

DINAS KESEHATAN ANGKATAN UDARA
RSPAU dr. S. HARDJOLUKITO



**LAPORAN EVALUASI TRIWULAN PROFIL INDIKATOR PRIORITAS
INDIKATOR MUTU KLINIS, MANAJEMEN DAN SASARAN KESELAMATAN PASIEN
DEPARTEMEN MATA
DI RSPAU dr. S. HARDJOLUKITO
PERIODE JANUARI – MARET 2021**

**AKREDITASI 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, 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 Area Klinis

- 1) Angka kejadian endoftalmitis pasca bedah Vitrektomy
- 2) Kepatuhan terhadap Clinical Pathway
- 3) Angka waktu tunggu operasi elektif
- 4) Angka penundaan operasi elektif
- 5) Angka kejadian HAI_s (Infeksi Daerah Operasi: IDO)
- 6) Waktu tunggu rawat jalan poli mata
- 7) Ketersediaan bekal kesehatan pasien viterektomi
- 8) Kepatuhan Pemberian Label high alert
- 9) Kesalahan preparing obat
- 10) Penulisan resep obat diluar formularium
- 11) Waktu Tunggu Hasil Laboratorium Patologi Klinik Pemeriksaan Darah rutin dan Kimia Darah Kurang dari 140 menit

b. Pemantauan Indikator Area Manajemen

- 1) Insiden Vitrektomy
- 2) Jumlah operasi Vitrektomy

c. Pemantauan Indikator Sasaran Keselamatan Pasien

- 1) Persentase Kepatuhan pelaksanaan Sign In, Time Out, dan Sign Out.
- 2) Penandaan sisi lokasi operasi (*site marking*) sebelum *sign in*
- 3) Angka insiden pasien jatuh di rumah sakit khususnya di Departemen Mata

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

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

- I. Pendahuluan
- II. Jadwal Kegiatan
- 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 soialisasi												

BAB III PELAKSANAAN KEGIATAN

7. Pelaksanaan Kegiatan Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan

No	Kegiatan	Indikator Pencapaian
a	Pengumpulan data, analisa, tindak lanjut indikator mutu prioritas dan dilaporkan kepada kepala rumah sakit dan Kadiskesau	Semua unit kerja terkait indikator mutu prioritas melaporkan rumah sakit
b	Pembentukan tim ronde kendali mutu	Sprin Kepala RSPAU
c	Melaksanakan validasi data indikator mutu prioritas area klinis sesuai ketentuan akreditasi	Hasil validasi indikator mutu prioritas VALID
d	Pelaksanaan rapat mutu prioritas (tim PMKP, Unit kerja terkait)	Rapat mutu prioritas dipimpin Kepala Rumah Sakit/ Ketua PMKP dan dihadiri oleh 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 prioritas	Sudah dilaksanakan dan telah ditetapkan 5 Clinical Pathway.
j	Melaksanakan perbandingan data validasi	Sudah dilaksanakan dengan membandingkan tren data internal Rumah Sakit

BAB IV

HASIL PELAKSANAAN KEGIATAN

8. Laporan Indikator Area Klinis, Area Manajerial, dan Sasaran Keselamatan Pasien RSPAU dr. S. Hardjolukito

a. INDIKATOR AREA KLINIS

Unit/ Instansi /Dep	No	Indikator penilaian mutu	Standar	Jan	Feb	Maret	PJ	Ket
Dep Mata	1	Angka kejadian endoftalmitis pascabedah Vitrektomy	0 %	0 %	0%	0%	Kadep mata	Mutu unit
	2	Kepatuhan terhadap Clinical Pathway	100%	100%	100%	100%	Kadep mata	Mutu prioritas
	3	Waktu Tunggu operasi Elektif	0%	0,88%	0,75%	0,43%	Kadep mata	Mutu prioritas
	4	Angka Penundaaan operasi elektif	0%	0%	0%	0%	Kadep mata	Mutu prioritas
	5	Angka kejadian HAIs (Infeksi Daerah Operasi: IDO)	≤2%	0 %	0%	0%	Ka. Komite PPI	Mutu prioritas
	6	Waktu tunggu Rawat Jalan Pasien Poli Mata	100%	69,25%	51,07%	75,04%	Kadep mata	Mutu prioritas
	7	Ketersediaan Bekalkesehatan pasien Vitrektomy	100%	100%	100%	100%	Inst Farmasi	Mutu prioritas
	8	Kepatuhan pemberian label high alert	100%	100%	100%	100%	Inst Farmasi	Mutu prioritas
	9	Kesalahan preparing obatoleh farmasi	0%	0%	0%	0%	Inst Farmasi	Mutu prioritas
	10	Penulisan resep obat sesuai formularium	100%	100%	100%	100%	Inst Farmasi	Mutu prioritas

	11	Waktu Tunggu Hasil Laboratorium Khusus pasien Poli Mata Kurang dari atau sama dengan 140 menit	100%	97,78%	97,14%	98,87%	Patologi Klinik	Mutu prioritas
--	----	--	------	--------	--------	--------	-----------------	----------------

b. INDIKATOR AREA MANAJERIAL

Unit/ Instansi /Dep	No	Indikator penilaian mutu	Stand ar	Jan	Feb	Maret	PJ	Ket
Dep Mata	1	Insiden Vitrektomy	80%	59,32%	66,67%	67,86%	Kadep mata	Mutu prioritas
	2	Jumlah operasi Vitrektomy	>75%	25,88%	11,94%	24,24%	Kadep mata	Mutu prioritas

c. INDIKATOR AREA SASARAN KESELAMATAN PASIEN

Unit/ Instansi /Dep	No	Indikator penilaian mutu	Standar	Jan	Feb	Maret	PJ	Ket
Dep. Mata	1	Persentase Kepatuhan pelaksanaan Sign In, Time Out dan Sign Out	100%	100%	100%	100%	Kadep mata	Mutu prioritas
	2	Penandaan sisi lokasi operasi (<i>site marking</i>) sebelum <i>sign in</i>	80%	100%	100%	100%	Kadep mata	Mutu prioritas
	3	Angka insiden pasien jatuh di rumah sakit khususnya Departemen Mata	0%	0%	0%	0%	Kadep mata	Mutu prioritas

BAB V

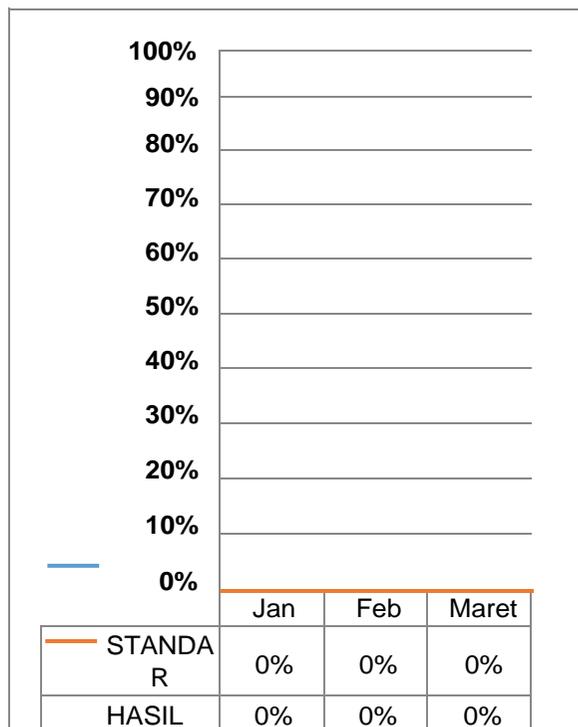
ANALISA, REKOMENDASI DAN TINDAK LANJUT

9. ANALISA, REKOMENDASI DAN TINDAK LANJUT

Berdasarkan hasil evaluasi penilaian indicator klinis, manajerial, dan sasaran keselamatan pasien periode bulan Januari s.d Maret 2021 diperoleh hasil sebagai berikut :

a. INDIKATOR AREA KLINIS

IAK 1 : ANGKA KEJADIAN ENDOFTALMITIS PASCA BEDAH VITREKTOMY



Analisa :

Presentase kejadian endoftalmitis pasca bedah vitrektomy selama bulan Januari s.d Maret 2021 sudah sesuai dengan standar yang diharapkan (0%) dan selanjutnya tetap dipertahankan.

Rekomendasi dan Tidak Lanjut :

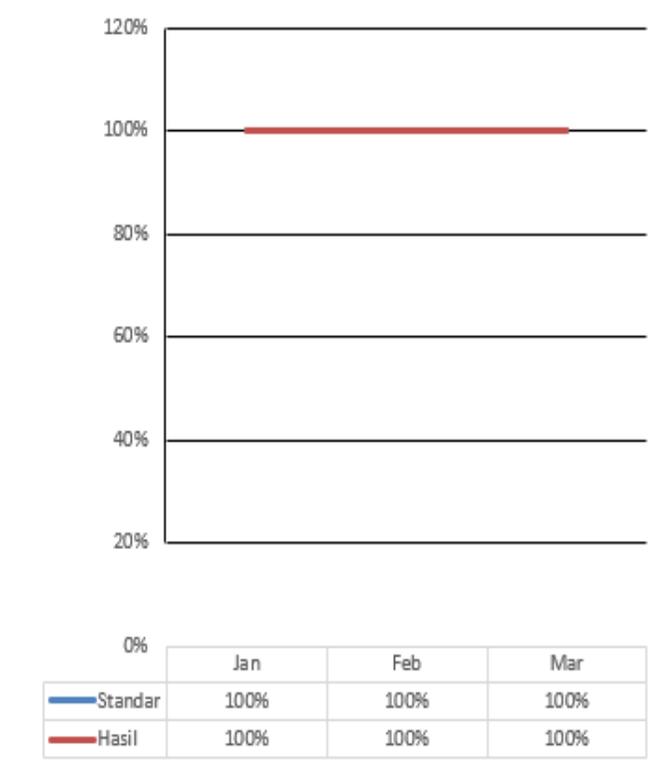
- Mempertahankan kinerja yg sudah ada.
- Monitoring dan evaluasi kejadian endoftalmitis pasca bedah vitrektomy secara terus menerus.
- Sosialisasi SPO secara terus menerus.

Target Waktu Perbaikan : 3 bulan

Unit Pelaksana : Rawat Jalan

Outcome: Meningkatkan kepuasan pelanggan/ pasien

IAK 2 :KEPATUHAN TERHADAP CLINICAL PATHWAY



Analisa :

Dari grafik diatas terlihat presentase kepatuhan terhadap clinical pathway bulan Januari s.d Maret 2021 sudah sesuai dengan standar yang diharapkan (100%) dan selanjutnya tetap dipertahankan.

Rekomendasi dan Tidak Lanjut :

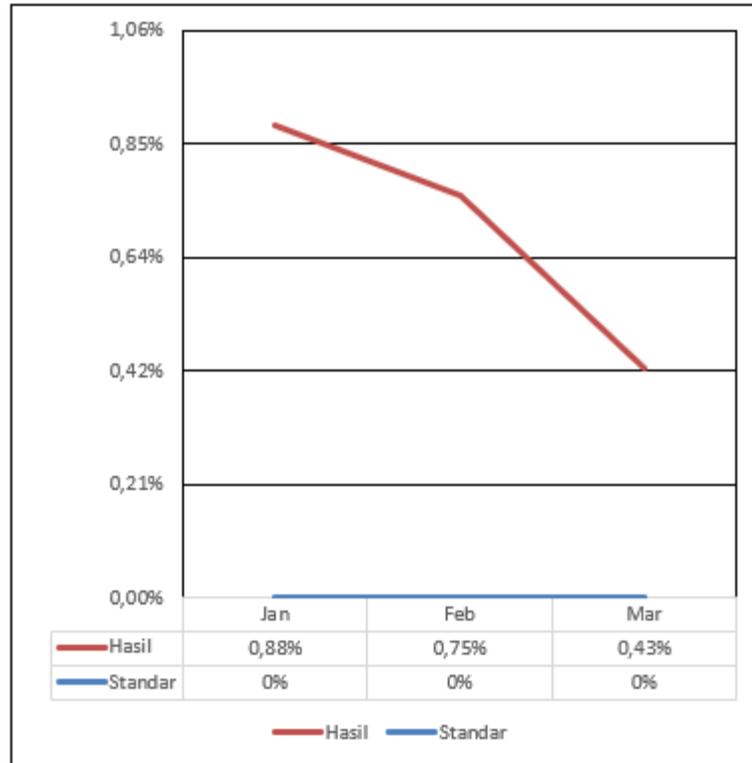
- Mempertahankan kinerja yg sudah ada.
- Monitoring dan evaluasi kepatuhan terhadap clinical pathway secara terus menerus.
- Sosialisasi SPO secara terus menerus.

Target Waktu Perbaikan : 3 bulan

Unit Pelaksana : Rawat Jalan

Outcome : Meningkatkan kepuasan pelanggan / pasien

IAK 3 : ANGKA WAKTU TUNGGU OPERASI ELEKTIF



Analisa :

Presentase angka waktu tunggu operasi elektif bulan Januari s.d Maret 2021 sudah sesuai dengan standar yang diharapkan (0%) dan selanjutnya tetap dipertahankan.

Rekomendasi dan Tidak Lanjut :

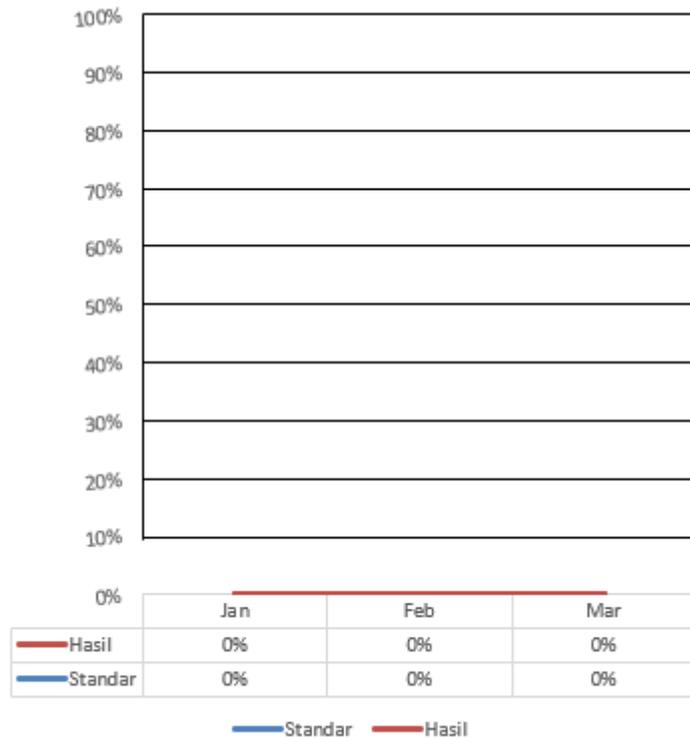
- Mempertahankan kinerja yg sudah ada.
- Monitoring dan evaluasi angka waktu tunggu operasi elektif secara terus menerus.
- Sosialisasi SPO secara terus menerus.

Target Waktu Perbaikan : 3 bulan

Unit Pelaksana : Rawat Jalan

Outcome : Meningkatkan kepuasan pelanggan / pasien

IAK 4 : ANGKA PENUNDAAN OPERASI ELEKTIF



Analisa :

Persentase Angka penundaaan operasi elektif dari bulan Januari s.d Maret 2021 sudah sesuai dengan standar yang diharapkan (0%) dan selanjutnya tetap dipertahankan.

Tindaklanjut :

- Mempertahankan kinerja yg sudah ada.
- Monitoring dan evaluasi angka waktu tunggu operasi elektif secara terus menerus.
- Sosialisasi SPO secara terus menerus.

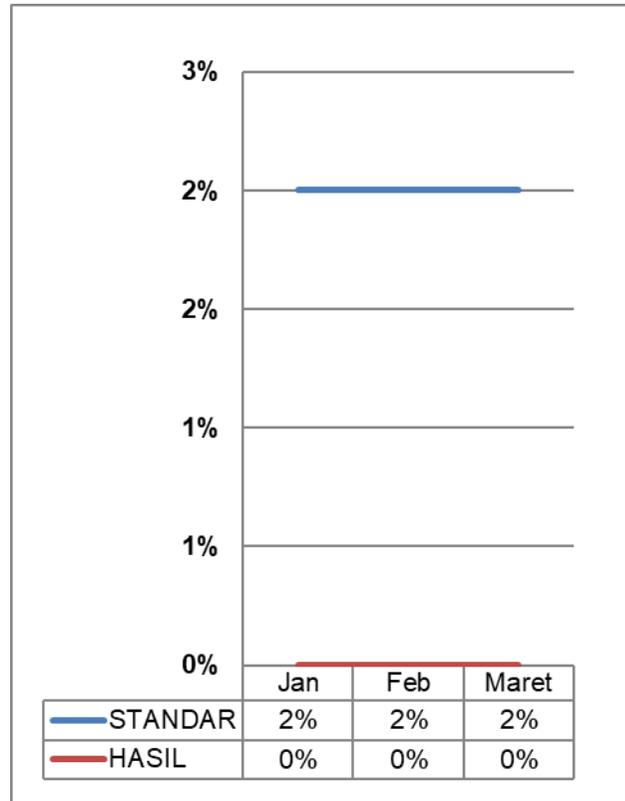
Target Waktu Perbaikan : 3 bulan.

Unit Pelaksana : Rawat Jalan

Outcome :

- Meningkatkan kepuasan pelanggan / pasien

IAK 5: ANGKA KEJADIAN HAI_s (INFEKSI DAERAH OPERASI: IDO)



Analisa :

Persentase Angka kejadian HAI_s (Infeksi Daerah Operasi: IDO) dari bulan Januari s.d Maret 2021 sudah sesuai dengan standar yang diharapkan (<2%) dan selanjutnya tetap dipertahankan.

Tindaklanjut :

- Mempertahankan kinerja yg sudah ada.
- Monitoring dan evaluasi angka waktu tunggu operasi elektif secara terus menerus.
- Sosialisasi SPO secara terus menerus.

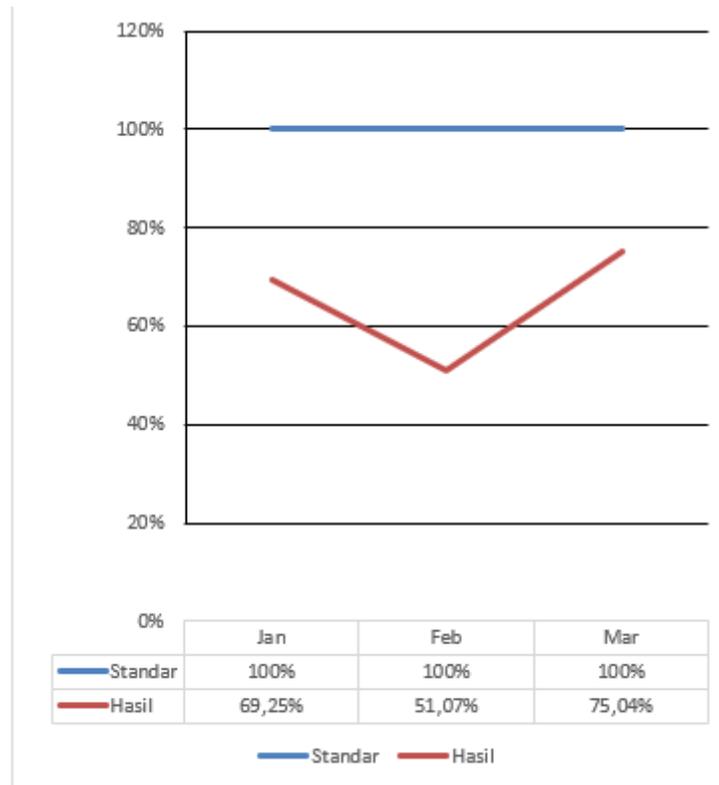
Target Waktu Perbaikan : 3 bulan.

Unit Pelaksana : Rawat Jalan

Outcome :

- Meningkatkan kepuasan pelanggan / pasien

IAK 6 : WAKTU TUNGGU RAWAT JALAN POLI MATA



Analisa :

Persentase waktu tunggu rawat jalan poli mata bulan Januari s.d Maret 2021 belum sesuai dengan standar yang diharapkan (100%).

Tindakanjuit :

- Mempertahankan kinerja yg sudah ada.
- Monitoring dan evaluasi angka waktu tunggu rawat jalan poli mata secara terus menerus.
- Sosialisasi SPO secara terus menerus.

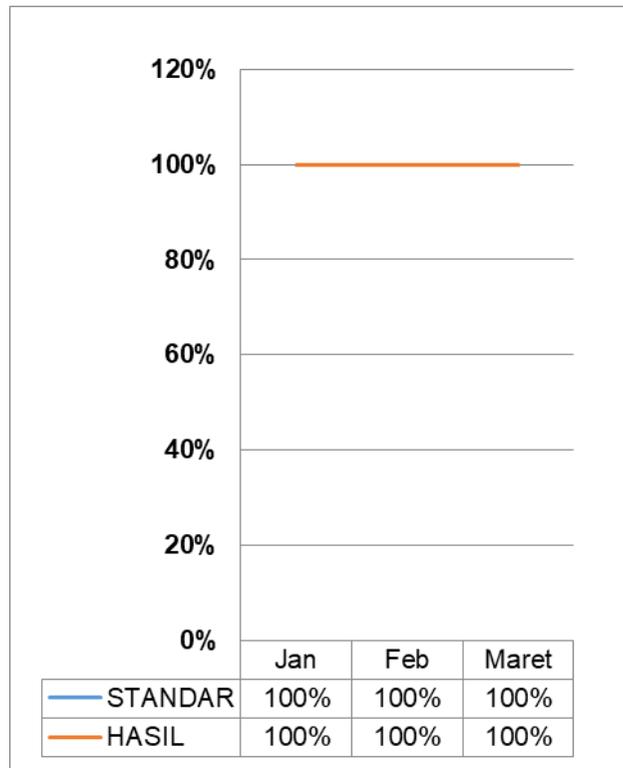
Target Waktu Perbaikan : 3 bulan.

Unit Pelaksana : Rawat Jalan

Outcome :

- Meningkatkan kepuasan pelanggan/pasien

IAK 7 : KETERSEDIAAN BEKAL KESEHATAN PASIEN VITREKTOMY



Analisa :

Persentase Angka ketersediaan bekal kesehatan pasien Vitrektomy dari bulan Januari s.d Maret 2021 sudah sesuai dengan standar yang diharapkan(100%) dan selanjutnya tetap dipertahankan.

Rekomendasi dan Tidak Lanjut :

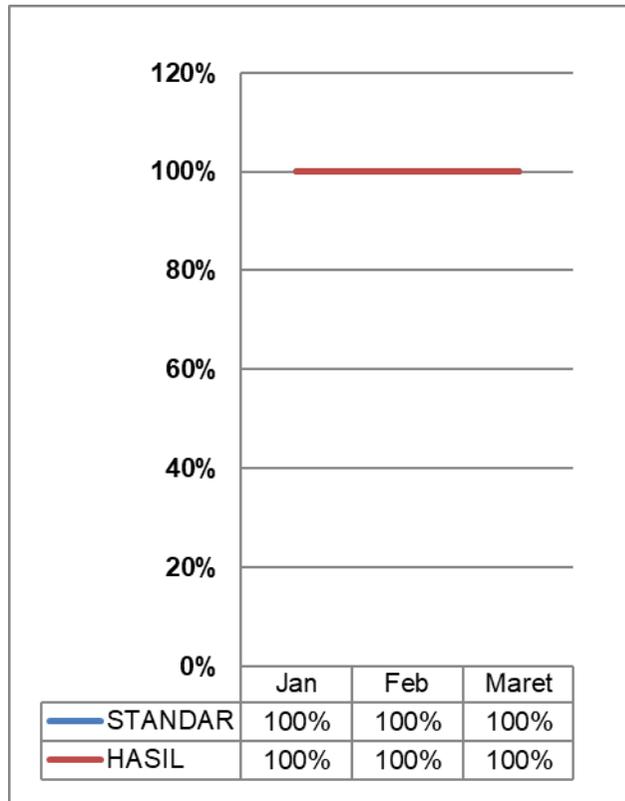
- Mempertahankan kinerja yg sudah ada.
- Monitoring dan pengawasan terhadap tugas personel di Depo rawat jalan.
- Sosialisasi SPO secara terus menerus.

Target Waktu Perbaikan : 3 bulan

Unit Pelaksana : Instalasi Farmasi Rumah Sakit(IFRS)

Outcome : Meningkatkan kepuasan pelanggan / pasien

IAK 8 : KEPATUHAN PEMBERIAN LABEL HIGH ALERT



Analisa :

Persentase Angka kepatuhan pemberian label high alert daribulan Januari s.d Maret 2021 sudah sesuai dengan standar yang diharapkan (100%) dan selanjutnya tetap dipertahankan.

Rekomendasi dan Tidak Lanjut :

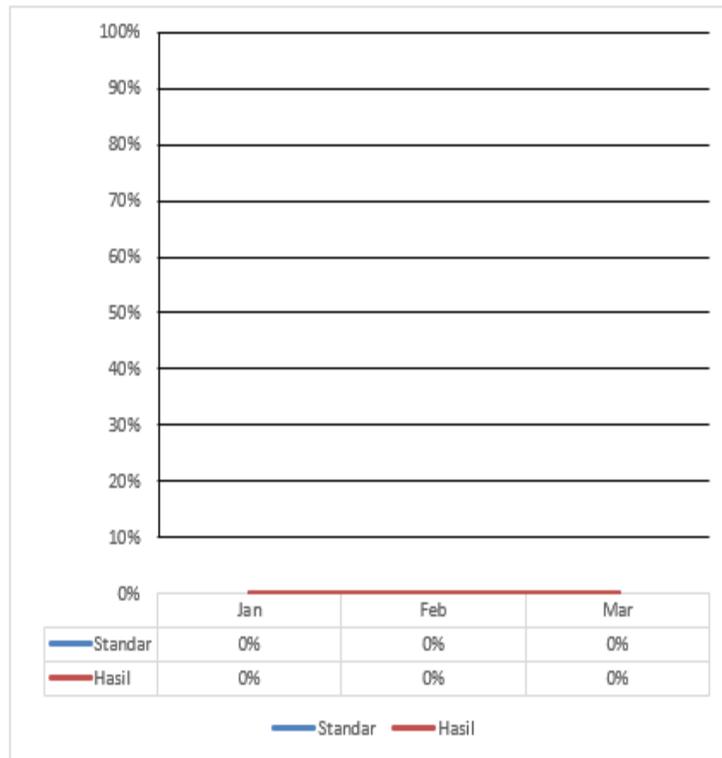
- Mempertahankan kinerja yg sudah ada.
- Monitoring dan pengawasan terhadap tugas personel di Depo rawat jalan.
- Sosialisasi SPO secara terus menerus.

Target Waktu Perbaikan : 3 bulan

Unit Pelaksana : Instalasi Farmasi Rumah Sakit(IFRS)

Outcome : Meningkatkan kepuasan pelanggan/ pasien

IAK 9 : KESALAHAN PREPARING OBAT



Analisa :

Persentase Angka kesalahan preparing obat pada pasien vitrektomi dari bulan Januari s.d Maret 2021 sudah sesuai dengan standar yang diharapkan (0%) dan selanjutnya tetap dipertahankan.

Rekomendasi dan Tidak Lanjut :

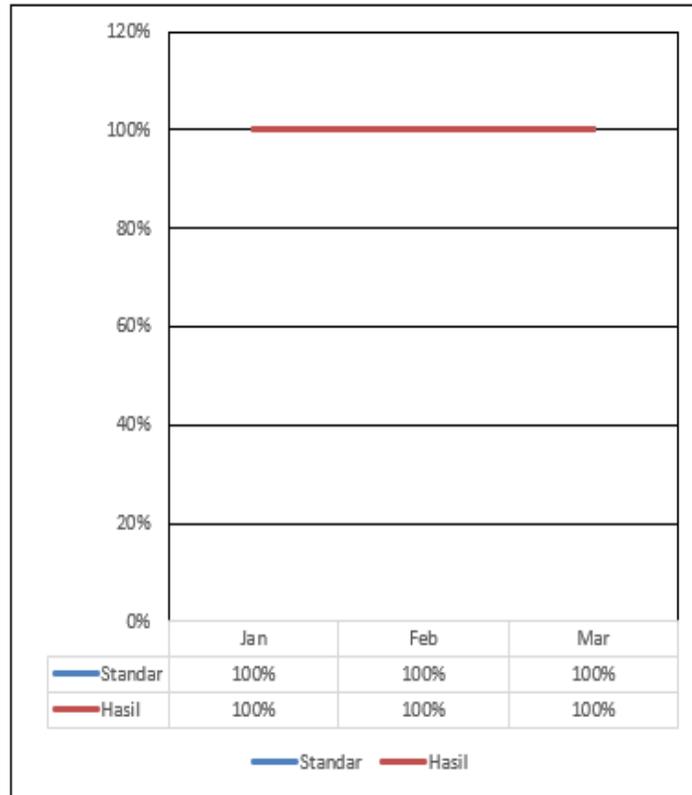
- Mempertahankan kinerja yg sudah ada.
- Monitoring dan pengawasan terhadap tugas personel di Depo rawat jalan.
- Sosialisasi SPO secara terus menerus.

Target Waktu Perbaikan : 3 bulan

Unit Pelaksana : Instalasi Farmasi Rumah Sakit(IFRS)

Outcome : Meningkatkan kepuasan pelanggan/ pasien

IAK 10: PENULISAN RESEP OBAT SESUAI FORMULARIUM



Analisa :

Persentase Angka penulisan resep obat diluar formularium untuk pasien Vitrektomy dari bulan Januari s.d Maret 2021 sudah sesuai dengan standar yang diharapkan (100%) dan selanjutnya tetap dipertahankan.

Rekomendasi dan Tidak Lanjut :

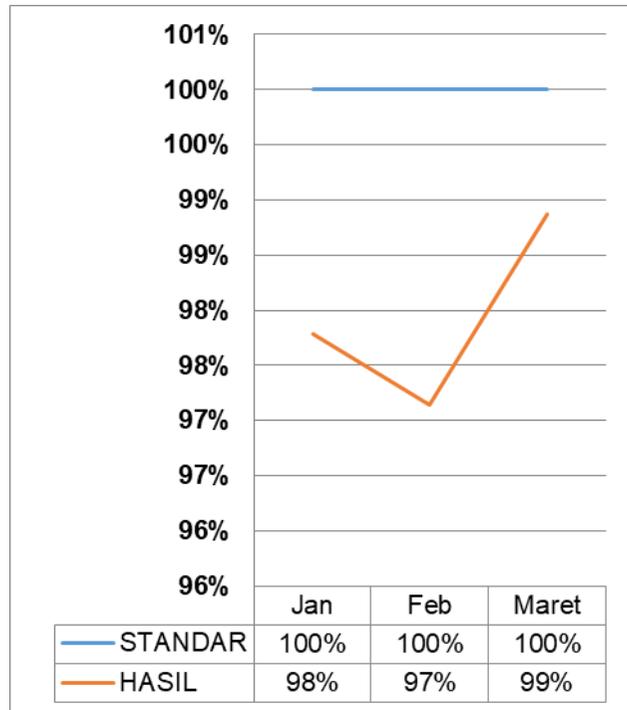
- Mempertahankan kinerja yg sudah ada.
- Monitoring dan pengawasan terhadap tugas personel di Depo rawat jalan.
- Sosialisasi SPO secara terus menerus.

Target Waktu Perbaikan : 3 bulan

Unit Pelaksana : Instalasi Farmasi Rumah Sakit(IFRS)

Outcome : Meningkatkan kepuasan pelanggan/ pasien

IAK 11 : WAKTU TUNGGU HASIL LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK PEMERIKSAAN DARAH RUTIN DAN KIMIA DARAH KURANG DARI 140 MENIT



Analisa :

Persentase Angka Waktu Tunggu Hasil Laboratorium Patologi Klinik Pemeriksaan Darah Rutin dan Kimia Darah Kurang dari 140 menit. Dari bulan Januari s.d Maret 2021 sudah sesuai dengan standar yang diharapkan (100%) dan selanjutnya tetap dipertahankan.

Rekomendasi dan Tidak Lanjut :

- Mempertahankan kinerja yg sudah ada.
- Monitoring dan pengawasan terhadap tugas personel di laboratorium.
- Sosialisasi SPO secara terus menerus.

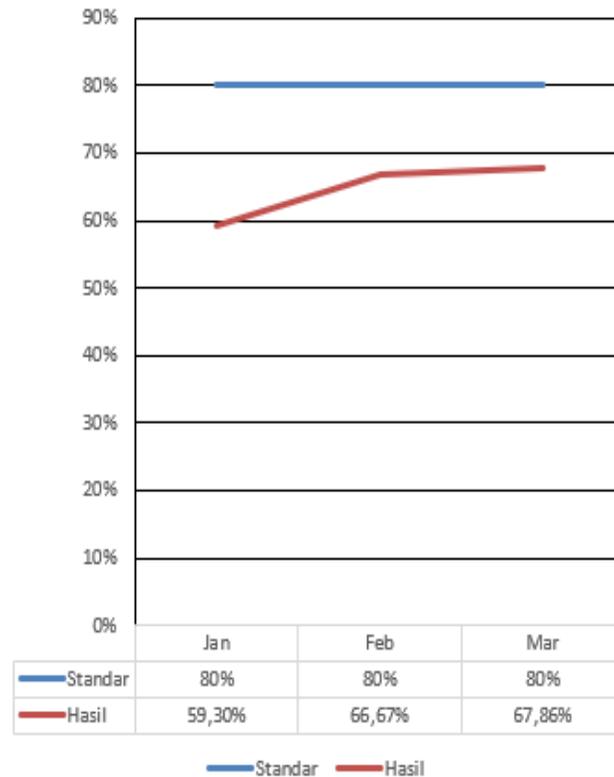
Target Waktu Perbaikan : 3 bulan

Unit Pelaksana : Klinik Patalogi

Outcome : Meningkatkan kepuasan pelanggan/ pasien

b. INDIKATOR AREA MANAJERIAL

IAM 1 : INSIDEN VITREKTOMY



Analisa

Presentase kejadian insiden vitrektomy selama bulan Januari s.d Maret 2021 masih dibawah nilai standar (80%)

Rekomendasi dan Tidak Lanjut :

- Meningkatkan kinerja dan giat promotif yg sudah ada.
- Monitoring dan evaluasi kejadian insiden vitrektomy secara terus menerus.

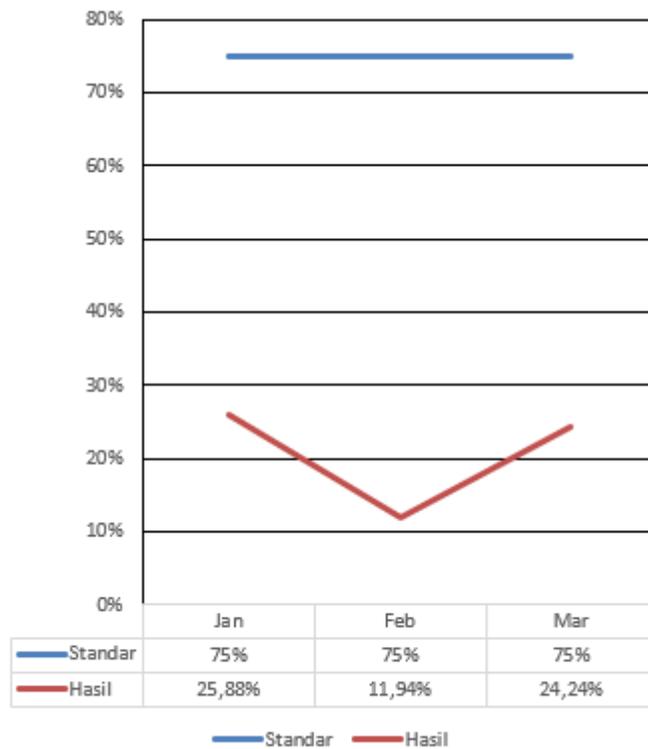
Target Waktu Perbaikan : 3bulan

Unit Pelaksana : Rawat Jalan

Outcome:

- Meningkatkan kepuasan pelanggan/ pasien

IAM 2 : JUMLAH OPERASI VITREKTOMY



Analisa

Presentase Jumlah operasi vitrektomy selama bulan Januari s.d Maret 2021 masih fluktuasi, nilai standar (75%)

Rekomendasi dan Tidak Lanjut :

- Mempertahankan kinerja yg sudah ada.
- Monitoring dan evaluasi kejadian jumlah operasi vitrektomi secara terus menerus.
- Sosialisasi SPO secara terus menerus

Target Waktu Perbaikan : 3bulan

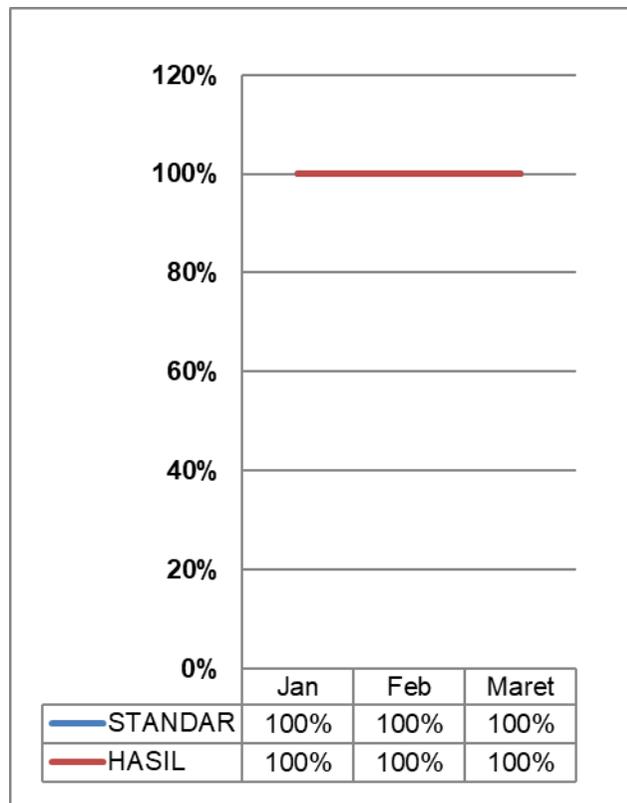
Unit Pelaksana : Rawat Jalan

Outcome:

- Meningkatkan kepuasan pelanggan/ pasien

c. INDIKATOR AREA SASARAN KESELAMATAN PASIEN

ISKP 1 : PERSENTASE KEPATUHAN PELAKSANAAN SIGN IN, TIME OUT DAN SIGN OUT.



Analisa :

Presentase Persentase Kepatuhan pelaksanaan Sign In, Time Out dan Sign Out selama bulan Januari s.d Maret 2021 sudah sesuai dengan standar yang diharapkan (100%) dan selanjutnya tetap dipertahankan.

Rekomendasi dan Tidak Lanjut :

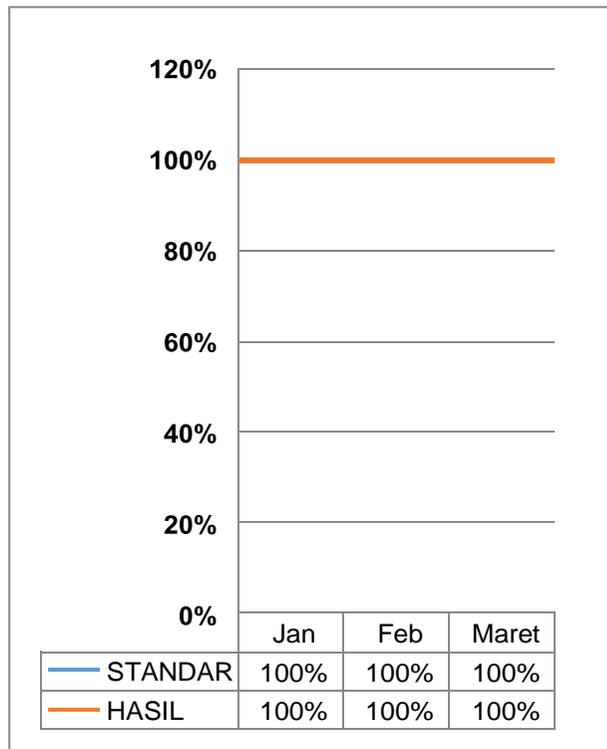
- Mempertahankan kinerja yg sudah ada.
- Monitoring dan evaluasi Persentase Kepatuhan pelaksanaan Sign In, Time Out dan Sign Out.
- secara terus menerus.
- Sosialisasi SPO secara terus menerus.

Target Waktu Perbaikan : 3 bulan

Unit Pelaksana : Rawat Jalan

Outcome: Meningkatkan kepuasan pelanggan / pasien

ISKP 2: KEPATUHAN PENANDAAN SISI LOKASI OPERASI (*SITE MARKING*) SEBELUM *SIGN IN*



Analisa :

Kepatuhan Penandaan sisi lokasi operasi (*site marking*) sebelum *sign in* Pada pasien yang akan dilakukan tindakan operasi pada bulan Januari s.d Maret 2021 sudah mencapai Standar yang diharapkan (100%) dan selanjutnya tetap dipertahankan

Rekomendasi dan Tidak Lanjut :

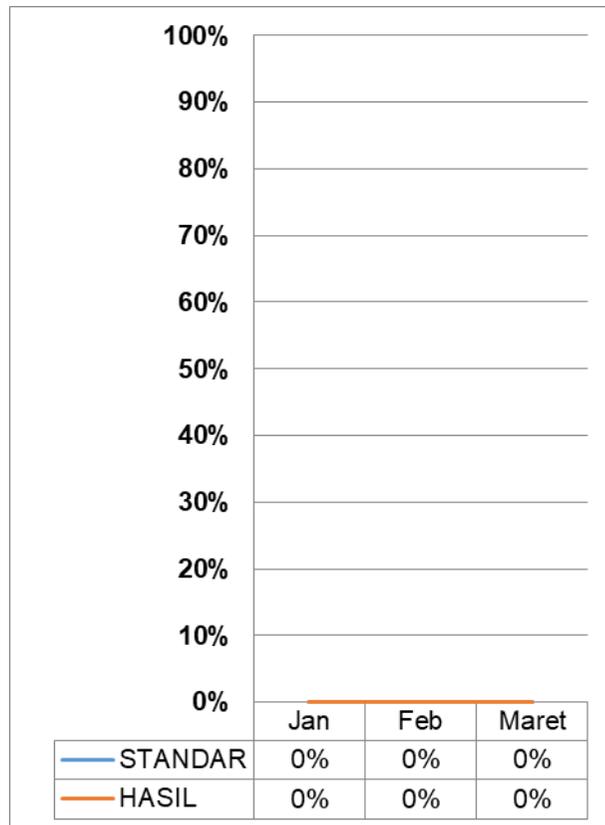
- Mempertahankan kinerja yg sudah ada.
- Monitoring dan evaluasi Persentase Kepatuhan pelaksanaan Sign In, Time Out dan Sign Out secara terus menerus.
- Sosialisasi SPO secara terus menerus.

Target Waktu Perbaikan : 3 bulan

Unit Pelaksana : Departemen Bedah

Outcome: Meningkatkan kepuasan pelanggan / pasien

ISKP 3: ANGKA INSIDEN PASIEN JATUH DI RUMAH SAKIT KHUSUSNYA DI DEPARTEMEN MATA



Analisa :

Dari Data disamping menunjukkan bahwa tidak terjadi insiden pasien jatuh selama perawatan pada bulan Januari s.d Maret 2021.

Rekomendasi dan Tindak Lanjut :

- Mempertahankan kinerja yg sudah ada
- Sosialisasi SPO secara terus menerus tentang monitoring pasien jatuh
- Peningkatan monitoring dan evaluasi pasien resiko jatuh

Target Waktu Perbaikan : bulan berlanjut

Unit Pelaksana : Komite PMKP, Tim KPRS dan Unit Rawat Jalan

Outcome :

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

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 Januari, Februari dan Maret 2021 di RSPAU dr. S. Hardjolakito.

Di dikeluarkan di : Yogyakarta
Pada Tanggal : April 2021

Mengetahui,
Kepala RSPAU dr. S. Hardjolakito

Ka Komite PMKP



dr. M. Rowi, Sp.S
Marsekal Pertama TNI

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

