1. **PENDAHULUAN**

Mutu adalah tingkat kesempurnaan penampilan dari sesuatu yang diamati atau derajat kepatuhan terhadap standar yang ditentukan terlebih dahulu. Mutu pelayanan merupakan faktor yang esensial dalam seluruh operasional sebuah rumah sakit. Langkah awal dalam melakukan proses manajemen mutu adalah penetapan indikator mutu, yaitu parameter yang dapat diukur, yang mewakili input, proses maupun hasil akhir dari suatu pelayanan dan proses manajerial yang digunakan untuk mengukur mutu dari pelayanan dan proses manajerial tersebut.

Untuk menetapkan indikator, para kepala unit dan manajer melakukan analisa alur-alur pelayanan serta proses manajerial yang ada di masing-masing unit. Setelah itu ditetapkan skala prioritas dari pelayanan-pelayanan klinis maupun proses-proses manajerial mana yang akan dijadikan indikator.

Dalam menentukan prioritas atas kegiatan monitoring didasarkan pada beberapa proses, diantaranya :

1. Duduk bersama diantara para pimpinan

2. Rekomendasi dari tim konsultan JCI

3. Keputusan dari Direktur

Kemudian indikator-indikator tersebut dibuat rumusan cara pengukuran, frekuensi pengukuran & periode analisa, rentang nilai yang diharapkan serta mengintegrasikan proses pengumpulan data indikator tersebut ke dalam aktivitas kerja harian petugas unit / departemen terkait.

Rentang nilai yang diharapkan diperoleh dari :

1. Data dari RS seiring berjalannya waktu.
2. Data dari rumah sakit yang serupa / selevel jika memungkinkan.
3. Data dari standar baik nasional maupun internasional yang sesuai (Komisi Akreditasi Nasional, Standar Pelayanan Minimal Depkes RI 2009, Joint Commission International USA).
4. Data dari praktek-praktek yang disepakati bersama.

Indikator mutu kemudian dimonitoring secara berkala dan menjadi parameter dalam mengukur dan menilai mutu suatu pelayanan yang diberikan.

Akreditasi adalah pengakuan terhadap lembaga yang diberikan oleh badan yang berwenang setelah dinilai bahwa lembaga itu memenuhi syarat kebakuan atau kriteria tertentu.

Menurut International Society for Quality in Healthcare (ISQua)  
Evaluasi Mutu Eksternal untuk rumah sakit terbaik adalah AKREDITASI.

RS berkomitmen untuk menyelenggarakan pelayanan yang bermutu dengan mencapai dan menerapkan standar akreditasi rumah sakit, baik dari *Joint Commission International* ataupun Komisi Akreditasi Rumah Sakit

Keselamatan Pasien adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat pelayanan lebih aman. Dan jantung dari keselamatan pasien adalah laporan insiden, oleh karena itu RS menggalakkan pelaporan insiden dengan cara “*no blame culture”*.

Dari pelaporan insiden ini dilakukan analisa, evaluasi dan perbaikan sehingga insiden serupa tidak terjadi lagi.

**2. TUJUAN**

1. Untuk memberikan gambaran hasil monitoring indikator mutu di RS
2. Untuk memberikan gambaran hasil pencapaian akreditasi di RS
3. Untuk memberikan gambaran hasil monitoring laporan insiden di RS
4. **RUANG LINGKUP**
5. Monitoring indikator mutu dilakukan terhadap dua puluh lima (25) aspek pelayanan maupun proses klinis dan manajerial, sebagai berikut :
6. Monitoring klinis meliputi aspek-aspek pengkajian pasien
7. Monitoring klinis meliputi aspek-aspek pelayanan laboratorium
8. Monitoring klinis meliputi aspek-aspek pelayanan radiologi dan diagnostik imaging
9. Monitoring klinis meliputi aspek-aspek prosedur pembedahan
10. Monitoring klinis meliputi aspek-aspek penggunaan antibiotika dan obat-obatan lain
11. Monitoring klinis meliputi aspek-aspek pemantauan atas kesalahan-kesalahan pengobatan dan kejadian nyaris celaka (KNC).
12. Monitoring klinis meliputi aspek-aspek anestesi dan sedasi
13. Monitoring klinis meliputi aspek-aspek penggunaan darah dan produk-produk darah
14. Monitoring klinis meliputi aspek-aspek ketersediaan, isi dan penggunaan rekam medik pasien
15. Monitoring klinis meliputi aspek-aspek pengendalian infeksi, pengawasan, dan pelaporan
16. Monitoring manajerial meliputi aspek-aspek pengadaan obat-obatan dan bahan habis pakai yang penting bagi pasien serta cadangan-cadangan yang dibutuhkan
17. Monitoring manajerial meliputi aspek-aspek pelaporan kegiatan-kegiatan demi kepentingan hukum dan peraturan
18. Monitoring manajerial meliputi aspek-aspek manajemen risiko
19. Monitoring manajerial meliputi aspek-aspek manajemen penggunaan peralatan-peralatan
20. Monitoring manajerial meliputi aspek-aspek harapan dan kepuasan pasien dan keluarga pasien
21. Monitoring manajerial meliputi aspek-aspek harapan dan kepuasan karyawan
22. Monitoring manajerial meliputi aspek-aspek demografi pasien dan diagnosis klinis
23. Monitoring manajerial meliputi aspek-aspek manajemen keuangan
24. Monitoring manajerial meliputi aspek-aspek pencegahan dan pengendalian kejadian-kejadian yang mengancam keselamatan pasien, keluarga pasien dan karyawan.
25. Monitoring Aspek International Patiens Safety Goals

Dari 25 aspek tersebut setidaknya lima ukuran klinis diambil dari Joint Commission International Library of Measures yaitu :

1. Aspek-aspek pengkajian pasien : **I-NSC-4 - Patient Fall**
2. Aspek-aspek pelayanan radiologi dan diagnostik imaging : **I-HF-2—Evaluation of LVS Function**
3. Aspek-aspek prosedur pembedahan : **I-SCIP-Inf-1d - Prophylactic Antibiotic Received Within One Hour Prior to Surgical Incision-Hip Arthroplasty**
4. Aspek-aspek penggunaan antibiotika dan obat-obatan lain : **I-STK-2 Discharged on Antithrombotic Therapy**
5. Aspek-aspek pengendalian infeksi, pengawasan, dan pelaporan : **I-SCIP-Inf-2d Surgical patients (hip arthroplasty) who received prophylactic antibiotics consistent with current guidelines**
6. Akreditasi baik oleh KARS dan oleh *JCI*
7. Seluruh laporan insiden baik medis maupun non medis yang terjadi di RS
8. **SISTEMATIKA LAPORAN**
9. Untuk setiap indikator mutu yang dimonitor, akan ditampilkan hal berikut:
10. Tabel berisi definisi operasional, cara pengumpulan dan penghitungan data, sumber data, target dan penanggung jawab pengumpulan data.
11. Hasil pencapaian indikator mutu dalam bentuk grafik.
12. Untuk pencapaian akreditasi, menampilkan hasil pencapaian akreditasi
13. Untuk laporan insiden, menampilkan rekapitulasi laporan insiden dalam bentuk grafik
14. **HASIL MONITORING INDIKATOR MUTU**
    1. **Hasil Monitoring Indikator Mutu**
15. **I-NSC-4 - Patient Fall -***All documented falls with or without injury, experienced by patients in a calendar month*

**Proses Review library website and webinar**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Unit kerja | : | Nursing |
| Nomor Indikator | : | CI: 1.2 [JCI Library : I-NSC – 4] |
| Nama Indikator | : | Patient Falls.  All documented falls with or without injury, experienced by patients in a calendar month (*Semua jatuh didokumentasikan dengan atau tanpa cedera, yang dialami oleh pasien dalam satu bulan kalender).*. |
| Rasional | : | Pasien jatuh yang terjadi selama perawatan di rumah sakit dapat menyebabkan serius dan bahkan berpotensi konsekuensi mengancam kehidupan bagi banyak pasien. Upaya untuk mengurangi kejadian buruk telah memasukkan pengembangan alat untuk menilai dan mengidentifikasi pasien yang berisiko jatuh dan pelaksanaan protokol pencegahan jatuh. Baru-baru ini, penelitian telah menyarankan bahwa staf pada unit perawatan pasien, khususnya perawat profesional, dapat mempengaruhi insiden ini hasil pasien. Perawat bertanggung jawab untuk mengidentifikasi pasien yang berisiko untuk jatuh dan untuk mengembangkan rencana perawatan untuk meminimalkan risiko itu. Tingkat kinerja tinggi ukuran mungkin menyarankan kebutuhan untuk memeriksa proses klinis dan organisasi yang berhubungan dengan identifikasi, dan merawat, pasien yang berisiko jatuh, dan mungkin efektivitas staf pada unit |
| Tipe Indikator | : | hasil Ukur [Mortalitas: Penurunan mortalitas; readmissions dalam waktu 30 hari: Penurunan Keandalan: pengiriman Peningkatan perawatan berbasis bukti; Peningkatan tercatat sebagai: Penurunan tingkat] |
| Dimensi Mutu | : | Efektivitas, Kesesuaian, Tepat waktu, pencegahan/deteksi dini [Effectiveness, appropriatness, timelines, prevention/early detection] |
| Difinisi Operasional | : | **Pembilang (Numerator) Pernyataan**: Pasien jatuh (dengan atau tanpa cedera pada pasien (). Kriteria inklusi untuk pasien jatuh (Populasi): ♣ Pasien jatuh terjadi saat unit pelaporan yang memenuhi syarat ♣ Assisted jatuh ♣ Ulangi jatuh  Pengecualian untuk populasi: Falls by ♣ Pengunjung ♣ Siswa ♣ Anggota staf ♣ Pasien dari unit pelaporan yang memenuhi syarat, namun pasien tidak pada unit pada ♣ saat jatuh (misalnya, pasien jatuh radiolog) ♣ Terjun pada jenis unit lain (misalnya, anak, kandungan, rehabilitasi, dll)  **Penyebut (Denuminator)Pernyataan**: hari Pasien Menurut Jenis Unit selama bulan kalender. Termasuk Populasi: ♣ Pasien rawat inap, pasien kunjungan singkat, pasien observasi dan operasi hari yang sama • pasien yang menerima perawatan pada memenuhi syarat rawat unit untuk seluruh atau sebagian dari sehari. ♣ perawatan kritis Dewasa, langkah-down, medis, bedah, medikal bedah • digabungkan, dan unit ketajaman campuran. ♣ Setiap pasien usia pada unit pelaporan yang memenuhi syarat termasuk dalam hitungan hari pasien. Dikecualikan Populasi: jenis unit lain (misalnya, anak, kandungan, rehabilitasi, dll)  Pasien Pengaturan / pelayanan: Medis / bedah unit Perawatan Intensif unit / unit perawatan Kritis  Elemen data: Bulan, Jumlah pasien jatuh Cedera, hari Pasien, Jenis Satuan, Tahun |
| Frekuensi Pengumpulan Data | : | Tiap Bulan |
| Metoda Pengumpulan Data | : | Data Retrospektif |
| Periode Analisa | : | Tiap Bulan |
| Analisa Data | : | Tingkat jatuh yang mengukur kejadian yang sebenarnya jatuh di fasilitas atau unit biasanya dinyatakan dalam jumlah jatuh yang terjadi per 1.000 pasien-hari dan diukur dengan rumus berikut:  Jumlah pasien jatuh x 1.000 Jumlah hari pasien |
| Numerator | : | Total number of patient falls (with or without injury to the patient) during the calendar month (Total jumlah pasien jatuh (dengan atau tanpa cedera pada pasien) selama bulan kalender). |
| Denominator | : | Patient days by *Type of Unit* during the calendar month (jumlah hari rawat Pasien Menurut Jenis Unit selama bulan kalender). |
| Sumber Data | : | Nursing Unit Lt 6 |
| Standar | : | Zerro Falls |
| PJ Indikator PJ Pengumpul Data | : | Nursing Manager  Head of Nursing Unit |
| Yang Melakukan Analisa | : | Quality Improvement and Patient Safety Committee  Hospital Main Committee |

Berdasarkan tabel diatas diketahui bahwa selama tahun 2014 ada 2 kali kejadian pasien jatuh yang terdiri dari 1 kejadian jatuh dibulan September & Oktober 2014. Bila dibandingkan hasil tahun 2013 (angka kejadian jatuh th 2013 berjumlah 4 kejadian), angka kejadian pasien jatuh di tahun 2014 ini lebih sedikit (turun 50 %). Hal ini menggambarkan upaya pencegahan pasien jatuh di RSPI puri Indah berjalan dengan baik.

Penyebab pasien jatuh diidentifikasi karena kurangnya komunikasi dan edukasi perawat ke keluarganya, sehingga peran keluarga dalam melakukan upaya pencegahan pasien jatuh kurang maksimal.

Upaya perbaikan yang dilakukan adalah meningkatkan komunikasi dan edukasi dari perawat ke pasien dan keluarga dan salah satunya adalah akan membuat brosur edukasi upaya pencegahan pasien jatuh

1. **Respon waktu pelaporan hasil dan tes laboratorium kritikal – Analisa Gas Darah**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Unit kerja | : | Laboratorium |
| Nomor Indikator | : | CI.2.1 |
| Nama Indikator | : | Respon waktu pemeriksaan laborarorium : ANALISA GAS DARAH |
| Rasional | : | Kegagalan menindaklanjuti dari hasil tes yang abnormal merupakan masalah yang sering terjadi dan penyebab yang sering dari tuntutan hukum malpraktek.  Meskipun terjadi kemajuan yang dramatis dalam mendiagnosa, pengobatan dan pemahaman tentang patofisiologi, kemampuan komunikasi tentang hasil tes yang penting/kritis masih kurang.  Analisa Gas darah termasuk dalam salah satu pemeriksaan kritikal di laboratorium, pemeriksaan ini harus dilakukan sesegera mungkin dan dalam waktu 30 menit, karena hasil pemeriksaan ini sangat diperlukan oleh klinisi untuk melakukan terapi sesegera mungkin, mengingat bahwa penundaan terapi dapat mengancam jiwa atau menyebabkan pasien dalam resiko tinggi. |
| Tipe Indikator | : | Pengukuran Proses |
| Dimensi Mutu | : | Tepat Waktu *[timely]* |
| Difinisi Operasional | : | * Tes kritikal didefinisikan sebagai sebuah tes atau prosedur yang harus dilakukan dan dilaporkan segera untuk menentukan paket perawatan. *Critical test* biasanya disebut sebagai ”STAT / CITO”. * Hasil Kritikal [hasil yang penting] didefinisikan sebagai intepretasi / nilai yang menandakan pasien berada dalam ancaman kematian, penyakit serius atau efek samping yang serius bila tidak ditangani segera. Nilai / intepretasi ini perlu pemberitahuan ke dokter umum / dokter spesialis yang meminta, yang dapat mengawali tindakan klinis yang sesuai untuk pasien * Yang dikategorikan dalam pemeriksaan tes kritikal dan hasil kritikal yang harus dilaporkan ke dokter [spesialis / dokter umum ] dalam indikator ini adalah analisa gas darah dengan nilai berada di *range*  nilai kritikal dan dalam waktu waktu 15 menit sejak sampel diterima oleh analis laboratorium. * Berlaku untuk order dari semua unit * Hasil pemeriksaan AGD dapat diketahui melalui hospital information system : clinical management dalam waktu waktu 15 menit (Sesuai arahan dari dr. Yanwar) sejak receiving sampel sampai validasi. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | : | Tiap Bulan |
| Metoda Pengumpulan Data | : | Review dokumen hasil tes laboratorium *[hospital information system]* [Retrospective] |
| Periode Analisa | : | Tiap 3 Bulan |
| Deskripsi Indikator | : | Persentase ketepatan waktu respon petugas laboratorium terhadap pelaporantes dan hasil Analisa Gas Darah kepada dokter GP atau dokter yang meminta. Numerator dibagi dengan denominator dikalikan dengan 100%. |
| Pembilang [Numerator] | : | Jumlah ketepatan waktu respon petugas laboratorium terhadap pelaporan tes dan hasil Analisa Gas Darah kepada dokter GP atau dokter yang meminta. |
| Penyebut [denominator] | : | Jumlah tes dan hasil Analisa Gas Darah yang diakukan atau yang dikeluarkan oleh unit Laboratorium. |
| Sumber Data | : | Laboratorium |
| Standard | : | 95 % Terpenuhi |
| PJ Indikator  PJ Pengumpul Data | : | Kepala Laboratorium  Leader Laboratorium |
| Yang Melakukan Analisa | : | Quality Improvement and Patient Safety Committee  Hospital Main Committee |

Berdasarkan tabel diatas dapat diketahui bahwa pencapaian angka respon time analisa gas darah dalam waktu 15 menit pada tahun 2014 sudah mencapai rata-rata 96,08 % dan bila dibandingkan rata-rata pencapaian tahun 2013 sebesar 95,91% angka pencapaian tahun 2014 ini lebih baik, sehingga menggambarkan respon time lab untuk pemeriksaan AGD ini sudah baik.

Dan perlu direkomendasikan agar standarnya dinaikan menjadi 100 %

1. **I-HF-2—**Heart failure patients with documentation in the hospital record that left ventricular systolic (LVS) function was evaluated before arrival, during hospitalization, or is planned for after discharge

**Proses Review library website and webinar**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Unit kerja | : | Medical |
| Nomor Indikator | : | [JCI Library I-HF – 2] |
| Nama Indikator | : | Evaluasi fungsi ventrikel Sytolic  Pasien gagal jantung dengan dokumentasi dalam catatan rumah sakit tentang left ventricular systolic (LVS) fungsi dievaluasi sebelum kedatangan, selama rawat inap, atau direncanakan untuk setelah keluar |
| Rasional | : | Pilihan yang tepat obat untuk mengurangi morbiditas dan mortalitas pada gagal jantung membutuhkan identifikasi pasien dengan fungsi sistolik ventrikel kiri terganggu.  Pedoman klinis menganjurkan evaluasi fungsi sistolik ventrikel kiri sebagai tes diagnostik yang paling penting dalam pengelolaan semua pasien dengan gagal jantung. |
| Tipe Indikator | : | Process Measure |
| Dimensi Mutu | : | Appropriateness, Availability, Continuity, Effectiveness, Timeliness (Ketepatan, Ketersediaan, Kontinuitas, Efektivitas, Ketepatan waktu) |
| Difinisi Operasional | : | Gagal Jantung: Sebuah sindrom klinis yang ditandai dengan tanda dan gejala akibat gangguan curah jantung atau dari peningkatan tekanan vena, termasuk kelelahan, sesak napas atau kaki bengkak.  **Pembilang (Numerator) Pernyataan**: pasien gagal jantung dengan dokumentasi dalam catatan rumah sakit yang LVS fungsi dievaluasi sebelum kedatangan, selama rawat inap, atau direncanakan untuk setelah keluar. Inklusi untuk populasi : Tidak relevan, Pengecualian untuk populasi: Tidak ada  elemen data LVF penilaian  **Penyebut (Denominator) Pernyataan** : pasien gagal jantung yang> = 18 tahun Inklusi untuk populasi : Pasien dengan kode diagnosis ICD utama jantung kegagalan  Pengecualian untuk populasi : Pasien kurang dari 18 tahun, Pasien yang meninggalkan melawan nasihat medis, Pasien yang kadaluarsa, Pasien yang memiliki perangkat bantu ventrikel kiri (LVAD) atau transplantasi jantung, prosedur selama tinggal di rumah sakit, dan Pasien dengan alasan terdokumentasi untuk tidak ada evaluasi LVS fungsi  Elemen data: ♣ Tanggal lahir ♣ ICD Kode Kepala Diagnosis ♣ Penilaian LVF  Pasien Pengaturan / Jasa Kedokteran / Bedah unit |
| Frekuensi Pengumpulan Data | : | Monthly |
| Metoda Pengumpulan Data | : | Retrospective data |
| Periode Analisa | : | Monthly |
| Deskripsi Indikator  Data Analisa | : | Persentase pasien gagal jantung dengan dokumentasi dalam catatan rumah sakit yang LVS fungsi dievaluasi sebelum kedatangan atau selama rawat inap, atau direncanakan untuk setelah keluar. |
| Pembilang [Numerator] | : | Jumlah pasien gagal jantung dengan dokumentasi dalam catatan rumah sakit yang LVS fungsi dievaluasi sebelum kedatangan atau selama rawat inap, atau direncanakan untuk setelah keluar. |
| Penyebut [denominator] | : | Jumlah pasien gagal jantung yang> = 18 tahun |
| Sumber Data | : | Log Book MC-Cardio and Medical Record  Medik |
| Standard | : | 100% |
| PJ Indikator  PJ Pengumpul Data | : | Cardiologist Doctor (dokter ahli jantung)  Head of Nursing Unit and head of Medical Center Unit (Kepala Unit Keperawatan dan Kepala Unit Medical Center) |
| Yang Melakukan Analisa | : | Quality Improvement and Patient Safety Committee  Hospital Main Committee |

Berdasarkan tabel diatas dapat diketahui bahwa rata-rata pencapaian selama tahun 2014 sebesar 87,33 % sedangkan pencapaian rata-rata tahun 2013 adalah sebesar 88, 12 % Hal ini menggambarkan bahwa rata-rata pencapaian tahun 2014 ini lebih rendah dibandingkan rata-rata pencapaian tahun 2013.

Tapi walaupun begitu, hasil pencapaian 6 bulan terakhir sudah mencapai 100 %, sehingga direkomendasikan untuk di ganti indikatornya.

1. **I-SCIP-Inf-1d -** Prophylactic Antibiotic Received Within One Hour Prior to Surgical Incision-Hip Arthroplasty

**Proses Review library website and webinar**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Unit kerja | : | Medis |
| Nomor Indikator | : | ***[JCI Library I-SCIP-Inf-1d]*** |
| Nama Indikator | : | Antibiotik profilaksis diterima dalam waktu satu jam sebelum insisi bedah untuk artroplasti pinggul |
| Rasional | : | Tujuan dari profilaksis dengan antibiotik adalah untuk membangun jaringan bakterisida dan kadar serum pada saat sayatan kulit. Studi klinis telah menunjukkan bahwa alasan umum untuk kegagalan profilaksis keterlambatan administrasi antibiotik sampai setelah operasi.  Dalam sebuah penelitian yang komprehensif, ditemukan bahwa insiden terendah pasca-operasi infeksi dikaitkan dengan administrasi antibiotik selama satu jam sebelum operasi. Risiko infeksi meningkat secara progresif dengan interval waktu yang lebih besar antara administrasi dan sayatan kulit. Oleh karena itu, peluang untuk meningkatkan perawatan telah dibuktikan dan administrasi tepat waktu telah direkomendasikan. |
| Tipe Indikator | : | hasil pengukuran [Mortalitas: dcrease kematian, diterima kembali dalam waktu 30 hari: menurun, kehandalan: pengiriman peningkatan perawatan berbasis bukti, perbaikan dicatat sebagai: peningkatan laju] |
| Dimensi Mutu | : | Ketepatan, Ketersediaan, Kontinuitas, Efektivitas, Pencegahan / Awal, Deteksi, Ketepatan waktu |
| Difinisi Operasional | : | **Pernyataan pembilang**: Jumlah pasien bedah (artroplasti pinggul) dengan antibiotik profilaksis dimulai dalam satu jam sebelum insisi bedah Inklusi bagi penduduk: Tidak dipakai, Pengecualian untuk populasi: Tidak ada  **Pernyataan Penyebut**: Semua pasien bedah yang dipilih (artroplasti pinggul) dengan tidak ada bukti infeksi sebelumnya dan yang> = 18 tahun.  Elemen data: ♣ tanggal mulai Anestesi ♣ tanggal antibiotik administrasi ♣ waktu antibiotik administrasi ♣ waktu bedah sayatan ♣ Pendaftaran tanggal ♣ Anestesi tanggal mulai ♣ Antibiotik nama ♣ Antibiotik diterima ♣ rute antibiotik administrasi ♣ Tanggal lahir ♣ ICD kode utama diagnosis ♣ ICD Kode pokok prosedur ♣ Infeksi sebelum anestesi ♣ operasi lain  Catatan: Pasien yang menerima vankomisin atau fluroquinolone untuk antibiotik profilaksis harus memiliki antibiotik dimulai dalam waktu dua jam sebelum sayatan bedah. Karena semakin lama waktu infus diperlukan untuk vankomisin atau fluroquinolone, itu dapat diterima untuk memulai antibiotik dalam waktu dua jam sebelum waktu sayatan.  Pasien Pengaturan / pelayanan: Medis / bedah unit |
| Frekuensi Pengumpulan Data | : | Monthly |
| Metoda Pengumpulan Data | : | Retrospective data |
| Periode Analisa | : | Quarterly |
| Deskripsi Indikator | : | Persentase pasien (pinggul arthoplasty) dengan antibiotik prophlyactic initated dengan satu jam sebelum insisi bedah. Pembilang dibagi penyebut multiplay oleh 100%. |
| Pembilang [Numerator] | : | Jumlah pasien bedah (artroplasti pinggul) dengan antibiotik profilaksis dimulai dalam satu jam sebelum sayatan bedah |
| Penyebut [denominator] | : | Semua pasien bedah yang dipilih (artroplasti pinggul) dengan tidak ada bukti infeksi sebelumnya dan yang> = 18 tahun |
| Sumber Data | : | Logg Book OT  Medik |
| Standard | : | 100% |
| PJ Indikator  PJ Pengumpul Data | : | Surgical Doctor (dokter bedah)  Kepala Unit Kamar Bedah & Kepala Unit Perawatan Lt 6 |
| Yang Melakukan Analisa | : | Quality Improvement and Patient Safety Committee  Hospital Main Committee |

Berdasarkan data diatas dapat diketahui bahwa selama tahun 2014 sebagian besar pemberian antibiotik profilaksis belum dilakukan kurang dari 1 jam, hal ini dikarenakan penyuntikan antibiotik profilaksis dilakukan dirawat inap, tapi karena dokternya datang terlambat, maka pelaksanaan operasi juga mundur dan pada akhirnya menyebabkan waktu pemberian antibiotiknyapun jadi lebih lama (mundur). Rencana perbaikannya adalah melakukan penyuntikan antibiotik profilaksisnya dilakukan di kamar operasi sebelum pemberian anastesi dan prosedur ini sudah dimulai sejak bulan Oktober 2014

1. **I-STK-2** Discharged on Antithrombotic Therapy

**Proses Review library website and webinar**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Unit kerja | : | Medikal |
| Nomor Indikator | : | CI. 5.1 [JCI Library : I-STK-21] |
| Nama Indikator | : | Discharged on Antithrombotic Therapy |
| Rasional | : | Efektivitas agen antitrombotik dalam mengurangi angka kematian stroke, morbiditas terkait stroke dan tingkat kekambuhan telah dipelajari dalam beberapa uji klinis besar. Sedangkan penggunaan agen-agen untuk pasien dengan serangan iskemik akut stroke iskemik dan sementara terus menjadi subjek penelitian, bukti substansial tersedia dari studi selesai. Data saat ini menunjukkan bahwa terapi antitrombotik harus diresepkan di debit setelah stroke iskemik akut untuk mengurangi mortalitas dan morbiditas. |
| Tipe Indikator | : | Outcome Measure ( hasil pengukuran) |
| Dimensi Mutu | : | Appropriateness, Continuity, Effectiveness, Prevention/Early Detection, Timeliness |
| Difinisi Operasional | : | Pembilang Pernyataan: Pasien diresepkan terapi antitrombotik di discharge setelah stroke iskemik. Inklusi untuk populasi : Tidak Berlaku. Pengecualian untuk populasi: Tidak ada  Penyebut Pernyataan: pasien stroke iskemik yang> = 18 tahun. Inklusi untuk penduduk: Pasien dengan kode diagnosis ICD utama stroke iskemik, Pengecualian untuk populasi : ♣ Pasien kurang dari 18 tahun ♣ Pasien yang meninggalkan melawan nasihat medis ♣ Pasien yang berakhir  Elemen data: ♣ terapi antitrombotik diresepkan di debit ♣ Tanggal lahir ♣ Intervensi Pilihan karotis ♣ ICD kode utama diagnosis ♣ Alasan tidak meresepkan terapi antitrombotik di debit  Pasien Pengaturan / pelayanan: ♣ Mengatur Layanan Darurat / Departemen ♣ Unit Perawatan Intensif ♣ Pengobatan / Bedah unit |
| Frekuensi Pengumpulan Data | : | Monthly |
| Metoda Pengumpulan Data | : | Retrospective data |
| Periode Analisa | : | Quarterly |
| Deskripsi Indikator | : | Percentage Discharged on Antithrombotic Therapy. Numerator divided by denominator multiply 100%(Persentase pulang dengan terapi antitrombotik. Pembilang dibagi penyebut kalikan 100%). |
| Pembilang [Numerator] | : | Ischemic stroke patients prescribed antithrombotic therapy at hospital discharge(Pasien stroke iskemik diresepkan terapi antitrombotik di RS) |
| Penyebut [denominator] | : | Ischemic stroke patients who are >= 18 years (Stroke iskemik pasien yang> = 18 tahun). |
| Sumber Data | : | Medical Record and case Note  Medik |
| Standard | : | 100% |
| PJ Indikator  PJ Pengumpul Data | : | Medical doctor  Head of Nursing Unit |
| Yang Melakukan Analisa | : | Quality Improvement and Patient Safety Committee  Hospital Main Committee |

Berdasarkan tabel diatas dapat diketahui bahwa rata-rata pencapaian selama tahun 2014 sebesar 88,83 % sedangkan pencapaian rata-rata tahun 2013 adalah sebesar 90,5 %. Hal ini menggambarkan bahwa rata-rata pencapaian tahun 2014 ini lebih rendah dibandingkan rata-rata pencapaian tahun 2013. Dan oleh karena itu indikator ini akan tetap dimonitoring dan cakupannya akan diperluas meliputi di unit Emergency

1. Kejadian kesalahan dan kejadian nyaris cedera yang terkait dengan kesalahan pengobatan

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Unit kerja | : | Farmasi |
| Nomor Indikator | : | CI.6 |
| Nama Indikator | : | Kejadian kesalahan da n kejadian nyaris cedera yang terkait dengan kesalahan pengobatan. |
| Rasional | : | Penggunaan obat-obatan tetap menjadi intervensi paling sering dalam pelayanan kesehatan. Penyalahgunaan obat, penggunaan obat yang kurang atau berlebihan dan efek samping obat dapat menyebabkan orang masuk ke rumah sakit. Sebagian besar efek samping ini sebenarnya bisa dicegah.  Komite Obat dan Terapi Rumah Sakit Pondok Indah Group bertanggung jawab untuk manganalisa laporan kejadian pengobatan dan pengembangan strategi untuk pencegahan kesalahan pengobatan sebagai bagian dari program peningkatan mutu rumah sakit. |
| Tipe Indikator | : | Pengukuran Outcome |
| Dimensi Mutu | : | Keselamatan Pasien |
| Difinisi Operasional | : | Medication error atau kesalahan pengobatan merupakan setiap peristiwa yang menyebabkan kesalahan / ketidaktepatan penggunaan obat sehingga membahayakan pasien.  Near miss atau kejadian nyaris cedera adalah kesalahan yang terjadi tetapi belum menyentuh pasien.  Insiden pengobatan meliputi :   * Kesalahan input resep, contoh kesalahan dalam input nama obat, dosis obat, jumlah obat atau instruksi pemberian obat * Kesalahan dalam menimbang obat. Dalam menimbang obat harus memperhatikan nama obat, dosis obat dan penghitungan obat per kemasan * Kesalahan dalam pelabelan / pengemasan obat, contoh kesalahan dalam nama obat, dosis obat, instruksi pemberian obat * Kesalahan dalam penyerahan obat, contoh obat diberikan kepada orang yang salah atau ward yang salah sehingga memperlama time respon * Kesalahan dalam pemberian obat oleh bagian farmasi rumah sakitdan dikirim ke ward. * Jumlah resep adalah jumlah total resep dalam 1 bulan |
| Frekuensi Pengumpulan Data | : | Tiap Bulan |
| Metoda Pengumpulan Data | : | Laporan Kejadian |
| Periode Analisa | : | Tiap 3 Bulan |
| Deskripsi Indikator | : | Angka kejadian dan kejadian nyaris cedera yang terkait dengan kesalahan pengobatan dalam waktu satu bulan. |
| Pembilang [Numerator] | : | Jumlah laporan kejadian yang terkait dengan kesalahan pengobatan dan kejadian nyaris cedera dalam waktu satu bulan yang sama.  Data near miss dan medication error menggunakan data incident report.  Kejadian near miss yang diambil adalah kejadian kesalahan dalam pengobatan sebelum obat diberikan oleh perawat |
| Penyebut [denominator] | : | - |
| Sumber Data | : | Catatan Laporan Kejadian Risk Management dan Catatan kejadian nyaris cedera Farmasi  EMG, MC, OT, ICU, Endos, Lt 6, Kebid, VK, K Bayi, Pol. Kebid, Far, Rehab |
| Standard | : | 0% kejadian kesalahan obat |
| PJ Indikator  PJ Pengumpul Data | : | Kepala Unit Farmasi |
| Yang Melakukan Analisa | : | Drug and Therapeutic Committee  Quality Improvement and Patient Safety Committee  Hospital Main Committee |

Berdasarkan tabel diatas dapat diketahui bahwa rata-rata kejadian medication error selama tahun 2014 sebesar 0,58 sedangkan rata-rata kejadian medication error tahun 2013 adalah sebesar 0,33. Hal ini menggambarkan bahwa rata-rata kejadian medication error tahun 2014 ini lebih tinggi dibandingkan rata-rata pencapaian tahun 2013.

Berdasarkan tabel diatas juga dapat diketahui bahwa rata-rata kejadian near miss selama tahun 2014 sebesar 0, 41 sedangkan rata-rata kejadian medicatio error tahun 2013 adalah sebesar 0,33. Hal ini menggambarkan bahwa rata-rata kejadian near miss tahun 2014 ini lebih tinggi dibandingkan rata-rata pencapaian tahun 2013.

Penyebab kejadian near miss dan medication error adalah karena petugas tidak melakukan prosedur dengan benar dan tidak teliti. Dan upaya yg sudah dilakukan adalah re sosialisasi, role play dalam menjalankan prosedur yg benar, menganalisa beban kerja serta memasukan dalam KPI staf terkait

1. Pengkajian Pre Anestesi dilakukan sebelum pembedahan

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Unit kerja | : | Medikal – Anestesi |
| Nomor Indikator | : | CI.7.1 |
| Nama Indikator | : | Pengkajian Pre Anestesi dilakukan sebelum pembedahan |
| Rasional | : | Pengkajian pre anestesi yang dilakukan oleh dokter anestesi merupakan hal yang penting untuk pengkajian medis pasien sebelum pasien menerima anestesi untuk pembedahan atau prosedur yang terkait dengan anestesi dan untuk memastikan bahwa kondisi pasien dalam keadaan optimal untuk anestesi dan pembedahan. |
| Tipe Indikator | : | Pengukuran Proses |
| Dimensi Mutu | : | Keseuaian dan Keselamatan pasien |
| Difinisi Operasional | : | * Pengkajian Pre anestesi adalah pengkajian yang dilakukan oleh dokter anestesi sebelum dilakukan prosedur pembedahan * Dokter anestesi yang melakukan pengkajian tersebut adalah dokter anestesi yang akan melakukan pembiusan atau dokter yang bertugas jaga saat itu. * Pengkajian yang dilakukan tertuang dalam *Hospital Information system dalam clinical template pre anesthetic assessment* pada saat melakukan kunjungan preoperasi * Waktu pelaksaan kunjungan tercantum di *clinical template pre anesthetic assessment* di *hospital information system* * Waktu operasi adalah waktu rencana prosedur pembedahan yang tercantum di *appointment* operasi. * Jumlah sampel sebanyak 50 buah tiap bulannya. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | : | Tiap bulan |
| Metoda Pengumpulan Data | : | Review Dokumen Medical Record – Hospital Information System – Pre anestesi [Retrospective] |
| Periode Analisa | : | Tiap 3 bulan |
| Deskripsi Indikator | : | Persentase pengkajian pre anastesi dokter anestesi ke pasien sebelum prosedur pembedahan dilakukan dalam satu bulan. Numerator dibagi dengan denominator dikalikan dengan 100% |
| Pembilang [Numerator] | : | Jumlah pengkajian pre anastesi dokter anestesi ke pasien sebelum prosedur pembedahan yang terdokumentasi dalam medical record pasien dalam satu bulan. |
| Penyebut [denominator] | : | Jumlah pasien yang dilakukan operasi elektif dalam waktu satu bulan yang sama. |
| Sumber Data | : | *Clinical Template Pre Anesthetic Asessment di*  *Hospital information system*  Medik SMF Anastesi |
| Standard | : | 100 % |
| PJ Indikator  PJ Pengumpul Data | : | Dokter Anestesi  Kepala Unit Kamar Operasi |
| Yang Melakukan Analisa | : | Quality Improvement and Patient Safety Committee  Hospital Main Committee |

Berdasarkan data diatas dapat diketahui bahwa selama tahun 2014 semua pengkajian pre anastesi dilakukan sebelum pembedahan, maka direkomendasikan untuk mereview indikator mutu ini.

1. Reaksi transfusi

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Unit kerja | : | Medis dan Keperawatan |
| Nomor Indikator | : | CI.8 |
| Nama Indikator | : | Reaksi Transfusi. |
| Rasional | : | Dalam kondisi klinis tertentu terapi komponen darah (pemberian komponen dari turunan darah manusia) dapat menyelamatkan nyawa, memperbaiki umur harapan hidup dan meningkatkan kualitas hidup. Namun semakin jelas bahwa terapi ini mempunyai keterbatasan, oleh karena itu keputusan untuk transfusi harus dibuat dengan hati-hati. |
| Tipe Indikator | : | Pengukuran Outcome |
| Dimensi Mutu | : | Keselamatan Pasien |
| Difinisi Operasional | : | Reaksi transfusi adalah kejadian tidak diharapkan yang terjadi akibat transfusi darah, dalam bentuk reaksi alergi, infeksi akibat transfusi, hemolisis akibat golongan darah yang tidak sesuai atau gangguna sistem imun sebagai akibat pemberian transfusi darah.  Suspect Reaction:   * 1. Minor alergy : rash, urticaria < ¼ with no other symptoms   2. Severe allergy, anaphylactic , anaphylactoid : rash, urticaria with any one of the following : airway compromise [tightness in throat, hoarseness, stridor, dsypnoea, cough wheezing, hipoxemia], profound hypotension [loss of consciousness, circulatory of collapse, death]   3. Febrille reaction: tempertaure rise ≥ 1C and ≤ 38C with no sign or sysmptoms and onset greater than 15 minute into the transfusion.   4. Febrile non haemolytic reaction [FNHR]: tempertaure rise ≥ 1C and ≤ 38C with no sign or sysmptoms   5. FNHR, Acute Haemolytic, Bacterial contamination : tempertaure rise ≥ 1C and ≤ 38C plus any of the following : (rigors, hypertension, shock, dyspnoea, nausea/vomitin, tachycardia) or (tempertaure rise > 39 C and ≥ 1 even in the absence of other signs or symptoms) or ( tempertaure rise not responding to antipyretic and/or suspicion of sepsis in absence of fever   6. Acute Haemolytic IVIG headache other : Any one more of the following : chilss/rigors, sensation of cold, back or chest pain, bleeding from IV site, nausea/vomiting, headache, jaundice, tea colour urine, unexplained anxiety, cardiac arrhythmias, tachycardia, generalised flushing, patient feels unwell   7. Hypotension : any one of the following : drop in systolic blood great or equal to 30 mmHG, systolic less than 80 mmHg, sign of shock, is the patient on ACE inhibitors?   8. Transfusion associated cisculatory overload : any one of the following : short of breath, dyspnoea, cyanosis, hypertension. Respiratory distress, tachycardia, congestive heart failure during or within 6 hours of completion of transfusion.   9. Transfusion Related Acute Lung Injury [TRALI] : acute onset of respiratory distress, during or within 6 hours of completition of ttransfution, O2 saturation les than 90% on room air bilateral lung infiltrates confirm by chest X-ray.   Reaksi   1. allergy Kecil: ruam, urtikaria <¼ tanpa gejala lain 2. Parah alergi, anafilaksis, anaphylactoid: ruam, urtikaria dengan salah satu dari berikut: napas kompromi [sesak di tenggorokan, suara serak, stridor, dsypnoea, mengi batuk, hipoxemia], hipotensi mendalam [kehilangan kesadaran, sirkulasi kehancuran, kematian] 3. Febrille reaksi: kenaikan tempertaure ≥ ≤ 38C 1C dan tanpa tanda atau sysmptoms dan onset lebih besar dari 15 menit menjadi transfusi. 4. Demam reaksi hemolitik non [FNHR]: tempertaure kenaikan ≥ ≤ 38C 1C dan tanpa tanda atau sysmptoms 5. FNHR, hemolitik akut kontaminasi, bakteri: kenaikan tempertaure ≥ ≤ 38C 1C dan ditambah sebagai berikut: (kerasnya, hipertensi, syok, dispnea, mual / vomitin, takikardi) atau (tempertaure kenaikan> 39 C dan ≥ 1 bahkan di tidak adanya tanda-tanda lain atau gejala) atau (kenaikan tempertaure tidak menanggapi antipiretik dan / atau kecurigaan sepsis pada tidak adanya demam 6. Akut hemolitik IVIG sakit kepala lainnya: Salah satu dari yang berikut: chilss / kerasnya, sensasi dingin, punggung atau nyeri dada, perdarahan dari situs IV, mual / muntah, sakit kepala, sakit kuning, teh warna urin, kecemasan dijelaskan, aritmia jantung, takikardia , generalisasi kemerahan, pasien merasa tidak enak badan 7. Hipotensi: salah satu dari berikut: penurunan darah sistolik besar atau sama dengan 30, sistolik mmHg kurang dari 80 mmHg, tanda shock, adalah pasien pada inhibitor ACE? 8. Transfusi terkait cisculatory berlebihan: salah satu dari berikut: sesak napas, dispnea, sianosis, hipertensi. Gangguan pernapasan, takikardi, gagal jantung kongestif selama atau dalam waktu 6 jam penyelesaian transfusi. 9. Transfusi Terkait Cedera paru akut [TRALI]: onset akut dari gangguan pernapasan, selama atau dalam waktu 6 jam completition dari ttransfution, O2 saturasi les dari 90% pada udara ruangan infiltrat paru bilateral konfirmasikan dengan sinar-X dada. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | : | Tiap Bulan |
| Metoda Pengumpulan Data | : | Observasi |
| Periode Analisa | : | Tiap 3 bulan |
| Deskripsi Indikator | : | Persentase reaksi transfusi darah / efek samping transfusi dalam satu bulan. Numerator dibagi dengan denominator dikalikan dengan 100%. |
| Pembilang [Numerator] | : | Jumlah pasien yang mengalami reaksi transfusi darah sehubungan dengan episode transfusi darah dalam satu bulan. |
| Penyebut [denominator] | : | Jumlah pasien yang menerima transfusi darah atau produk darah lainnya dalam bulan yang sama. |
| Sumber Data | : | Laporan kejadian |
| Standard | : | 0% [STD Nasional ≤ 0.01%]  Medik, OT, ICU, Lt 6, Kebid, VK |
| PJ Indikator  PJ Pengumpul Data | : | Manager Keperawatan  Kepala Unit Perawatan |
| Yang Melakukan Analisa | : | Quality Improvement and Patient Safety Committee  Hospital Main Committee |

Berdasarkan data diatas dapat diketahui selama tahun 2014 ada 2 kali kejadian reakssi transfusi, dan semuanya termasuk kategori alergi ringan. Hal ini lebih baik dari angka kejadian reaksi transfusi pada tahun 2013 yang berjumlah 3 kali. Dan indikator ini diusulkan untuk direview

1. Kelengkapan Pengisian Medical Record

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Unit kerja | : | Medical Record |
| Nomor Indikator | : | CI.9 |
| Nama Indikator | : | Kelengkapan Pengisian Medical Record |
| Rasional | : | Catatan medis juga dikenal sebagai catatan kesehatan atau diagram kesehatan. Bentuk-bentuk informasi mewakili kondisi pasien tertentu atau orang yang membutuhkan pelayanan medis. Dokter diminta untuk menyimpan dokumentasi yang dapat diandalkan tentang seorang pasien tertentu dan semua layanan medis dan solusi yang diberikan kepadanya. Menjaga catatan penting dari kegiatan yang dapat mempengaruhi kehidupan dan kesehatan orang lain adalah penting tidak hanya untuk melindungi mereka tetapi juga untuk mengamankan institusi medis memberikan pelayanan. Oleh karena itu, catatan medis diharapkan akan akurat, jelas, lengkap dan valid cukup untuk mematuhi aturan dan peraturan yang ditetapkan di bidang medis. Hal ini sangat penting untuk setiap anggota institusi medis untuk menjaga kualitas catatan medis itu sebabnya tugas khusus seperti peninjauan rekam medis dilakukan. |
| Tipe Indikator | : | Pengukuran Proses |
| Dimensi Mutu | : | Kesesuain |
| Difinisi Operasional | : | Medical record review adalah suatu proses untuk mereview isi dari catatan medik pasien yang tertuang dalam medical record file, hospital information system dan tren care system.  Isi dari review yang dimaksudkan adalah sesuai dengan ketentuan akreditasi JCI yaitu Medical Record Review Tools. [File : Medical record review tools]  Sampel yang diamati adalah sebesar 50 sampel. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | : | Tiap bulan |
| Metoda Pengumpulan Data | : | Review Dokumen Medical Record – Hospital Information System – Trend Care [Retrospective] |
| Periode Analisa | : | Tiap 3 bulan |
| Deskripsi Indikator | : | Persentase kelengkapan Medical Record dalam satu bulan. Numerator dibagi dengan denominator dikalikan dengan 100% |
| Pembilang [Numerator] | : | Jumlah kelengkapan medical record yang direview dalam waktu satu bulan. |
| Penyebut [denominator] | : | Jumlah medical record yang direview dalam dalam waktu satu bulan yang sama. |
| Sumber Data | : | *Medical Record, Hospital information system* dan Trend Care |
| Standard | : | 100 %  Medik, EMG, MC, OT, ICU, Endos, Lt 6, Kebid, VK, K Bayi, Pol. Kebid, Rehab |
| PJ Indikator PJ Pengumpul Data | : | COO RS Puri Indah  Leader Medical Record |
| Yang Melakukan Analisa | : | Quality Improvement and Patient Safety Committee  Hospital Main Committee |

Berdasarkan tabel diatas juga dapat diketahui bahwa rata-rata kelengkapan pengisian rekam medis selama tahun 2014 sebesar 79,38 % sedangkan kelengkapan pengisian rekam medis selama tahun 2013 sebesar 74,38 %. Hal ini menggambarkan bahwa rata-rata kelengkapan pengisian rekam medis selama tahun 2014 ini lebih tinggi dibandingkan rata-rata pencapaian tahun 2013. Dan tool indikator ini akan disesuaikan dengan tool JCI versi edisi 5

1. **Angka** Ketidaktersediaan obat dan barang habis pakai pada saat dibutuhkan (Stock out)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Unit kerja | : | Farmasi |
| Nomor Indikator | : | MI.1 |
| Nama Indikator | : | Ketidaktersediaan obat dan barang habis pakai pada saat dibutuhkan (Stock out) |
| Rasional | : | Kekosongan obat menjadi masalah yang penting dalam dunia kesehatan. Terutama obat-obat penting seperti obat emergency, obat nyeri dan anesthetic agents. |
| Tipe Indikator | : | Proses |
| Dimensi Mutu | : | Keselamatan pasien, Efektifitas |
| Difinisi Operasional | : | * Stock out adalah situasi dimana permintaan atau kebutuhan barang tidak dapat dipenuhi dari persediaan saat ini. * Stock out adalah sediaan obat atau sediaan farmasi lainnya yang termasuk golongan formularium dimana tidak tersedia di unit farmasi ketika adanya permintaan resep atau instruksi dokter untuk pasien rawat inap sehingga pihak farmasi melakukan pembelian obat atau barang dimaksud keluar. * Yang dimaksud dengan golongan formularium adalah obat atau sediaan farmasi yang telah ditetapkan oleh pimpinan RS Puri Indah. * Penyebab terjadinya stock out adalah kekosongan obat atau barang habis pakai yang disebabkan oleh kelalaian dari pihak farmasi BUKAN kekosongan dari pihak suppllier. * Diukur dari banyaknya pembelian keluar obat / consumable untuk permintaan pasien rawat inap. * Formularium RS tahun 2012 |
| Frekuensi Pengumpulan Data | : | Setiap bulan |
| Metoda Pengumpulan Data | : | Review Dokumen |
| Periode Analisa | : | 3 bulan |
| Deskripsi Indikator | : | Jumlah stock out |
| Pembilang [Numerator] | : | Jumlah obat/consumbale yang tertera pada resep pasien rawat inap atau permintaan unit yang tidak tersedia di farmasi. [pembelian dibelikan pembelian keluar obat / consumable |
| Penyebut [denominator] | : | - |
| Sumber Data | : | Daftar Direct Purchace Memo [DPM]  Farmasi |
| Standard | : | Stock out : 0 |
| PJ Indikator  PJ Pengumpul Data | : | Kepala Unit Farmasi |
| Yang Melakukan Analisa | : | Quality Improvement and Patient Safety Committee  Hospital Main Committee |

Berdasarkan tabel diatas juga dapat diketahui bahwa rata-rata kejadian kekosongan obat selama tahun 2014 sebesar 0,91 sedangkan kejadian kekosongan obat selama tahun 2013 sebesar 1,41 Hal ini menggambarkan bahwa rata-rata kejadian kekosongan obat selama tahun 2014 ini lebih rendah dibandingkan dengan rata-rata kejadian kekosongan obat selama tahun 2013.

Penyebab kekosongan obat ini adalah karena kurang adekuatnya memonitor fluktuasi keluar –masuk obat. Dan rencana perbaikan yg sudah dilakukan diantaranya mereview angka min-max berdasarkan fluktuasi obat serta memonitor setiap pagi angka min max tersebut. Selain itu juga dibuat kebijakan untuk tidak menjual obat ke pasien rawat jalan, apabila ketersediaan obat sudah minim hal ini karena ketersediaan obat yg sudah minim itu diprioritaskan untuk pasien rawat inap

1. Laporan Data Kegiatan RS untuk data 10 besar penyakit rawat inap (RL 5.3)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| UNIT KERJA | : | Medical Record |
| NOMOR INDIKATOR | : | MI.2 |
| NAMA INDIKATOR | : | Laporan Data Kegiatan RS untuk data 10 besar penyakit rawat inap (RL 5.3) |
| RASIONAL | : | * Tahun Periode 2009, 2010 dan 2011 tidak ada laporan Data Kegiatan RS Pasien Rawat Inap Perspesialsasi yang dikirim instansi terkait (Pemerintah). * Belum adanya setup yang dapat mengakomodir laporan tersebut. |
| TIPE INDIKATOR | : | Proses |
| DIMENSI MUTU | : | Safety |
| DIFINISI OPERASIONAL | : | Laporan RL1 5.3 merupakan laporan yang mencakup 10 besar penyakit rawat inap |
| FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | : | Triwulan I, II, III, IV |
| METODA PENGUMPULAN DATA | : | Review dokumen |
| PERIODE ANALISA | : | Tiga Bulanan |
| DESKRIPSI INDIKATOR | : | Pengiriman laporan yang telah diisi oleh RS Puri Indah dilakukan paling lambat tanggal 15 hari sesudah jangka waktu data yang dilaporkan. |
| PEMBILANG (Numerator) | : | Jumlah Laporan RL 5 yang dilaporkan oleh unit Medical Record RS Pondok Indah Puri Indah ke Dinkes |
| PENYEBUT (Denominator) | : | Jumlah Laporan RL 5 yang harus dilaporkan oleh unit Medical Record RS ke Dinkes |
| SUMBER DATA | : | MC, Clinical Support, Support Services, HRD, Sekretaris,Infeksi control. |
| STANDARD | : | 100%  MR |
| PENANGGUNG JAWAB PENGUMPUL DATA | : | * Leader Medical Record * Staf Reporting MR |
| YANG MELAKUKAN ANALISA | : | - |
| REFERENSI | : | * Sistem Informasi Rumah Sakit Di Indonesia Revisi V * Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan :   Revisi Buku Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Rekam Medis/Medical Record Rumah Sakit (1991) dan Pedoman Pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia (1994, 1997) / editor dan penulis Gemala R. Hatta …[et al]. – Jakarta: Penerbit Universitas Indonesia (UI-Press), 2008 |

Berdasarkan data diatas dapat diketahui bahwa pencatatan & pelaporan kepihak suku dinas kesehatan Jakarta Barat yg dilakukan oleh RSPI-Puri Indah sudah mencapai target semua. Dan akan di rekomendasikan di ganti dengan indikator yang lain, misalnya Pelaporan data AVP, pelaporan data pasien TB, pelaporan data cancer

1. Percentage of Incident Report Categori Extreme

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Unit kerja | : | Risk Management |
| Nomor Indikator | : | MI.3 |
| Nama Indikator | : | Percentage of Incident Report Categori Extreme |
| Rasional | : | Pengelolaan risiko yang efektif memerlukan suatu pelaporan dan pengkajian struktur untuk memastikan bahwa resiko diidentifikasi dan dinilai dan mendapat kontrol serta respon /tindakan yang tepat.  Tindakan yang diambil dimaksudkan untuk mengurangi risiko dan mencegah berulangnya insiden.hal ini penting untuk menjamin bahwa tindakan yang dilakukan efektif dan tidak mengakibatkan resiko yang tanpa disadari berpindah ke tempat lain. Efektivitas dari tindakan yang diambil nantinya akan dikaji melalui pemantauan insiden yang berlangsung. |
| Tipe Indikator | : | Pengukuran Proses |
| Dimensi Mutu | : | Keselamatan |
| Difinisi Operasional | : | Pelaporan kejadian dengan kategori extreme adalah suatu tindakan dimana mengelompokkan pelaporan kejadian berdasarkan peringkat risiko saat ini dengan cara mengalikan antara skore Consequence dan Likelihood.  Peringkat risiko adalah sebagai berikut :  1] Ektrme dengan skore 15- 25  2] High dengan skore 8 – 12  3] Medium dengan skore 4 – 6  4] Low dengan skore 1-3 |
| Frekuensi Pengumpulan Data | : | Tiap bulan |
| Metoda Pengumpulan Data | : | Review document incident report |
| Periode Analisa | : | Tiga bulan |
| Deskripsi Indikator | : | Persentase laporan kejadian kategori ’extreme’ |
| Pembilang [Numerator] | : | Jumlah laporan kejadian kategori ‘extreme’ dalam satu bulan. |
| Penyebut [denominator] | : | Jumlah laporan kejadian dalam satu bulan. |
| Sumber Data | : | Risk Management Manager |
| Standard | : | 0% |
| PJ Indikator  PJ Pengumpul Data | : | Risk Management Manager |
| Yang Melakukan Analisa | : | Team Executive RSPI Group |

Berdasarkan tabel diatas juga dapat diketahui bahwa rata-rata laporan insiden kategori ekstreme selama tahun 2014 sebesar 19,08 % sedangkan rata-rata laporan insiden kategori ekstreme selama tahun 2013 sebesar 23,83 %. Hal ini menggambarkan bahwa rata-rata rata-rata laporan insiden kategori ekstreme selama selama tahun 2014 ini lebih rendah dibandingkan dengan rata-rata rata-rata laporan insiden kategori ekstreme selama tahun 2013.

Kejadian terbanyak pada laporan insiden kategori extreme ini adalah

* 1. Kejadian tertusuk Jarum
  2. Kejadian Food Hazard
  3. Kejadian Near miss

1. Angka penggunaan peralatan radiologi CT-Scan

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Unit kerja | : | Radiology |
| Nomor Indikator | : | MI.4.1 |
| Nama Indikator | : | Utilization Rate Radiologi MSCT [Tingkat pemanfaatan Radiologi MSCT] |
| Rasional | : | Tingkat utilisasi, untuk entitas apapun, adalah jumlah output yang dibandingkan dengan output potensial yang harus memproduksi. This, stated in simpler terms, simply is the difference between what a company is producing and what it is capable of producing at any given time. RumahHospitals can benefit from capacity utilization rate data because they will be able to tell what types of services are most needed and what, perhaps, is a waste of the hospital's resources. Sakit bisa mendapatkan keuntungan dari data tingkat pemanfaatan kapasitas karena dapat menggambarkan apa jenis layanan yang paling dibutuhkan dan apa yang merupakan pemborosan sumber daya rumah sakit. Economic stability is often determined by the capacity utilization rate of any given entity. Stabilitas ekonomi sering ditentukan oleh tingkat utilisasi dari setiap entitas yang diberikan.  Salah satu indikator untuk mengukur tingkat penggunaan alat MSCT sebagai alat penunjang diagnostik yang canggih If a hospital determines it is running to low or too high it can adjust the operations accordingly to allow for a profit to be made. |
| Tipe Indikator | : | Pengukuran Outcome |
| Dimensi Mutu | : | Efektivitas |
| Difinisi Operasional | : | Penggunaan alat penunjang diagnostik MSCT untuk pemeriksaan diagnostic kepada pasien yang tercatat dalam Hospital Information System. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | : | Tiap Bulan |
| Metoda Pengumpulan Data | : | Pencatatan penggunaan MSCT dalam pemeriksaan penunjang diagnostik. |
| Periode Analisa | : | Tiap 3 Bulan |
| Deskripsi Indikator | : | Tingkat pemanfaatan MSCT radiology. |
| Pembilang [Numerator] | : | Jumlah Pemeriksaan penunjang diagnostik menggunakan MSCT dalam satu bulan |
| Penyebut [denominator] | : | Jumlah kapasitas penggunaan pemeriksaan penunjang dengan MSCT dalam satu bulan. |
| Sumber Data | : | Data kunjungan pasien radiologin dengan pemeriksaan MSCT dari Program HIS |
| Standard | : | 40 % |
| PJ Indikator  PJ Pengumpul Data | : | Kepala radiologi  Leader Radiologi |
| Yang Melakukan Analisa | : | Team Executive RSPI Group |

Berdasarkan tabel diatas juga dapat diketahui bahwa rata-rata angka utilisasi alat CT scan selama tahun 2014 sebesar 40,69 % hal ini berarti sudah sedikit diatas target yang ditetukan yaitu 40 % sedangkan rata-rata angka utilisasi alat CT scan selama tahun 2013 sebesar 34.32 %. Hal ini menggambarkan bahwa rata-rata rata-rata angka utilisasi alat CT scan selama tahun 2014 ini lebih baik dibandingkan dengan rata-rata rata-rata angka utilisasi alat CT scan tahun 2013. Dan indikator ini disarankan untuk direview

1. Kepuasan pelanggan terhadap pelayanan rumah sakit

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Unit kerja | : | Customer Relation and Corporate Communication |
| Nomor Indikator | : | MI.5.1. |
| Nama Indikator | : | Kepuasan pelanggan terhadap pelayanan rumah sakit |
| Rasional | : | Kepuasan pelanggan sangat penting bagi kelangsungan hidup bisnis perusahaan. Bagaimana kita mengetahui apakah pelanggan kami puas? Cara terbaik untuk mengetahui apakah pelanggan puas adalah bertanya kepada mereka.  Sebuah survei kepuasan pasien dan keluarga pasien dapat mengindikasikan apakah rumah sakit telah memberikan pelayanan sesuai dengan harapan mereka dalam kaitannya dengan mutu pelayanan. |
| Tipe Indikator | : | Pengukuran Outcome |
| Dimensi Mutu | : | Kenyamanan |
| Difinisi Operasional | : | * Pernyataan puas pelanggan rawat inap terhadap pelayanan rumah sakit. * Pelayanan rumah sakit yang dimaksud adalah pelayanan dokter, pelayanan perawat, pelayanan unit penunjang ( laboratorium, radiology dan farmasi), pelayanan administrasi, pelayanan makanan, dan kebersihan lingkungan ruang rawat. * Untuk Customer Satisfaction Index (CSI) menggunakan Skala Lickert dengan skor: 5 [Sangat Setuju], 4 [Setuju], 3 [Ragu-ragu], 2 [Tidak Setuju], 1 [Sangat Tidak Setuju]. * Formulir KISARAN: adalah lernbar kritik dan saran yang disediakan oleh Unit Customer Relation RS Puri lndah dan merupakan salah satu sarana yang dapat dipakai oleh pelanggan untuk menyampaikan keluhan, saran dan kepuasannya atas layanan RS Puri lndah secara tertulis. * Pendistribusian formulir kisaran dilakukan oleh unit Customer Relation melalui unit keperawatan di rawat inap, serta dengan menempatkan box CFBF di unit rawat jalan, rawat inap, farmasi dan radiology. * Jumlah responden adalah jumlah pasien yang mengembalikan formulir kisaran. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | : | Tiap Hari |
| Metoda Pengumpulan Data | : | Kuisioner |
| Periode Analisa | : | Tiap 3 Bulan |
| Deskripsi Indikator | : | * Customer satisfaction Index * Penghitungan CSI masing-masing variable adalah Total Skor Variabel dibagi Total Pengisi Variabel * Penghitungan kepuasan pasien adalah Total Pasien Setuju dan Sangat Setuju dibagi  Total Pengisi Variabel * Penghitungan rekomendasi adalah Total yang mengisi variable “IYA” dibagi Total Pengisi Variabel. |
| Pembilang [Numerator] | : | Jumlah total skor masing-masing variable |
| Penyebut [denominator] | : | Jumlah pelanggan yang disurvei yang mengisi variable tersebut |
| Sumber Data | : | Customer Feedback Form  CR |
| Standard | : | CSI : 4.3  Kepuasan Pasien : 90%  Merekomendasikan RS : 85% |
| PJ Indikator  PJ Pengumpul Data | : | Departemen Customer Relation |
| Yang Melakukan Analisa | : | Team Executive RSPI Group |

Berdasarkan data diatas dapat diketahui bahwa selama tahun 2015 semua kepuasan pelanggan sudah mencapai target di atas 3.4. Dan indikator ini disarankan untuk direview

1. Kepuasan Karyawan

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Unit kerja | : | Human Resource |
| Nomor Indikator | : | MI.6.1 |
| Nama Indikator | : | Kepuasan Karyawan |
| Rasional | : | Setiap karyawan merupakan investasi bagi perusahaan. Memiliki seorang pekerja yang bahagia/ senang akan memberikan arti yaitu pelayanan akan lebih baik dan loyalitasnya kepada perusahaan. Untuk mengetahui bagaimana seorang pekerja itu bahagia/senang dan bagaimana perusahaan tahu bahwa karyawan mereka senang maka kepuasan karyawan memainkan peran yang sangat penting dalam hal ini  Kepuasan karyawan adalah pengukuran yang digunakan oleh perusahaan untuk mengetahui bagaimana pekerja mereka bahagia/senang dengan pekerjaannya dan lingkungan kerjanya. Menjaga karyawan yang bahagia/senang , studi membuktikan akan meningkatkan semangat kerja karyawan, yang dapat menyebabkan pelayanan/produksi yang lebih baik, hari tidak masuk kerja menjadi ebih rendah, dan membangun loyalitas.Simak  Baca secara fonetik |
| Tipe Indikator | : | Pengukuran Outcome |
| Dimensi Mutu | : | Kenyamanan |
| Difinisi Operasional | : | * Pernyataan sangat setuju dari setiap pertanyaan yang diajukan. * Karyawan rumah sakit yang dimaksud adalah perawat, clinical support, medical record, administrasi, dan keuangan. * Untuk survey karyawan menggunakan Skala Lickert dengan skor: 5 [Sangat Setuju], 4 [Setuju], 3 [Ragu-ragu], 2 [Tidak Setuju], 1 [Sangat Tidak Setuju]. * Jumlah responden adalah jumlah karyawan yang mengembalikan formuli survey kepuasan karyawan. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | : | Tiap Tahun |
| Metoda Pengumpulan Data | : | Survey |
| Periode Analisa | : | Tiap tahun |
| Deskripsi Indikator | : | Kepuasan karyawan adalah persentase masing-masing pertanyaan yang menjawab ketagori sangat setuju atau setuju.  Penghitungan kepuasan karyawan adalah total karyawan sangat setuju dan setuju dibagi dengan total pengisis variable untuk setiap pertanyaan |
| Pembilang [Numerator] | : | Jumlah responden yang menyatakan sangat setuju dan setuju pada setiap pertanyaan |
| Penyebut [denominator] | : | Jumlah responden yang menjawab setiap pertanyaan |
| Sumber Data | : | Human Resource |
| Standard | : | > = 80 % (SPM Depkes) |
| PJ Indikator  PJ Pengumpul Data | : | Human Resource – Training Officer |
| Yang Melakukan Analisa | : | Team Executive RSPI Group |

Th 2014 sudah diukur tapi hasilnya masih di bahas oleh HRD

1. Average Lenght of Stay Appendectomy dewasa tanpa komplikasi

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Unit kerja | : | Medical Record |
| Nomor Indikator | : | MI.7.1 |
| Nama Indikator | : | Average Lenght of Stay Appendectomy dewasa tanpa komplikasi |
| Rasional | : | Mengelola hari lama rawat pasien di rumah sakit merupakan tugas penting untuk organisasi kesehatan.  Apendisitis akut adalah infeksi bedah yang paling umum yang memerlukan intervensi operasi, dan lama rawat [Length of Stay] yang biasanya singkat. Waktu kegawatan tindakan appendectomy untuk appendicitis akut tergantung pada banyak faktor, termasuk anestesi dan ketersediaan ruang operasi, staf, kenyamanan, *acuity of illness*, dan preferensi ahli bedah. Upaya untuk mengurangi lama rawat LOS pada pasien bedah telah berfokus terutama pada operasi elektif.  Studi menerangkan bahwa hari waktu operasi adalah penentu yang significan dalam menentukan kapan pasien dipulangkan setelah appendectomy |
| Tipe Indikator | : | Outcome |
| Dimensi Mutu | : | Effectiveness, safety |
| Difinisi Operasional | : | AVLOS [Average Length of Stay adalah Rata-rata lamanya pasien dirawat Appendectomy yang dihitung mulai pasien dioperasi sampai dengan pasien keluar hidup atau mati  AVLOS [Average Length of Stay = Rata-rata lamanya pasien dirawat] Appendectomy, Yang meliputi kategori :   1. Appendectomy dewasa tanpa komplikasi |
| Frekuensi Pengumpulan Data | : | Tiap bulan |
| Metoda Pengumpulan Data | : | Review dokumen |
| Periode Analisa | : | Tiap Bulan |
| Deskripsi Indikator | : | Average Length of Stay Appendectomy dewasa tanpa komplikasi |
| Pembilang [Numerator] | : | Jumlah lama rawat pasien appendectomy dewasa tanpa komplikasi sesuai dengan kategori dalam satu bulan |
| Penyebut [denominator] | : | Jumlah pasien appendectomy yang keluar hidup atau mati dalam satu bulan sesuai dengan kategori |
| Sumber Data | : | Medical Record  Medik |
| Standard | : | 3 hari (sesuai Clinical Pathway APP RS Pondok Indah Puri) |
| PJ Indikator  PJ Pengumpul Data | : | Medical Manager  Leader Medical Record |
| Yang Melakukan Analisa | : | Team Executive RSPI Group |

Berdasarkan data diatas dapat diketahui bahwa sebagian besar ALOS APP sudah sesuai dengan standar,

1. Inventory Turn Over Gudang Farmasi

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Unit kerja | : | Departemen Finance & Accounting |
| Nomor Indikator | : | MI.8.1 |
| Nama Indikator | : | Inventory Turn Over Gudang Farmasi |
| Rasional | : | Inventory turnover ratio digunakan untuk menghitung efisiensi pengelolaan inventory perusahaan.  Semakin besar nilai Inventory Turn Over berarti semakin banyak barang yang terjual. Hal ini juga berarti manajemen pengelolan inventory semakin efisien.  Jika nilai Inventory Turn Over kecil, maka managemen inventory perusahaan kurang efisien karena inventory perusahaan tidak banyak terjual.  Angka ini memberikan pertimbangan dalam mengambil keputusan untuk meningkatkan angka penjualan melalui kontrol terhadap penyediaan barang dan aset. |
| Tipe Indikator | : | Efisiensi Pengelolaan Inventory |
| Dimensi Mutu | : | *Revenue Perusahaan* |
| Difinisi Operasional | : | Inventory Turn Over merupakan rasio penghitungan barang yang terjual dengan inventory rata-rata yang dimiliki oleh perusahaan. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | : | Tiap bulan |
| Metoda Pengumpulan Data | : | Menjumlahkan Harga Beli Barang yang terjual dalam satu bulan.  Mencatat nilai inventory per bulan. |
| Periode Analisa | : | Tiap bulan |
| Deskripsi Indikator | : | ITO = \_\_\_\_\_COGS\_\_\_\_\_\_  Average Inventory |
| Pembilang [Numerator] | : | Cost of Goods Sold |
| Penyebut [denominator] | : | (Inventory Awal + Inventory Akhir) / 2 |
| Sumber Data | : | Departemen Finance & Accounting |
| Standard | : | 1,5 |
| PJ Indikator  PJ Pengumpul Data | : | Manager Keuangan  Staff Accounting, staff Farmasi |
| Yang Melakukan Analisa | : | Team Executive RSPI Group |

Berdasarkan data diatas dapat diketahui bahwa selama tahun 2014 sebagian besar angka ITO sudah mencapai target yg di harapkan, hanya dibulan juli dan agustus yg tidak mencapai target hal ini karena bertepatan dengan hari raya idul fitri dan bulan desember terkait hari raya natal dan tahun baru

1. Kecelakaan kerja karena tertusuk jarum.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Unit kerja | : | K3 |
| Nomor Indikator | : | MI.9.1 |
| Nama Indikator | : | Kecelakaan kerja karena tertusuk jarum. |
| Rasional | : | Pekerjaan yang terpapar dengan darah, cairan tubuh, jarum suntik atau benda-benda tajam yang menghadirkan suatu risiko penularan dari penyakit yang bisa ditularkan melalui darah. |
| Tipe Indikator | : | Pengukuran Outcome |
| Dimensi Mutu | : | Keselamatan |
| Difinisi Operasional | : | Jumlah staf tertusuk jarum adalah berapa banyak staf yang tertusuk jarum dalam periode tertentu  Yang dimaksud dengan staf adalah staf dokter, perawat, *nurse aid,* radiografer, analis laboratorium, staf laundry, staf cleaning service (ISS) |
| Frekuensi Pengumpulan Data | : | Tiap Bulan |
| Metoda Pengumpulan Data | : | Laporan insiden |
| Periode Analisa | : | Tiga bulan |
| Deskripsi Indikator | : | Angka staf yang tertusuk jarum dalam satu bulan |
| Pembilang [Numerator] | : |  |
| Penyebut [denominator] | : | - |
| Sumber Data | : | Laporan Insiden, Laporan K3  K3 & Risk Management |
| Standard | : | Zerro Accident |
| PJ Indikator  PJ Pengumpul Data | : | OHS Officer |
| Yang Melakukan Analisa | : | Team Executive RSPI Group |

**Berdasarkan data diatas dapat diketahui bahwa selama tahun 2014 ada 10 kali kejadian staf tertusuk jarum, dan ini lebih tinggi dibandingkan jumlah angka kejadian 6 kali**

* + - * Bulan Maret 2014

1. Penyebab Kejadian Tertusuk jarum disebabkan Perawat kurang hati- hati dalam melakukan prosedur

Action Plannya :

1. Resosialisasi tentang Kebijakan pemakaian dan pembuangan benda tajam SPO memasang infus pada pasien dewasa dan pediatrik SPO pembuanqan sampah benda tajam
2. Roleplay penanganan sampah benda
3. tajam
4. Random cek / observasi staf dilapangan cara penanganan sampah benda tajam
5. Memasukkan dalam KPI lndividu
   * + - Bulan Mei 2014
     1. Penyebab Kejadian Tertusuk jarum disebabkan Perawat ceroboh dalam melakukan penanganan benda tajam

Action Plannya :

* 1. Resosialisasi tentang SPO pembuangan sampah benda tajam dan SPO mengambil darah vena
  2. Roleplay penanganan benda tajam dan mengambil darah vena
  3. Random cek / obsevasi staf dilapangan cara penanganan sampah benda tajam
  4. Memasukan dalam KPI individu
     1. Penyebab Kejadian Tertusuk jarum disebabkan Sharp Container yang saat ini lubangnya kurang besar, sehingga perlu di dorong agar jarum + holder tersebut masuk ke dalam sharp container tersebut

Action Plannya :

* 1. Mencuci dengan air yang mengalir dan dibersihkan dengan alkohol, lalu ke emergency untuk mendapatkan tindakan lebih selanjutnya
  2. Melaporkan kejadian ini kepada tim Infection control juga menyampaikan keluhan tentang sharp container yang saat ini di gunakan
     + - Bulan Juni 2014

Penyebab Kejadian Tertusuk jarum disebabkan Perawat tidak melakukan cek keamanan lingkungan pasien(saat menyuntuk posisi hek belum diturunkan, sehingga mengganggu proses penyuntikan)

Action Plannya :

1. Edukasi perawat yang bersangkutan

2. Review Prosedur pemberian terapi terkait keamanan dan lingkungan -> di evaluasi satu persatu diperjelas

3. Pelatihan reguler,roleplay sesuai SPO

4. Sosilaisasi reguler pemberian injeksi novorapid / gula darah

* + - * Bulan Juli 2014

Penyebab Kejadian Tertusuk jarum disebabkan perawat mendorong wing needle bekas pakai pasien kedalam lubang sharp countainer yang kecil

Action Plannya :

1. Couching counseling kepada perawat ybs
2. Edukasi kepada perawat emergency untuk lebih berhati-hati saat membuang jarum ke sharp container, tidak mendorong jarum menggunakan tangan, menggunakan klem untuk mebuang atau mendorong jarum kedalam lubang sharp container kecil
3. Koordinasi dengan CSSD untuk penyediaan klem untuk memudahkan perawat saat mendorong
4. Mengusulkan untuk pengantian sharp container dengan lubang pembuangan yang lebih besar
5. Mengusulkan ke bagian Farmasi untuk penggantian wing needle safety
   * + - Bulan Agustus 2014

Penyebab Kejadian Tertusuk jarum disebabkan

Action Plannya :

1. Perubahan sistem penurunan limbah / sampah dengan cara penukaran sulo, ambil yang isi ditukar yang kosong (tidak ada proses pemindahan)

2. Pembuatan SPO Pembuangan / penurunan limbah dari unit

3. roleplay dan sosialisasi ke semua petugas bagian pembuangan /penurunan limbah

4. pengadaan 2 unit sulo baru untuk penambahan di masing - masing janitor

5. Review petugas yang bertugas pembuangan / penurunan limbah sesuai dengan beban kerja yang memadai

6. pengadaan SPD yang standard terutama sarung tangan yang lebih tebal

1. **IPSG 1 :** Kepatuhan Identifikasi Pasien Dengan Benar

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Unit kerja | : | Departemen Keperawatan, Medis, dan Clinical Support |
| Nomor Indikator | : | IPSG 1 |
| Nama Indikator | : | Kepatuhan Identifikasi Pasien Dengan Benar |
| Rasional | : | Salah pasien sering terjadi hampir di semua aspek diagnosis dan pengobatan. Pasien mungkin dibius, disorientasi, atau tidak sadar penuh. Pasien dapat berganti kamar atau nomor tempat tidur, ruangan perawatan dalam rumah sakit. Pasien dapat terjadi gangguan sensori, atau situasi-situasi lain yang dapat menimbulkan kesalahan dalam identifikasi yang benar. Data risk register menunjukkan bahwa permasalahan identifikasi pasien ini sudah termasuk dalam kategori peringkat risiko yang high risk |
| Tipe Indikator | : | Pengukuran Outcome |
| Dimensi Mutu | : | Keselamatan Pasien |
| Difinisi Operasional | : | * Identifikasi pasien dengan benar adalah identifikasi yang dilakukan dengan menggunakan dua identifikator yaitu nama lengkap dan tanggal lahir pasien * Identifikasi yang dimaksudkan adalah melakukan identifikasi positive dimana meminta pasien untuk menyebutkan nama lengkap dan tanggal lahir. * Identifikasi dilakukan setiap sebelum melakukan pemberian obat-obatan (peroral, intravena, intramuscular, atau rute lainnya), sebelum pemberian darah atau produk darah, sebelum pengambilan darah atau spesiemen lain untuk tes klinis, sebelum melakukan proses pengobatan atau prosedur lainnya. * Proses identifikasi juga diamati terhadap proses memberikan label kontainer yang digunakan untuk pemeriksaan darah dan specimen lain dilakukan dihadapan pasien. * Proses identifikasi dilakukan oleh semua staf yang bertanggungjawab dalam melakukan semua prosedur di atas. * Kepatuhan identifikasi pasien dengan benar adalah tingkat kepatuhan staf dalam melaksanakan proses identifikasi pasien dengan benar sesuai ketentuan di atas. * Monitoring dilakukan di unit-unit yang dibawah Departemen Keperawatan, Departemen Pelayanan Medik, Departemen Penunjang Medik * Pengamatan dilakukan pada semua petugas, dengan minimal 2 proses identifikasi untuk setiap petugas. * Pengamatan terhadap prosedur ini dilakukan dalam waktu 20 menit pertama terhadap staff |
| Frekuensi Pengumpulan Data | : | Tiap bulan |
| Metoda Pengumpulan Data | : | Observasi |
| Periode Analisa | : | Tiap bulan |
| Deskripsi Indikator | : | Presentase kepatuhan identifikasi dengan benar yan dilakukan oleh petugas dalam satu bulan. Numerator dibagi dengan denominator dikalkan dengan 100%. |
| Pembilang [Numerator] | : | Jumlah proses yang diamati yang melakukan identifikasi pasien dengan benar dalam satu bulan |
| Penyebut [denominator] | : | Jumlah proses yang yang diamati dalam bulan yang sama |
| Sumber Data | : | Keperawatan, Medikal, dan Clinical Support  Medik, EMG, OT, ICU, Endos, Lt 6, Kebid, Rehab, Farmasi, Lab, Rad, |
| Standard | : | 100% |
| PJ Indikator  PJ Pengumpul Data | : | Kepala Unit Perawatan |
| Yang Melakukan Analisa | : | Quality Improvement and Patient Safety Committee Hospital Main Committee |

**Berdasarkan data diatas dapat diketahui bahwa selama tahun 2014 sebagian besar belum mencapai target yg 100%, tapi semua capaian sudah diatas 98 %**

1. **IPSG 2 :** Kepatuhan dalam melakukan ‘read back’ pada saat penerimaan instruksi obat melaui telpon di unit perawatan kebidanan

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Unit kerja | : | Departemen Keperawatan |
| Nomor Indikator | : | IPSG 2 |
| Nama Indikator | : | Kepatuhan dalam melakukan ‘read back’ pada saat penerimaan instruksi obat melaui telpon di unit perawatan kebidanan. |
| Rasional | : | Komunikasi efektif, adalah komunikasi yang tepat waktu, akurat, lengkap, jelas, dan dipahami oleh penerima informasi, hal ini akan mengurangi kesalahan dan meningkatkan keselamatan pasien.  Komunikasi yang paling rentan terhadap kesalahan adalah instruksi tentang perawatan pasien diberikan secara verbal dan yang diberikan melalui telepon. |
| Tipe Indikator | : | Pengukuran Proses |
| Dimensi Mutu | : | Keselamatan Pasien |
| Difinisi Operasional | : | * Komunikasi verbal yang dimaksud adalah Komunikasi via telepon pada saat penerimaan instruksi obat. * Persyaratan komunikasi verbal:   + Penerima informasi mencatat informasi yang diberikan [di formulir yang ditujukan untuk penulisan tersebut]   + Setelah informasi dicatat, dilakukan pembacaan ulang terhadap informasi tadi.   + Setelah pembacaan ulang, pemberi informasi mengkonfirmasikan kebenaran hasil pembacaan ulang   + Di formulir pencatatan ditulis identitas pemberi informasi, penerima informasi dan waktu (tanggal & jam). * Formulir yang telah diisi kemudian dituliskan di catatan medical record pasien yaitu di *case note* medical record pasien. * Kepatuhan komunikasi verbal yang efektif adalah tingkat kepatuhan staf dalam melakukan komunikasi verbal yang efektif sesuai ketentuan di atas * Monitoring dilakukan pada saat penerimaan instruksi obat melaui telpon di unit perawatan kebidanan. * Pengamatan terhadap prosedur ini dilakukan dalam waktu 20 menit pertama terhadap staff |
| Frekuensi Pengumpulan Data | : | Tiap bulan |
| Metoda Pengumpulan Data | : | Observasi |
| Periode Analisa | : | Tiap bulan |
| Deskripsi Indikator | : | Presentase kepatuhan petugas dalam melakukan read back. Numerator dibagi dengan denominator dikalikan dengan 100% |
| Pembilang [Numerator] | : | Jumlah proses yang melakukan komunikasi verbal efektif dengan benar dalam satu bulan |
| Penyebut [denominator] | : | Jumlah proses yang diamati dalam bulan yang sama |
| Sumber Data | : | Keperawatan  Kebidanan |
| Standard | : | 100 % |
| PJ Indikator  PJ Pengumpul Data | : | Kepala Unit Perawatan  Nurse Incahrge |
| Yang Melakukan Analisa | : | Quality Improvement and Patient Safety Committee  Hospital Main Committee |

Berdasarkan data diatas dapat diketahui bahwa selama tahun 2014 sebagian besar belum mencapai target yg 100%, tapi semua capaian sudah diatas 90 %

1. **IPSG 3 Angka** Kepatuhan dalam melakukan penyimpanan KCL Ampul

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Unit kerja | : | Departemen Farmasi - Departemen Keperawatan [Emergensi, ICU, Kamar Bedah, Ward lantai 6 dan 7] |
| Nomor Indikator | : | IPSG 3 |
| Nama Indikator | : | Kepatuhan dalam melakukan penyimpanan KCL Ampul |
| Rasional | : | Mencegah kesalahan pemberian elektrolit terkonsentrasi |
| Tipe Indikator | : | Pengukuran proses |
| Dimensi Mutu | : | Keselamatan pasien |
| Difinisi Operasional | : | * Elektrolit terkonsentrasi yang dimaksud adalah KCL (2mEq/ml atau lebih pekat). * Penyimpanan elektrolit terkonsentrasi KCL hanya disimpan di unit Farmasi dan tidak boleh disimpan sebagai stock di unit pelayanan pasien kecuali di unit Intensive Care, Emergency, dan Kamar Bedah. * Penyimpan elektrolit terkonsentrasi KCL harus ditempatkan di doubled lock cupboard dan terdaftar di Controlled Drug Book. * Disimpan dalam kontainer warna merah dengan label yang jelas dan tertempel stiker high alert’ dan harus berada dalam kemasan asli. * Kepatuhan penyimpanan elektrolit terkonsentrasi adalah tingkat kepatuhan unit dalam melakukan penyimpanan elektrolit terkonsentrasi sesuai dengan ketentuan di atas * Monitoring dilakukan di unit-unit di bawah Departemen Keperawatan [Emergency, ICU, Kamar bedah, ward lantai 6 & 7] dan Farmasi |
| Frekuensi Pengumpulan Data | : | Tiap bulan |
| Metoda Pengumpulan Data | : | Observasi |
| Periode Analisa | : | Tiap bulan |
| Deskripsi Indikator | : | Persentase Kepatuhan dalam penyimpanan elektrolit yang terkonsentarsi  EMG, OT, ICU, Lt 6, Kebid, Farmasi, |
| Pembilang [Numerator] | : | Jumlah unit yang melakukan penyimpanan elektrolit terkonsentrasi sesuai dengan ketentuan dalam satu bulan |
| Penyebut [denominator] | : | Jumlah unit yang diamati dalam satu bulan. |
| Sumber Data | : | Observasi |
| Standard | : | 100% |
| PJ Indikator  PJ Pengumpul Data | : | Kepala Unit Farmasi |
| Yang Melakukan Analisa | : | Quality Improvement and Patient Safety Committee  Hospital Main Committee |

Berdasarkan data diatas dapat diketahui bahwa selama tahun 2014 sebagian besar belum mencapai target yg 100%, hal ini karena ketidak patuhan staf dalam mencatat pada buku red book

1. **IPSG 4 :** Kepatuhan Melakukan Time Out dalam prosedur pembedahan

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Unit kerja | : | Departemen Medikal – Keperawatan |
| Nomor Indikator | : | IPSG 4 |
| Nama Indikator | : | Kepatuhan Melakukan Time Out dalam prosedur pembedahan |
| Rasional | : | Salah lokasi, salah prosedur, salah pasien pembedahan adalah kejadian umum yang mengkhawatirkan di dalam organisasi kesehatan. Kesalahan-kesalahan ini merupakan akibat dari komunikasi yang tidak efektif dan tidak adekuat antara anggota tim bedah, kurangnya keterlibatan pasien dalam menentukan lokasi pembedahan, dan kurangnya prosedur verifikasi lokasi / tempat yang akan dioperasi.  *Time out* adalah suatu tindakan pengecekan akhir untuk keselamatan pasien yang dilakukan segera sebelum inisi pembedahan dimulai. |
| Tipe Indikator | : | Pengukuran Proses |
| Dimensi Mutu | : | Keselamatan Pasien |
| Difinisi Operasional | : | * *Time out* adalah suatu tindakan pengecekan akhir untuk keselamatan pasien yang dilakukan segera sebelum inisi pembedahan dimulai. *The Time out is final safety check undertaken immediately before commencing the procedure.* * Time out dilakukan oleh petugas yang telah ditentukan [perawat sirkuler atau perawat anestesi * Time out dilakukan di ruang dimana prosedur dilakukan. *Time out must be conducted in the room where the procedure will be done.* * Yang dimaksudkan dengan prosedur adalah semua prosedur yang terkait dengan tindakan operasi. * Time out dikatakan sesuai atau petugas kamar bedah patuh melakukkannya bila :   1. Petugas yang membacakan time out adalah petugas yang ditunjuk   2. Petugas tersebut mengatakan waktu pelaksanaan time out dimulai   3. Anggota tim menghentikan aktivitas pada saat time out   4. Petugas memperkenalkan anggota tim dan anggota tim yang namanya disebutkan membenarkan dengan menjawab ’YA’   5. Petugas menyebutkan : * nama pasien dan dikonfirmasi dengan melihat gelang identitas pasien * prosedur tindakan operasi * ada atau tidaknya penandaan lokasi insisi – konfirmasi bahwa lokasi benar dan penandaan benar * ketersediaan informed consent * ketersediaan hasil foto radiologi yang sesuai dengan tindakan operasi * ketersediaan peralatan yang diperlukan dan diperhatikan sesuai dengan tindakan operasi * menanyakan kejadian kritikal yang diantisipasi oleh dokter bedah, yaitu langkah –langkah kritis , lamaya kasu dan antisipasi kehilangan darah] * antibiotika profikasis telah diberikan kepada pasien dan berikut nama dan dosis obat * mengkonfirmasi kepada perawat intrumentator tentang indikator sterlisasi alat termasuk apakah diperlukan tambahan peralatan * Prosedur time out didokuemntasikan dalam bentuk cek lis * Kriteria ekslusi : bila kondisi pasien dalam keadaan kegawatan maka tidak termasuk dalam pengamatan ini * Monitoring terhadap semua prosedur pembedahan yang dilakukan minimal 50 pengamatan langsung |
| Frekuensi Pengumpulan Data | : | Tiap Bulan |
| Metoda Pengumpulan Data | : | Observasi |
| Periode Analisa | : | Tiap 3 bulan |
| Deskripsi Indikator | : | Presentase kepatuhan melakukan time out prosedur pembedahan. Numerator dibagi dengan denominator dikali dengan 100% |
| Pembilang [Numerator] | : | Jumlah prosedur pembedahan yang diamati yang disertai dengan time out sesuai dengan ketentuan dalam satu bulan |
| Penyebut [denominator] | : | Jumlah prosedur pembedahan yang diamati dalam bulan yang sama |
| Sumber Data | : | Observasi dan Cek Lis Time Out -Kamar Operasi  OT |
| Standard | : | 100% |
| PJ Indikator  PJ Pengumpul Data | : | Koordinator Dokter Kamar Operasi  Kepala Unit Kamar Bedah-Quality Representative Kamar Operasi |
| Yang Melakukan Analisa | : | Clinical Governance Committee |

Berdasarkan data diatas dapat diketahui bahwa selama tahun 2014 hsemua tindakan operasi yg dimonitor sudah melakukan prosedur time out dengan benar. Dan indikator ini disarankan untuk direview

1. **IPSG 5 :** Kepatuhan cuci tangan dengan benar seuai dengan ’5 Moment Hand Hygiene’

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Unit kerja | : | Keperawatan, Medik, Clinical Support, dan Support Services |
| Nomor Indikator | : | IPSG 5 |
| Nama Indikator | : | Kepatuhan cuci tangan dengan benar seuai dengan ’5 Moment Hand Hygiene’ |
| Rasional | : | Kesesuain dengan pedoman cuci tangan dari WHO akan mengurangi penyebaran infeksi dari staf ke pasien, dan mengurangi angka kejadian infeksi rumah sakit |
| Tipe Indikator | : | Pengukuran Outcome |
| Dimensi Mutu | : | Safety |
| Difinisi Operasional | : | Cuci tangan adalah proses yang secara mekanik melepaskan kotoran dan debris dari kulit tangan dengan menggunakan air bersih dan sabun atau menggunakan Alkohol based handrub  Prosedur mencuci tangan meliputi 5 peristiwa cuci tangan [5 moment hygiene], yaitu :   * sebelum menyentuh pasien * Sebelum melakukan prosedur bersih dan aseptic * Setelah menyentuh pasien * Sesudah terpapar dengan cairan tubuh pasien berisiko * Setelah kontak dengan benda-benda dan permukaan lingkungan sekitar pasien   Termasuk dalam pengamatan adalah :   * Setelah melepaskan sarung tangan steril/ non steril * Setelah keluar dari kamar mandi/WC * Sebelum makan * Pengamatan terhadap prosedur ini dilakukan dalam waktu waktu 20 menit terhadap staff * Kriteria inklusi: mengamati staff dalam melakukan cuci tangan dengan prosedur yang benar, bila staf yang diamati mempunyai kesempatan lebih dari satu peristiwa melakukan cuci tangan [5 moment] tetapi hanya melakukan satu peristiwa saja maka data yang diambil adalah berapa jumlah peristiwa yang dapat dilakukan staff tersebut pada periode observasi dan dibandingkan dengan berapa benar cuci tangan yang dilakukan. * Kriteria Eklusi : bila staf yang bersangkutan mengetahui bahwa ia sedang diamati maka data tersebut tidak dapat digunakan/dibatalkan. * Angka kepatuhan cuci tangan adalah tingkat kepatuhan staf dalam melakukan cuci tangan sesuai kondisi diatas * Pengamatan terhadap prosedur ini dilakukan dalam waktu 20 menit pertama terhadap staff * Jumlah staf yang diamati adalah semua staf unit nya dengan 2 kali pengamatan |
| Frekuensi Pengumpulan Data | : | Tiap Bulan |
| Metoda Pengumpulan Data | : | Observasi |
| Periode Analisa | : | Tiap bulan |
| Deskripsi Indikator | : | Presentase kepatuhan petugas melakukan cuci tangan dengan tehnik yang benar . Nomenator dibagi dengan denominator dikali dengan 100%. |
| Pembilang [Numerator] | : | Jumlah proses yang melakukan cuci tangan sesuai dengan prosedur dalam satu bulan |
| Penyebut [denominator] | : | Jumlah proses yang yang diamati dalam bulan yang sama |
| Sumber Data | : | Keperawatan, Medik, Clinical Support, dan Support Services  EMG, MC, OT, ICU, Endos, Lt 6, Kebid, VK, K Bayi, Pol. Kebid, Farmasi, Rehab, Rad, Lab, Gizi, ECHU |
| Standard | : | 90 % |
| PJ Indikator  PJ Pengumpul Data | : | Infection Control Nurse |
| Yang Melakukan Analisa | : | Quality Improvement and Patient Safety Committee  Hospital Main Committee |

Berdasarkan data diatas dapat diketahui bahwa selama tahun 2014 semua staf yang dimonitor sudah melakukan prosedur cuci tangan dengan benar dan mencapai target 90 %. Dan indikator ini disarankan untuk direview

1. **IPSG 6 :** Kelengkapan Pengkajian Risiko Pasien Jatuh Dalam waktu 24 Jam pertama perawatan

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Unit kerja | : | Keperawatan |
| Nomor Indikator | : | IPSG 6 |
| Nama Indikator | : | Kelengkapan Pengkajian Risiko Pasien Jatuh Dalam waktu 24 Jam pertama perawatan |
| Rasional | : | Jatuh merupakan suatu pengalaman pasien yang tidak direncanakan terjadinya jatuh, suatu kejadian yang tidak disengaja. Akibat dari jatuh dapat berdampak hingga kejadian yang membahayakan pasien [morbidity dan mortality]. Kejadian pasien jatuh ini dapat dilakukan pencegahan yang baik dengan cara setiap pasien dilakukan pengkajian terhadap adanya risiko jatuh. |
| Tipe Indikator | : | Pengukuran Proses |
| Dimensi Mutu | : | Safety |
| Difinisi Operasional | : | * Pengkajian risiko pasien jatuh adalah pengkajian untuk menilai risiko pasien jatuh * Pengkajian risiko pasien jatuh dilakukan pada semua pasien saat ia masuk ke ruang perawatan/pindah ruangan lain, setiap hari, dan setiap ada perubahan status klinis, atau perubahan obat-obatan pasien yang menyebabkan risiko jatuh. Tapi dalam monitoring ini yang dilihat adalah pengkajian pasien jatuh pada saat masuk ke ruang perawatan dalam waktu 24 jam pertama. * Jumlah sampel sebanyak 50 pasien untuk tiap bulannya. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | : | Tiap Bulan |
| Metoda Pengumpulan Data | : | Review Dokumen Medical Record |
| Periode Analisa | : | Tiap 3 Bulan |
| Deskripsi Indikator | : | Persentase kelengkapan pengkajian risiko pasien jatuh |
| Pembilang [Numerator] | : | Jumlah pasien baru yang masuk ke ruang perawatan dan mendapatkan pengkajian risiko jatuh dalam waktu 24 jam pertama rawat. |
| Penyebut [denominator] | : | Jumlah seluruh pasien baru yang masuk ke ruang perawatan yang diobservasi. |
| Sumber Data | : | Medical Record  Lt 6 & Kebid |
| Standard | : | 100 % |
| PJ Indikator  PJ Pengumpul | : | Nursing Education-Clinical Instructor |
| Yang Melakukan Analisa | : | Quality Improvement and Patient Safety Committee  Hospital Main Committee |

Berdasarkan data diatas dapat diketahui bahwa selama tahun 2014 semua staf perawatan yang diamati sudah melakukan pengkajian awal keperawatan dalam waktu 24 jam setelah pasien masuk ruang rawat inap

* 1. **Waktu Pengumpulan Data Hasil Monitoring Indikator Mutu**

Berdasarkan data diatas, dapat diketahui bahwa ketepatan pengiriman data hasil monitoring indikator mutu belum semuanya tepat waktu, oleh karena itu perlu dikoordinasikan lagi dengan para KU/P agar bisa mengirimkan hasil monitoring mutu lebih baik lagi (tepat waktu)

1. **HASIL MONITORING INCIDENT REPORT**
   * 1. **Jumlah Incident Report Tahun 2014**
     2. **Jumlah Inciden Report Berdasarkan Peringkat Resiko**
     3. **Jumlah Incident Report Berdasarkan Departmen atau Unit**
2. **Surveilans Infection Control**
3. **Hasil Surveilans Hospital Acquired Infections (HAIs)**
4. ***Hospital Acquired Infection - Hospital Rate 2014***
5. ***Hospital Acquired Infection - Year To Date 2013 -2014***

**Penjelasan dan Analisa :**

1. **Hospital Acquired Infections (HAIs)** adalah Infeksi yang terjadi atau didapat pada saat pasien dirawat di rumah sakit
2. **Surveilans** adalah pengumpulan yang sistematik, analisis dan interpretasi yang terus menerus dari data kesehatan yang penting, dan adanya penyebaran *Healthcare Assosiate Infections* (*HAIs*) untuk digunakan dalam perencanaan, penerapan dan evaluasi dari suatu tindakan yang berhubungan dengan kesehatan yang di didesiminasikan secara berkala kepada pihak-pihak yang memerlukan
3. ***Central Line Associated Blood Stream Infections (CLABSI)*** atau Infeksi Aliran Darah Primer (IADP) adalah infeksi aliran darah akibat penggunaan alat intra vascular secara sistemik
4. ***Surgical Site Infection* (SSI)** atau Infeksi Daerah Operasi (IDO) merupakan infeksi yang terjadi pada tempat atau daerah insisi akibat suatu tindakan pembedahan
5. ***Catheter Associated Urinary Tract Infections (CAUTI)*** atau Infeksi Saluran Kemih (ISK) adalah infeksi yang terjadi pada saluran kemih akibat dari pemakaian kateter urine.
6. **VAP (*Ventilator Associated Pneumonia)*** adalah infeksi saluran napas bawah yang mengenai parenkim paru setelah pemakaian ventilasi mekanik ˃ 48 jam, sebelumnya tidak ditemukan tanda- tanda infeksi saluran napas.
7. **HAP (*Hospital Acquired Pneumonia)*** Adalah infeksi saluran nafas bawah yang mengenai parenchyma paru setelah pasien dirawat di rumah sakit > 48 jam tanpa dilakukan intubasi dan sebelumnya tidak menderita infeksi saluran nafas bawahmnya tidak ditemukan tanda- tanda infeksi saluran napas
8. Target HAIs rate tahun 2014 ada ≤ 1.00, sementara capaian pada tahun 2014 adalah 0.28. Dibandingkan tahun 2013 terjadi peningkatan angka HAIs dari sebelumnya 0.19
9. Pada tahun 2014 terjadi 6 kejadian HAIs yaitu 3 kejadian SSI, 2 kejadian HAP dan 1 kejadian VAP. Angka ini meningkat dibanding tahun sebelumnya dimana terdapat 4 kejadian HAIs.
10. Angka HAIs Year To Date didapatkan berdasarkan rata- rata angka kejadian HAIs pada setiap bulannya dan bulan berikutnya

**Action Plan :**

1. Pada tahun 2014 telah diadakan 2 kali refreshment edukasi mengenai PPI yang didalamnya juga mengajarkan mengenai bundles intervensi seluruh kejadian HAIs.
2. Setiap kejadian HAIs telah dibuatkan Incident Report dan dibuatkan Penilaian Risiko dan Rencana Tindak Lanjut Perbaikan dengan melibatkan seluruh unit yang terkait dengan kejadian tersebut.
3. Karena pencapaian hospital rate HAIs tahun 2014 sudah mencapai target yaitu < 1.00, maka pada tahun 2015 target hospital rate akan akan di turunkan sebesar 30 % dari target sebelumnya, sehingga target selanjutnya sebesar < 0.70. Penurunan target ini bertujuan untuk lebih meningkatkan bundle intervensi dalam upaya pencegahan dan pengendalian infeksi di RS.
4. Dalam menetapkan target rate angka HAIs selama ini RS melakukan benchmark dengan data yang dikeluarkan oleh Center for Disease Control and Prevention (CDC). Pada bulan Maret 2014, CDC telah mengeluarkan rate angka HAIs terbaru untuk kejadian CLABSI, CAUTI dan SSI , sehingga untuk tahun 2015, RSPI Puri Indah akan mengubah target rate kejadian tersebut sesuai dengan CDC.
5. **Distribusi lokasi kejadian HAIs digambarkan pada grafik berikut :**

**Analisa :**

Berdasarkan distribusi lokasi kejadian HAIs, kejadian terbanyak adalah di perawatan Lt. 6 yaitu HAP dan SSI masing-masing 2 kasus. Hal ini kemungkinan dikarenakan perawatan Lt. 6 merupakan ruang perawatan seluruh pasien anak dan dewasa kecuali kasus obstetric dan ginekologi. Perawatan Lt. 6 menangani pasien post operasi, pasien post ICU dan pasien usia lanjut yang memiliki risiko lebih tinggi mengalami HAIs

1. ***Central Line Associated Blood Stream Infection - Hospital Rate***

**Analisa :**

Pada tahun 2014 tidak terdapat kejadian *Central Line Associated Blood Stream Infection* pada pasien - pasien yang dirawat di RSPI Puri Indah

1. ***Catether Associated Urinary Tract Infection - Hospital Rate***

**Analisa :**

Pada tahun 2014 tidak terdapat kejadian *Catether Associated Urinary Tract Infection* pada pasien - pasien yang dirawat di RSPI Puri Indah

1. ***Ventilator Associated Penumonia - Hospital Rate***

**Analisa :**

Pada tahun 2014 terdapat 1 kejadian *Ventilator Associated Penumonia* pada pasien yang dirawat ruang ICU di RSPI Puri Indah. Pasien dengan perderahan kepala (CKB) dan post craniotomy cito. Faktor risiko pasien adalah usia > 65 th, tirah baring lama, mobilitas kurang karena tidak boleh miring ke kiri, pemakaian ventilator dengan produksi slym banyak

1. ***Hospital Acquired Pneumonia - Hospital Rate***

**Analisa :**

Pada tahun 2014 terdapat 2 kejadian *Hospital Acquired Penumonia* pada pasien yang dirawat di RSPI Puri Indah dan telah dibuat Action Plan untuk menindaklanjuti kejadian ini. Pasien memiliki faktor risiko tirah baring lama, mobilitas kurang, paska pemakaian ventilator dengan produksi slym banyak dan retensi sputum

1. ***Surgical Site Infection - Hospital Rate***

**Analisa :**Pada tahun 2014 terdapat 3 kejadian *Surgical Site Infection* di bulan Januari, Juni dan November. Faktor risiko pada ketiga kejadian tersebut adalah kategori operasi cito. 2 kejadian SSI termasuk dalam kategori SSI yang terjadi intra operasi dengan adanya kontaminasi pada saat operasi, Pada ketiga kejadian ini telah dibuat *Action Plan* untuk menindaklanjutinya.

1. **Kesimpulan & Penutup**
2. Progam monitoring indikator mutu RS berjalan dengan cukup baik, hanya saja ketepatan waktu pengumpulan datanya belum berjalan sesuai dengan yg diharapkan, sehingga perlu dikoordinasikan lagi dengan para PIC indiktor mutu tentang komitmennya terhadap ketepatan waktu pengiriman laporan
3. Program analisa indikator mutu RS juga berjalan dengan baik, hanya saja rapat mutunya yang belum berjalan dengan baik, sehingga perlukan penunjukan satu orang PIC untuk mengelola mutu di RS
4. Pelaporan Insiden sudah berjalan dengan baik, hanya saja masih ada laporan insiden yg belum dibuatkan rencana perbaikannya (FPR), oleh karena itu diperlukan kerjasama dengan para KU/P agar memastikan pembuatan FPR
5. Perlu dilakukan *refresh* tentang *tools* mencari akar masalah kepada para pimpinan (terutama level KU/P), sehingga ketika mencari akar masalah pada setiap insiden bisa menjadi lebih dalam dan akhirnya solusinyapun bisa lebih efektif
6. Kegiatan surveilans infection control sudah berjalan dengan baik dan perlu terus ditingkatkan, sehingga memerlukan satu orang ICN