

LAPORAN INDIKATOR MUTU NASIONAL
APRIL 2019 – MARET 2020



RUMAH SAKIT KHUSUS MATA SMEC

JL. Iskandar Muda No. 278-280, Medan

Telp: (061) 452 5058, 451 8222

Fax: (061) 414 2217, 453 3587

Email: smec_medan@smec-group.com

TAHUN 2020

LAPORAN INDIKATOR MUTU NASIONAL
APRIL 2019 - MARET 2020
RUMAH SAKIT KHUSUS MATA SMEC

I. Pendahuluan

Tujuan Pembangunan Kesehatan adalah tercapainya kemampuan untuk hidup sehat bagi setiap penduduk agar dapat mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Pelayanan Rumah Sakit ikut bertanggung jawab dalam mewujudkan derajat kesehatan masyarakat dengan meningkatkan mutu pelayanan yang menjadi prioritas utama di pelayanan Rumah Sakit.

Perkembangan IPTEK Kedokteran yang semakin pesat dimana pelayanan spesialisik dan subspecialistik cenderung semakin berkembang, selain itu dengan semakin meningkatnya pendidikan dan keadaan sosial ekonomi masyarakat maka sistem nilai dan orientasi dalam masyarakat mulai berubah. Masyarakat mulai cenderung menuntut pelayanan yang lebih baik, lebih ramah, dan lebih bermutu termasuk pelayanan kesehatan. Maka Rumah Sakit secara bertahap perlu terus meningkatkan mutu agar dapat memberi kepuasan terhadap pasien, keluarga maupun masyarakat. Upaya-upaya untuk meningkatkan mutu pelayanan Rumah Sakit Khusus Mata SMEC telah dilakukan dan secara terus menerus dibuat sistem pelaporan dalam bentuk Laporan Indikator Mutu Nasional, sehingga data – data pencapaian dapat terukur dan dapat ditindaklanjuti.

II. Latar Belakang

Program peningkatan mutu melibatkan seluruh unit pelayanan di Rumah Sakit Khusus Mata SMEC dengan berbagai jenis pelayanan yang diberikan dan tenaga yang bervariasi. Program peningkatan mutu dan keselamatan pasien bermanfaat jika dapat berpengaruh terhadap keselamatan pasien, keluarga dan karyawan. Evaluasi program dilakukan agar dapat diketahui adanya kendala-kendala dalam pelaksanaannya agar dapat diambil langkah-langkah tindak lanjutnya dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan.

III. Tujuan

1. Untuk mengetahui kendala-kendala yang terjadi dalam pelaksanaan program
2. Sebagai evaluasi kesesuaian jadwal pelaksanaan program
3. Sebagai masukan dalam merencanakan program selanjutnya
4. Sebagai informasi kepada pimpinan tentang pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien rumah sakit.

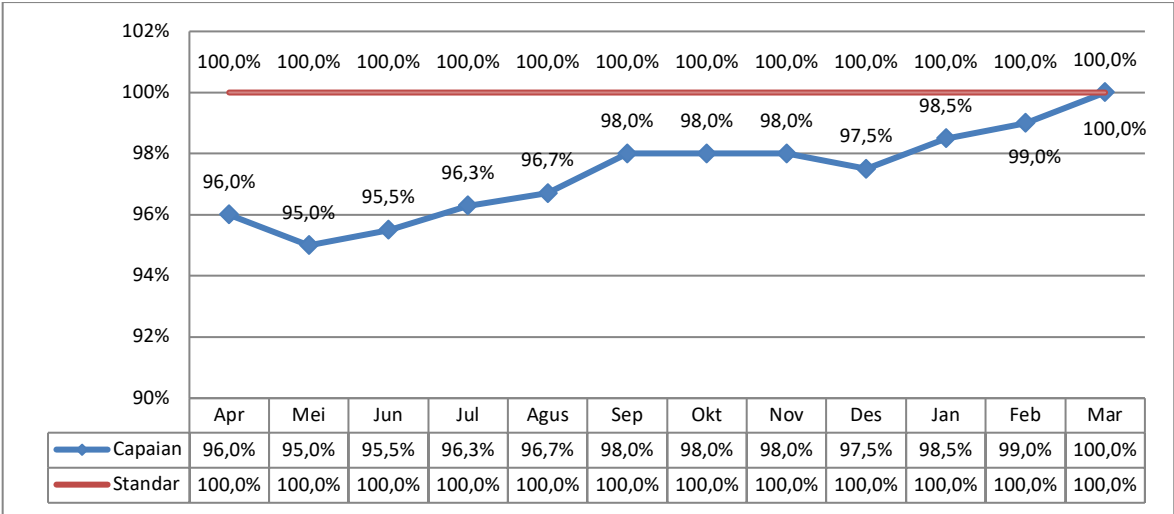
IV. Kegiatan

Mengumpulkan seluruh laporan dan hasil analisis terkait data indikator mutu Nasional yang terdiri dari 12 indikator sebagai berikut :

NO	JUDUL INDIKATOR	STANDAR
1	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%
2	Waktu Tanggap Pelayanan	100%
3	Waktu Tunggu Rawat Jalan	≤ 60 menit
4	Penundaan Operasi Elektif	< 5%
5	Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis	≥ 80 %
6	Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Laboratorium	100%
7	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (Fornas)	≥ 80%
8	Kepatuhan Cuci Tangan	≥ 85%
9	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Cedera Akibat Pasien Jatuh Pada Pasien Rawat Inap	100%
10	Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway	80 %
11	Kepuasan Pasien dan Keluarga	≥ 80%
12	Kecepatan Respon Terhadap Komplain	≥ 75%

VI. Hasil Evaluasi Capaian Indikator Mutu Nasional

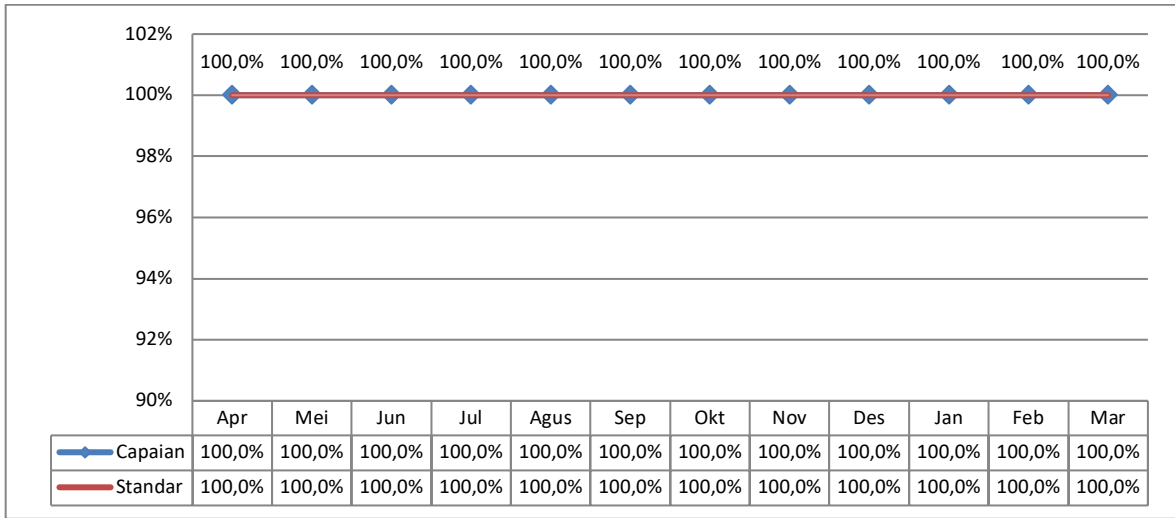
1. Kepatuhan Identifikasi Pasien



Definisi	Identifikasi pasien adalah suatu prosedur konfirmasi identitas pasien untuk ketepatan identifikasi agar tidak terjadi kesalahan dan sesuai dengan identitas yang ada didalam rekam medis ditandai dengan pemberian gelang identitas yang berisi nama, tanggal lahir, nomor rekam medis pada setiap pasien rawat inap, rawat jalan, dan pasien yang akan menjalani tindakan pembedahan. Disebut patuh bila proses identifikasi pasien dilakukan secara benar oleh petugas pada saat, antara lain : 1. pemberian obat 2. pemberian pengobatan termasuk nutrisi 3. pengambilan spesimen 4. sebelum melakukan prosedur diagnostik / terapeutik. Pengukuran dilakukan terpisah untuk masing-masing proses tersebut diatas dan menghasilkan lima sub indikator yaitu: 1. Kepatuhan pengecekan identitas pasien sebelum pemberian obat 2. Kepatuhan pengecekan identitas pasien sebelum pengobatan termasuk pemberian nutrisi pada diet khusus 3. Kepatuhan pengecekan identitas pasien sebelum pengambilan spesimen pemeriksaan 4. Kepatuhan pengecekan identitas pasien sebelum melakukan pemeriksaan / pelaksanaan prosedur diagnostik dan terapi
----------	--

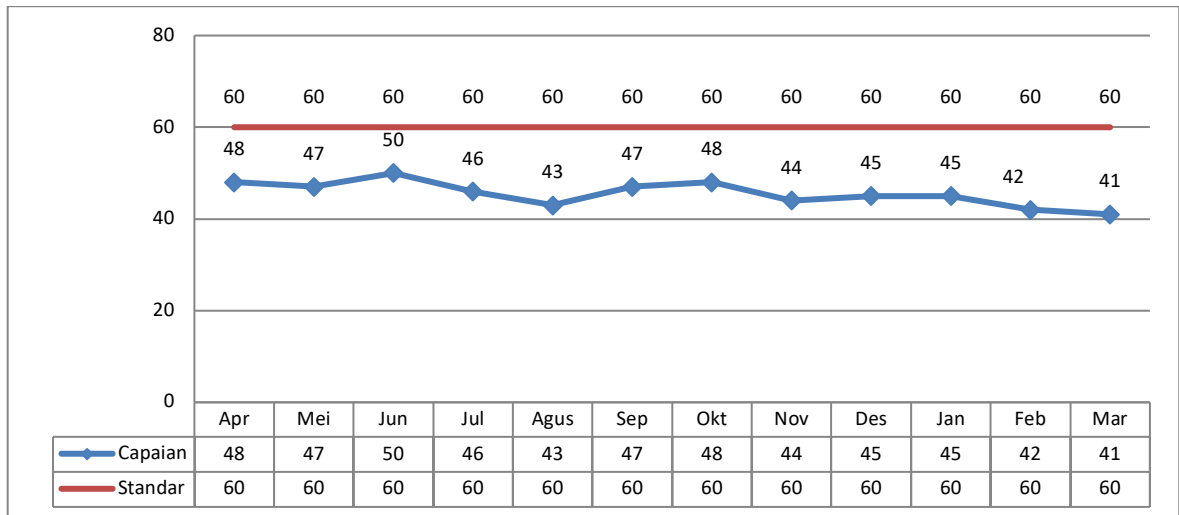
Numerator	Jumlah proses yang telah dilakukan identifikasi secara benar
Denominator	Jumlah proses pelayanan yang diobservasi
Analisa	Berdasarkan grafik di atas, didapatkan bahwa grafik menunjukkan peningkatan kepatuhan petugas / staf dalam melakukan proses identifikasi pasien dengan benar. Grafik menunjukkan bahwa pada Maret 2020 kepatuhan petugas / staf telah mencapai standar yang ditetapkan yakni 100%
Kendala	Pasien enggan menyebutkan identitas bila sudah dilakukan di unit lain pada proses sebelumnya. Staf diagnostik ingin cepat menyelesaikan pemeriksaan
Rekomendasi	Tingkatkan pengetahuan pasien tujuan pelaksanaan identifikasi. Edukasi staf tentang pentingnya pelaksanaan identifikasi

2. Waktu Tanggap Pelayanan Gawat Darurat < 5 Menit



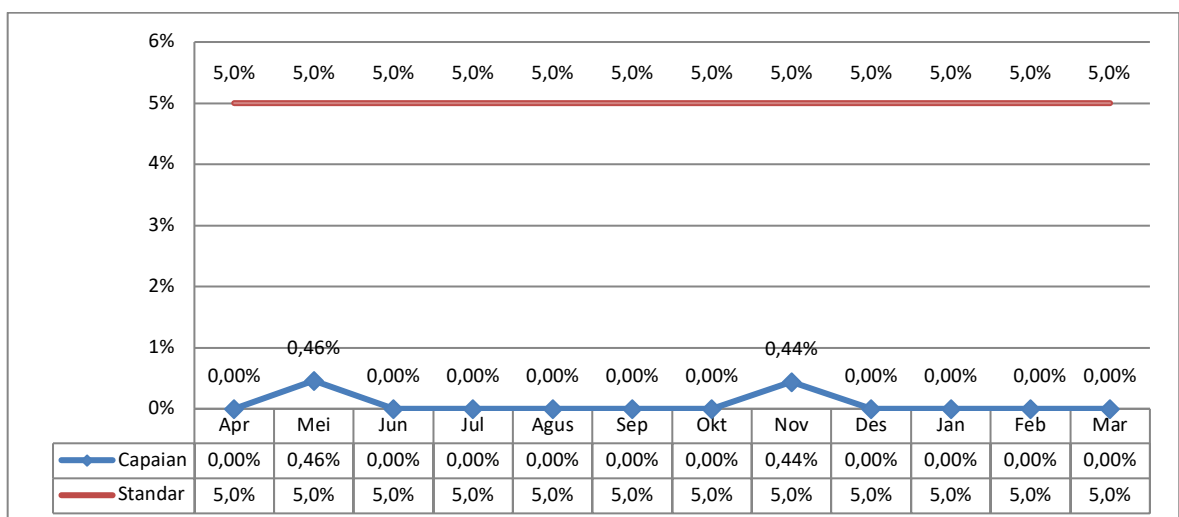
Definisi	Emergency Response Time (Waktu Tanggap Pelayanan Emergency) adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dilakukan Triage di UGD sampai mendapat pelayanan dokter. Triage adalah usaha pemilahan pasien sebelum ditangani berdasarkan tingkat kegawatdaruratan / trauma/ penyakit dengan mempertimbangkan prioritas penanganan dan sumber daya yang ada.
Numerator	Jumlah pasien gawat darurat yang mendapatkan pelayanan kegawatdaruratannya dalam waktu ≤ 5 menit.
Denominator	Jumlah seluruh pasien pasien gawat darurat yang mendapatkan pelayanan kegawatdaruratan di Rumah Sakit Khusus Mata SMEC
Analisa	Berdasarkan grafik di atas, diketahui bahwa waktu tanggap pelayanan gawat darurat < 5 menit sudah mencapai standar yang ditetapkan yakni sebesar 100% sepanjang periode April 2019 – Maret 2020.
Kendala	-
Rekomendasi	Pertahankan dan tingkatkan pencapaian tanggap pelayanan gawat darurat

3. Waktu Tunggu Rawat Jalan



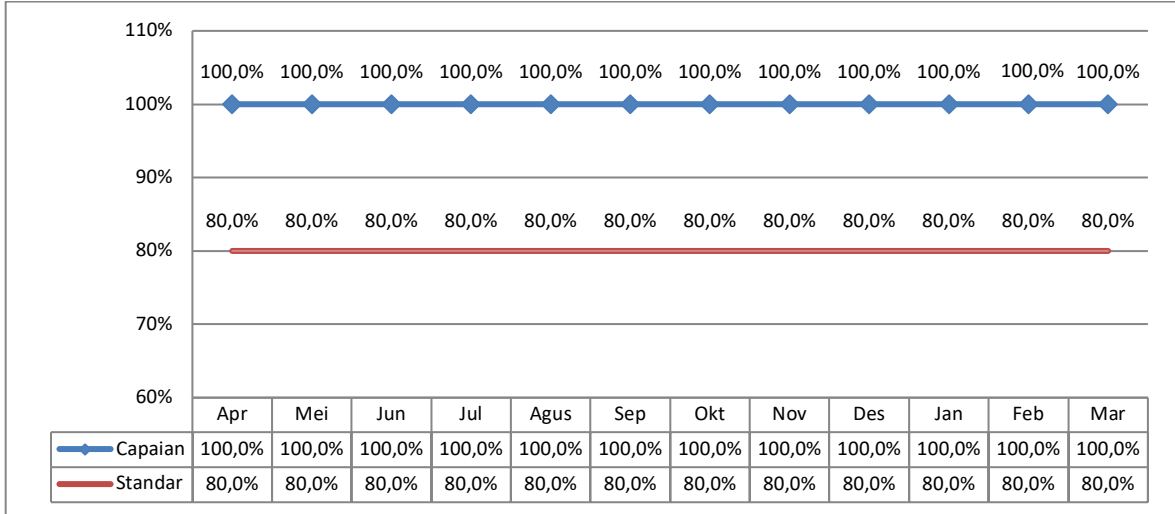
Definisi	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ) adalah rata-rata waktu yang diperlukan mulai dari pasien yang sudah terdaftar tiba di unit rawat jalan sampai dilayani dokter
Numerator	Jumlah waktu pasien yang sudah terdaftar sejak tiba di unit rawat jalan sampai dengan dilayani dokter
Denominator	Jumlah pasien rawat jalan
Analisa	Berdasarkan grafik di atas, diketahui sepanjang periode April 2019 – Maret 2020, waktu tunggu rawat jalan sudah mencapai standar yang ditetapkan (<60 menit). diketahui bahwa secara keseluruhan terjadi percepatan pelayanan (tren positif), bila dibandingkan periode awal pengukuran
Kendala	Potensi permasalahan bila load pasien semakin meningkat
Rekomendasi	Pertahankan dan tingkatkan pencapaian waktu tunggu < 60 menit. Upayakan pengaturan jumlah pasien dengan sistem penjadwalan kontrol ulang yang baik

4. Penundaan Operasi Elektif



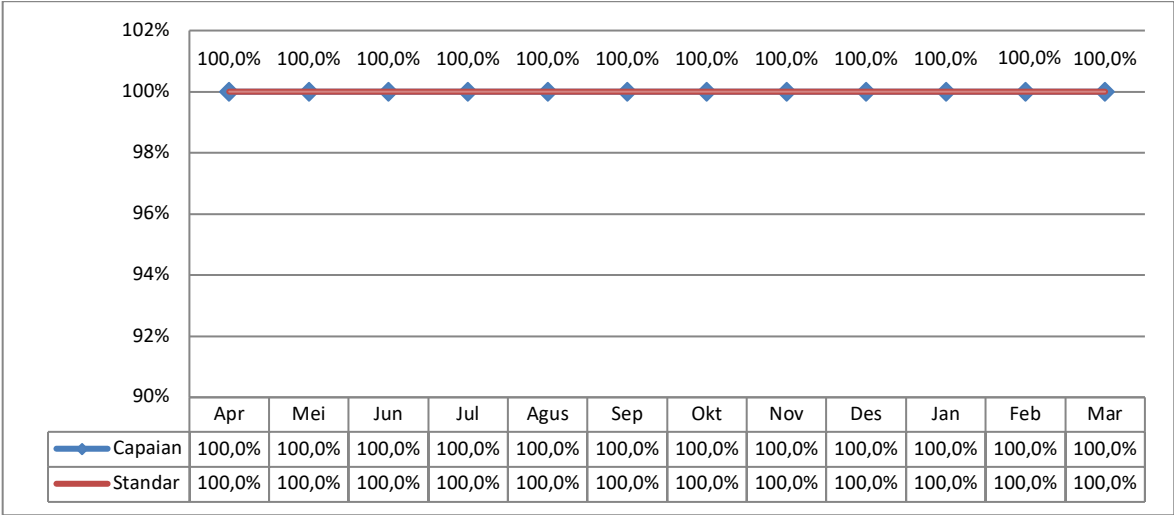
Definisi	Penundaan operasi elektif adalah perubahan jadwal operasi yang direncanakan atau dijadwalkan
Numerator	Jumlah pasien yang waktu jadwal operasinya berubah
Denominator	Jumlah pasien operasi elektif
Analisa	Berdasarkan grafik di atas, diketahui sepanjang periode April 2019 – Maret 2020, hanya terjadi penundaan operasi elektif pada bulan Mei (0.46%) dan November (0.44%). Sedangkan pada bulan lain tidak tercatat terjadi penundaan operasi elektif. Hal ini menunjukkan bahwa pelaksanaan dan penjadwalan operasi elektif sudah mencapai standar yang ditetapkan yakni (<5%)
Kendala	Potensi penundaan bila dokter memiliki agenda pertemuan di luar
Rekomendasi	Pertahankan dan tingkatkan pencapaian ini. Koordinasi dengan pihak terkait sehubungan dengan jadwal dokter yang bersangkutan. Beri pemahaman pada dokter agar memberikan informasi selambat – lambatnnya 1 minggu sebelum kegiatan tersebut

5. Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis



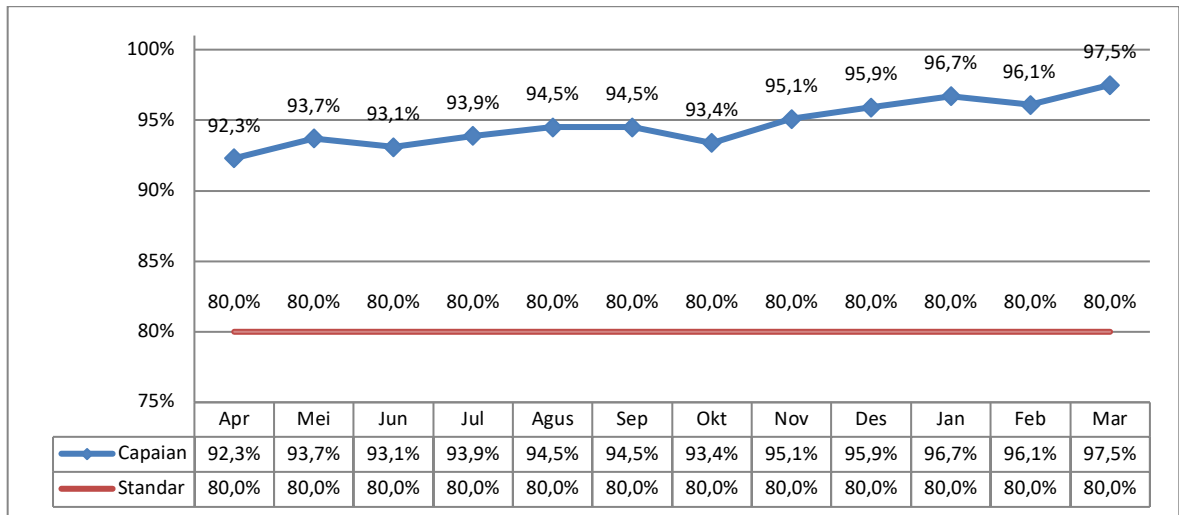
Definisi	Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis sebagai DPJP adalah kunjungan dokter spesialis untuk melihat perkembangan pasien yang menjadi tanggung jawabnya setiap hari jam 08:00 dan sebelum jam 14.00 termasuk hari libur.
Numerator	Jumlah visite dokter spesialis sebelum jam 14:00 pada hari berjalan
Denominator	Jumlah visite dokter spesialis pada hari berjalan
Analisa	Berdasarkan grafik di atas, diketahui bahwa sepanjang periode April 2019 – Maret 2020, pelayanan visite dokter spesialis sudah dilakukan sesuai ketentuan yakni selambat – lambatnnya pada jam 14.00 setiap hari, dengan pencapaian 100%.
Kendala	-
Rekomendasi	Pertahankan pencapaian ini. Selalu upayakan waktu visite dokter pada pukul 08.00 s/d 10.00 setiap harinya termasuk hari libur

6. Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Laboratorium



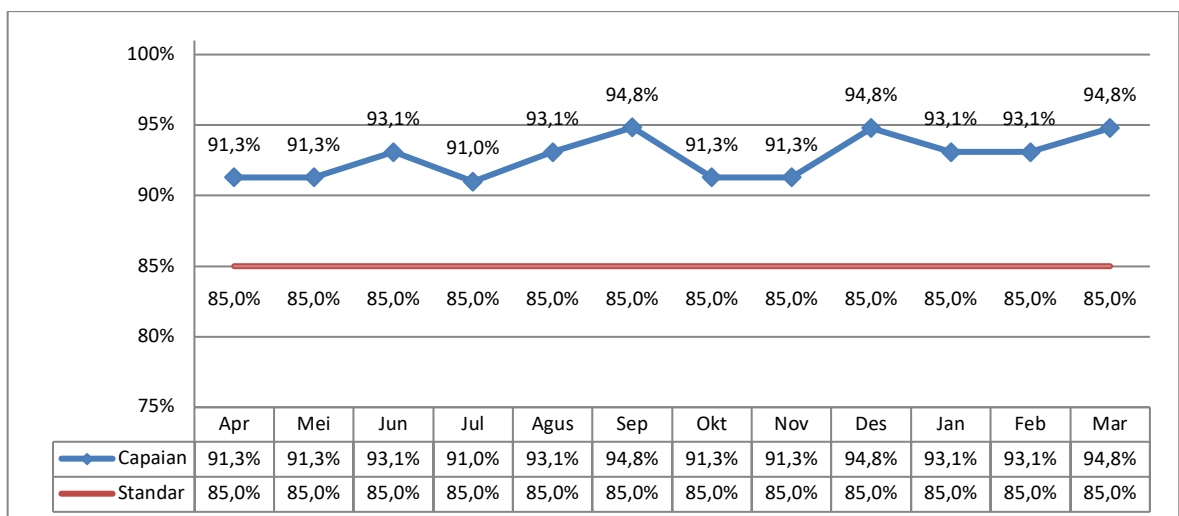
Definisi	Waktu lapor hasil tes kritis laboratorium adalah waktu yang diperlukan untuk memberikan jawaban kepada dokter yang mengirim setelah keluar hasil pemeriksaan dan mulai dibaca oleh Dokter/ Analis Laboratorium sampai hasilnya diterima oleh dokter yang mengirim (lisan atau tulisan). Ketentuan standar waktu yakni laporan harus diterima oleh dokter yang mengirim dalam waktu kurang dari 30 (tiga puluh) menit baik secara lisan maupun tulisan. Yang dimaksud dengan kritis adalah hasil pemeriksaan yang termasuk dalam kategori kritis yang ditetapkan dengan kebijakan rumah sakit. RED Category Condition adalah keadaan yang masuk dalam kondisi kategori kritis atau yang memerlukan penatalaksanaan segera. Waktu tunggu yang memanjang dapat berakibat menurunkan kepercayaan terhadap layanan laboratorium dan memperpanjang diagnosa dan terapi penderita
Numerator	Jumlah hasil pemeriksaan laboratorium dengan kategori kritis yang dilaporkan < 30 menit
Denominator	Jumlah seluruh hasil pemeriksaan laboratorium dengan kategori kritis
Analisa	Berdasarkan grafik di atas, diketahui bahwa sepanjang periode April 2019 – Maret 2020, pencapaian waktu lapor hasil tes kritis laboratorium seluruhnya sudah mencapai standar yang ditetapkan yakni kurang dari 30 menit.
Kendala	Potensi kecepatan waktu lapor tidak tercapai mengingat pelayanan laboratorium merupakan salah satu pelayanan yang dikontrakkan. sehingga perlu dilakukan monitoring dan evaluasi sesuai ketentuan
Rekomendasi	Sosialisasikan kategori hasil tes kritis yang termasuk RED Category Condition kepada seluruh staf. Tingkatkan pengawasan pelaporan hasil laboratorium kritis oleh pihak laboratorium

7. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional



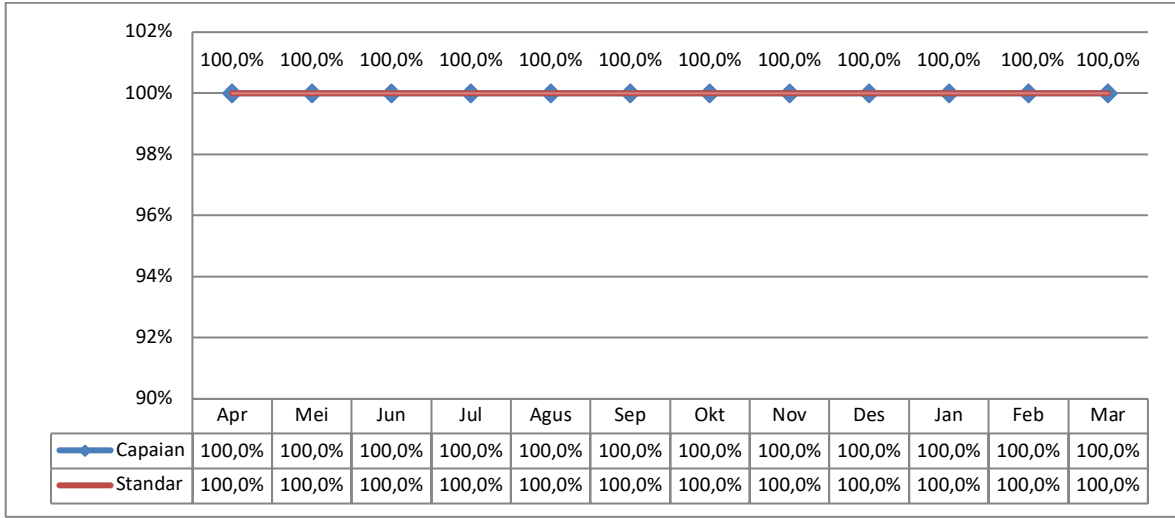
Definisi	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional adalah kepatuhan para dokter meresepkan obat kepada pasien sesuai dengan daftar obat-obatan Formularium Nasional. Dikatakan patuh bila seluruh obat dalam resep mengikuti formularium nasional.
Numerator	Frekuensi peresepan obat oleh staf medis / DPJP sesuai Formularium Nasional
Denominator	Jumlah seluruh resep obat yang ditulis oleh staf medis / DPJP
Analisa	Berdasarkan grafik di atas, diketahui bahwa sepanjang periode April 2019 – Maret 2020, kepatuhan staf medis / DPJP dalam meresepkan obat sesuai formularium nasional sudah pelayanan mencapai standar yang ditetapkan yakni 80%. Persentase kepatuhan staf medis pada awal periode adalah sebesar 92.3% dan naik menjadi 97.5% pada akhir periode
Kendala	Beberapa daftar obat tetes mata (kombinasi antibiotik dan anti inflamasi) masih belum termasuk ke dalam formularium nasional.
Rekomendasi	Pertahankan pencapaian ini. Beri informasi kepada staf medis / DPJD untuk tetap membuat peresepan obat sesuai formularium nasional. Tingkatkan standar pencapaian kepatuhan hingga 100% pada periode berikutnya

8. Kepatuhan Cuci Tangan



Definisi	Mencuci tangan merupakan suatu proses yang secara mekanis melepaskan kotoran dan debris dari kulit tangan dengan menggunakan: 1. Sabun dan air mengalir / <i>Handwash</i> 2. Antiseptik berbasis alkohol / <i>Handrub</i> Kepatuhan cuci tangan adalah ketaatan petugas dalam melakukan prosedur cuci tangan dengan menggunakan metode 6 langkah dan 5 momen. Lima momen yang dimaksud adalah : 1. Sebelum kontak dengan pasien 2. Sebelum melaksanakan tindakan aseptik 3. Setelah kontak dengan pasien 4. Setelah kontak dengan cairan tubuh pasien 5. Setelah kontak dengan alat dan lingkungan sekitar pasien.
Numerator	Frekuensi PPA melakukan 6 langkah cuci tangan (5 moment)
Denominator	Frekuensi PPA melakukan / tidak melakukan 6 langkah cuci tangan (5 moment)
Analisa	Berdasarkan grafik di atas, diketahui bahwa sepanjang periode April 2019 – Maret 2020, kepatuhan PPA dalam mencuci tangan sudah berada di atas standar yang telah ditetapkan. Adapun kepatuhan terendah berada di bulan April 2019 yakni sebesar 91%, dan secara umum menunjukkan tren peningkatan hingga mencapai angka 94.8% pada akhir periode
Kendala	Potensi ketidakpatuhan PPA dalam mencuci tangan dapat menurun seiring jumlah pengunjung yang semakin meningkat
Rekomendasi	Tingkatkan pencapaian / tren positif ini. Lanjutkan sosialisasi tentang pentingnya pelaksanaan cuci tangan dengan 6 langkah dan 5 momen.

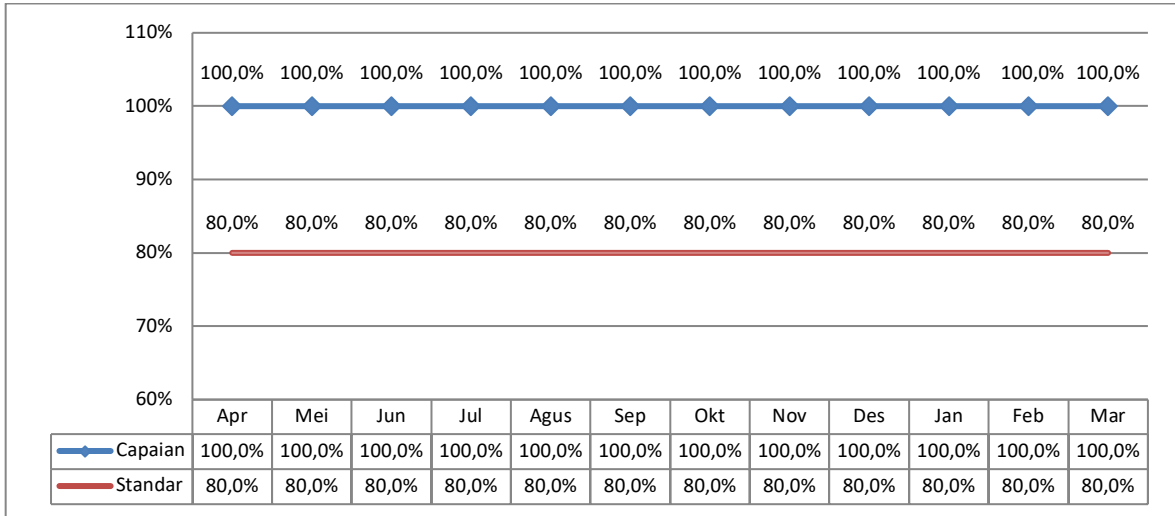
9. Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Cedera Akibat Pasien Jatuh Pada Pasien Rawat Inap



Definisi	Upaya pencegahan jatuh meliputi : 1. Screening di rawat jalan/ IGD 2. Asesmen awal risiko jatuh 3. Assesment Ulang risiko jatuh 4. Edukasi pencegahan pasien jatuh. Disebut patuh apabila melaksanakan seluruh upaya pencegahan jatuh pada pasien yang berisiko sesuai dengan standar yang ditetapkan oleh rumah sakit.
Numerator	Frekuensi pelaksanaan upaya pencegahan pasien jatuh
Denominator	Jumlah pasien yang beresiko jatuh
Analisa	Berdasarkan grafik di atas, diketahui bahwa sepanjang periode April 2019 – Maret 2020, kepatuhan petugas terkait upaya pencegahan risiko cedera

	akibat pasien jatuh pada pasien rawat inap seluruhnya mencapai standar yang telah ditetapkan yakni 100%.
Kendala	Pada saat load pasien rawat inap dengan resiko jatuh meningkat, pelaksanaan upaya pencegahan risiko cedera akibat pasien jatuh di rawat inap beberapa kali harus dilakukan dibawah supervisi kepala unit demi memperoleh pencapaian standar
Rekomendasi	Pertahankan pencapaian dan lanjutkan monitoring dan evaluasi kepatuhan petugas terkait upaya pencegahan risiko cedera akibat pasien jatuh pada pasien rawat inap

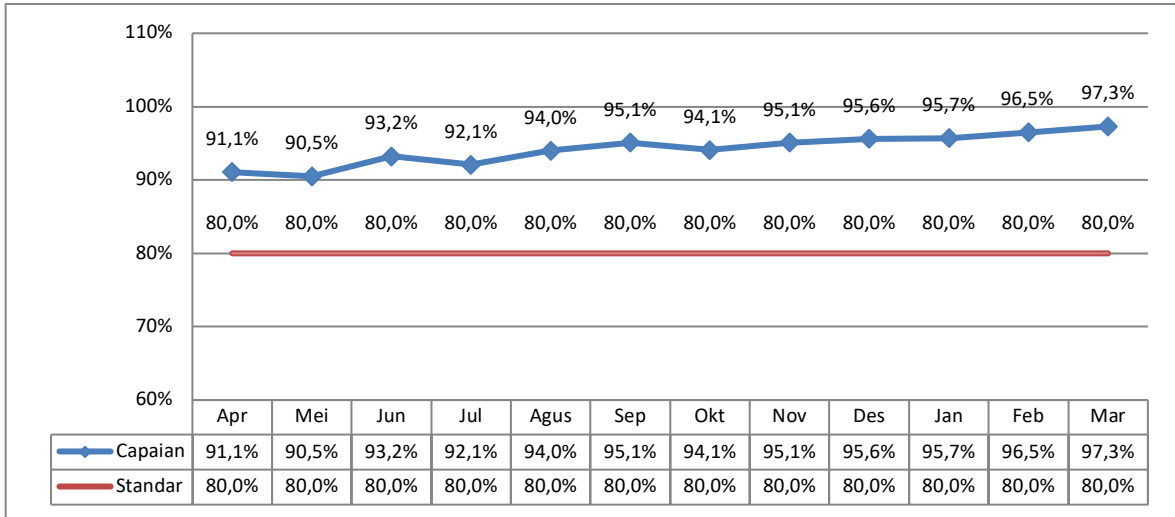
10. Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway



Definisi	Kepatuhan terhadap clinical pathway adalah kepatuhan para staf medis/DPJD dalam menggunakan clinical pathway untuk memberikan asuhan klinis pasien secara terstandarisasi dan terintegrasi sehingga dapat meminimalkan adanya variasi proses asuhan klinis. Rumah Sakit Khusus Mata SMEC menetapkan 5 clinical pathway sesuai dengan prioritas pelayanan yang telah ditetapkan yakni pelayanan katarak, yakni sebagai berikut: 1. Katarak senilis matur 2. Katarak senilis imatur 3. Katarak kongenital 4. Katarak juveinil 5. Katarak traumatika Setiap clinical pathway mampu menunjukkan komponen standar LOS, obat, dan penunjang. Disebut patuh apabila mengikuti ketiga proses asuhan yang telah distandarisasi dalam clinical pathway tersebut
Numerator	Frekuensi kasus yang pelaksanaan sesuai / patuh terhadap clinical pathway
Denominator	Jumlah pasien yang dirawat sesuai clinical pathway yang telah ditetapkan
Analisa	Berdasarkan grafik di atas, diketahui bahwa sepanjang periode April 2019 – Maret 2020, kepatuhan staf medis / DPJP terhadap pemberian asuhan klinis sesuai dengan clinical pathway seluruhnya sudah melampaui standar yang telah ditetapkan (80%). Secara keseluruhan proses pelayanan yang diberikan oleh staf medis / DPJP sesuai dengan standar clinical pathway yang telah ditetapkan dengan peresentase (100%).
Kendala	Pada saat kondisi tertentu / terjadi suatu perubahan status kesehatan pasien / perburukan selama masa perawatan, persentase kepatuhan berpotensi mengalami penurunan dikarenakan tindakan – tindakan medis / pengobatan

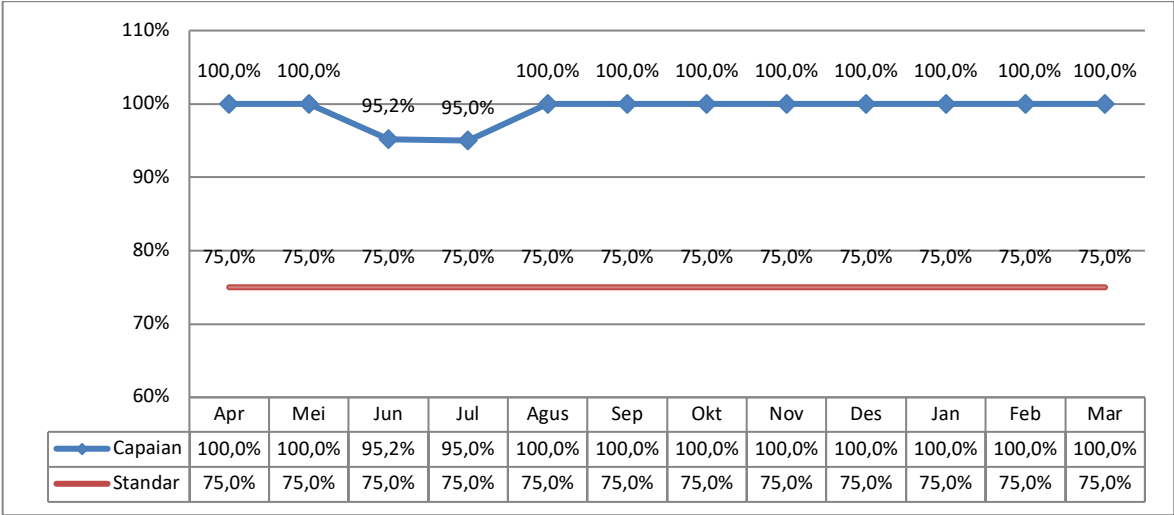
	alternatif lain yang mungkin akan diambil oleh staf medis / DPJP
Rekomendasi	Pertahankan pencapaian dan lanjutkan monitoring dan evaluasi kepatuhan staf medis / DPJP dalam memberikan asuhan klinis sesuai clinical pathway. Bila terjadi suatu kondisi keadaan yang mengharuskan staf medis / DPJP mengambil tindakan tertentu di luar standar clinical pathway maka diupayakan untuk memberikan asuhan klinis sesuai dengan keadaan pasien tersebut.

11. Kepuasan Pasien dan Keluarga



Definisi	- Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap jasa pelayanan kesehatan yang diberikan oleh rumah sakit. Kepuasan pelanggan dapat dicapai apabila pelayanan yang diberikan sesuai atau melampaui harapan pelanggan. Hal ini dapat diketahui dengan melakukan survei kepuasan pelanggan untuk mengetahui tingkat kepuasan pelanggan dengan mengacu pada kepuasan pelanggan berdasarkan Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM). - Pemantauan dan pengukuran Kepuasan Pasien dan Keluarga adalah kegiatan untuk mengukur tingkatan kesenjangan pelayanan rumah sakit yang diberikan dengan harapan pasien dan keluarga terhadap unit pelayanan meliputi Rawat Jalan, Unit Refraksi, Rawat Inap, Kamar Bedah, Gawat Darurat, farmasi dan kasir, bagian pendaftaran, edukasi dan informasi, dan optik.
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang dilakukan survei
Denominator	Jumlah pasien yang dilakukan survei
Analisa	Berdasarkan grafik di atas, diketahui bahwa sepanjang periode April 2019 – Maret 2020, persentase kepuasan pasien dan keluarga sudah mencapai standar yang telah ditetapkan. Persentase pada awal periode yakni April 2019, tingkat kepuasan sebesar 91.1%. Sedangkan persentase di akhir periode yakni Maret 2020 mencapai 97.3%
Kendala	Potensi penurunan kepuasan pasien dan keluarga dapat saja terjadi ditengah perkembangan informasi dan teknologi serta harapan konsumen yang semakin besar
Rekomendasi	Pertahankan pencapaian dan tingkatkan pencapaian persentase tingkat kepuasan pasien dan keluarga. Tingkatkan komitmen kepada seluruh staf untuk selalu memberikan pelayanan maksimal kepada pasien.

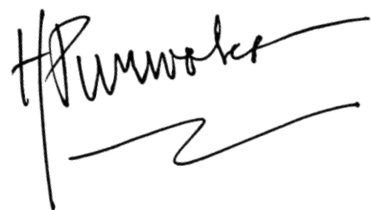
12. Kecepatan Respon Terhadap Komplain



Definisi	Kecepatan respon terhadap komplain adalah kecepatan Rumah Sakit dalam menanggapi komplain baik tertulis, lisan atau melalui massa media yang sudah diidentifikasi tingkat risiko dan dampak risiko dengan penetapan grading / dampak risiko berupa ekstrim (merah), Tinggi (kuning), Rendah (hijau), dan dibuktikan dengan data, dan tindak lanjut atas respon time komplain tersebut sesuai dengan kategorisasi/grading/dampak risiko. Warna Merah : Cenderung berhubungan dengan polisi, pengadilan, kematian, mengancam sIstem/kelangsungan organisasi, potensi kerugian material, dll. Warna Kuning : Cendrung berhubungan dengan pemberitaan media, potensi kerugian di material, dll. Warna Hijau : Tidak menimbulkan kerugian berarti baik material maupun immaterial Kriteria Penilaian : - Melihat data rekapitulasi komplain yang dikategorikan merah, kuning, hijau - Melihat data tindak lanjut komplain setiap kategori yang dilakukan dalam kurun waktu sesuai standar - Membuat persentase jumlah komplain yang ditindaklanjuti terhadap seluruh komplain disetiap kategori - Komplain kategori merah (KKM) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 1x24 jam - Komplain kategori kuning (KKK) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 3 hari - Komplain kategori hijau (KKH) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 7 hari
Numerator	Jumlah KKM, KKK dan KKH yang sudah ditanggapi dan ditindaklanjuti tepat waktu
Denominator	Jumlah seluruh KKM, KKK dan KKH
Analisa	Berdasarkan grafik di atas, diketahui bahwa sepanjang periode April 2019 – Maret 2020, persentase kecepatan respon terhadap komplain berada diatas standar yang telah ditetapkan. Angka pencapaian sepanjang periode sudah mencapai 100%, meskipun sempat terjadi sedikit penurunan pada bulan Juni yakni sebesar 95.2% dan Juli sebesar 95% dimana angka tersebut sudah mencapai standar yang telah ditetapkan (75%).
Kendala	Angka kejadian komplain yang kemungkinan dapat terus meningkat harus dikendalikan dan ditangani melalui sistem teknologi informasi sesuai dengan perkembangan.

Rekomendasi	Pertahankan progres pencapaian seperti akhir periode. Koordinasi dengan tim terkait agar terus mengupayakan peningkatan sistem penerimaan dan pelaporan komplain melalui dukungan sistem teknologi informasi
-------------	--

Medan, 10 April 2020
Ketua Komite PMKP,



dr. Heri Purwoko, SpM (K)

Direktur Rumah Sakit Khusus Mata SMEC,



dr. Dharmayanti, M. Kes

