**PEMANTAUAN INDIKATOR MUTU PMKP BULAN OKTOBER NOPEMBER DESEMBER 2019**

**Pemantauan Indikator Mutu Nasional**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | INDIKATOR | PENCAPAIAN BULAN | | | RATA-  RATA | Standart | RTL |
| Oktober | Nop | Desember |
| 1 | Emergency Respon Time (EMT) | 100 | 99 | 100 | 99.8 | 100% |  |
| 2 | Penundaan Operasi Elektif | 2 | 2 | 1 | 1,6 | <5% |  |
| 3 | Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (FORNAS) | 86,0 | 86,5 | 87,0 | 86,5 | 80% |  |
| 4 | Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway | 0,0 | 100,0 | 88,9 | 94 | 80% |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | INDIKATOR | PENCAPAIAN BULAN | | | RATA-  RATA | Standart | RTL |
| Oktober | Nop | Desember |
| 1 | Waktu Tunggu Rawat Jalan (kurang dari 60 menit) | 100,0 | 59,7 | 83,8 | 81,2 | 60% |  |
| 2 | Kepatuhan Jam Visite Dokter | 97.1 | 93.5 | 93.7 | 94.8 | 80% |  |
| 3 | Kepuasan Pasien dan Keluarga |  |  |  | 77,9% | 80% |  |
| 4 | Kecepatan Respon Terhadap Komplain |  |  |  | 100% | 75% |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | INDIKATOR | PENCAPAIAN BULAN | | | RATA-  RATA | Standart | RTL |
| Oktober | Nop | Desember |
| 1 | Kepatuhan Cuci Tangan | 68,0 | 69,1 | 72,1 | 69,7 | 85% |  |
| 2 | Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko Cedera Akibat Pasien Jatuh | 39.1 | 51.1 | 91.4 | 60.5 | 100% |  |
| 3 | Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Laboratorium | 14.8 | 15.5 | 14.8 | 14.8 | < 30 menit |  |
| 4 | Kepatuhan identifikasi pasien | 99.8 | 99.7 | 99.6 | 99.7 | 100% |  |

**A. Pemantauan Indikator Mutu Klinis Prioritas**

1. Indikator Area Klinik

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | INDIKATOR | PENCAPAIAN BULAN | | | RATA-  RATA | Standart | RTL |
| Oktober | Nop | Desember |
| 1 | Pemberian loading dose aspilet dan clopidogrel pada pasien STEMI dan NSTEMI (IGD) | 0 | 100 | 100 | 100 | 80% |  |
| 2 | Pemberian Fibrinolisis pada pasien STEMI non PCI (IGD) | 0 | 0 | 0 | 100 | 90% |  |
| 3 | Pemberian Ace Inhibitor atau ARB pada pasien ADFH (Rawat Inap dan IPI) | 0.0 | 100.0 | 100.0 | 100 | 90% |  |

2. Indikator Area Manajemen

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | INDIKATOR | PENCAPAIAN BULAN | | | RATA-  RATA | Standart | RTL |
| Okt | Nop | Des |
| 1 | Respon Time Pelayanan Streptokinase di unit Farmasi | 100 | 100 | 0 | 100 | 90% |  |

**ANALISA DATA**

**Indikator Mutu Nasional**

1. **Emergency Respon Time**

Indikator Emergency Respon Time adalah waktu tunggu pasien IGD dari jam datang, mulai dilakukan triage sampai mendapat pelayanan dokter, yaitu kurang dari 5 menit. Data di atas menunjukkan sudah sesuai dengan standart yang ditetapkan yaitu 100% walaupun pada bulan Nopember turun 1% tapi masih belum signifikan. Rencana tindak lanjutnya adalah mempertahankan capaian.

**2. Penundaan Operasi Elektif**

Indikator Penundaan Operasi Elektif adalah perubahan jadwal operasi yang direncanakan kecuali atas indikasi medis. Standarnya kurang dari 5%. Data di atas .menunjukkan pada bulan Oktober Nopember dan Desember sudah sesuai standart yaitu kurang dari 5%. Rencana tindak lanjutnya adalah mempertahankan capaian.

**3. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional**

Kepatuhan penggunaan formularium nasional adalah kepatuhan dokter pemberi layanan dalam meresepkan obat yang telah disepakati dalam formularium nasional. Dari data di atas menunjukkan hasil capaian pada bulan Oktober Nopember Desember sudah sesuai standart. Rencana tindak lanjutnya adalah mempertahankan capaian.

**4. Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway**

Kepatuhan terhadap clinical pathway adalah kepatuhan para staf medis/ DPJP dalam menggunakan clinical pathway untuk memberikan asuhan klinis pasien secara terstandarisasi dan terintegrasi sehingga dapat meminimalkan adanya variasi proses asuhan klinis. Hasil pengumpulan data menunjukkan pada bulan Oktober Clinical Pathway belum terkumpul, pada Bulan Nopember kepatuhan terhadap clinical pathway sudah sesuai standart yaitu di atas 80%. Rencana tindak lanjut adalah mensosialisasikan ke unit pentingnya kepatuhan thd CP untuk menseragamkan asuhan pada pasien, karena bila asuhan kepada pasien seragam dan patuh pada CP, diharapkan pengeluaran untuk pasien bisa dikendalikan.

**5.** Waktu Tunggu Rawat Jalan

Waktu Tunggu Rawat Jalan adalah waktu yang dibutuhkan pasien rawat jalan sejak mendaftar sampai menerima layanan dokter yaitu kurang dari 60 menit. Dari data di atas bisa diketahui waktu tunggu rawat jalan masih di atas 60 menit. Rencana tindak lanjutnya adalah menganjurkan PPA untuk datang lebih awal ke poli yang menjadi tanggung jawabnya.

6. Kepatuhan Jam Visite Dokter

Kepatuhan Jam Visite Dokter adalah Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis sebagai DPJP adalah kunjungan dokter spesialis untuk melihat perkembangan pasien yang menjadi tanggung jawabnya setiap hari sebelum jam 14.00 termasuk hari libur. Hasil pengumpulan data menunjukkan indikator kepatuhan terhadap jam visite mencapai 90% yaitu di atas standar yang 80 %. Rencana tindak lanjut adalah mempertahankan capaian.

7. Kepuasan Pasien dan Keluarga

Kepuasan Pasien dan Keluarga adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap jasa pelayanan kesehatan yang diberikan oleh RS.Kepuasan Pelanggan diukur berdasarkan IKM (Indeks Kepuasan Masyarakat). Data IKM yang dikumpulkan adalah per semester. Dari data di atas dapat diketahui bahwa sebagian besar kepuasan pasien/keluarga di rawat jalan, rawat inap dan IGD masih belum sesuai standart yaitu 80%, walaupun bila menurut standart IKM pelayanan di rawat jalan sudah masuk kategori baik yaitu diatas 76,7%. Rencana tindak lanjutnya adalah memperbaiki kualitas layanan.

8. Kecepatan Respon Terhadap Komplain

Kecepatan Respon terhadap Komplain adalah kecepatan Rumah sakit dalam menanggapi komplain baik tertulis, lisan atau melalui mass media yang sudah diidentifikasi tingkat risiko dan dampak risiko dengan penetapan grading/ dampak risiko berupa ekstrim (merah), Tinggi (kuning), Rendah (hijau), dan dibuktikan dengan data, dan tindak lanjut atas respon time komplain tersebut sesuai dengan kategorisasi/grading/dampak risiko. Data di atas menunjukkan kecepatan respon terhadap komplain untuk semester 2 tahun 2019 sudah di atas standar yang ditetapkan yaitu 75%. Rencana tindak lanjutnya adalah mempertahankan capaian.

9. Kepatuhan Cuci Tangan

Kepatuhan cuci tangan adalah segala usaha yang dilakukan untuk membersihkan kotoran yang secara kasat mata terlihat dan pengangkatan mikroorganisme yang tinggal sementara di tangan dengan menggunakan sabun dan air mengalir (*hand wash*) atau dengan cairan berbasis alkohol (*handrub*) dalam 6 langkah (WHO,2009). Hasil Pengumpulan data menunjukkan kepatuhan cuci tangan masih di bawah standart yang 85%. Hal tersebut dimungkinkan karena belum ada kesadaran secara menyeluruh dari PPA akan pentingnya cuci tangan selain itu fasilitas untuk keperluan handhygiene belum terpenuhi, harusnya ada handrub di setiap tempat tidur pasien. Rencana tindak lanjutnya adalah melakukan sosialisasi secara menyeluruh tentang pentingnya cuci tangan bagi PPA bila perlu mengadakan inhouse training bagi seluruh PPA tentang cuci tangan, dan menyediakan handrub untuk setiap tempat tidur pasien.

10. Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko Jatuh

Kepatuhan Terhadap Upaya Resiko Jatuh adalah tindakan terencana yang dilakukan pada pasien yang masuk rumah sakit untuk mengetahui pasien yang beresiko jatuh berdasarkan skala morse dan skala humpty dumpty. Data yang didapat menunjukkan kepatuhan terhadap upaya resiko jatuh terus mengalami peningkatan hingga pada bulan Desember mencapai 91% namun masih dibawah standart.

Rencana tindak lanjutnya :

* Sosialisasi kembali secara masif ke unit terkait tentang pentingnya upaya pencegahan resiko jatuh.
* Saat timbang terima perlu dimasukkan poin timbang terima tentang resiko jatuh pada pasien. Perlu diadakan stempel timbang terima sebagaimana stempel SBAR.

1. Waktu Lapor Hasil Kritis Laboratorium

Pelaporan hasil kritis laboratorium adalah waktu yang diperlukan untuk memberikan jawaban kepada dokter yang mengirim setelah keluar hasil pemeriksaan dan mulai dibaca oleh dokter/ analis laboratorium sampai hasilnya diterima oleh dokter yang mengirim (lisan atau tulisan). Standar : harus diterima oleh dokter yang mengirim dalam waktu kurang dari 30 (tiga puluh) menit baik secara lisan maupun tulisan, Dari data di atas menunjukkan waktu lapor hasil kritis laborat sudah sesuai standar yaitu kurang dari 30 menit dimana rata-rata adalah 15 menit. Rencana tindak lanjutnya adalah mempertahankan capaian.

1. Kepatuhan Identifikasi Pasien

Kepatuhan identifikasi pasien adalah proses pengecekan identitas pasien menggunakan minimal 2 identitas dari 3 identitas yang tercantum pada gelang, label atau bentuk identitas lainnya sebelum memberikan pelayanan sesuai dengan regulasi yang berlaku di rumah sakit.Dari data di atas menunjukkan capaian kepatuhan identifikasi pasien mencapai rata-rata 99%, walaupun masih di bawah standart yaitu 100%. Rencana tindak lanjutnya adalah melakukan sosialisasi lagi kepada unit terkait tentang pentingnya identifikasi pasien agar kepatuhan identifikasi bisa100%.

**Pemantauan Indikator Mutu Klinis Prioritas**

Indikator Area Klinik

1. Pemberian loading dose aspilet dan clopidogrel pada pasien STEMI dan NSTEMI (IGD)

Pemberian loading dose aspilet dan clopidogrel pada pasien STEMI dan NSTEMI (IGD)adalah pemberian dosis minimal yang diberikan pada pasien yaitu aspilet 160 mg dan CPG 150 mg yang dilakukan di IGD. Pasien STEMI dan NSTEMI adalah pasien yang mengalami serangan jantung yang ditunjukkan dengan bentuk EKG yaitu adanya ST elevasi yang khas untuk pasien STEMI dan adanya ST depresi atau T inverted yang akut untuk pasien NSTEMI. Dari data di atas menunjukkan data baru terkumpul pada bulan Nopember dan Desember dikarenakan pemilihan klinis prioritas baru diputuskan pada bulan Oktober akhir. Capaian data mencapai 100% melebihi standart yang 80%. Rencana tindak lanjut adalah mempertahankan capaian.

2. Pemberian Fibrinolisis pada pasien STEMI non PCI (IGD)

Pemberian Fibrinolisis pada pasien STEMI non PCI (IGD) adalah pemberian obat2an yang bertujuan melisiskan trombus seperti streptokinase 1,5 jt unit dilarutkan pada 500 ml dekstrose 5%, Alteplase, dan heparin, yang dilakukan di IGD. Pasien STEMI non PCI adalah pasien yang terdiagnosis STEMI namun berhalangan untuk dilakukan primary PCI (Percutaneus Coronary Intervension/Kateterisasi). Pada bulan Oktober, Nopember, Desember 2019, pasien dengan STEMI non PCI di IGD kosong, sehingga datanya 0. Rencana tindak lanjutnya adalah melaksanakan sesuai ketentuan bila didapatkan pasien dengan keadaan tersebut.

3. Pemberian Ace Inhibitor atau ARB pada pasien ADFH (Rawat Inap dan IPI)

Pemberian ACE Inhibitor atau ARB pada pasien ADFH (Rawat Inap dan IPI) adalah pemberian **(ACE) inhibitor (obat yang berfungsi untuk melemaskan pembuluh darah)** atau ARB atau angiotensin II receptor blockers(golongan obat-obatan yang digunakan untuk menangani tekanan darah tinggi dan gagal jantung) pada pasien ADHF di rawat inap dan IPI. ADHF adalah perburukan kondisi pasien ditandai dengan memberatnya gejala-gejala HF secara tiba-tiba. Pada data di atas data terkumpul pada bulan Nopember dan Desember 2019 dengan capaian mencapai 100%, dimana standart yang ditetapkan adalah 90%. Rencana tindak lanjutnya adalah mempertahankan capaian.

2. Indikator Area Manajemen

Respon Time Pelayanan Streptokinase di unit Farmasi

Respon Time Pelayanan Streptokinase di unit Farmasi adalah Pengadaan obat Streptokinase < 30 menit dari mulai resep diterima di farmasi sampai obat tersedia di unit. Dari data di atas bisa dilihat pelayanan streptokinase pada bulan Oktober dan Nopember sudah memenuhi standart, dan pada bulan Desember tidak ada permintaan streptokinase dari unit sehingga nilainya 0. Rencana tindak lanjutnya adalah mempertahankan capaian.