



**LAPORAN EVALUASI HASIL PENILAIAN INDIKATOR MUTU NASIONAL  
DI RSPAU dr. S. HARDJOLUKITO  
PERIODE JANUARI – MARET 2021**

**AKREDITASI VERSI SNARS,  
KOMITE PMKP**

**YOGYAKARTA,  
APRIL, 2021**

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **1. Umum**

Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang kompleks, padat pakar dan padat modal. Kompleksitas ini muncul karena pelayanan di rumah sakit menyangkut berbagai fungsi pelayanan, pendidikan dan penelitian serta mencakup berbagai tingkatan maupun jenis disiplin. Untuk menjaga dan meningkatkan mutu, rumah sakit harus mempunyai suatu ukuran yang menjamin peningkatan mutu dan keselamatan pasien di semua tingkatan.

RSPAU dr. S. Hardjolukito sebagai badan pelaksana teknis dari Dinas Kesehatan Angkatan Udara yang memberikan pelayanan kesehatan, oleh sebab itu RSPAU dr. S. Hardjolukito dituntut untuk memberikan pelayanan yang lebih baik dan bermutu. Berkenaan dengan hal tersebut sebagai tindak lanjut dari rangkaian kegiatan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien di RSPAU dr. S. Hardjolukito bulan Januari sampai dengan Maret 2021 telah dilaksanakan kegiatan evaluasi umpan balik kesehatan melalui evaluasi penilaian indikator mutu pelayanan kesehatan.

Dari hasil evaluasi tersebut diharapkan dapat menunjang perbaikan maupun sebagai masukan kepada pimpinan rumah sakit, menentukan prioritas, kebijaksanaan, keputusan yang dilaksanakan untuk memenuhi kebutuhan peningkatan mutu pelayanan kesehatan di RSPAU dr. S. Hardjolukito.

#### **2. Maksud dan Tujuan**

##### **a. Maksud**

Maksud dari penyusunan Evaluasi hasil penilaian indikator mutu Klinis, Manajemen, Sasaran Keselamatan Pasien dan Indikator Internasional ini adalah sebagai umpan balik terhadap pelayanan yang telah diberikan kepada pasien dan keluarganya.

##### **b. Tujuan**

Tujuan penyusunan laporan ini adalah sebagai masukan pada pimpinan RSPAU dr. S. Hardjolukito untuk prioritas kebijaksanaan dalam pelaksanaan perbaikan mutu pelayanan kesehatan RSPAU dr. S. Hardjolukito.

### 3. Sasaran

Sasaran pelaksanaan kegiatan peningkatan mutu layanan ini adalah pelayanan tiap unit/klinik/instalasi/Departemen RSPAU dr. S. Hardjolukito periode Januari, Februari dan Maret tahun 2021 adalah sebagai berikut:

#### a. Pemantauan Indikator Klinis

- 1) Asessment Pasien
- 2) Pelayanan Laboratorium
- 3) Pelayanan Radiologi dan Diagnostic Imaging
- 4) Prosedur Bedah
- 5) Penggunaan Antibiotika dan obat lainnya
- 6) Kesalahan Medis (medication error) dan Kejadian Nyaris Cedera (KNC)
- 7) Anestesi dan Penggunaan Sedasi
- 8) Penggunaan darah dan produk darah
- 9) Ketersediaan, Isi Penggunaan Catatan Medis
- 10) Pencegahan dan Kontrol Infeksi, surveilans dan pelaporan

#### b. Pemantauan Indikator Manajemen

- 1) Pengadaan Rutin Peralatan Kesehatan dan Obat Penting untuk Memenuhi Kebutuhan Pasien
- 2) Pelaporan Aktivitas yang Diwajibkan oleh Peraturan Perundang-undangan
- 3) Manajemen Resiko
- 4) Manajemen Penggunaan Sumber Daya
- 5) Harapan dan Kepuasan Pasien dan Keluarga
- 6) Harapan dan Kepuasan Staf
- 7) Demografi Pasien dan Diagnosis Klinis
- 8) Manajemen Keuangan
- 9) Pencegahan dan Pengendalian dari Kejadian yang Dapat Menimbulkan Masalah bagi Keselamatan Pasien, Keluarga dan Staf

#### c. Pemantauan Keselamatan Pasien

Ada 6 sasaran keselamatan pasien:

- 1) Ketepatan identifikasi pasien
- 2) Peningkatan komunikasi yang efektif

- 3) Peningkatan keamanan obat (High Alert Medication)
- 4) Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi atau tindakan
- 5) Pengurangan resiko infeksi terkait pelayanan kesehatan
- 6) Pengurangan resiko pasien cedera akibat jatuh

**4. Ruang Lingkup.** Ruang lingkup laporan ini meliputi penilaian indikator mutu dan pelayanan kesehatan di RSPAU dr. S. Hardjolukito pada bulan Januari, Pebruari dan Maret tahun 2021.

**5. Sistematika.** Sistematika penyusunan laporan ini adalah sebagai berikut :

- I. Pendahuluan
- II. Jadwal Pelaksanaan
- III. Pelaksanaan Kegiatan
- IV. Hasil Pelaksanaan Kegiatan
- V. Analisa, Rekomendasi dan Tindak Lanjut
- VI. Penutup

## BAB II

### JADWAL KEGIATAN

#### 6. Jadwal Kegiatan Pelaksanaan Evaluasi Kegiatan Peningkatan Mutu

No	Kegiatan	Tahun 2021											
		Bulan											
		I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
a.	Rapat												
b.	Pengumpulan/ validasi Data												
c.	Penilaian/Evaluasi Indikator												
d.	Analisa,Rekomendasi dan soaialisasi												

## BAB III

### PELAKSANAAN KEGIATAN

#### 7. Pelaksanaan Kegiatan Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan

No	Kegiatan	Indikator Pencapaian
a	Pengumpulan data, analisa, tindak lanjut indikator mutu dari tiap unit kerja dan dilaporkan kepada kepala rumah sakit dan Kadiskesau	Semua unit terkait melaporkan indikator mutu rumah sakit
b	Pembentukan tim ronde kendali mutu	Sprin Karuspau
c	Melaksanakan validasi data indikator mutu klinis sesuai ketentuan akreditasi	Hasil validasi indikator mutu VALID
d	Pelaksanaan rapat mutu (tim PMKP, Unit kerja)	Rapat mutu dipimpin Kepala Rumah Sakit/ Ketua PMKP dan dihadiri oleh setiap unit kerja terkait
e	Melaksanakan monitoring dan evaluasi penilaian kinerja tenaga medis, keperawatan dan tenaga kesehatan lainnya.	Sudah dilaksanakan oleh Komite Medis, Komite Keperawatan dan Komite Nakesla.
f	Melaksanakan orientasi pegawai baru	Orientasi dan Sosialisasi kepada pegawai baru sudah dilaksanakan oleh personalia
g	Membuat program kerja PMKP tahun 2021	Sudah dilaksanakan
h	Melaksanakan audit <i>Clinic Pathway</i>	Sudah dilaksanakan
i	Penetapan indikator mutu	Sudah dilaksanakan
j	Melaksanakan perbandingan data yang sdh divalidasi.	Sudah dilaksanakan dengan membandingkan tren data internal Rumah Sakit dari waktu ke waktu.

## BAB IV

### HASIL PELAKSANAAN KEGIATAN

#### 8. LAPORAN INDIKATOR MUTU NASIONAL

No	Indikator Penilaian Mutu	Standar	Jan	Feb	Mar	PJ
1	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%	100%	100%	100%	Ka Watum
2	Emergency Respon Time ( Waktu Tanggap Pelayanan Gawatdarurat $\leq$ 5 Menit )	100%	100%	100%	100%	Ka IGD
3	Waktu Tunggu Rawat Jalan	60%	19,72%	42,22%	26,54%	Ka Watlan
4	Penundaan Operasi Efektif	5%	0,06%	0,02%	0,04%	Ka OK
5	Kepatuhan Jam visite dokter spesialis	80%	78,63%	87,27%	89,54%	Ka Watnap
6	Waktu lapor hasil tes kritis laboratorium	100%	100%	100%	100%	Ka Laboratorium
7	Kepatuhan penggunaan Formularium Nasional bagi RS provider BPJS	80%	97.13%	97.23%	98.32%	Ka Instalasi Farmasi
8	Kepatuhan penggunaan Formularium RS non provider BPJS	80%	98,50%	97,67%	99,13%	Ka Instalasi Farmasi
9	Kepatuhan cuci tangan	85%	64,00%	71,00%	70,00%	Komite PPI
10	Kepatuhan upaya pencegahan resiko cedera akibat pasin jatuh pada pasien rawat inap	100%	100%	100%	100%	Ka Watnap
11	Kepatuhan Clinical Pathway	80%	90%	87%	82%	Ka Watum , Komite Medik
12	Kepuasan Pasien dan keluarga	80%	91,08%	91,08%	91,08%	Ka Marketing
13	Kecepatan respon terhadap komplain	80%	100%	100%	100%	Ka Humas

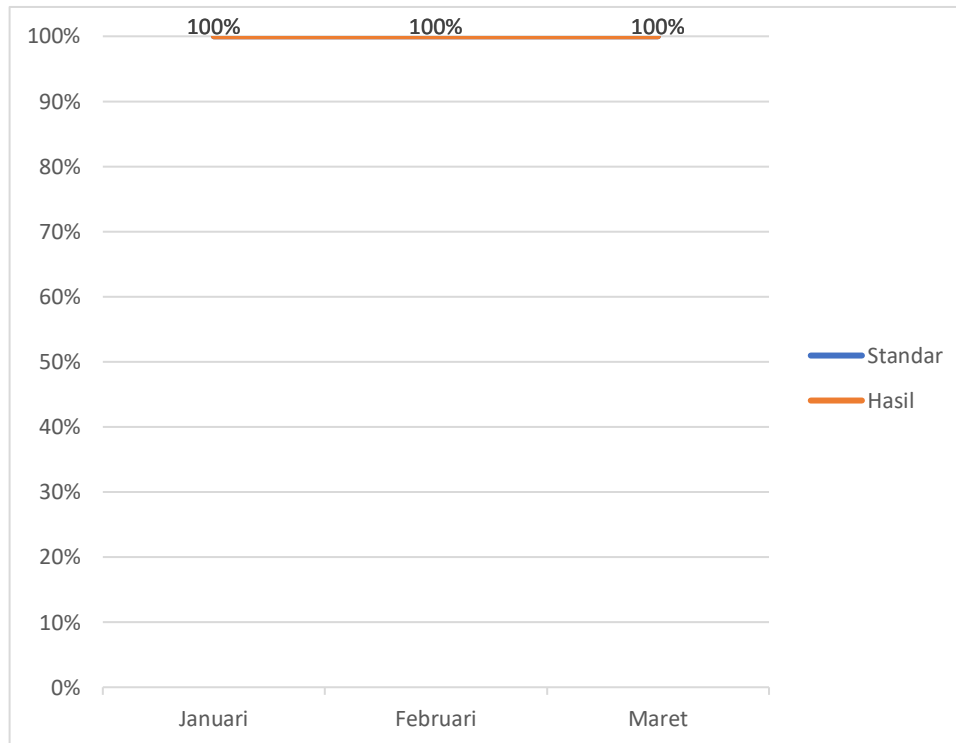
## BAB V

### ANALISA, REKOMENDASI DAN TINDAK LANJUT

#### 9. ANALISA, REKOMENDASI DAN TINDAK LANJUT

Berdasarkan hasil evaluasi penilaian indikator Nasional periode bulan Januari sampai dengan bulan Maret 2021 diperoleh hasil sebagai berikut :

##### a. KEPATUHAN IDENTIFIKASI PASIEN



##### Analisa :

Persentase pelaksanaan standar identifikasi pasien pada pemberian identitas pasien untuk pasien rawat inap pada bulan Januari sampai dengan Maret mengalami peningkatan.

##### Rekomendasi dan Tindak Lanjut :

- Sosialisasi kembali mengenai SPO identifikasi pasien kepada perawat yang ada di IGD dan ruang perawatan

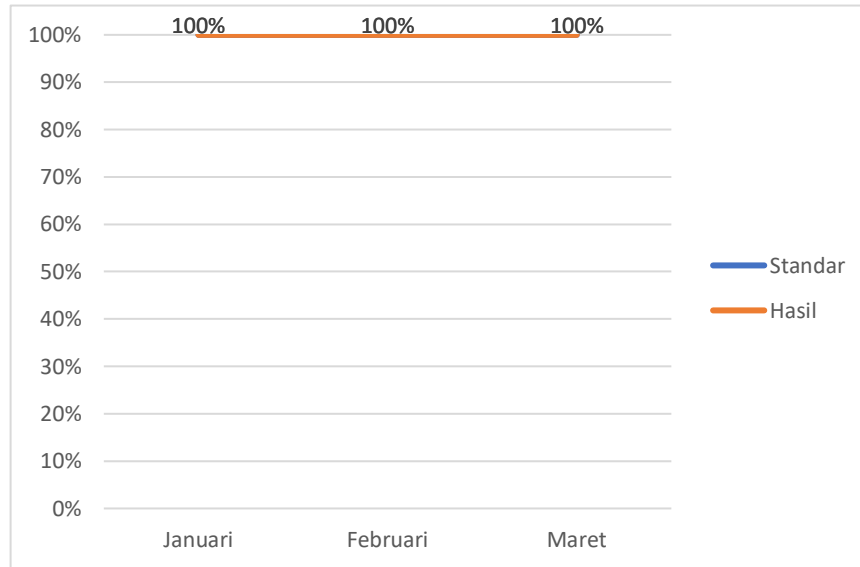
**Target Waktu Perbaikan :** 1 bulan berlanjut

**Unit Pelaksana :** Unit Rawat Inap dan IGD

##### Outcome :

- Meningkatkan keselamatan pasien



**b. EMERGENCY RESPON TIME ( WAKTU TANGGAP PELAYANAN GAWATDARURAT  $\leq$  5 MENIT****Analisa :**

Persentase Emergency Respon Time (Waktu tanggap pelayanan Gawatdarurat  $\leq$  5 menit pada bulan Januari sudah memenuhi standar.

**Rekomendasi dan Tindak Lanjut :**

- Sosialisasi kembali mengenai SPO waktu tanggap pelayanan gawat darurat kepada perawat yang ada di IGD

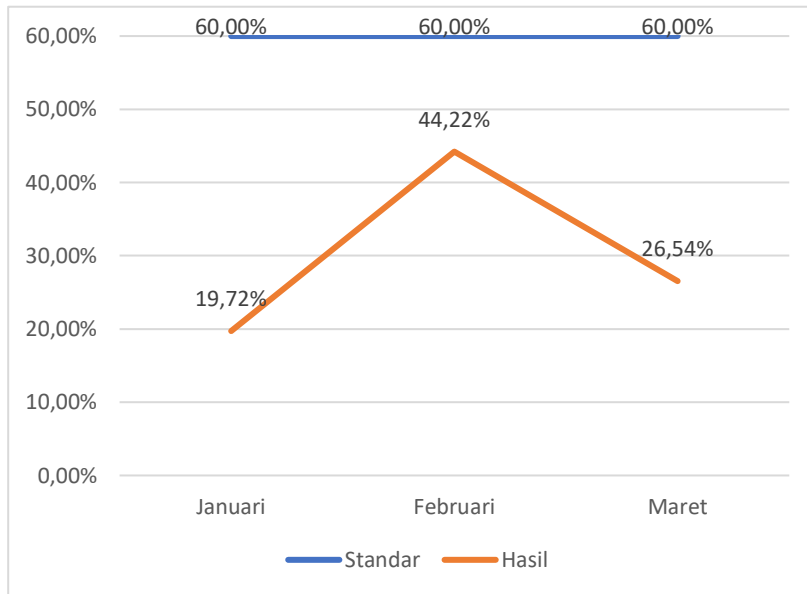
**Target Waktu Perbaikan :** 1 bulan berlanjut

**Unit Pelaksana :** IGD

**Outcome :**

- Meningkatkan pelayanan IGD

**c. WAKTU TUNGGU RAWAT JALAN**



**Analisa :**

Persentase pelaksanaan waktu tunggu rawat jalan pada bulan Januari sampai dengan Februari mengalami kenaikan dan mengalami penurunan pada bulan Maret.

**Rekomendasi dan Tindak Lanjut :**

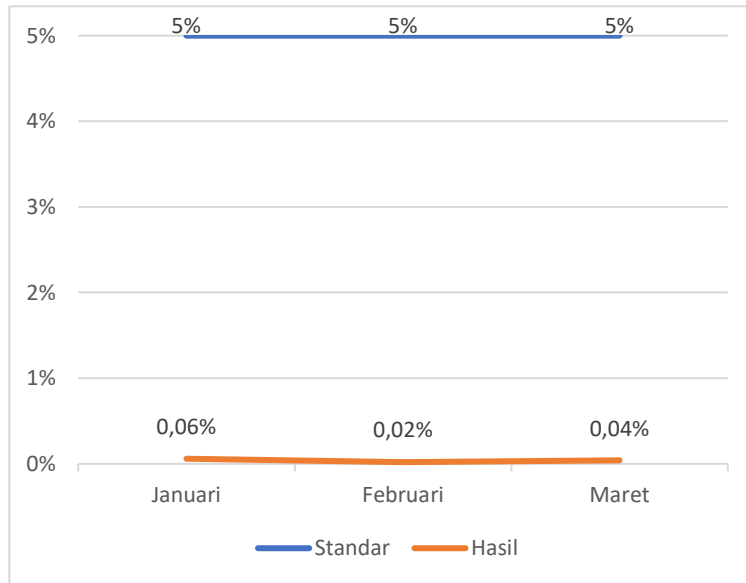
- Sosialisasi kembali mengenai SPO waktu tunggu rawat jalan kepada perawat dan dokter di rawat jalan.

**Target Waktu Perbaikan :** 1 bulan berlanjut

**Unit Pelaksana :** Rawat Jalan

- Meningkatkan Pelayanan Rawat Jalan

#### d. PENUNDAAN OPERASI EFEKTIF



#### Analisa :

Persentase penundaan operasi efektif bagi pasien untuk pasien rawat inap pada bulan Januari sampai dengan Maret belum mencapai target.

#### Rekomendasi dan Tindak Lanjut :

- Sosialisasi kembali mengenai SPO penundaan operasi efektif kepada perawat yang ada di kamar operasi dan ruang perawatan

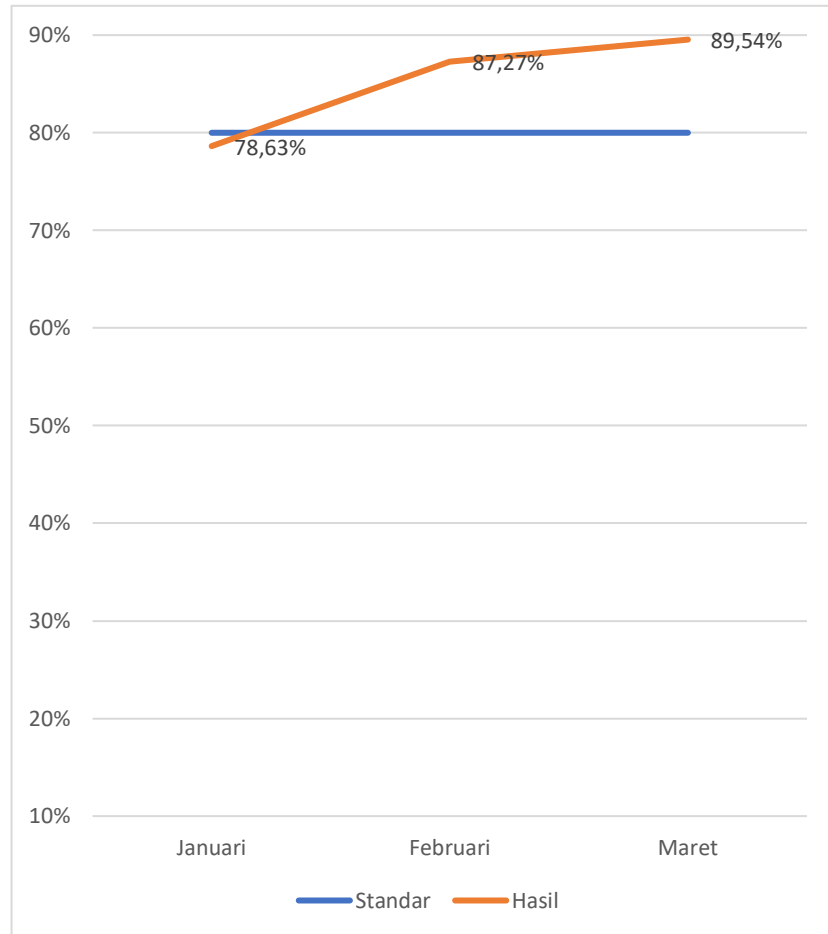
**Target Waktu Perbaikan :** 1 bulan berlanjut

**Unit Pelaksana :** Kamar Bedah / Kamar Operasi

#### Outcome :

- Meningkatkan keselamatan pasien dan meningkatkan pelayanan RS khususnya di Kamar Bedah

### e. KEPATUHAN JAM VISITE DOKTER SPESIALIS



#### Analisa :

Persentase kepatuhan jam visite dokter spesialis bagi pasien untuk pasien rawat inap pada bulan Januari sampai dengan Maret mengalami kenaikan di bulan Maret.

#### Rekomendasi dan Tindak Lanjut :

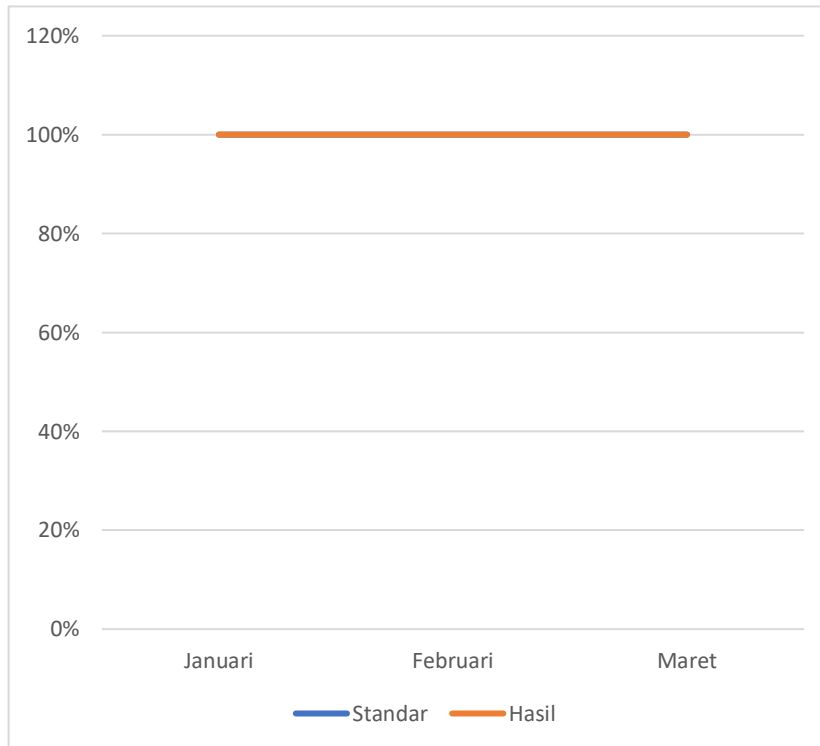
- Sosialisasi kembali mengenai SPO kepatuhan jam visite dokter spesialis kepada perawat yang ada di rawat jalan maupun rawat inap.

**Target Waktu Perbaikan :** 1 bulan berlanjut

**Unit Pelaksana :** Rawat Inap

#### Outcome :

- Meningkatkan pelayanan RS

**f. WAKTU LAPOR HASIL TES KRITIS LABORATORIUM****Analisa :**

Persentase waktu lapor hasil tes kritis laboratorium bagi pasien untuk pasien rawat inap pada bulan Januari sampai dengan Maret sudah sesuai dengan standar.

**Rekomendasi dan Tindak Lanjut :**

- Sosialisasi kembali mengenai SPO waktu lapor hasil tes kritis laboratorium kepada perawat yang ada di laboratorium.

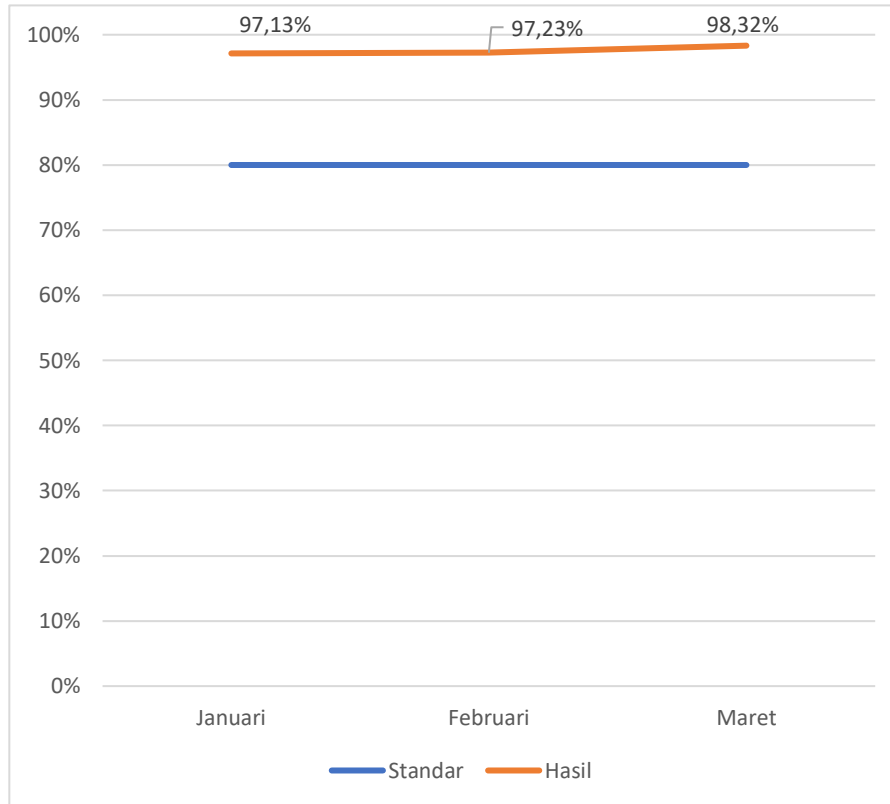
**Target Waktu Perbaikan :** 1 bulan berlanjut

**Unit Pelaksana :** Laboratorium

**Outcome :**

- Meningkatkan pelayanan RS , khususnya laboratorium .

### g. KEPATUHAN PENGGUNAAN FORMULARIUM NASIONAL BAGI RS PROVIDER BPJS



#### Analisa :

Persentase kepatuhan penggunaan formularium nasional bagi RS provider BPJS bagi pasien untuk pasien rawat inap pada bulan Januari sampai dengan Maret sudah sesuai dengan standar dan mengalami kenaikan.

#### Rekomendasi dan Tindak Lanjut :

- Sosialisasi kembali mengenai SPO kepatuhan penggunaan formularium nasional bagi RS provider BPJS kepada perawat yang ada di laboratorium.

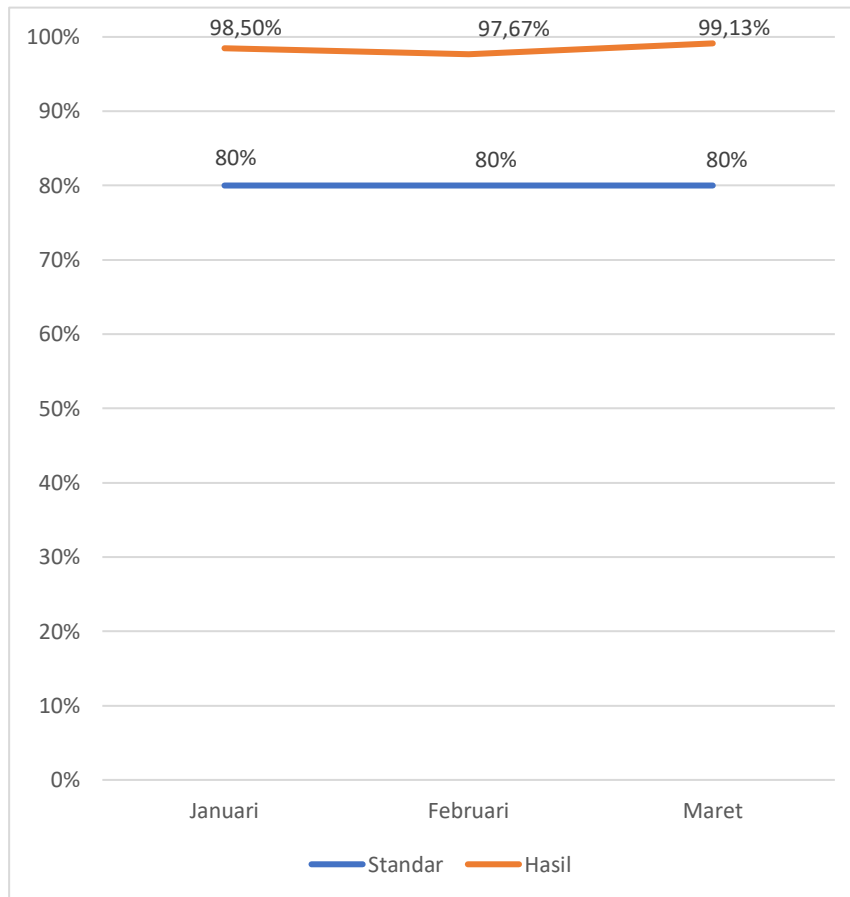
**Target Waktu Perbaikan :** 1 bulan berlanjut

**Unit Pelaksana :** Instalasi Farmasi

#### Outcome :

Meningkatkan pelayanan RS khususnya pelayanan Farmasi

#### h. KEPATUHAN PENGGUNAAN FORMULARIUM RS NON PROVIDER BPJS



#### Analisa :

Persentase kepatuhan penggunaan formularium RS Non provider BPJS bagi pasien untuk pasien rawat inap pada bulan Januari sampai dengan Maret sudah sesuai dengan standar.

#### Rekomendasi dan Tindak Lanjut :

- Sosialisasi kembali mengenai SPO kepatuhan penggunaan formularium RS Non provider BPJS kepada perawat yang ada di laboratorium.

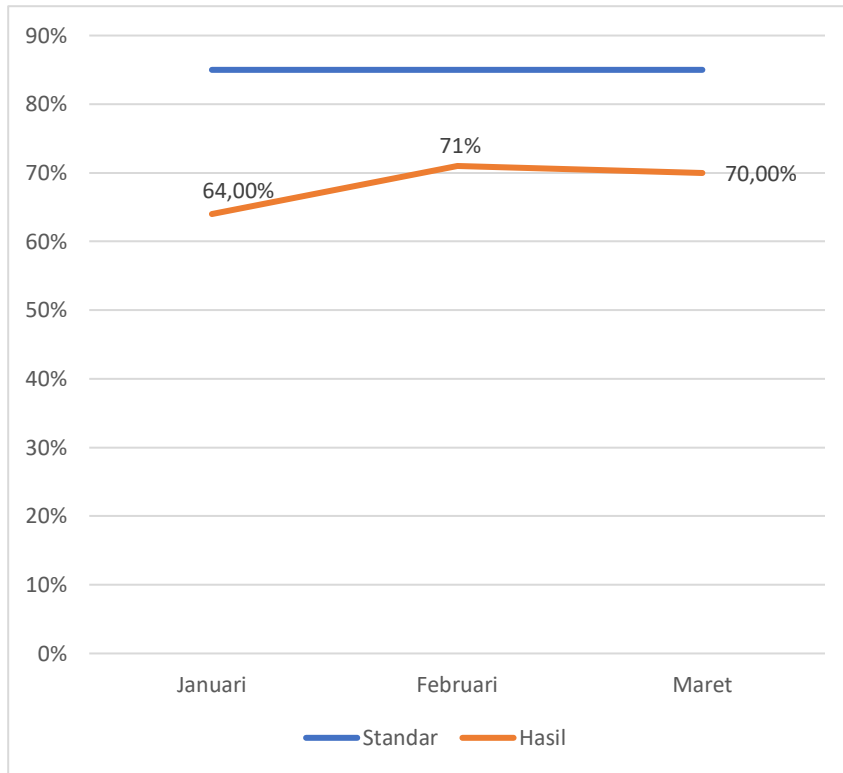
**Target Waktu Perbaikan :** 1 bulan berlanjut

**Unit Pelaksana :** Instalasi Farmasi

#### Outcome :

Meningkatkan pelayanan RS khususnya pelayanan Farmasi

### i. KEPATUHAN CUCI TANGAN



#### **Analisa :**

Kepatuhan petugas kesehatan dalam melakukan kebersihan tangan dengan metode 6 langkah dan 5 moment pada bulan Januari samapai dengan Maret 2021 mengalami peningkatan namun belum mencapai standar yang di tetapkan.

#### **Rekomendasi dan Tindak Lanjut :**

- Sosialisasi kembali SPO tentang melakukan kebersihan tangan dengan metode 6 langkah dan 5 moment kepada petugas dokter, perawat, teknisi medis dan staf
- Monitoring dan evaluasi kepatuhan cuci tangan

**Target Waktu Perbaikan :** 1 bulan berlanjut

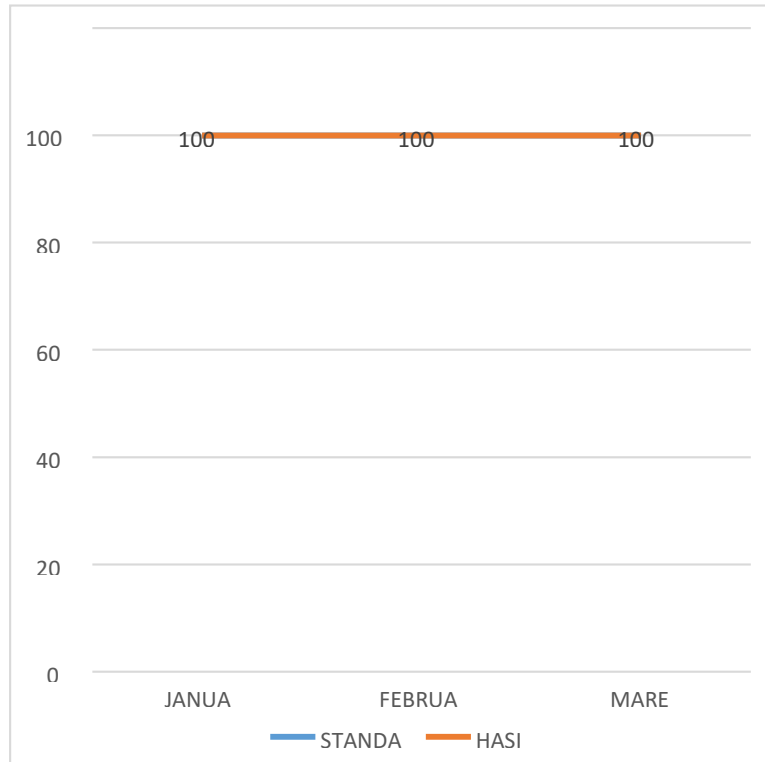
**Unit Pelaksana :** Komite PPI

#### **Outcome :**

Meningkatkan keselamatan pasien



## j. KEPATUHAN UPAYA PENCEGAHAN RESIKO CIDERA AKIBAT PASIEN JATUH PADA PASIEN RAWAT INAP



### Analisa :

Insiden pasien jatuh selama perawatan rawat inap di rawat inap terjadi pada bulan Januari sampai dengan Maret 2021 sudah sesuai dengan standar.

### Rekomendasi dan Tindak Lanjut :

- Penambahan dan perbaikan pagar pengaman tempat tidur pasien
- Sosialisasi SOP tentang monitoring pasien jatuh
- Peningkatan monitoring dan evaluasi pasien resiko jatuh
- Cari akar masalahnya dan diselesaikan dengan investigasi sederhana atau bila perlu dibuat RCA nya.

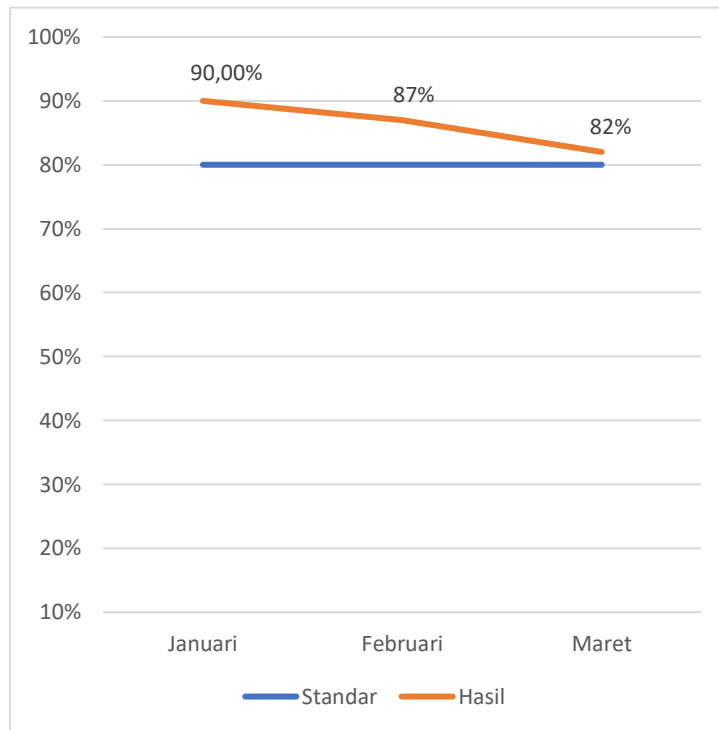
**Target Waktu Perbaikan :** 3 bulan berlanjut

**Unit Pelaksana :** Komite PMKP, Tim KPRS dan Unit Rawat Inap

### Outcome :

- Meningkatnya mutu pelayanan
- Meningkatnya keselamatan pasien dan menurunnya kejadian nyaris cedera dan kejadian tidak diharapkan akibat pasien jatuh

### k. KEPATUHAN TERHADAP CLINICAL PATHWAY



#### Analisa :

Presentase kepatuhan terhadap Clinical Pathway yang terjadi pada bulan Januari sampai dengan Maret 2021 sudah sesuai dengan standar namun mengalami penurunan di bulan Maret.

#### Rekomendasi dan Tindak Lanjut :

- Sosialisasi kembali mengenai SPO kepatuhan terhadap Clinical Pathway kepada perawat yang ada di laboratorium.

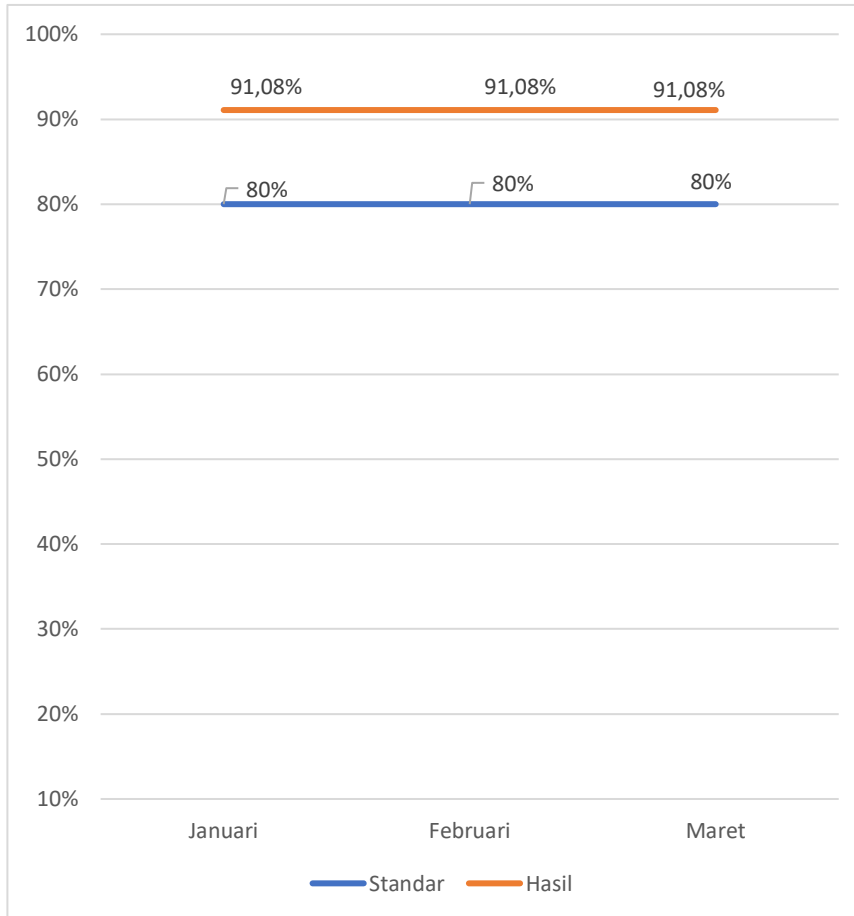
**Target Waktu Perbaikan :** 1 bulan berlanjut

**Unit Pelaksana :** Komite Medik , Komite Keperawatan

#### Outcome :

Meningkatkan pelayanan RS

## I. KEPUASAN PASIEN DAN KELUARGA



### Analisa :

Dari survey kepuasan pasien bulan Januari sampai dengan Maret 2021 menunjukkan nilai diatas 90%.

### Rekomendasi dan Tindak Lanjut :

- Berikan penjelasan kepada pasien tentang pengisian kuesioner kepuasan pasien
- Mendampingi pasien pada saat pengisian kuesioner
- Evaluasi kembali kuesioner yang telah diisi oleh pasien
- Peningkatan sarana dan prasarana rumah sakit

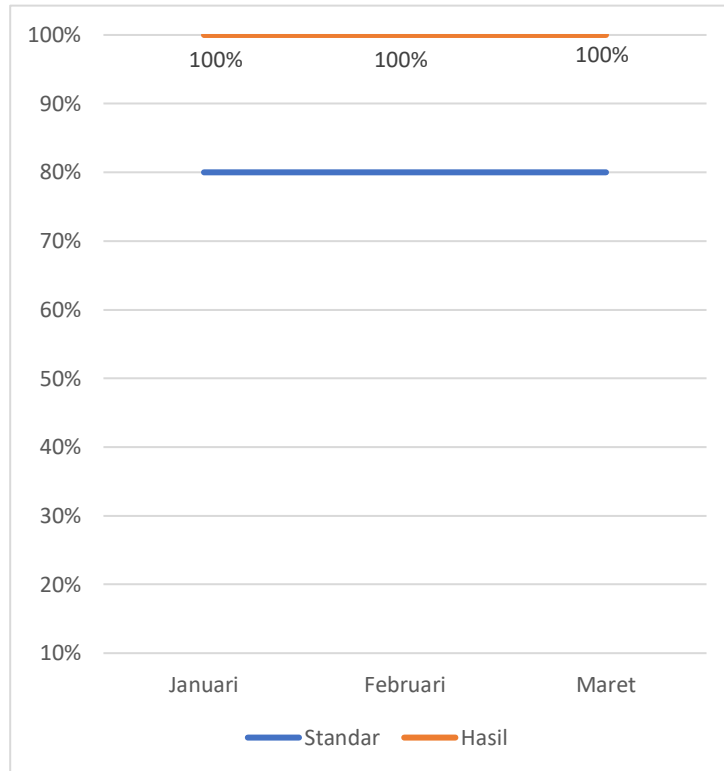
**Target Waktu Perbaikan :** 3 bulan berlanjut

**Unit Pelaksana :** Unit Rawat Inap

### Outcome :

- Meningkatkan kepuasan pasien terhadap pelayanan Rawat Inap

### m. KECEPATAN RESPON TERHADAP KOMPLAIN



#### Analisa :

Presentase terhadap kecepatan respon terhadap komplain yang terjadi pada bulan Januari sampai dengan Maret 2021 sudah sesuai dengan standar.

#### Rekomendasi dan Tindak Lanjut :

- Sosialisasi kembali mengenai SPO kepatuhan terhadap Clinical Pathway kepada perawat yang ada di laboratorium.

**Target Waktu Perbaikan :** 1 bulan berlanjut

**Unit Pelaksana :** Komite Medik , Komite Keperawatan

#### Outcome :

Meningkatkan pelayanan RS

## BAB VI

### PENUTUP

#### 10. Penutup

Demikian hasil Laporan Evaluasi hasil penilaian indikator mutu Klinis, Manajemen dan Sasaran Keselamatan Pasien ini dibuat sebagai bahan pertanggung jawaban dalam penyelenggaraan kegiatan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien periode bulan Jan, Feb dan Maret 2021 di RSPAU dr. S. Hardjolutito.

Di dikeluarkan di : Yogyakarta  
pada tanggal : 05 April 2021

---

Mengetahui,  
Ka RSPAU dr. S Hardjolutito



dr. Swasono Rahayu, Sp.THT-KL., M.Kes  
Marsekal Pertama TNI

Ketua Tim PMKP  
RSPAU dr. S Hardjolutito

drg. Enny Yulianti, Sp.KG  
Mayor Kes NRP 534546