

LAPORAN ANALISA, MONITORING,  
EVALUASI, DAN TINDAK LANJUT  
INDIKATOR MUTU PRIORITAS

TRIWULAN II TAHUN 2020

RSJD Dr. RM. SOEDJARWADI PROVINSI JAWA TENGAH

## KATA PENGANTAR

Puji Syukur kehadirat ALLAH SWT, karena atas perkenan NYA Laporan Analisa, Monitoring, Evaluasi, dan Tindak Lanjut Indikator Mutu Prioritas RSJD Dr. RM. Soedjarwadi Klaten dapat diselesaikan.

Tujuan dari pembuatan laporan ini adalah untuk memberikan gambaran mengenai pelaksanaan upaya peningkatan mutu yang dilakukan di RSJD Dr. RM. Soedjarwadi melalui pengukuran indikator mutu. Saat ini RSJD Dr. RM. Soedjarwadi telah menentukan indikator prioritas baru. Indikator itu telah memenuhi persyaratan Misi RS dan Tujuan Strategi RS, Data Permasalahan di RS, Sistem & Proses yang bervariasi dalam penerapan, Sistem yang klinis kompleks yang perlu efisiensi. Dampak perbaikan sistem ke seluruh unit di RS, Riset Klinis & pendidikan profesi kesehatan. Diharapkan dengan upaya peningkatan mutu yang berkelanjutan (*CQI*) *Continuous Quality Improvement* yang dilakukan bisa meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien di RSJD Dr. RM. Soedjarwadi. Selain itu pula, laporan ini dapat digunakan sebagai *Benchmarking* bagi Rumah Sakit Jiwa lain dalam rangka memenuhi standar akreditasi pokja PMKP akreditasi SNARS Edisi 1.

Masih banyak yang perlu diperbaiki dalam upaya peningkatan mutu dengan menggunakan metode PDCA (*Plan, Do, Check, Action*) ini. Untuk itu semua pihak baik manajerial maupun pelaksana harus senantiasa bekerja keras memperbaiki diri dan meningkatkan kualitas sehingga pelayanan kesehatan di RSJD Dr. RM. Soedjarwadi pada khususnya bisa lebih bermutu dan kita bisa meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di Indonesia secara umum.

Terimakasih kepada segala pihak yang telah ikut berpartisipasi dan bekerja keras dalam penyusunan laporan ini. Semoga Allah SWT senantiasa memberikan balasan kebaikan terhadap segala amal perbuatan yang kita lakukan.

Klaten, 10 Juli 2020

Ketua Komite Mutu

dr. Alhaq Nafsi Setyawan

## DAFTAR ISI

	Hal
<b>LEMBAR JUDUL</b> .....	i
<b>LEMBAR PENGESAHAN</b> .....	ii
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	iii
<b>DAFTAR ISI</b> .....	iv
<b>DAFTAR GRAFIK</b> .....	vii
<b>BAB I. PENDAHULUAN</b> .....	1
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Tujuan .....	2
<b>BAB II. ISI</b> .....	3
A. Daftar Indikator Prioritas RSJD Dr. RM. Soedjarwadi.....	3
B. Laporan Analisa, Monitoring, Evaluasi, dan Tindak Lanjut Indikator Mutu Prioritas .....	4
IAK 1. Kelengkapan Asesmen risiko PK, risiko bunuh diri, dan risiko lari di IGD.....	4
IAK 2a. Angka Kejadian Pasien Lari.....	5
IAK 2b. Angka Kekerasan Fisik .....	6
IAM 11. Waktu tunggu Obat di Apotek Rawat jalan 2.....	7
a. Waktu Tunggu Obat Racikan < 60 menit.....	7
b. Waktu Tunggu Obat Jadi < 30 menit.....	8
IAM 2. Ketersediaan Obat Antipsikotik .....	9
a. Januari 2019 .....	9
b. Februari 2019.....	10
c. Maret 2019.....	11
IAM 3. Pasien BPJS yang klaimnya melebihi dari biaya RS .....	12
IASKP 1. Kepatuhan identifikasi pasien jiwa dengan mencocokkan foto pada lembar CPO sebelum memberikan obat .....	13
IASKP 2. Angka verifikasi oleh DPJP setelah komunikasi melalui telpon ..	14
IASKP 3. Ketepatan pelabelan obat <i>High Alert</i> .....	15
IASKP 4. Kepatuhan cuci tangan .....	16
IASKP 5. Kelengkapan Assesmen risiko jatuh setiap pasien rawat inap ....	17
IASKP 6. Kelengkapan Assesmen risiko lari.....	18
<b>BAB III. PENUTUP</b> .....	19
A. Kesimpulan.....	19
B. Saran.....	19

# BAB I PENDAHULUAN

## A. Latar Belakang

Mutu adalah bentuk persepsi yang dipahami berbeda oleh orang yang berbeda, namun berimplikasi pada prioritas tertentu. Peningkatan mutu adalah pendekatan pendidikan, edukasi berkelanjutan dan perbaikan proses-proses pemberian pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan pasar dan pihak-pihak yang berkepentingan lainnya. Definisi Mutu RSJD Dr. RM. Soedjarwadi adalah derajat kesempurnaan pelayanan RSJD Dr. RM. Soedjarwadi untuk memenuhi kebutuhan masyarakat konsumen akan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar profesi dan standar pelayanan dengan menggunakan potensi sumber daya yang tersedia di RSJD Dr. RM. Soedjarwadi secara wajar, efisien, efektif serta diberikan secara aman dan memuaskan sesuai dengan norma, etika, hukum dan sosio budaya dengan memperhatikan keterbatasan dan kemampuan Rumah Sakit dan masyarakat konsumen.

Banyak pihak yang berkepentingan dengan mutu, pihak-pihak tersebut adalah: konsumen, pembayar atau perusahaan atau asuransi, manajemen RSJD Dr. RM. Soedjarwadi, Karyawan RSJD Dr. RM. Soedjarwadi, masyarakat, Pemerintah Provinsi Jawa Tengah sebagai pemilik RSJD Dr. RM. Soedjarwadi dan Ikatan profesi. Setiap kepentingan yang disebut di atas berbeda sudut pandang dan kepentingannya terhadap mutu, karena itu mutu adalah multi dimensional. Dimensi Mutu atau aspeknya adalah keprofesian, efisiensi, keamanan pasien, kepuasan pasien, dan aspek sosial budaya

Mutu suatu rumah sakit adalah produk akhir dari interaksi dan ketergantungan yang rumit antara berbagai komponen atau aspek rumah sakit sebagai suatu sistem. Aspek tersebut terdiri dari struktur, proses dan *outcome*. Struktur adalah sumber daya manusia, sumber daya fisik, sumber daya keuangan dan sumber daya lain-lain pada fasilitas pelayanan kesehatan. Baik tidaknya struktur dapat diukur dari kewajaran, kuantitas, biaya dan mutu komponen-komponen struktur itu. Proses adalah apa yang dilakukan dokter dan tenaga profesi lain terhadap pasien: evaluasi, diagnosa, perawatan, konseling, pengobatan, tindakan, penanganan jika terjadi penyulit, *follow up*. Baik tidaknya proses dapat diukur dari relevansinya bagi pasien, efektifitasnya, dan mutu proses itu sendiri. Pendekatan proses adalah pendekatan paling langsung terhadap mutu asuhan. *Outcome* adalah hasil akhir kegiatan dan tindakan dokter dan tenaga profesi lain terhadap pasien dalam arti perubahan derajat kesehatan dan kepuasannya serta kepuasan provider. *Outcome* yang baik sebagian besar tergantung kepada mutu struktur dan mutu proses yang baik. Sebaiknya *outcome* yang buruk adalah kelanjutan struktur atau proses yang buruk.

RSJD Dr. RM. Soedjarwadi adalah suatu institusi pelayanan kesehatan milik Pemerintah Provinsi Jawa Tengah yang menyediakan pelayanan kejiwaan yang lengkap bermutu dan menggunakan ilmu terkini. Pelayanan RSJD Dr. RM. Soedjarwadi menyangkut berbagai fungsi pelayanan, pendidikan serta penelitian. Untuk menjamin keberlangsungan fungsi tersebut dengan baik maka RSJD Dr. RM. Soedjarwadi harus memiliki sumber daya manusia yang profesional baik di bidang teknis medis maupun administrasi. Untuk menjaga dan meningkatkan mutu, RSJD Dr. RM. Soedjarwadi harus mempunyai suatu ukuran yang menjamin peningkatan mutu di semua tingkatan.

Pengukuran mutu di RSJD Dr. RM. Soedjarwadi sudah diawali dengan penilaian akreditasi Rumah Sakit yang mengukur dan memecahkan masalah pada tingkat struktur dan proses. Pada kegiatan ini RSJD Dr. RM. Soedjarwadi harus melakukan berbagai standar dan prosedur yang telah ditetapkan. RSJD Dr. RM. Soedjarwadi dipacu untuk dapat menilai diri (*self assesment*) dan memberikan pelayanan sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan. Sebagai kelanjutan untuk mengukur hasil kerjanya perlu ada alat ukur yang lain yaitu instrumen mutu pelayanan RSJD Dr. RM. Soedjarwadi yang menilai dan memecahkan masalah pada hasil (*outcome*). Tanpa mengukur hasil kinerja RSJD Dr. RM. Soedjarwadi tidak dapat mengetahui apakah struktur dan proses yang baik telah menghasilkan *outcome* yang baik pula.

Sesuai dengan standar akreditasi maka saat ini RSJD Dr RM Soedjarwadi juga melakukan benchmarking/ perbandingan dengan rumah sakit sejenis saat yang kami dapatkan untuk data perbandingan sebagai *benchmarking* dari RSJD Surakarta.

## **B. Tujuan**

- a. Tujuan Umum  
Terlaksananya peningkatan mutu pelayanan RS secara berkelanjutan dan berkesinambungan.
- b. Tujuan Khusus
  1. Tersusunya sistem monitoring upaya peningkatan mutu pelayanan melalui pemantauan indikator prioritas rumah sakit dan unit kerja
  2. Menjamin terlaksananya program keselamatan pasien serta monitoring kinerja individu dan unit.

## **BAB II**

### **ISI**

#### **Daftar Indikator Prioritas RSJD Soedjarwadi :**

##### **A. Indikator Area Klinis**

1. IGD : Kelengkapan Asesmen resiko PK , resiko bunuh diri, dan risiko lari.
2. Rawat Inap :
  - a. Angka Kejadian Pasien Lari
  - b. Angka Kekerasan Fisik

##### **B. Indikator Area Manajerial**

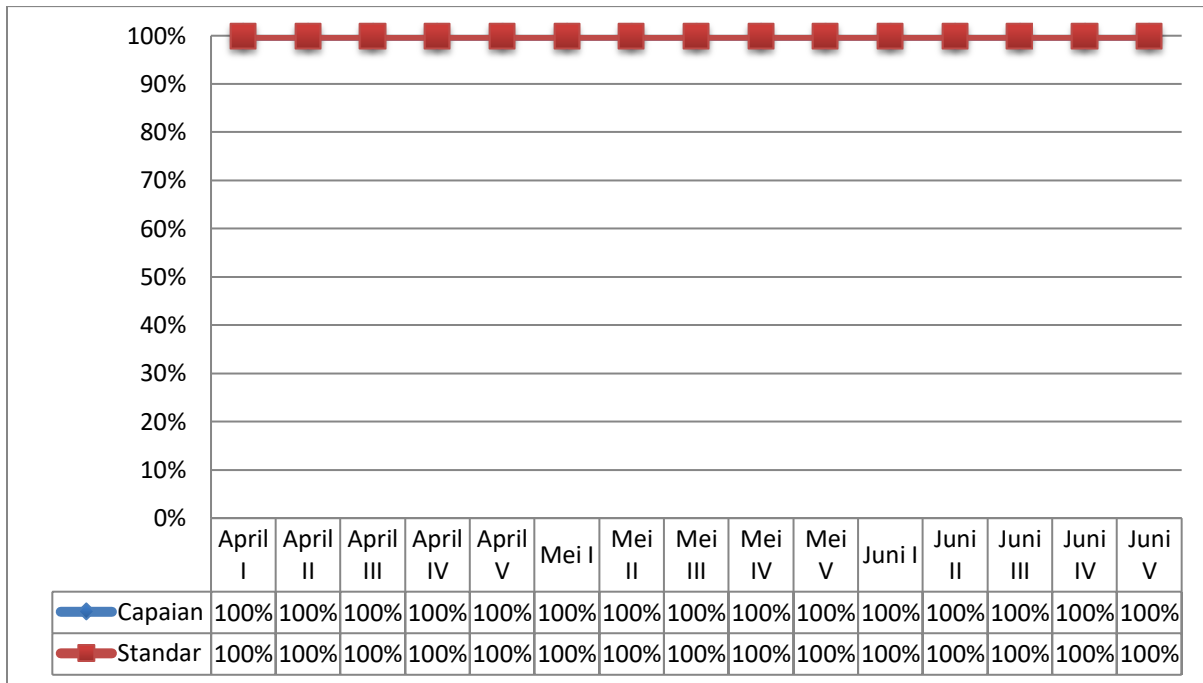
1. Waktu tunggu Obat di Apotek Rawat jalan 1
2. Ketersediaan Obat Antipsikotik
3. Angka plafon klaim BPJS pasien Skizofrenia kurang dari biaya rumah sakit

##### **C. Indikator Area Keselamatan Pasien**

1. Kepatuhan identifikasi pasien dengan mencocokkan foto pada lembar CPO sebelum memberikan obat.
2. Angka verifikasi oleh DPJP setelah komunikasi melalui telpon
3. Ketepatan pemberian Label High Alert
4. Kepatuhan cuci tangan
5. Kelengkapan Assesmen resiko jatuh setiap pasien rawat inap
6. Kelengkapan Assesmen resiko lari

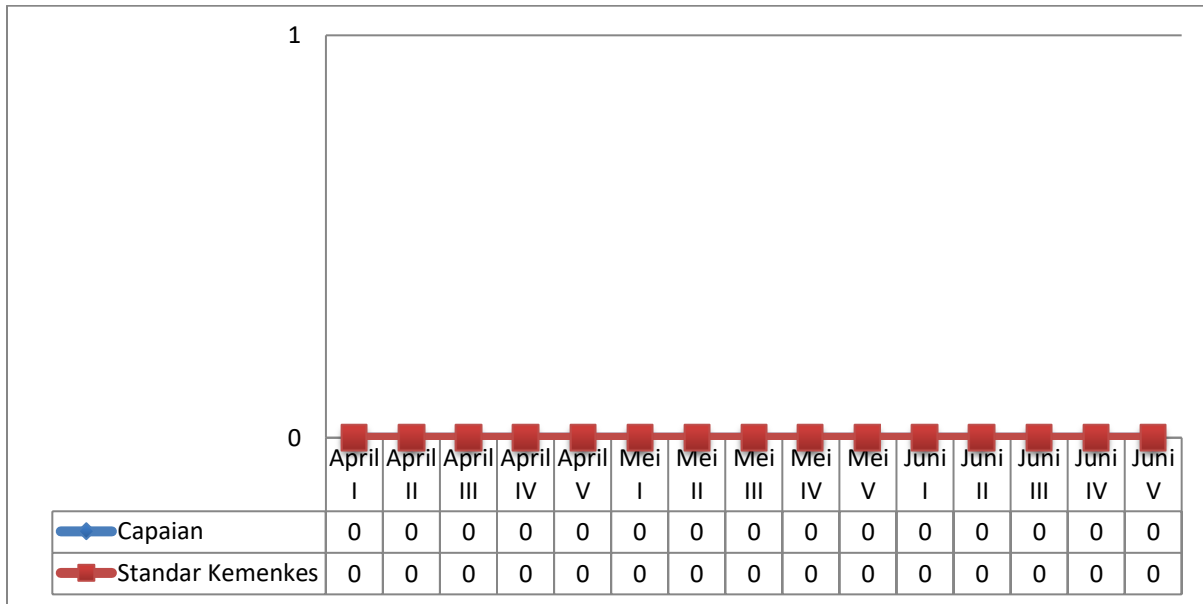
## A. Laporan Analisa, Monitoring, Evaluasi, dan Tindak Lanjut Indikator Mutu Prioritas April – Juni 2020

### IAK 1. Kelengkapan Aseesmen risiko PK , risiko bunuh diri, dan risiko lari di IGD



Study ( Analisa data )	Pada Triwulan II tahun 2020 semua asesmen risiko PK, bunuh diri, dan risiko lari di IGD terisi lengkap sesuai standar (100%).
Action	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mempertahankan capaian kelengkapan asesmen risiko PK, bunuh diri, dan risiko lari di IGD.</li> <li>2. Sosialisasi secara kontinyu tentang kepatuhan pengisian asesmen risiko PK, bunuh diri, dan risiko lari di IGD.</li> </ol>

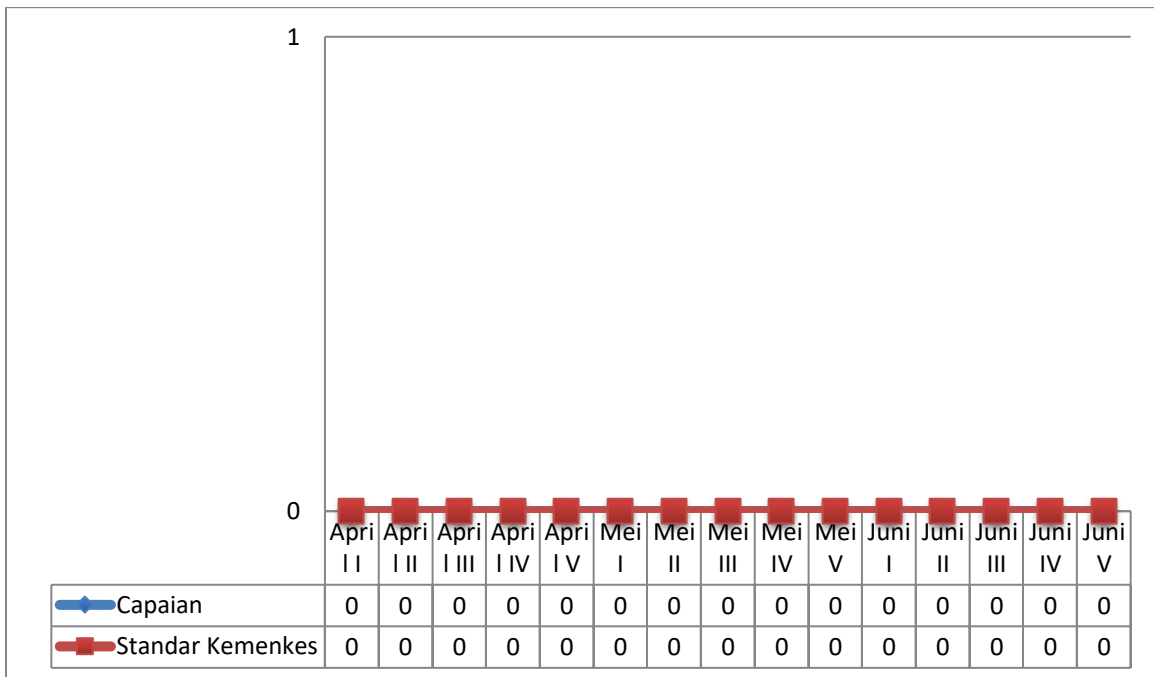
## IAK 2a. Angka Kejadian Pasien Lari



Study ( Analisa data )	Pada Triwulan II Tahun 2020 tidak ada insiden pasien lari
Action	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meningkatkan pengawasan terhadap asuhan pada pasien</li> <li>2. Monitoring kepatuhan pengisian asesmen pasien lari</li> <li>3. Sosialisasi secara berkesinambungan mengenai asuhan pada pasien dengan risiko lari di setiap unit ruang perawatan.</li> </ol>



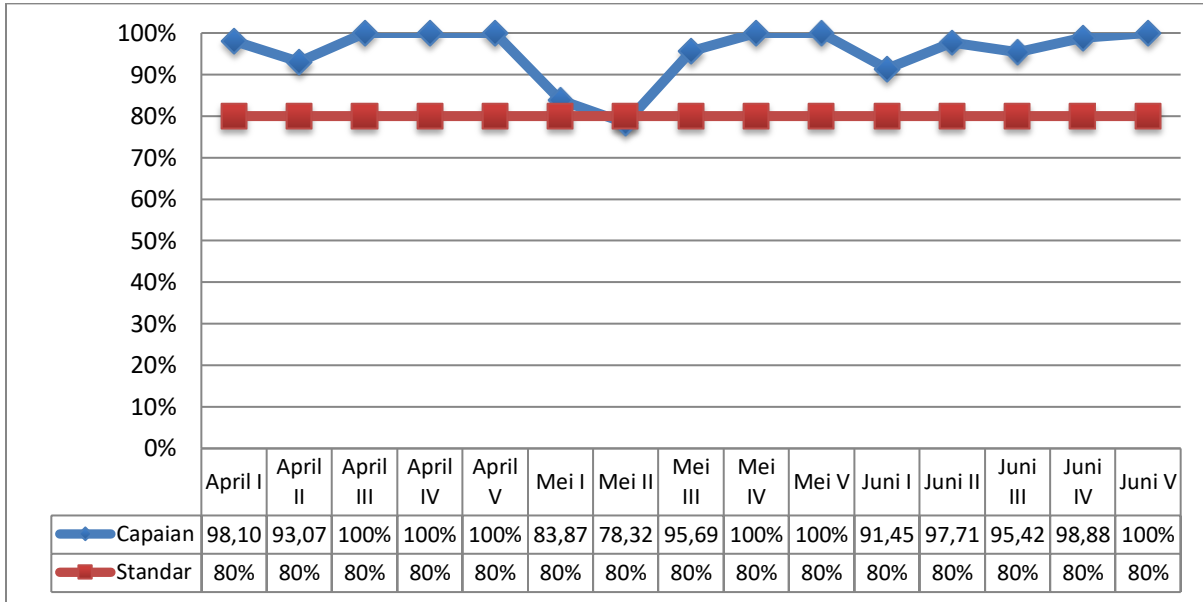
## IAK 2b. Angka Kekerasan Fisik



Study ( Analisa data )	Pada Triwulan II tahun 2020 tidak ada pasien kekerasan fisik.
Action	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meningkatkan asuhan keperawatan terhadap pasien dengan perilaku kekerasan.</li> <li>2. Meningkatkan kepatuhan dan ketepatan pengisian asesmen perilaku kekerasan sehingga bisa dengan tepat dideteksi pasien dengan perilaku kekerasan</li> </ol>

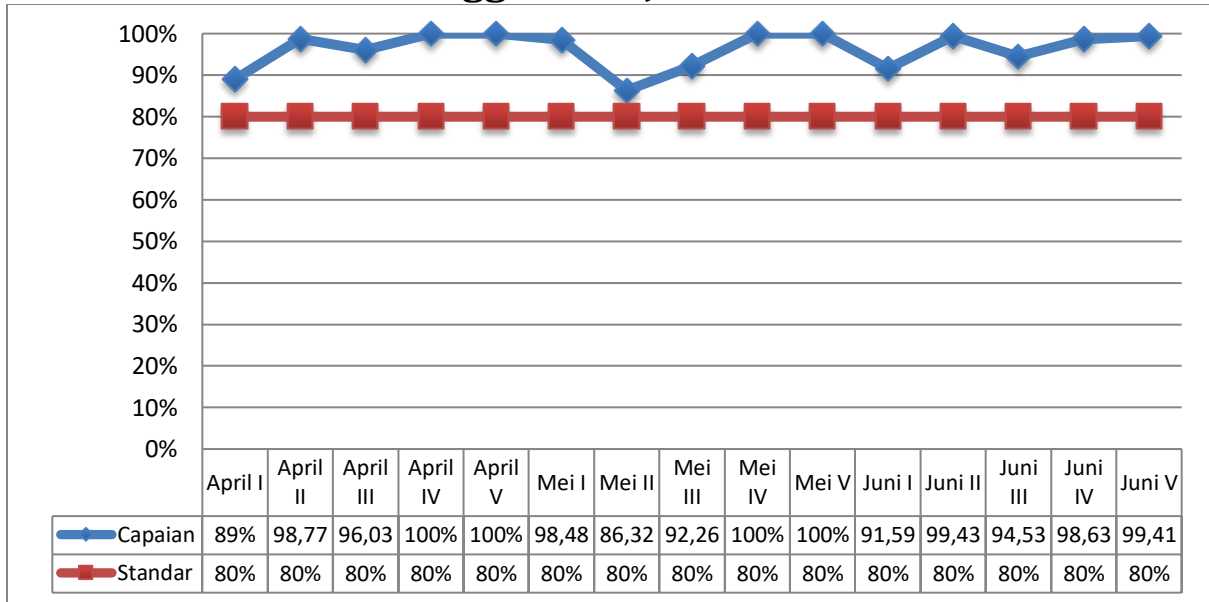
# IAM 1. Waktu tunggu Obat di Apotek Rawat jalan 2

## a. Waktu Tunggu Obat Racikan < 60 menit



Study ( Analisa data )	Pada Triwulan II Tahun 2020 capaian waktu tunggu obat racikan sudah sesuai dengan standar kemenkes, dengan rata-rata capaian 95.5%.
Action	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meningkatkan pengawasan <i>respon time</i> oleh Kepala Instalasi dan pihak manajemen terkait.</li> <li>2. Membakukan standar waktu mulai dari verifikasi resep, input komputer, penyiapan, double check sampai dengan disampaikan ke pasien.</li> <li>3. Peningkatan kemampuan pegawai farmasi dalam pelayanan resep yang masuk sampai penyiapan obat .</li> </ol>

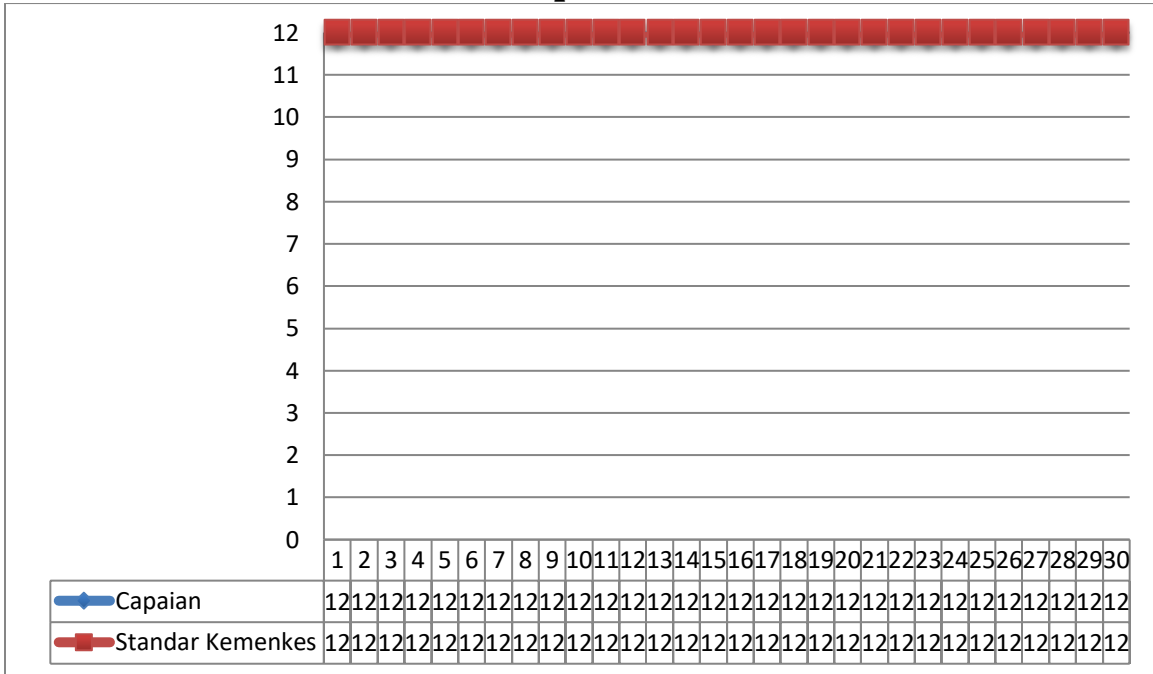
### b. Waktu Tunggu Obat Jadi < 30 menit



Study ( Analisa data )	Capaian indikator waktu tunggu obat jadi pada Triwulan II tahun 2020 sudah sesuai dengan standar. Dengan rata-rata capaian 90.37%
Action	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meningkatkan pengawasan <i>respon time</i> oleh Kepala Instalasi dan pihak manajemen terkait.</li> <li>2. Membakukan standar waktu mulai dari verifikasi resep, input komputer, penyiapan, double check sampai dengan disampaikan ke pasien.</li> <li>3. Peningkatan kemampuan pegawai farmasi dalam pelayanan resep yang masuk sampai penyiapan obat .</li> </ol>

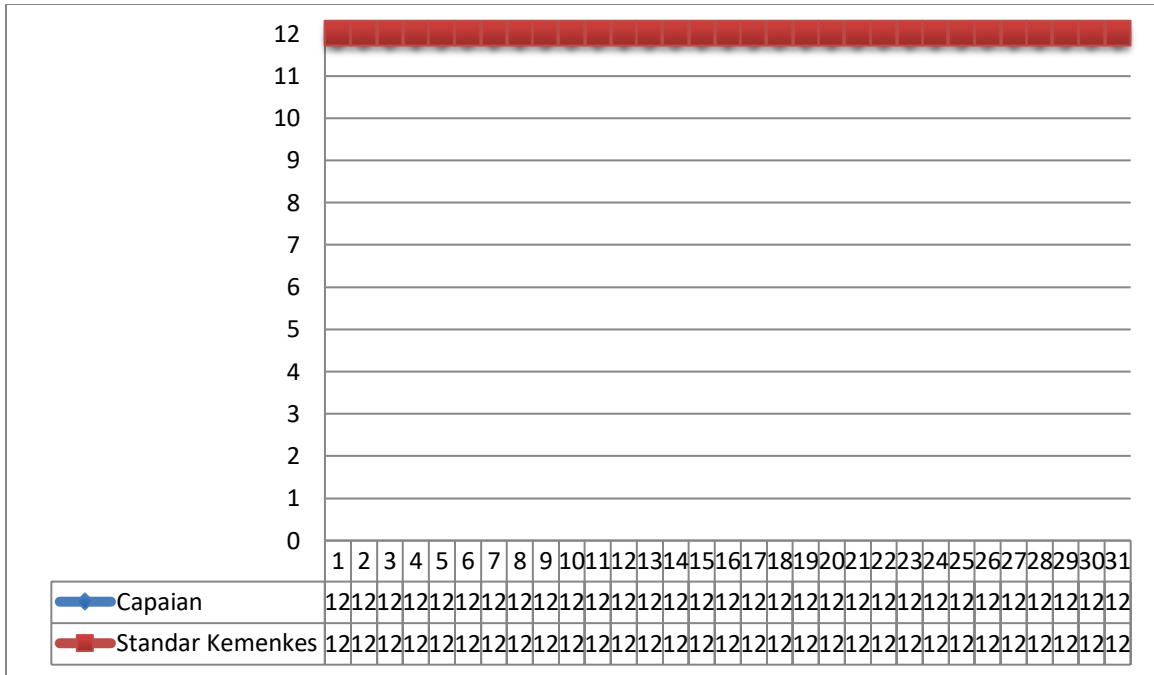
## IAM 2. Ketersediaan Obat Antipsikotik

### a. April 2020



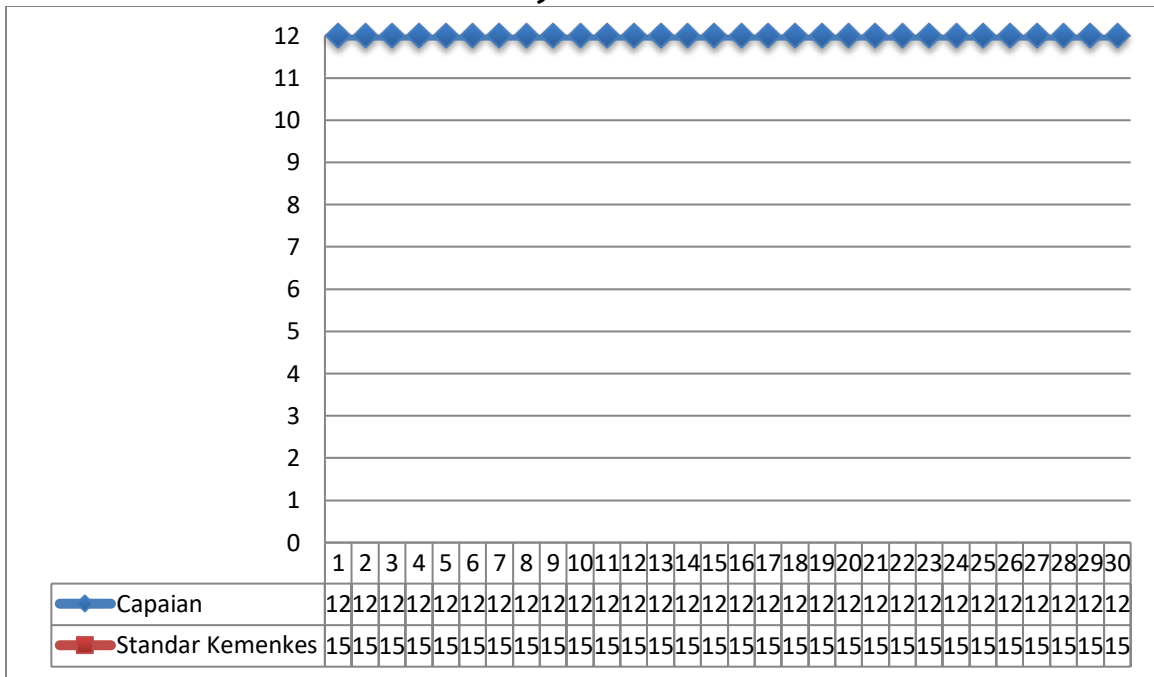
Study ( Analisa data )	Pada bulan April 2020 seluruh obat antipsikotik sesuai formularium tersedia.
Action	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memperbaiki sistem pengadaan obat antipsikotik baik yang melalui E-Katalog maupun pembelian langsung, terutama yang berkaitan dengan kecepatan pengiriman obat sampai di RS.</li> <li>2. Penyediaan anggaran yang mencukupi baik APBD maupun BLUD terfokus obat-obat antipsikotik.</li> <li>3. Meningkatkan MoU dengan Apotek luar yang bisa bekerja sama secara cepat dan saling menguntungkan.</li> </ol>

### b. Mei 2020



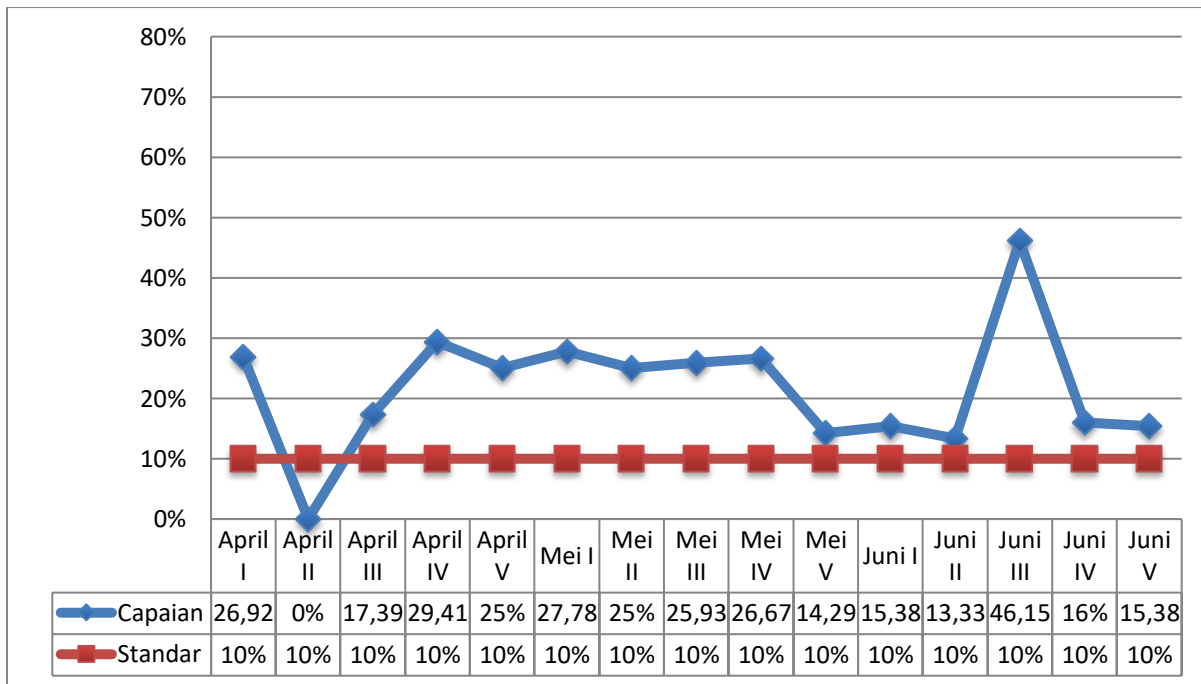
Study ( Analisa data )	Pada bulan Mei 2020 seluruh obat antipsikotik sesuai formularium tersedia .
Action	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memperbaiki sistem pengadaan obat antipsikotik baik yang melalui E-Katalog maupun pembelian langsung, terutama yang berkaitan dengan kecepatan pengiriman obat sampai di RS.</li> <li>2. Penyediaan anggaran yang mencukupi baik APBD maupun BLUD terfokus obat-obat antipsikotik.</li> <li>3. Meningkatkan MoU dengan Apotek luar yang bisa bekerja sama secara cepat dan saling menguntungkan.</li> </ol>

### c. Juni 2020



Study ( Analisa data )	Pada bulan Juni 2020 seluruh obat antipsikotik sesuai formularium tersedia .
Action	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memperbaiki sistem pengadaan obat antipsikotik baik yang melalui E-Katalog maupun pembelian langsung, terutama yang berkaitan dengan kecepatan pengiriman obat sampai di RS.</li> <li>2. Penyediaan anggaran yang mencukupi baik APBD maupun BLUD terfokus obat-obat antipsikotik.</li> <li>3. Meningkatkan MoU dengan Apotek luar yang bisa bekerja sama secara cepat dan saling menguntungkan.</li> </ol>

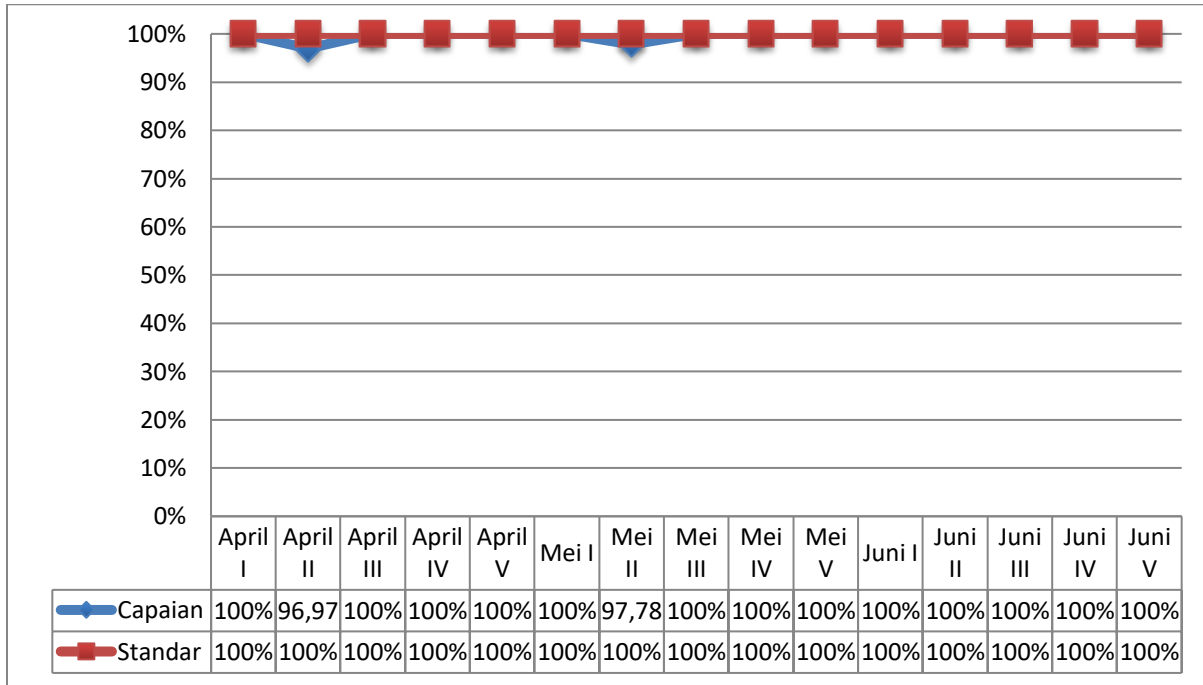
### IAM 3. Angka plafon klaim BPJS pasien Skizofrenia kurang dari biaya rumah sakit



1. April 2020:
  - a. Total Klaim BPJS = Rp. 534.417.300
  - b. Total Tarif RS = Rp. 434.129.033
2. Mei 2020
  - a. Total Klaim BPJS = Rp. 513.818.400
  - b. Total Tarif RS = Rp. 433.969.346
3. Juni 2020
  - a. Total Klaim BPJS = Rp. 468.910.200
  - b. Total Tarif RS = Rp. 389.597.658

Study ( Analisa data )	Dari Jumlah Pasien Skizofren Rawat Inap BPJS pada Bulan April hingga Juni 2020 yaitu 252 kunjungan, dengan plafon klaim BPJS yang kurang dari tarif RS sebesar 21.64% yakni 56 pasien dengan plafon klaim kurang dari biaya RS.
Action	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sosialisasi kepada PPA (Profesional Pemberi Asuhan) tentang hasil capaian indikator.</li> <li>2. Meningkatkan kepatuhan CP kepada seluruh PPA dengan supervisi oleh Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya</li> </ol>

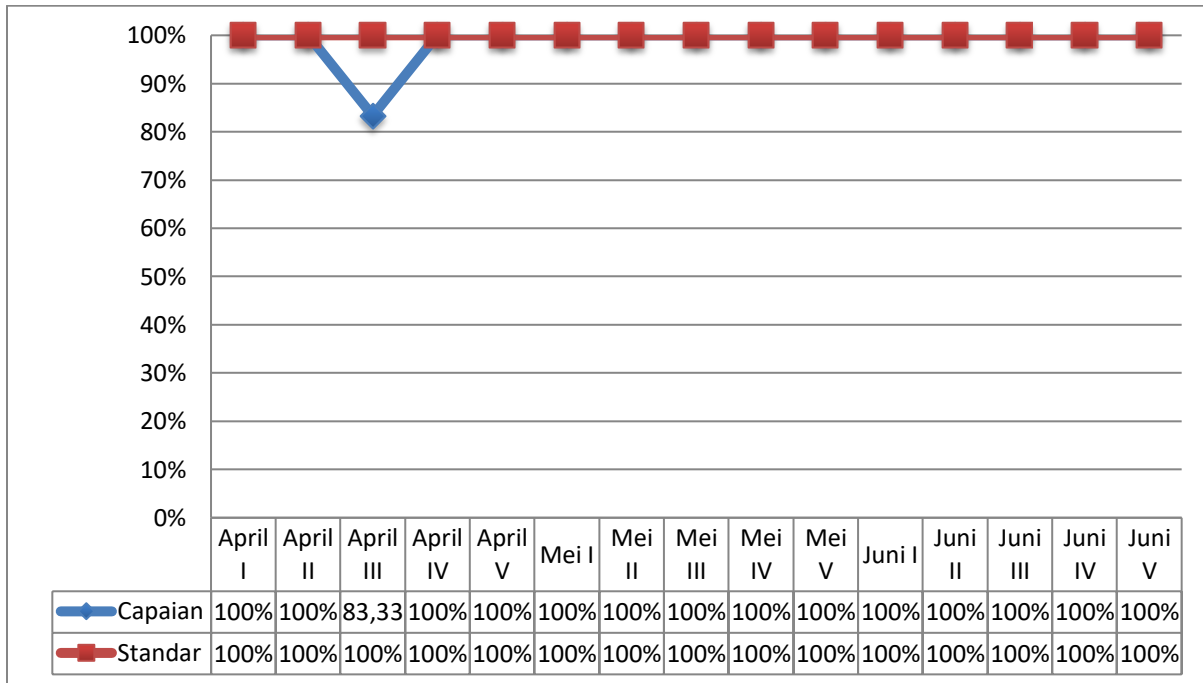
## IASKP 1. Kepatuhan identifikasi pasien jiwa dengan mencocokkan foto pada lembar CPO sebelum memberikan obat



Study ( Analisa data )	Indikator Kepatuhan identifikasi pasien jiwa dengan mencocokkan foto pada lembar CPO sebelum memberikan obat pada April Minggu II dan Mei Minggu II masih dibawah standar dengan capaian masing-masing 96.97% dan 97.78%.
Action	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan supervisi secara kontinyu terhadap kepatuhan identifikasi sebelum pemberian obat pada pasien jiwa di setiap ruang rawat inap oleh kapala unit.</li> <li>2. Supervisi berjenjang dari Manajemen ke kepala unit dan pelaksana.</li> </ol>



## IASKP 2. Angka verifikasi oleh DPJP setelah komunikasi melalui telpon



Study ( Analisa data )	Angka verifikasi oleh DPJP setelah komunikasi melalui telpon pada Triwulan II Tahun 2020 Bulan April Minggu ke III terdapat 1 belum di cap verifikasi oleh DPJP seteah komunikasi melalui telepon yaitu di Ruang Dewandaru.
Action	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan supervise atau monitoring terhadap kepatuhan verifikasi oleh DPJP baik dari Kepala Bidang, Kepala Instalasi, maupun Kepala Ruang.</li> <li>2. Pengusulan kelengkapan verifikasi oleh DPJP sebagai salah 1 input pembagian jasa pelayanan.</li> </ol>

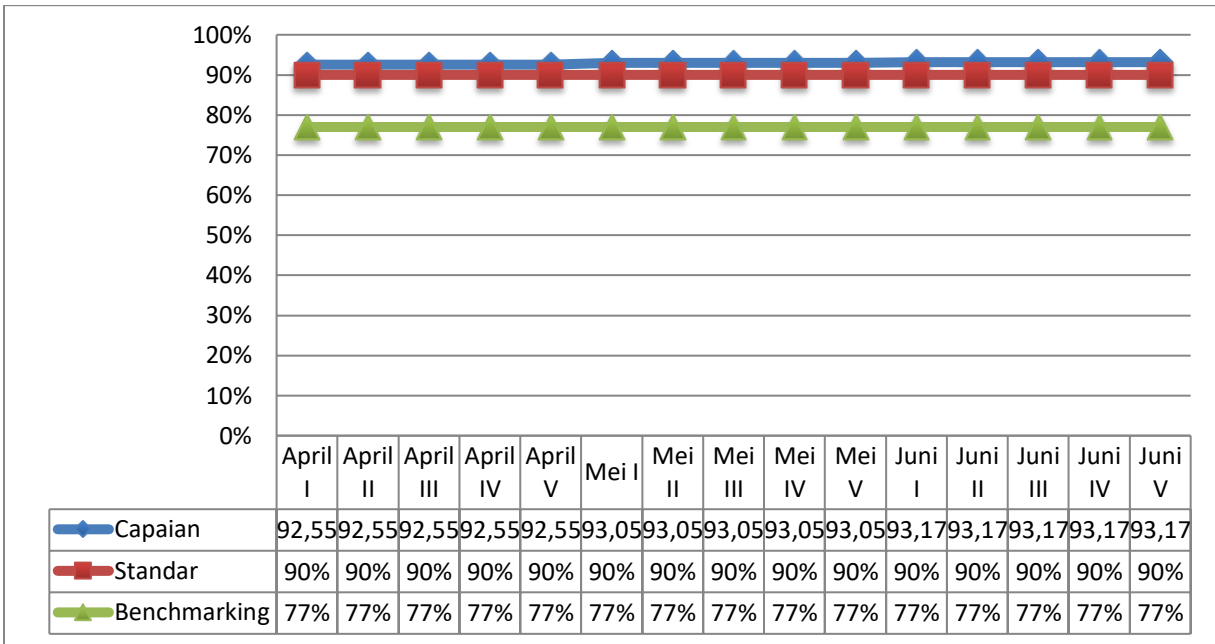
### IASKP 3. Ketepatan pelabelan obat *High Alert*

April I	April II	April III	April IV	April V	Mei I	Mei II	Mei III	Mei IV
Tepat	Tepat	Tepat	Tepat	Tepat	Tepat	Tepat	Tepat	Tepat

Mei V	Juni I	Juni II	Juni III	Juni IV	Juni V
Tepat	Tepat	Tepat	Tepat	Tepat	Tepat

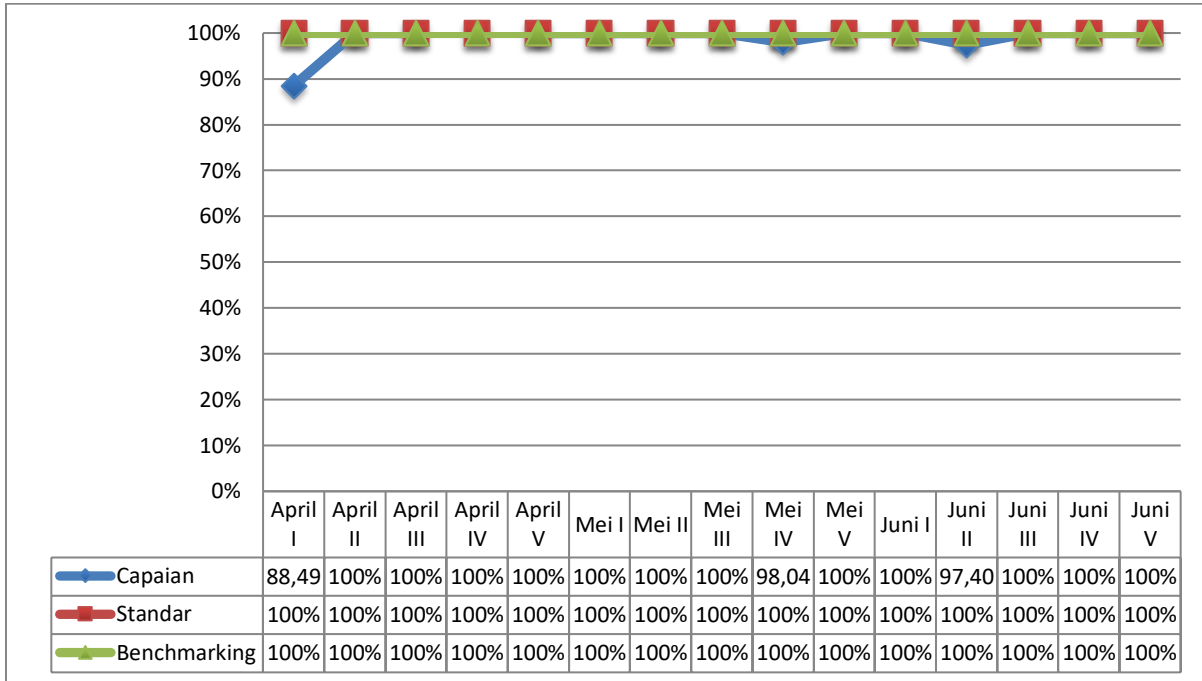
Study ( Analisa data )	Pada triwulan II tahun 2020 pelabelan obat <i>high alert</i> sudah tepat.
Action	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sosialisasi ulang SOP penyimpanan dan pemberian Label pada obat dan elektrolit konsentrat <i>High Alert</i></li> <li>2. Supervisi oleh kepala Instalasi Farmasi atau kepala ruang Farmasi.</li> <li>3. Supervisi oleh Komite Mutu dan Komite Keselamatan Pasien RS.</li> <li>4. Ronde Keselamatan ke Ins. Farmasi</li> </ol>

## IASKP 4. Kepatuhan cuci tangan



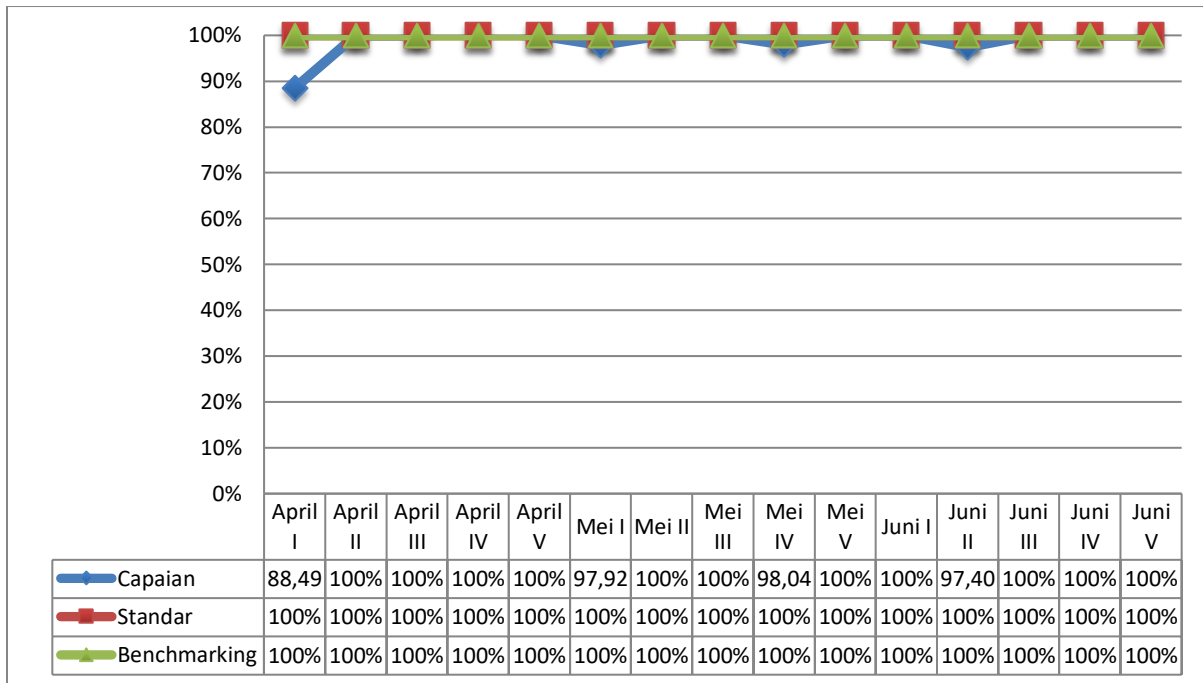
Study ( Analisa data )	Rata-rata angka kepatuhan cuci tangan pada Triwulan II tahun 2020 yaitu 92.29%.
Action	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Supervisi secara terus menerus terhadap kepatuhan cuci tangan di setiap unit rawat inap.</li> <li>2. Monitoring dan evaluasi terhadap kepatuhan cuci tangan di tiap-tiap unit.</li> <li>3. Melakukan sosialisasi secara berkesinambungan tentang 5 moment cuci tangan dan langkah-langkah cuci tangan yang benar.</li> </ol>

## IASKP 5. Kelengkapan Assesmen risiko jatuh setiap pasien rawat inap



Study ( Analisa data )	Rata-rata capaian kelengkapan asesmen risiko jatuh pasien rawat inap pada Triwulan II Tahun 2020 yaitu 98.95% masih dibawah standar
Action	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mempertahankan capain</li> <li>2. Terus melakukan monitoring terhadap kelengkapan pengisian asesmen risiko jatuh di setiap unit rawat inap.</li> </ol>

## IASKP 6.Kelengkapan Assesmen risiko lari



Study ( Analisa data )	Rata-rata capaian kelengkapan asesmen risiko lari pasien rawat inap pada Triwulan II tahun 2020 yaitu 98.81%
Action	Terus melakukan monitoring terhadap kelengkapan pengisian asesmen risiko lari di setiap unit rawat inap.

## **BAB III**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Upaya peningkatan mutu yang dilakukan di RSJD Dr. RM. Soedjarwadi saat ini sudah mendapatkan dukungan maksimal dari pimpinan/ direktur. Seluruh staf/pelaksana juga memberikan kerjasama dan kontribusi yang baik. Akan tetapi masih butuh koordinasi dan tata kelola yang baik dalam sistematika kerjanya.

Kedisiplinan dalam waktu pelaporan Mutu juga harus ditingkatkan. Kompetensi dan pengetahuan seluruh anggota Komite Mutu dan Champion Mutu tentang upaya peningkatan mutu harus selalu diupdate dan dilaksanakan.

#### **B. Saran**

1. Memaksimalkan pertemuan rutin Komite Mutu sebagai upaya sosialisasi seluruh program peningkatan mutu kepada kepala unit maupun Champion Mutu
2. Mengikuti pelatihan upaya peningkatan mutu baik bagi Komite Mutu maupun seluruh Champion Mutu
3. Penataan dan pendistribusian ulang seluruh dokumen PMKP yang berupa Program, Panduan, dan SOP sehingga setiap pegawai lebih memahami upaya peningkatan mutu di RSJD Dr. RM. Soedjarwadi
4. Mengoptimalkan upaya validasi data mutu sehingga data mutu yang ditampilkan benar-benar bisa dipertanggung jawabkan kepada public
5. Mengadakan pertemuan/forum mutu dengan komite/Komite Mutu dari Rumah Sakit sejenis sehingga menjadi sarana Benchmarking dan bertukar informasi tentang upaya peningkatan mutu di Rumah Sakit masing-masing
6. Sosialisasi ulang program upaya peningkatan mutu kepada seluruh aparatur RSJD Dr. RM. Soedjarwadi.