **RSND Comparable**

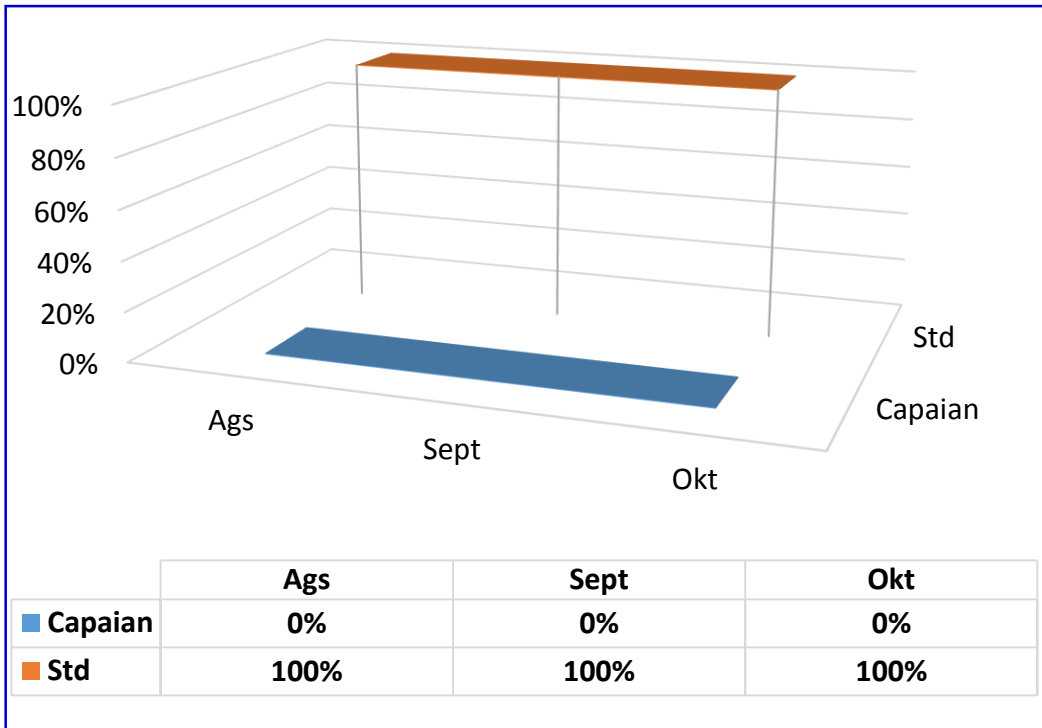
RECOMMENDATION/ACTION

- Re-edukasi SPO tentang ANC dan reedukasi SPO tentang fetlal distress, shg penanganan neonates sdh lebih terarah
- Kesiapan operasi SC secepatnya jika ada tanda2 fetal distress (ini yang blm baik krn penyediaan drh kurang sempurna)

IMDGs-4

KESIAPAN TINDAKAN OPERASI <30 MENIT

Agustus-Oktober 2017



Kesiapan tindakan masih lama terkendala persiapan dokter dan persiapan Tim, terutama ahli dan perawat anestesi serta penyiapan persediaan darah

Dibanding RSUD X2 (C Agustus-Okt 2016), kesiapan tindakan telah mencapai 10%, ternyata RSND masih ketinggalan, sgt perlu BANK DARAH

PLAN

Dilakukan asesmen awal medis pd pre operative, kebutuhan dan rencana operasi

DO

- Rata2 waktu yg dibutuhkan antara DECISION to INCISION adalah:
- Agustus 2017: 73 menit
- September 2017: 85 menit
- Oktober 2017 : 119 menit

ANALYSIS/STUDY

PROSES

- Kecepatan tindakan operasi dari waktu ke waktu bervariasi tergantung:
 - Kondisi awal Pasien
 - Kondisi kebutuhan pasien
 - Keputusan pasien dan keluarga
 - Perkiraan/kesulitan pengadaan gol darah
 - Kedatangan pasien bersamaan, penuh

OUTCOME

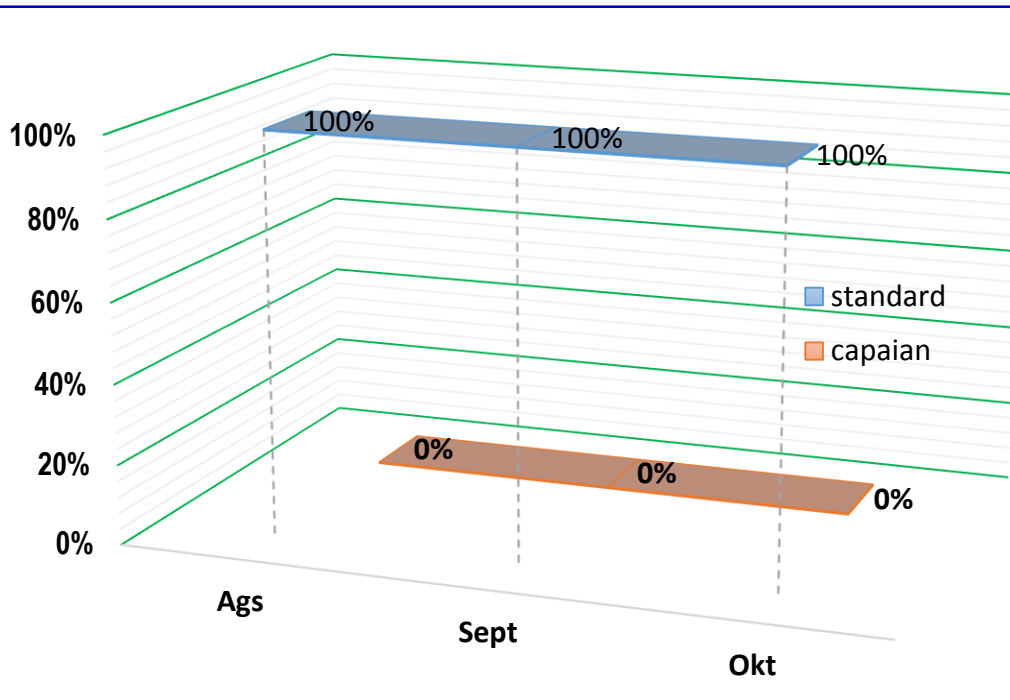
- Terdapat kenaikan waktu decision sampai insicision pada bulan Oktober 2017

•RECOMMENDATION / ACTION

- Perlu percepatan penyediaan darah dg **BANK DARAH**
- Perlu penambahan ahli anestesi
- Perlu penerangan / edukasi kpd pasien dan keluarganya mengenai pengambilan keputusan operasi
- Koordinasi dengan sarana penunjang untuk optimalisasi kecepatan hasil pemeriksaan

IMDGs-5

Angka kemampuan Penyediaan Darah < 1jam



- Tampak ada perbedaan menyolok antara standard dengan realitas
- Utamanya disebabkan jarak RSND dengan PMI cukup jauh
- Dibanding RSUD X2, sdh mencapai antara 46 sd 57 % (antara bl Agustus sd Oktober 2016)
- Jadi realisasi Bank Darah dlm RSND sangat mendesak

PLAN

Dilakukan asesmen awal medis pd pasien sebelum dinyatakan harus dioperasi. Idealnya persiapan darah bias dilakukan kurang dari 1 jam, sehingga bias dilakukan keputusan (Decision) dan dihitung kecepatan respon kurang dari 30 menit

DO

- Pengumpulan data dilakukan di ruang VK
- Data dikumpulkan petugas ruangan sejak keputusan untu operasi dibuat dan pesanan darah sudah ditulis.
- Darah yg diterima di Laborat segera dicatat sebagai penerimaan darah.

ANALYSIS/STUDY

PROSES

- Waktu yang diperlukan untuk pemesanan darah sejak petugas berangkat ke PMI di kota, sampai darah diterima di Laborat dan siap digunakan di kamar operasi dicatat
- Dihitung waktu rata2 darah tiba per-bulanan

OUTCOME

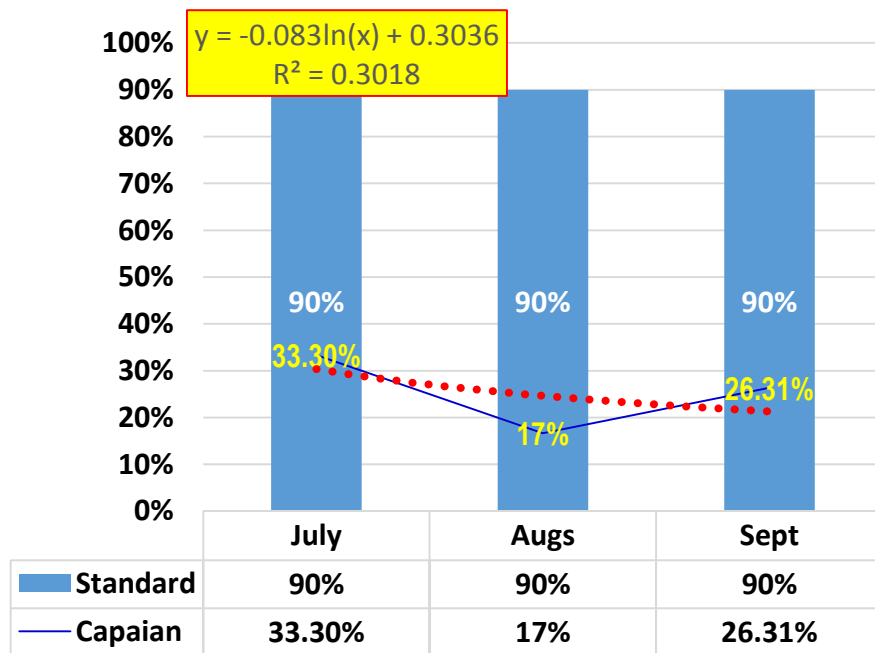
- Darah siap digunakan di Laboratorium / kamar bedah rata2 tiap bulan (termasuk transport dengan Ambulan pulang pergi (1-1 ½ jam, tergantung kepadatan traffick) adalah 180 menit

•RECOMMENDATION/ACTION

- Diusulkan untuk membuat Bank darah sendiri dengan anggaran tahun 2018 dengan ruanga tersendiri

IMDGs -6

Case Detection Rate (Dg BTA +) TW III (Juli-Sept) 2017



Tampak hasil *detection rate* BTA rendah

Trend *Log Regression equation* $y = -0,083\ln(x) + 0,3036$ dan $R^2 = 0,3018$ tampak cenderung menurun

Kemungkinan pemilihan pasien yg kurang spesifik (asesmen lanjutan kurang) atau Cara pemeriksaan kurang sensitive

Perlu Kit yg lebih baik yaitu **Tes Cepat Molekuler (Gene X Pert)**

Dibanding **RSU X2 (C 2016)** *Detection Rate* lebih tinggi yaitu antara 41 sd 49%

PLAN

Dilakukan pemeriksaan laborat pd pasien yg dipersangkakan TB

DO

•Untuk sementara HANYA pasien rawat ini dilakukan pengecekan BTS

ANALYSIS/STUDY

PROSES

- Pemeriksaan dilakukan jika ada tanda2 kemungkinan TB
- Pasien rawat jalan kemungkinan banyak yg menderita TB, ttp masalah tenaga penanganan dan tanggung jawab pembiayaan masih jadi masalah

OUTCOME

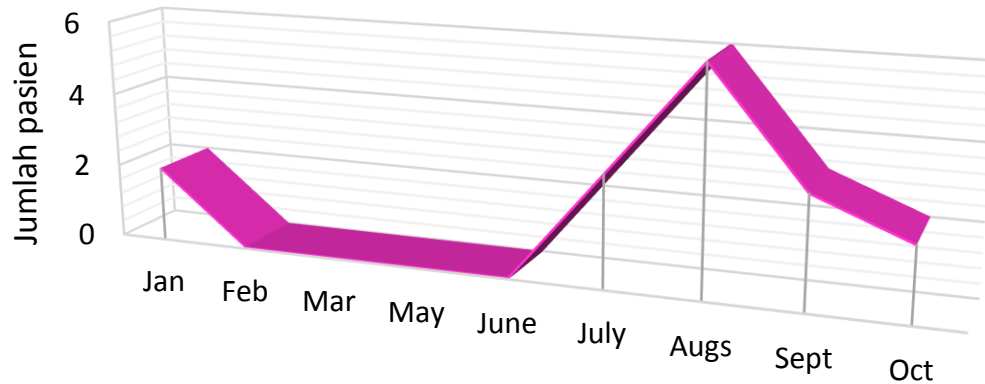
- Ditemukan BTA positif pada 17 % sd 33,3% dari pasien yang diperiksa.
- Sangat sulit menemukan 90 % pasien yang diperiksa positif secara teori sangat sulit
- Tergantung INDIKASI pemeriksaan dan CARA atau METODA DETEKSI
- Target yang dicanangkan mungkin terlalu tinggi

•RECOMMENDATION / ACTION

- Perlu assessmen awal yang lebih TELITI dan lebih menjurus kearah TB
- Perlu pemeriksaan TB dengan ????

IMDGs-7

Jumlah Pasien oleh PITC (*Provider Initiative Testing & Counselling*) dilakukan pengecekan HIV (pd Pasien TB)



	Jan	Feb	Mar	May	June	July	Augs	Sept	Oct
■ Jml pasien	2	0	0	0	0	3	6	3	2

- Jumlah tes HIV secara suka-rela naik turun mulai bulan Juni sd Oct 2017.
- **Kebutuhan meningkat ttp biaya tes (Tes Kit menjadi BEBAN RSND,**
- **Tidak dibayar BPJS krn dianggap satu InaCBG dr TBC.**
- **Akibatnya jumlah pasien naik turun tgt PITC dan pengelola RS**
- **Perlu ditetapkan sbg pengelola pasien HIV & perlu MOU**
- **Dibanding RSUD X2 (C -2016) kunjungan pasien HIV bln Juli sd Nov naik dr 10 menjadi 41**
- **RSND msh kalah ttg pengelolaan HIV (blm ditetapkan)**

PLAN

Sejak ditemukannya 2 pasien dengan HIV Positif th 2016, maka pasien dengan kecurigaan HIV mulai bulan Juli dilakukan pemeriksaan serology

DO

Pengetesan darah atas inisiatif dokter yang merawat untuk mengetahui status HIV & AIDS klien / pasien dengan penandatanganan persetujuan secara sukarela oleh klien / pasien
Penjelasan secukupnya oleh dokter yang merawat karena tidak memungkinkan menjalankan konseling dengan lengkap. dan kit ditanggung RSND

ANALYSIS/STUDY

PROSES

- Jenis tes HIV yang digunakan adalah *Rapid test*
- **Dg ditemukannya pasien HIV + th 2016, mk angka sebenarnya di-lingkungan diperkirakan ada sekitar 2 x 10 atau 20 pasien HIV**
- **Memungkinkn penularan HIV di Lingkungan UNDIP**

OUTCOME

- Hasil tes menunjukkan 100% Non Reaktif

•RECOMMENDATION/ACTION

- **Perlu pendidikan / penyuluhan masyarakat bagaimana mencegah/mengurangi penularan HIV**
- **Perlu menjadi pengelola HIV dan pencegahan**
- **Perlu KIT dan alat deteksi dg membuat MOU dg Dinas.shg KIT ditanggung Dinas Kes**

Future Planning of RSND



Future Planning:

1. Meningkatkan Ketepatan identifikasi pasien

Gelang identitas dg:
Nama
No RM
Tgl Lahir
Gelang identitas Barr code >>>> electronic foto



2. Membangun komunikasi yg > baik

- 7an unt memenuhi kebutuhan informasi internal (antar staff) & eksternal (dg masyarakat)
- Saat pemeriksaan awal disiapkan TV monitor untuk menerangkan pd pasien/keluarga mengenai tindakan & persetujuan >>>> dg *Oracle system + Tailored made design*



3. Meningkatkan keamanan penggunaan obat & mengurangi resistensi obat

- Institusionalisasi SPO obat High Alert & *LASA*.
- Institusionalisasi SPO obat ttt yg punya *sort half life* dan perlu disimpan
- Pelatihan / pencegahan pemakaian obat yg KURANG rasional (indikasi, pemilihan & dosis yg adekuat) & HARUS berdasar *evidence base treatment*



Five Rights of Medication Administration

1. Identify right patient
2. Confirm right medication
3. Confirm right dosage
4. Confirm the right route
5. Confirm the right time

4. Institusionalisasi kepastian: Tepat lokasi, Tepat Prosedur, dan Tepat pasien OPERASI

- Srg terjadi Kesalahan Operasi saat RS mulai penuh
- Perlu melibatkan pasien di dalam penandaan lokasi (*site marking*)

5. Pengurangan Resiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan

- Dijumpai dlm semua pelayanan kes, tmsk sal kemih, darah dan pernafasan
- Harus ada sterilisasi tangan dan alat
- Ruangan dg Ozon dan Plasma Cluster

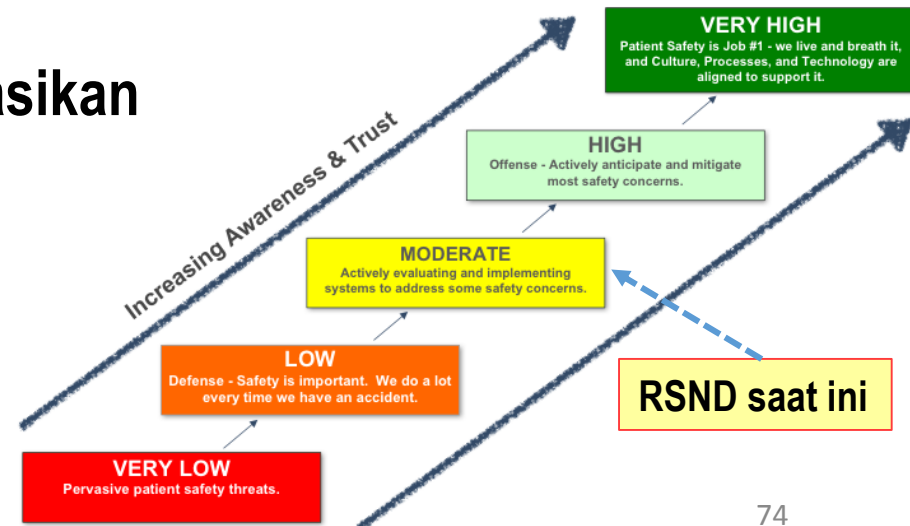
6. Meningkatkan & meng-implementasikan Budaya Keselamatan Pasien

- Mencegah cedera ringan sp berat, reversible atau irreversible sp fatal dr resiko jatuh.
- Dg pendidikan dan ceramah awam ttg bahaya jatuh melalui pengabdian sosial

• Correct patient, operation and operative site

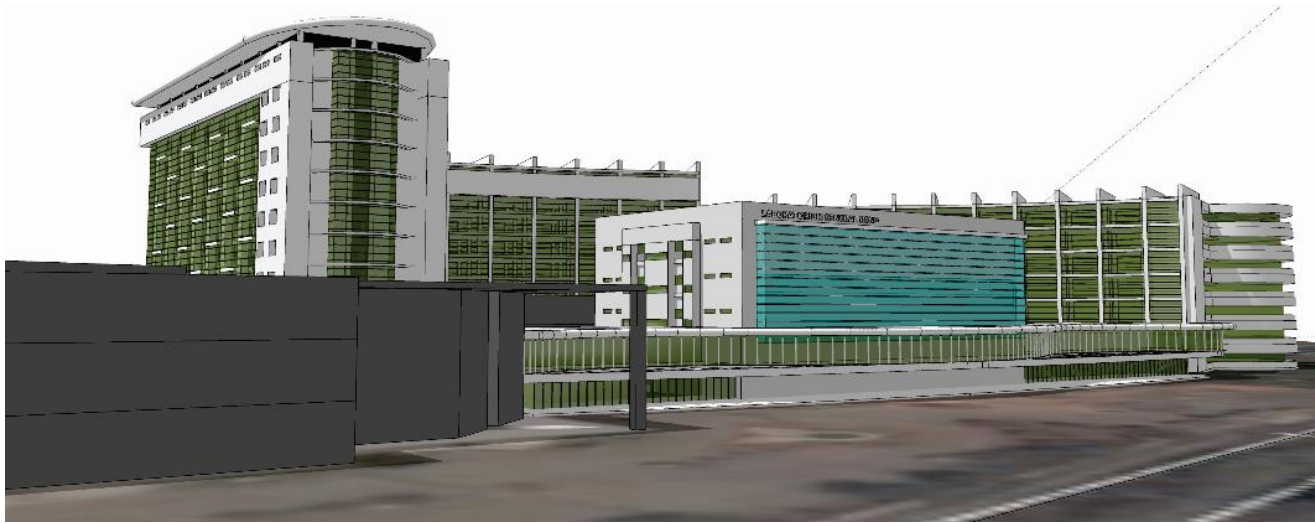
- There are between 1500 and 2500 wrong site surgery incidents every year in the United States. (Seiden, Archives of Surgery, 2009.)
- In a survey of 1050 hand surgeons, 21% reported having performed wrong-site surgery at least once during their careers.

(Joint Commission, Sentinel Event Statistics, 2006)



7. Rencana peningkatan : + an Fisik, Peralatan, & SDM

Buku: Proposal Pengembangan RSND



RSND dg
1400 bed



Terima
Kasih