

DATA INDIKATOR MUTU RSUD KRATON TAHUN 2019

A. Pendahuluan

Seiring dengan tuntutan masyarakat akan pelayanan kesehatan dan persaingan dengan rumah sakit lain, baik rumah sakit pemerintah maupun swasta, RSUD Kraton senantiasa meningkatkan mutu pelayanan yang diberikan. Peningkatan mutu layanan dilakukan untuk pemenuhan kebutuhan pelanggan dalam melaksanakan bisnisnya.

RSUD Kraton memiliki peran yang sangat strategis dalam mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Oleh karena itu, RSUD Kraton dituntut untuk memberikan pelayanan yang bermutu sesuai dengan standar yang ditetapkan dan dapat dijangkau oleh seluruh lapisan masyarakat. Upaya peningkatan mutu pelayanan dilakukan di semua unit pelayanan, baik pada unit pelayanan medik, pelayanan keperawatan, maupun pada unit pelayanan administrasi dan manajemen melalui program jaminan mutu yang wajib dipantau. Program dalam mewujudkan RSUD Kraton yang bermutu adalah suatu program berkelanjutan yang disusun secara objektif dan sistematis untuk memantau dan menilai indikator mutu serta kewajaran pelayanan yang diberikan kepada pasien.

Program penjaminan mutu merupakan aktivitas mendefinisikan, mendesain, memeriksa, memantau, mensurvei dan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. Aktivitas-aktivitas ini disusun secara komprehensif dan terintegrasi yang meliputi struktur, proses, dan *output/outcome*. Teknis pemantauan terhadap kualitas pelayanan rumah sakit memerlukan penetapan indikator mutu yang digunakan sebagai variabel untuk mengukur suatu perubahan dengan menggunakan instrumen yang tepat.

Indikator mutu yang telah ditetapkan tersebut telah dipantau dengan instrumen yang disusun berdasarkan kebutuhan data yang diperlukan. Setelah dilakukan pengumpulan data oleh masing-masing unit dalam rumah sakit, maka rumah sakit menggunakan proses internal untuk melakukan validasi data sebelum dilaksanakan pelaporan dan publikasi data. Proses internal di dalam RSUD Kraton dalam rangka validasi data indikator mutu adalah dalam bentuk ronde kendali mutu, yaitu berupa kegiatan ronde keliling yang dilaksanakan oleh pimpinan atau yang mewakili dan beberapa staf yang ditunjuk berdasarkan surat perintah, rombongan berkeliling untuk mengambil data indikator mutu.

Penyahihan/validasi data merupakan alat penting untuk memahami mutu dari data mutu dan untuk mencapai tingkat di mana data tersebut cukup meyakinkan bagi para pembuat keputusan. Validasi data menjadi salah satu langkah dalam proses penentuan prioritas untuk pengukuran, pemilihan indikator yang harus diukur, pemilihan dan pengujian ukuran, pengumpulan data, validasi data dan penggunaan data untuk perbaikan. Tujuan dari validasi data ini adalah tersedianya data dan informasi mutu yang valid sebagai dasar manajemen rumah sakit untuk mengambil keputusan dalam perencanaan, pelaksanaan, pemantauan, evaluasi program dan peningkatan kewaspadaan serta respon terhadap kejadian luar biasa yang cepat dan tepat.

Hasil validasi data akan dipublikasikan melalui website atau media lainnya termasuk kerahasiaan pasien dan keakuratan sesuai regulasi yang sudah ditetapkan di RSUD Kraton.

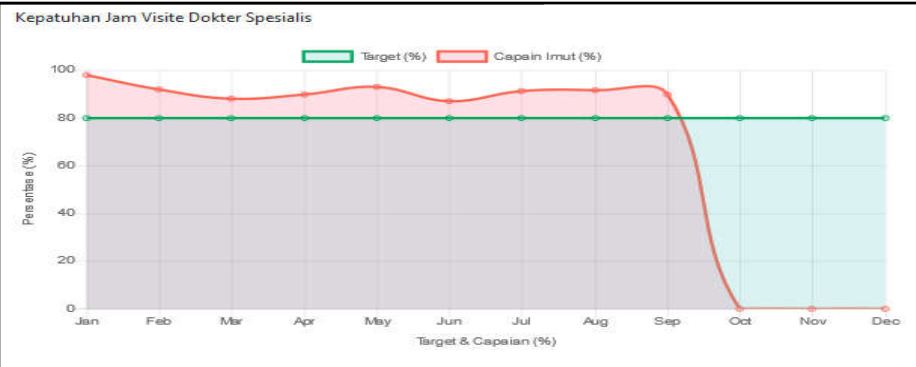
B. Tujuan

1. Kegiatan ini dimaksudkan sebagai bahan evaluasi pencapaian indikator mutu Prioritas dari tiap unit kerja di RSUD Kraton.
2. Tujuan kegiatan ini adalah:
 - a. Memberikan informasi tentang data indikator mutu prioritas yang valid sebagai dasar manajemen rumah sakit untuk mengambil keputusan dalam perencanaan, pelaksanaan, pemantauan, evaluasi program dan peningkatan kewaspadaan serta respon terhadap kejadian luar biasa yang cepat dan tepat.
 - b. Memberikan gambaran dan masukan kepada setiap unit kerja tentang peningkatan mutu yang telah dicapai.

C. Kegiatan Publikasi

Pelaksanaan kegiatan publikasi data mutu di RSUD Kraton ada 5 indikator yaitu:

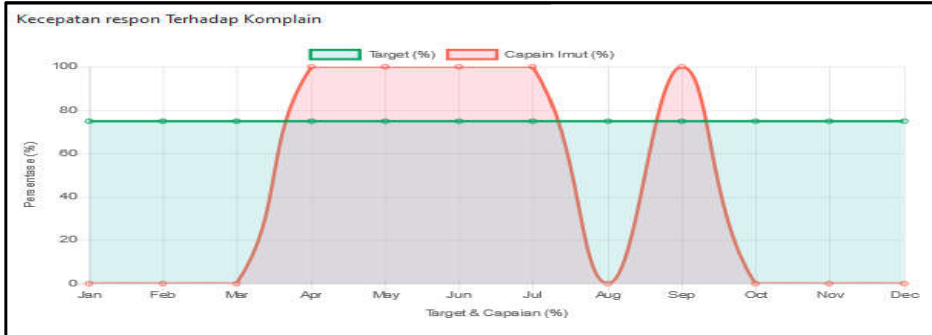
1. Kepatuhan jam visite dokter spesialis

JUDUL	FORMULA	DATA																														
Kepatuhan jam visite dokter spesialis	<p>Jumlah visite dokter spesialis sebelum jam 14:00 pada hari berjalan dalam 1 bulan ÷ Jumlah visite dokter spesialis pada hari berjalan dalam bulan yang sama x 100% = ___%</p>	 <p>Target & Capaian (%)</p> <table border="1" data-bbox="1111 935 1951 1018"> <thead> <tr> <th></th> <th>Jan</th> <th>Feb</th> <th>Maret</th> <th>April</th> <th>Mei</th> <th>Juni</th> <th>Juli</th> <th>Agt</th> <th>Sep</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CAPAIAN</td> <td>97.80%</td> <td>91.76%</td> <td>88.12%</td> <td>89.70%</td> <td>92.82%</td> <td>86.84%</td> <td>91.29%</td> <td>91.34%</td> <td>89.77%</td> </tr> <tr> <td>TARGET</td> <td>80.00%</td> <td>80.00%</td> <td>80.00%</td> <td>80.00%</td> <td>80.00%</td> <td>80.00%</td> <td>80.00%</td> <td>80.00%</td> <td>80.00%</td> </tr> </tbody> </table>		Jan	Feb	Maret	April	Mei	Juni	Juli	Agt	Sep	CAPAIAN	97.80%	91.76%	88.12%	89.70%	92.82%	86.84%	91.29%	91.34%	89.77%	TARGET	80.00%	80.00%	80.00%	80.00%	80.00%	80.00%	80.00%	80.00%	80.00%
	Jan	Feb	Maret	April	Mei	Juni	Juli	Agt	Sep																							
CAPAIAN	97.80%	91.76%	88.12%	89.70%	92.82%	86.84%	91.29%	91.34%	89.77%																							
TARGET	80.00%	80.00%	80.00%	80.00%	80.00%	80.00%	80.00%	80.00%	80.00%																							

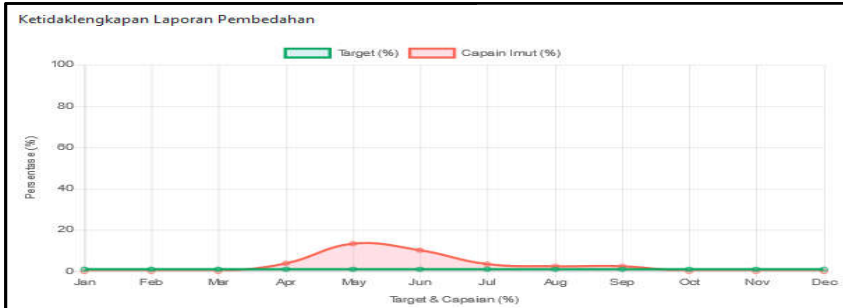
ANALISIS:

Pada pengukuran indikator mutu tentang kepatuhan jam visite dokter, dengan target 80%, di dapatkan data dari Instalasi Rawat Inap dari bulan Januari 2019 sampai bulan September 2019 pencapaian hasil di atas target. Sehingga dapat disimpulkan bahwa mutu Kepatuhan jam visite dokter spesialis sudah memenuhi keinginan/harapan pelanggan.

2. Kecepatan respon terhadap komplain

JUDUL	FORMULA	DATA																														
Kecepatan respon terhadap komplain	<p>Jumlah KKM, KKK dan KKH yang sudah ditanggapi dan ditindaklanjuti dalam 1 bulan ÷ Jumlah seluruh KKM, KKK dan KKH dalam bulan yang sama x 100% = ____%</p>	 <p>Target & Capaian (%)</p> <table border="1" data-bbox="1104 818 1960 898"> <thead> <tr> <th></th> <th>Jan</th> <th>Feb</th> <th>Maret</th> <th>April</th> <th>Mei</th> <th>Juni</th> <th>Juli</th> <th>Agt</th> <th>Sep</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CAPAIAN</td> <td>0.00%</td> <td>0.00%</td> <td>0.00%</td> <td>100.00%</td> <td>100.00%</td> <td>100.00%</td> <td>100.00%</td> <td>0%</td> <td>100.00%</td> </tr> <tr> <td>TARGET</td> <td>75.00%</td> <td>75.00%</td> <td>75.00%</td> <td>75.00%</td> <td>75.00%</td> <td>75.00%</td> <td>75.00%</td> <td>75.00%</td> <td>75.00%</td> </tr> </tbody> </table>		Jan	Feb	Maret	April	Mei	Juni	Juli	Agt	Sep	CAPAIAN	0.00%	0.00%	0.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	0%	100.00%	TARGET	75.00%	75.00%	75.00%	75.00%	75.00%	75.00%	75.00%	75.00%	75.00%
	Jan	Feb	Maret	April	Mei	Juni	Juli	Agt	Sep																							
CAPAIAN	0.00%	0.00%	0.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	0%	100.00%																							
TARGET	75.00%	75.00%	75.00%	75.00%	75.00%	75.00%	75.00%	75.00%	75.00%																							
<p>ANALISIS: Pada pengukuran indikator mutu tentang Kecepatan respon terhadap komplain, dengan target 75%, di dapatkan data dari Sub Bagian Pemasaran dan Humas dari bulan April 2019 sampai bulan September 2019 pencapaian hasil di atas target, namun di bulan Agustus tertulis 0% artinya tidak ada komplain pada bulan tersebut.</p>																																

3. Ketidaklengkapan laporan pembedahan

JUDUL	FORMULA	DATA																														
Ketidaklengkapan laporan pembedahan	$\frac{\text{Jumlah ketidaklengkapan laporan operasi per bulan}}{\text{Jumlah pasien operasi pada bulan tersebut (sesuai data dari IBS) dalam bulan yang sama}} \times 100\% = \text{---}\%$	 <p>Rekap Data Indikator</p> <table border="1" data-bbox="1178 788 1951 863"> <thead> <tr> <th></th> <th>Jan</th> <th>Feb</th> <th>Maret</th> <th>April</th> <th>Mei</th> <th>Juni</th> <th>Juli</th> <th>Agt</th> <th>Sep</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CAPAIAN</td> <td>0.00%</td> <td>0.00%</td> <td>0.00%</td> <td>3.90%</td> <td>13.33%</td> <td>10.20%</td> <td>3.38%</td> <td>2.46%</td> <td>2.44%</td> </tr> <tr> <td>TARGET</td> <td>1.00%</td> <td>1.00%</td> <td>1.00%</td> <td>1.00%</td> <td>1.00%</td> <td>1.00%</td> <td>1.00%</td> <td>1.00%</td> <td>1.00%</td> </tr> </tbody> </table>		Jan	Feb	Maret	April	Mei	Juni	Juli	Agt	Sep	CAPAIAN	0.00%	0.00%	0.00%	3.90%	13.33%	10.20%	3.38%	2.46%	2.44%	TARGET	1.00%	1.00%	1.00%	1.00%	1.00%	1.00%	1.00%	1.00%	1.00%
	Jan	Feb	Maret	April	Mei	Juni	Juli	Agt	Sep																							
CAPAIAN	0.00%	0.00%	0.00%	3.90%	13.33%	10.20%	3.38%	2.46%	2.44%																							
TARGET	1.00%	1.00%	1.00%	1.00%	1.00%	1.00%	1.00%	1.00%	1.00%																							

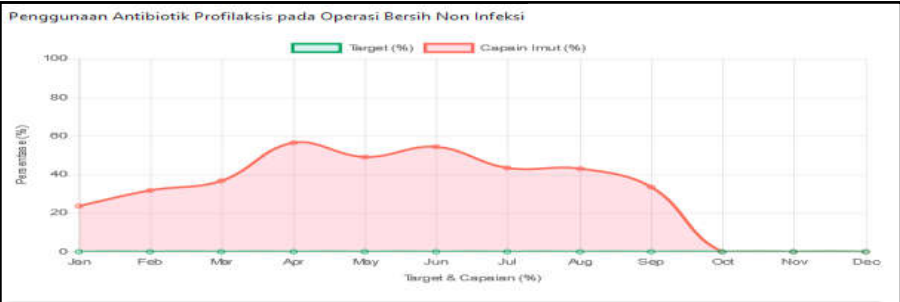
ANALISIS:

Pada pengukuran indikator mutu tentang Ketidaklengkapan laporan pembedahan, dengan target 1%, di dapatkan data dari Instalasi Bedah Sentral dari bulan April 2019 sampai bulan September 2019 pencapaian hasil belum sesuai target, namun trend cenderung lebih baik setiap bulannya.

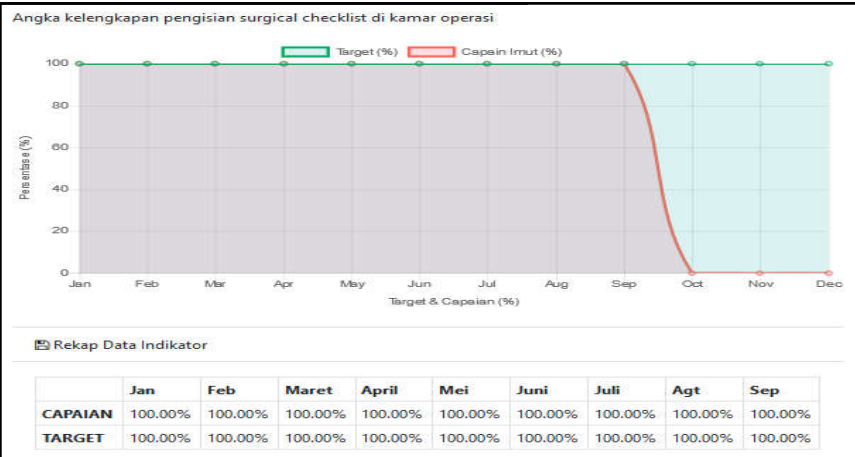
UPAYA PERBAIKAN DENGAN SISTEM PDSA:

1. Plan :
 - a. Menurunkan capaian indikator ketidak lengkapan laporan operasi
 - b. Petugas rekam medis ruangan mengingatkan operator untuk melengkapi laporan operasi
2. Do : Sosialisasi ulang pengisian rekam medis mengenai kelengkapan laporan operasi
3. Study : Pengisian rekam medis kelengkapan operasi pada bagian tanggal, jam dan tanda tangan sering tidak diisi
4. Action : Evaluasi ketidaklengkapan laporan operasi melalui capaian indikator mutu bulan berikutnya

5. Penggunaan antibiotik profilaksis pada operasi bersih non infeksi

JUDUL	FORMULA	DATA																														
Penggunaan antibiotik profilaksis pada operasi bersih non infeksi	$\frac{\text{Jumlah penggunaan antibiotik profilaksis pada operasi bersih non infeksi dalam 1 bulan}}{\text{Jumlah pasien yang dilakukan operasi bersih non infeksi pada bulan yang sama}} \times 100\% = \text{___}\%$	 <p>Penggunaan Antibiotik Profilaksis pada Operasi Bersih Non Infeksi</p> <p>Rekap Data Indikator</p> <table border="1" data-bbox="1122 762 1960 842"> <thead> <tr> <th></th> <th>Jan</th> <th>Feb</th> <th>Maret</th> <th>April</th> <th>Mei</th> <th>Juni</th> <th>Juli</th> <th>Agt</th> <th>Sep</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CAPAIAN</td> <td>23.48%</td> <td>31.73%</td> <td>36.51%</td> <td>56.65%</td> <td>48.98%</td> <td>54.36%</td> <td>43.32%</td> <td>43.01%</td> <td>33.33%</td> </tr> <tr> <td>TARGET</td> <td>0.00%</td> <td>0.00%</td> <td>0.00%</td> <td>0.00%</td> <td>0.00%</td> <td>0.00%</td> <td>0.00%</td> <td>0.00%</td> <td>0.00%</td> </tr> </tbody> </table>		Jan	Feb	Maret	April	Mei	Juni	Juli	Agt	Sep	CAPAIAN	23.48%	31.73%	36.51%	56.65%	48.98%	54.36%	43.32%	43.01%	33.33%	TARGET	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
	Jan	Feb	Maret	April	Mei	Juni	Juli	Agt	Sep																							
CAPAIAN	23.48%	31.73%	36.51%	56.65%	48.98%	54.36%	43.32%	43.01%	33.33%																							
TARGET	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%																							
<p>ANALISIS: Pada pengukuran indikator mutu tentang Penggunaan antibiotik profilaksis pada operasi bersih non infeksi, dengan target 0%, di dapatkan data dari Instalasi Rawat Inap dari bulan Januari 2019 sampai bulan September 2019 pencapaian hasil belum sesuai target, namun trend cenderung lebih baik setiap bulannya.</p> <p>UPAYA PERBAIKAN DENGAN SISTEM PDSA:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Plan : <ol style="list-style-type: none"> a. Memperbaiki capaian indikator penggunaan antibiotik profilaksis pada operasi bersih non infeksi b. Pemasangan hepa filter. 2. Do : 3. Study : hasil pemeriksaan mikrobiologi kuman udara 4. Action: <ol style="list-style-type: none"> a. Monitoring <i>compliance</i> petugas terhadap kewaspadaan standar b. Evaluasi ulang Penggunaan antibiotik profilaksis pada operasi bersih non infeksi dibulan berikutnya 																																

6. Angka kelengkapan pengisian *surgical checklist* di kamar operasi

JUDUL	FORMULA	DATA																														
<p>Angka kelengkapan pengisian <i>surgical checklist</i> di kamar operasi</p>	<p>Jumlah pasien pembedahan di ruang operasi yang telah diisi lengkap checklist keselamatan pasiennya sesuai tahapan oleh petugas tertentu disertai tandatangan dan penulisan jam pengisian per bulan ÷ Jumlah pasien pembedahan di ruang operasi dalam bulan yang sama x 100% = ___%</p>	 <p>Angka kelengkapan pengisian surgical checklist di kamar operasi</p> <table border="1" data-bbox="1126 794 1910 866"> <thead> <tr> <th></th> <th>Jan</th> <th>Feb</th> <th>Maret</th> <th>April</th> <th>Mei</th> <th>Juni</th> <th>Juli</th> <th>Agt</th> <th>Sep</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CAPAIAN</td> <td>100.00%</td> <td>100.00%</td> <td>100.00%</td> <td>100.00%</td> <td>100.00%</td> <td>100.00%</td> <td>100.00%</td> <td>100.00%</td> <td>100.00%</td> </tr> <tr> <td>TARGET</td> <td>100.00%</td> <td>100.00%</td> <td>100.00%</td> <td>100.00%</td> <td>100.00%</td> <td>100.00%</td> <td>100.00%</td> <td>100.00%</td> <td>100.00%</td> </tr> </tbody> </table>		Jan	Feb	Maret	April	Mei	Juni	Juli	Agt	Sep	CAPAIAN	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	TARGET	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
	Jan	Feb	Maret	April	Mei	Juni	Juli	Agt	Sep																							
CAPAIAN	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%																							
TARGET	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%																							
<p>ANALISIS: Pada pengukuran indikator mutu tentang Angka kelengkapan pengisian <i>surgical checklist</i> di kamar operasi, dengan target 100%, di dapatkan data dari Instalasi Bedah Sentral dari bulan Januari 2019 sampai bulan September 2019 pencapaian hasil sudah sesuai target.</p>																																