



UPTD. RSUD GEMA SANTI
NUSA PENIDA

2024



LAPORAN PMKP TRIWULAN II TAHUN 2024

- CAPAIAN INDIKATOR MUTU
- INSIDEN KESELAMATAN PASIEN
- PEMANTAUAN CLINICAL PATHWAY

UPTD. RSUD GEMA SANTI



Jalan Pendidikan, Br. Nyuh, Desa Ped, Nusa Penida



<https://rs-gemasanti.klungkungkab.go.id>



(0366) 5581160



rspratama.gemasanti@gmail.com

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas rahmat dan karunia- Nya sehingga penyusunan Laporan PMKP Triwulan II Tahun 2024 RSUD Gema Santi dapat diselesaikan.

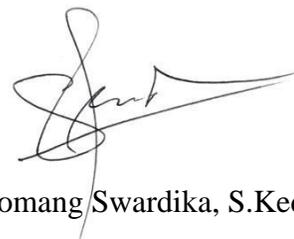
Laporan PMKP Triwulan II Tahun 2024 disusun sebagai gambaran baik bagi seluruh staf rumah sakit, Direktur maupun Dewan Pengawas tentang kualitas mutu pelayanan dan tingkat keselamatan pasien di RSUD Gema Santi. Selain itu, laporan ini dapat menjadi acuan bagi pimpinan rumah sakit serta pihak yang terlibat dalam usaha perbaikan untuk mencapai mutu rumah sakit yang lebih baik lagi.

Laporan PMKP Triwulan II Tahun 2024 ini semoga dapat digunakan sebagaimana mestinya, sehingga bermanfaat bagi seluruh petugas untuk membudayakan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

Terima kasih kepada Komite, Instalasi, unit dan seluruh Tim yang telah bahu membahu menyusun laporan ini, semoga bermanfaat bagi RSUD Gema Santi untuk mewujudkan mutu pelayanan rumah sakit yang berkualitas yang selalu mengutamakan keselamatan pasien.

Ped, 23 Juli 2024

Ketua Komite Mutu



dr. I Komang Swardika, S.Ked

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien di UPTD. RSUD Gema Santi Nusa Penida merupakan suatu proses penerapan fungsi-fungsi manajemen dalam pelayanan/asuhan pasien meliputi perencanaan, pengorganisasian, ketenagaan, pengarahan dan evaluasi. Jika fungsi-fungsi ini dilaksanakan dengan baik maka kualitas pelayanan/asuhan pasien akan terus meningkat. Rumah Sakit Umum Daerah Gema Santi Nusa Penida merupakan suatu institusi pelayanan kesehatan yang secara terstruktur, saat ini sedang dalam tahap pengembangan diri dengan melakukan perbaikan - perbaikan internal dan eksternal termasuk memperbaiki visi, misi, struktur organisasi, sarana prasarana, pemasaran, pengembangan dan keuangan. Dalam pengembangan pelayanan yang ada saat ini diharapkan Rumah Sakit Umum Daerah Gema Santi Nusa Penida menjadi lebih profitable di masa yang akan datang serta mampu memfokuskan diri pada pelayanan unggulannya yang pada akhirnya akan memberikan manfaat yang maksimal kepada masyarakat.

Berdasarkan hal tersebut diatas, agar program peningkatan mutu pelayanan rumah sakit dapat tercapai seperti yang diharapkan maka Komite Mutu RSUD Gema Santi Nusa Penida menyusun Pedoman Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP). Pedoman ini diharapkan menjadi acuan bagi pimpinan dan staf RSUD dalam mengelola program PMKP. Dengan demikian tersusun suatu program kerja peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

Untuk memberikan pelayanan dengan mengutamakan mutu, keselamatan dan kepuasan pasien RSUD Gema Santi Nusa Penida melakukan kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang sesuai dengan Standar Akreditasi Rumah Sakit Kementerian Kesehatan (STARKES) tahun 2022. Kegiatan ini dilakukan di setiap instalasi terkait untuk mengukur kinerja pelayanan rumah sakit dan sebagai manajemen kontrol untuk mendukung pengambilan keputusan.

Laporan PMKP Triwulan II Tahun 2024 ini dibuat untuk mengevaluasi perkembangan hasil pemantauan indikator mutu yang diambil oleh instalasi / unit kerja setiap Triwulan pada tahun 2024.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien di RSUD Gema Santi Nusa Penida secara paripurna dan berkesinambungan.

2. Tujuan Khusus

- a. Meningkatkan kinerja Komite Mutu dan berkolaborasi dengan Tim/Komite lainnya
- b. Meningkatkan peran manajemen dan seluruh staf Rumah Sakit dalam mendukung program PMKP.
- c. Tersusunnya program PMKP RSUD Gema Santi Nusa Penida
- d. Tersusunnya kebijakan dan standar prosedur operasional tentang PMKP
- e. Bersama dengan tim diklat RS menyelenggarakan pelatihan–pelatihan tentang PMKP
- f. Tersusunnya pencatatan dan pelaporan indikator, validasi dan analisis data serta PDSA sebagai metode melaksanakan kegiatan PMKP.
- g. Tersusunnya sistem monitoring pelayanan RS melalui beberapa indikator mutu dan keselamatan pasien di RS
- h. Memberikan masukan dan pertimbangan kepada direktur RS, dewan pengawas, dan pemilik dalam rangka pengambilan kebijakan terkait PMKP.

BAB II

KEGIATAN YANG DILAKSANAKAN

A. Kegiatan Pokok

Adapun Kegiatan yang dilaksanakan pada Tahun 2024 periode April - Juni yaitu pemantauan Capaian Indikator Mutu meliputi Indikator Nasional Mutu (INM), Indikator Prioritas Rumah Sakit (IMP-RS), Indikator Mutu Unit (IMP-Unit), Pemantauan Kepatuhan terhadap Clinical Pathway dan Pemantauan Insiden Keselamatan Pasien.

INDIKATOR MUTU NASIONAL

1. Kepatuhan kebersihan tangan
2. Kepatuhan penggunaan alat pelindung diri
3. Kepatuhan identifikasi pasien
4. Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi
5. Waktu tunggu rawat jalan
6. Penundaan operasi elektif
7. Kepatuhan waktu visite dokter
8. Pelaporan hasil kritis laboratorium
9. Kepatuhan penggunaan formularium nasional
10. Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway)
11. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh
12. Kecepatan waktu tanggap komplain
13. Kepuasan pasien

INDIKATOR MUTU PRIORITAS RS

1. Indikator Sasaran Keselamatan Pasien
 - a. Kepatuhan *handover* pada saat transfer pasien
 - b. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat pada pasien bedah
 - c. Persentase pelaksanaan prosedur marking site pada pasien bedah
2. Indikator Layanan Klinis
 - a. Kepatuhan penggunaan clinical pathway pneumonia dan anemia
3. Indikator Manajemen Risiko
 - a. Kepatuhan Pembersihan Lingkungan Rumah Sakit

4. Indikator Sesuai Tujuan Strategis Rumah Sakit
 - a. Penerapan Rekam Medis Elektronik di RSUD Gema Santi Nusa Penida
5. Indikator Terkait Perbaikan Sistem
 - a. Kepuasan Pasien Rawat Jalan

INDIKATOR MUTU UNIT

1. Dokter pemberi pelayanan di poliklinik spesialis
2. Pemberi pelayanan IGD yang bersertifikat BLS/PPDG/ALS
3. Pertolongan persalinan melalui Seksio Cesaria
4. Pelaksanaan inisiasi menyusui dini
5. Kejadian pulang paksa sebelum dinyatakan sembuh
6. Pemberi pelayanan unit intensif
7. Ketersediaan CPAP di NICU
8. Tidak ada operasi salah orang
9. Kelengkapan pengisian RM 24 jam setelah selesai pelayanan
10. Waktu tanggap pemulasaran jenazah
11. Tidak ada tagihan pasien rawat jalan yang tertukar
12. Kepatuhan pelaporan survei kepuasan pasien dan keluarga
13. Pemberian penyuluhan pada pasien dan pengunjung
14. Tidak adanya kesalahan dalam pemberian obat
15. Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil lab
16. Waktu tunggu hasil pelayanan lab
17. Angka kejadian reaksi transfusi
18. Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi
19. Waktu tunggu pelayanan thorax foto
20. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat
21. Kecepatan waktu pemeliharaan unit
22. Peralatan yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi
23. Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai aturan
24. Tidak ada kejadian linen hilang
25. Kelengkapan pengisian rekam medis gizi
26. Waktu tunggu pelayanan admission pada pasien Rawat Inap
27. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun

PEMANTAUAN KEPATUHAN CLINICAL PATHWAY

Alur Klinis (*Clinical Pathway*) adalah rencana detail setiap pelayanan yang akan diberikan oleh profesional pemberi asuhan lainnya dengan cara menerjemahkan pedoman nasional pelayanan kedokteran dan/atau pedoman lainnya berdasarkan praktik berbasis bukti (*evidence based practice*) sesuai dengan kebutuhan pelayanan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan dari pengkajian, tindakan, pengobatan, hasil luaran, dan rencana perawatan mulai pasien masuk sampai pasien keluar dari rumah sakit berdasarkan waktu yang telah ditetapkan.

Clinical Pathway sesuai Indikator Nasional Mutu:

1. Human Immunodeficiency Virus (HIV)
2. Tuberkulosis Paru
3. Diabetes Mellitus
4. Keganasan
5. Hipertensi

Clinical Pathway sesuai Prioritas Rumah Sakit:

1. Pneumonia
2. Anemia

INSIDEN KESELAMATAN PASIEN

Insiden keselamatan pasien yang selanjutnya disebut insiden adalah setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien, terdiri dari Kejadian Tidak Diharapkan, Kejadian Nyaris Cedera, Kejadian Tidak Cedera dan Kejadian Potensial Cedera

1. Kejadian Tidak Diharapkan, selanjutnya disingkat KTD adalah insiden yang mengakibatkan cedera pada pasien.
2. Kejadian Nyaris Cedera, selanjutnya disingkat KNC adalah terjadinya insiden yang belum sampai terpapar ke pasien.
3. Kejadian Tidak Cedera, selanjutnya disingkat KTC adalah insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak timbul cedera.
4. Kondisi Potensial Cedera, selanjutnya disingkat KPC adalah kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden.
5. Kejadian sentinel adalah suatu KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius.

BAB III
HASIL KEGIATAN

A. Capaian Indikator Nasional Mutu, Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit dan Indikator Mutu Prioritas Unit

Tabel 1. Capaian Indikator Mutu Nasional

No	Indikator	Pencapaian			Rata-Rata RS	Rata-Rata RS Lain Setara	Target
		April	Mei	Juni			
1	Kepatuhan kebersihan tangan	82.5%	82.4%	85.2%	83,4%	84.7%	≥85%
2	Kepatuhan penggunaan alat pelindung diri	86.8%	87.1%	90.4%	88.1%	100%	100%
3	Kepatuhan identifikasi pasien	100%	100%	100%	100%	100%	100%
4	Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi	Nihil	100%	0%	50%	0%	≥80%
5	Waktu tunggu rawat jalan	100%	94.8%	91.1%	95.3%	91.7%	≥80%
6	Penundaan operasi elektif	0%	0%	0%	0%	0%	<5%
7	Kepatuhan waktu visite dokter	100%	100%	100%	100%	100%	≥80%
8	Pelaporan hasil kritis laboratorium	100%	100%	100%	100%	100%	100%
9	Kepatuhan penggunaan formularium nasional	98.8%	99.1%	99%	99%	99%	≥80%
10	Kepatuhan terhadap alur klinis (<i>clinical pathway</i>)	0%	0%	0%	0%	80%	≥80%
11	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh	100%	100%	100%	100%	100%	100%
12	Kecepatan waktu tanggap komplain	100%	100%	Nihil	100%	100%	≥80%
13	Kepuasan Pasien	90.92			90.92	81.14	90.92

Tabel 2. Capaian Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit

No	Indikator	Pencapaian				Target
		Januari	Februari	Maret	Rata-Rata	
1.	Kepatuhan <i>Handover</i> pada saat transfer pasien	100%	100%	100%	100%	100%
2.	Kepatuhan Penyimpanan Obat <i>High Alert</i>	100%	100%	100%	100%	100%
3.	Prosentase pelaksanaan prosedur markingsite pada pasien bedah	100%	100%	100%	100%	100%
4.	Kepatuhan Penggunaan <i>Clinical Pathway</i> Pneumonia & Anemia	0%	0%	0%	0%	≥80%
5.	Penerapan Rekam Medis Elektronik di RSUD Gema Santi	100%	100%	100%	100%	100%
9.	Kepuasan Pasien Rawat Jalan					≥90
10.	Kepatuhan Pembersihan Rumah Sakit	100%	100%	100%	100%	80%

Tabel 3. Capaian Indikator Unit Kerja

No	Indikator	Unit	Pencapaian				Target
			April	Mei	Juni	Rata-Rata	
1	Dokter pemberi pelayanan di poliklinik spesialis	Rawat Jalan	89.6%	90%	88.2%	89.3%	100%
2	Pemberi pelayanan IGD yang bersertifikat BLS/PPDG/ALS	IGD	84.6%	84.6%	84.6%	84.6%	100%
3	Pertolongan persalinan melalui Seksio Cesaria	VK	61.4%	65.1%	71.4%	66%	<20%
4	Pelaksanaan inisiasi menyusui dini		Stabil 100% dan akan diganti dengan indikator terbaru				100%
5	Kejadian pulang paksa sebelum dinyatakan sembuh	Rawat Inap	0%	0.6%	0%	0.2%	<5%
6	Pemberi Pelayanan Unit Intensif	ICU	22.2%	22.2%	20%	21.5%	100%
7	Ketersediaan CPAP di NICU	NICU	100%	100%	100%	100%	100%
8	Tidak ada operasi salah orang	IBS	0%	0%	0%	0%	0%
9	Kelengkapan pengisian RM 24 jam setelah selesai pelayanan	RM	80.1%	80.4%	81.9%	80.8%	100%
10	Waktu tanggap Pemulasaran Jenazah	Kamar Jenazah	66 menit	68 menit	68 menit	67 menit	< 2 jam
11	Tidak ada tagihan pasien rawat jalan yang tertukar	Kasir	0%	0%	0%	0%	0%
12	Kepatuhan pelaporan survei kepuasan pasien dan keluarga	Humas	100%	100%	100%	100%	100%
13	Pemberian penyuluhan pada pasien dan pengunjung	PKRS	50%	75%	75%	66.7%	90%

14	Tidak adanya kesalahan dalam pemberian obat	Farmasi	100%	100%	100%	100%	100%
15	Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil lab	Lab	100%	100%	100%	100%	100%
16	Waktu tunggu hasil pelayanan lab		77 menit	82 menit	81 menit	80 menit	< 140 Menit
17	Angka kejadian reaksi transfusi		0%	0%	0%	0%	<0,01%
18	Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi		100%	100%	100%	100%	100%
19	Waktu tunggu pelayanan thorax foto	Radiologi	10 menit	10 menit	11 menit	10 menit	< 30 Menit
20	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	IPSRS	100%	98%	98%	98.7%	>80%
21	Kecepatan waktu pemeliharaan unit		100%	100%	100%	100%	100%
22	Peralatan yang Terkalibrasi Tepat Waktu Sesuai dengan Ketentuan Kalibrasi		Nihil	Nihil	Nihil	Nihil	100%
23	Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai aturan	Kesling	96.6%	91.8%	93.4%	93.9%	100%
24	Tidak ada kejadian linen hilang	CSSD dan Laundry	100%	100%	100%	100%	100%
25	Kelengkapan pengisian rekam medis gizi	Gizi	100%	100%	100%	100%	100%
26	Waktu tunggu pelayanan admission pada pasien Rawat Inap	Admission	-	-	-	-	< 15 Menit
27	Karyawan yang mendapat pelatihan	Manajemen	1.9%				≥60%

	minimal 20 jam setahun			
--	------------------------	--	--	--

B. Pemantauan Kepatuhan Clinical Pathway

Pemantauan kepatuhan clinical pathway pada Triwulan II tahun 2024 belum dapat dilaksanakan dikarenakan clinical pathway masih dalam tahap uji coba.

C. Insiden Keselamatan Pasien

Tabel 4 Jenis Insiden Keselamatan Pasien Tahun 2024

Jenis Insiden	Bulan			Jumlah
	Januari	Februari	Maret	
KPC	0	0	0	0
KNC	0	0	0	0
KTC	0	0	0	0
KTD	0	0	0	0
Sentinel	0	0	0	0
Jumlah	0	0	0	0

Tidak ada insiden keselamatan pasien yang dilaporkan kepada Komite Mutu selama periode Januari – Maret 2024

BAB IV

ANALISIS DATA, TINDAK LANJUT DAN RENCANA PERBAIKAN

Hasil pengumpulan dan pemantauan data indikator mutu di RSUD Gema Santi Nusa Penida pada Triwulan II tahun 2024 dilakukan analisis terhadap data yang ada seperti yang ditampilkan di bawah ini.

Tabel 5 Daftar Indikator Mutu yang Belum Mencapai Target

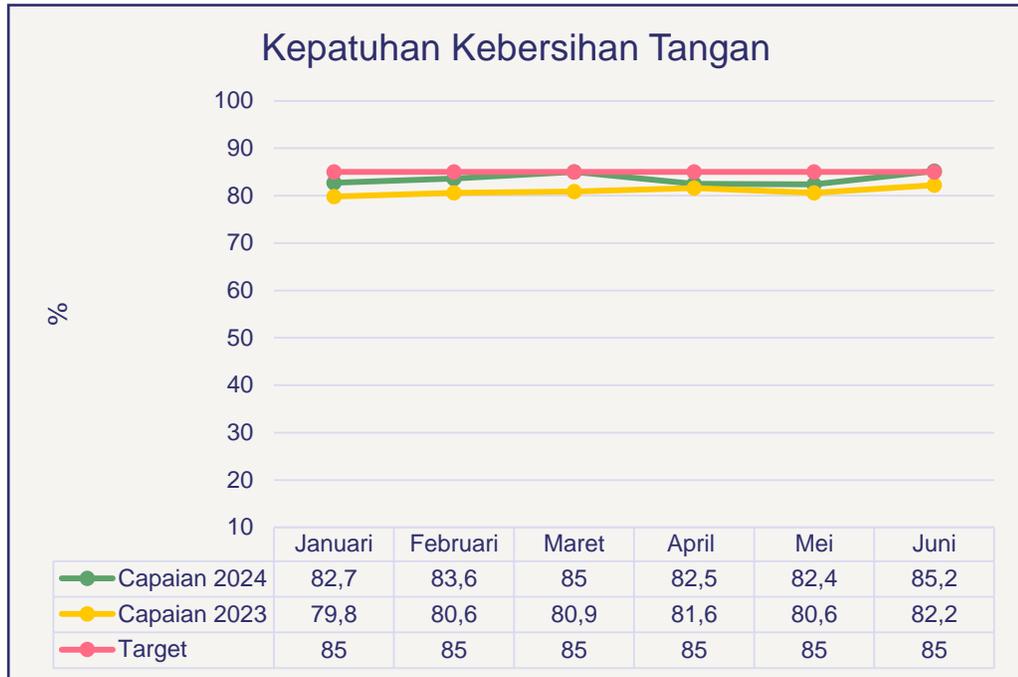
No	Indikator	Jenis Indikator	Pencapaian				Target
			April	Mei	Juni	Rata-Rata	
1.	Kepatuhan kebersihan tangan	INM	82.5%	82.4%	85.2%	83,4%	≥85%
2.	Kepatuhan penggunaan alat pelindung diri		86.8%	87.1%	90.4%	88.1%	100%
3.	Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi		Nihil	100%	0%	50%	≥80%
4.	Kepatuhan terhadap alur klinis (<i>clinical pathway</i>)		0%	0%	0%	0%	≥80%
5.	Kepatuhan Penggunaan <i>Clinical Pathway</i> Pneumonia & Anemia	IMP-RS	0%	0%	0%	0%	≥80%
6.	Dokter pemberi pelayanan di poliklinik spesialis	IMP-Unit	89.6%	90%	88.2%	89.3%	100%
7.	Pemberi pelayanan IGD yang bersertifikat BLS/PPDG/ALS		84.6%	84.6%	84.6%	84.6%	100%
8.	Pertolongan persalinan melalui Seksio Cesaria		61.4%	65.1%	71.4%	66%	<20%

9.	Pemberi Pelayanan Unit Intensif		22.2%	22.2%	20%	21.5%	100%
10.	Kelengkapan pengisian RM 24 jam setelah selesai pelayanan		80.1%	80.4%	81.9%	80.8%	100%
11.	Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai aturan		96.6%	91.8%	93.4%	93.9%	100%
12.	Pemberian penyuluhan pada pasien dan pengunjung		50%	75%	75%	66.7%	90%
13.	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun		1.9%				≥60%

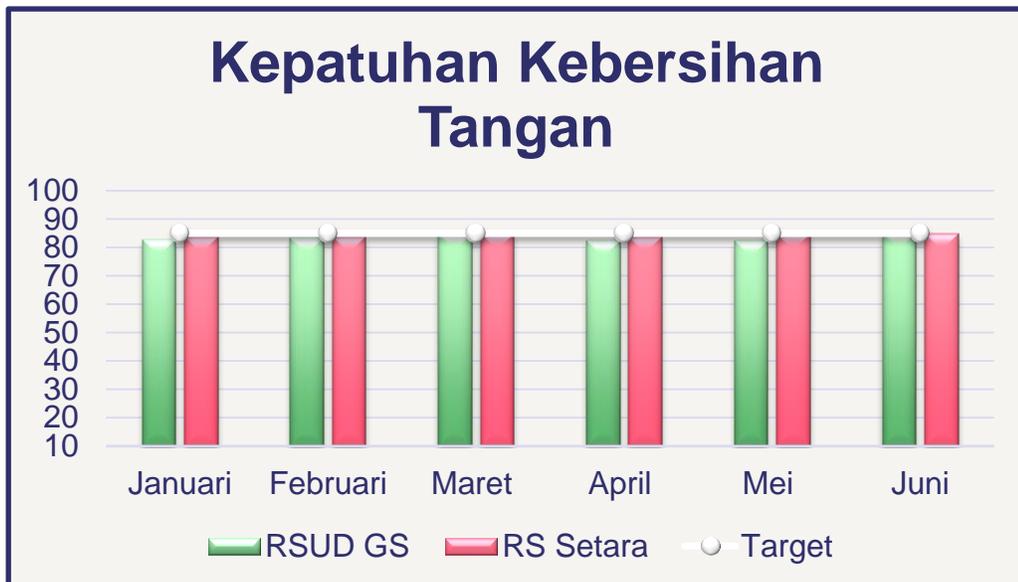
A. Indikator Mutu Nasional

a. Kepatuhan Kebersihan Tangan

Grafik 1. Kepatuhan Kebersihan Tangan RSUD Gema Santi



Grafik 2. Perbandingan Capaian Kepatuhan Kebersihan Tangan dengan RS Setara



Analisa :

1. Dibandingkan dengan Rs sendiri dari waktu ke waktu:

Capaian Kepatuhan Kebersihan Tangan Triwulan II tahun 2024 mengalami penurunan pada bulan April dan Mei dibandingkan bulan sebelumnya namun mencapai target pada bulan Juni.

2. Dibandingkan dengan RS lain:

Capaian Kepatuhan Kebersihan Tangan rumah sakit setara cenderung lebih baik dibandingkan dengan capaian RSUD Gema Santi

3. Dibandingkan dengan standar:

Rerata capaian Triwulan II tahun 2024 yaitu 83.4%, belum mencapai standar yang telah ditentukan yaitu $\geq 85\%$

4. Dibandingkan dengan praktik terbaik:

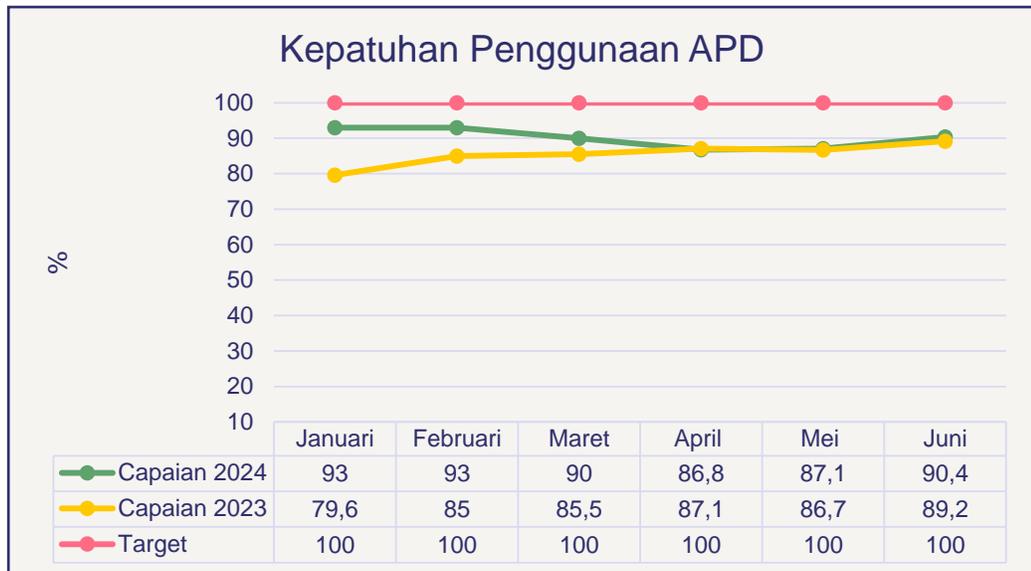
Berdasarkan Buku Standar Akreditasi Rumah Sakit Kementerian Kesehatan RI 2022, kepatuhan kebersihan tangan yaitu $\geq 85\%$

PROBLEM	Kepatuhan kebersihan tangan tidak sesuai target
STEP	Analisa dilakukan setiap bulan untuk meningkatkan kepatuhan cuci tangan
PLAN	<p>1. Rencana:</p> <ul style="list-style-type: none">• Meningkatkan kesadaran akan pentingnya kepatuhan cuci tangan• Meningkatkan pemahaman mengenai prosedur cuci tangan <p>2. Harapan:</p> <p>Meningkatnya kepatuhan cucitangan sesuai dengan prosedur yang benar</p>

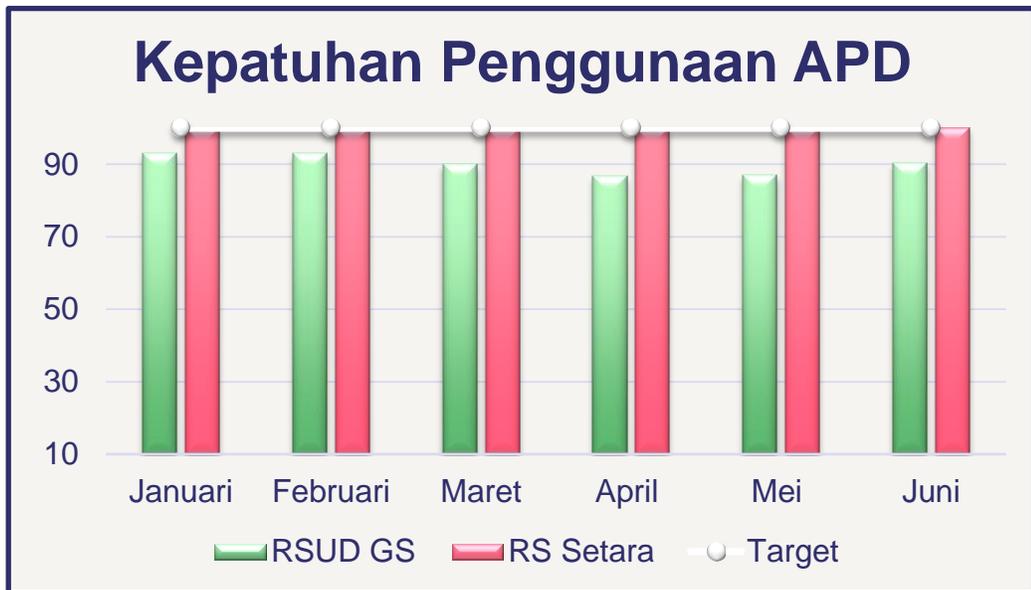
	<p>3. Tindakan:</p> <p>Melakukan sosialisai dan evaluasi secara rutin dan berkesinambungan melalui <i>in-house training</i> untuk meningkatkan pemahaman dan kepatuhan cuci tangan</p>
DO	<p>Apa yang anda amati?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prilaku kepatuhan cuci tangan di masing-masing unit Budaya untuk saling mengingatkan diantara staf terkait kepatuhan cuci tangan
STUDY	<p>Apa yang anda pelajari? Apakah sesuai target capaian?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Penerapan cuci tangan sesuai <i>five moment</i> masih ada yang belum melakukan terutama momen 1 • Langkah cuci tangan tidak sesuai <p>Persentase kepatuhan cuci tangan Triwulan II tahun 2024 belum mencapai target</p>
ACTION	<p>Apa yang dapat anda simpulkan dari siklus ini?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analisa kuantitatif dan kualitatif direkap dalam bentuk laporan/form • Perlunya koordinasi dengan pihak terkait (PPI dan bagian Penunjang) • Perlu usaha yang lebih intens untuk mencapai standar yang diharapkan <p>Follow-up dan Rencana Lanjutan</p> <p>Evaluasi pencapaian pada bulan berikutnya secara rutin</p>

b. Kepatuhan Penggunaan APD

Grafik 3. Kepatuhan Penggunaan APD RSUD Gema Santi



Grafik 4. Perbandingan Capaian Kepatuhan Penggunaan APD dengan RS Setara



Analisa :

1. Dibandingkan dengan Rs sendiri dari waktu ke waktu:

Capaian Kepatuhan Penggunaan APD Triwulan II tahun 2024 mengalami

penurunan pada bulan April dibandingkan pada bulan sebelumnya namun mengalami peningkatan kembali pada bulan Mei dan Juni

2. Dibandingkan dengan RS lain:

Capaian RS lain yang setara lebih baik dibanding rerata capaian RSUD Gema Santi

3. Dibandingkan dengan standar:

Rerata capaian Triwulan II tahun 2024 yaitu 88.1%, belum mencapai standar 100%

4. Dibandingkan dengan praktik terbaik:

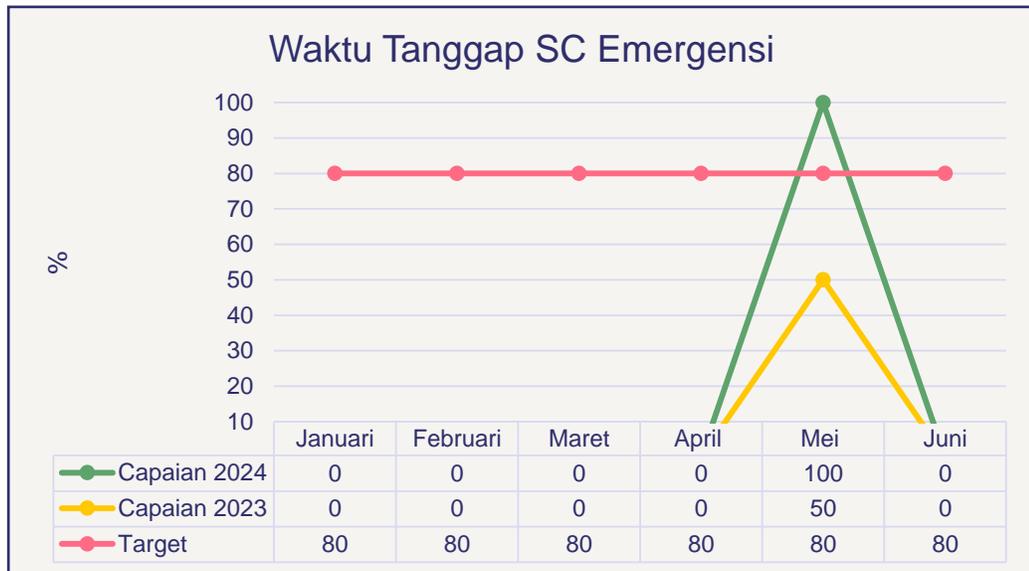
Berdasarkan Buku Standar Akreditasi Rumah Sakit Kementerian Kesehatan RI 2022, kepatuhan penggunaan APD yaitu 100%

PROBLEM	Kepatuhan penggunaan alat pelindung diri tidak sesuai target
STEP	Analisa dilakukan setiap bulan untuk meningkatkan kepatuhan penggunaan alat pelindung diri
PLAN	<p>1. Rencana: Meningkatkan pemahaman mengenai indikasi penggunaan APD yang benar dengan sosialisasi</p> <p>2. Harapan: Meningkatnya kepatuhan penggunaan APD sesuai dengan indikasi</p> <p>3. Tindakan: Melakukan sosialisai dan evaluasi secara rutin dan berkesinambungan untuk meningkatkan pemahaman mengenai kepatuhan penggunaan APD sesuai dengan indikasi</p>
DO	<p>Apa yang anda amati? Penggunaan APD di masing-masing unit masih belum benar sesuai dengan indikasi</p>
STUDY	<p>Apa yang anda pelajari? Apakah sesuai target capaian?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Penggunaan APD oleh Nakes masih belum lengkap sesuai dengan pedoman • Masih ada petugas yang menggunakan sarung tangan medis untuk beberapa pasien. • CS masih menggunakan sarung tangan rumah tangga, bukan sarung tangan yang seharusnya.

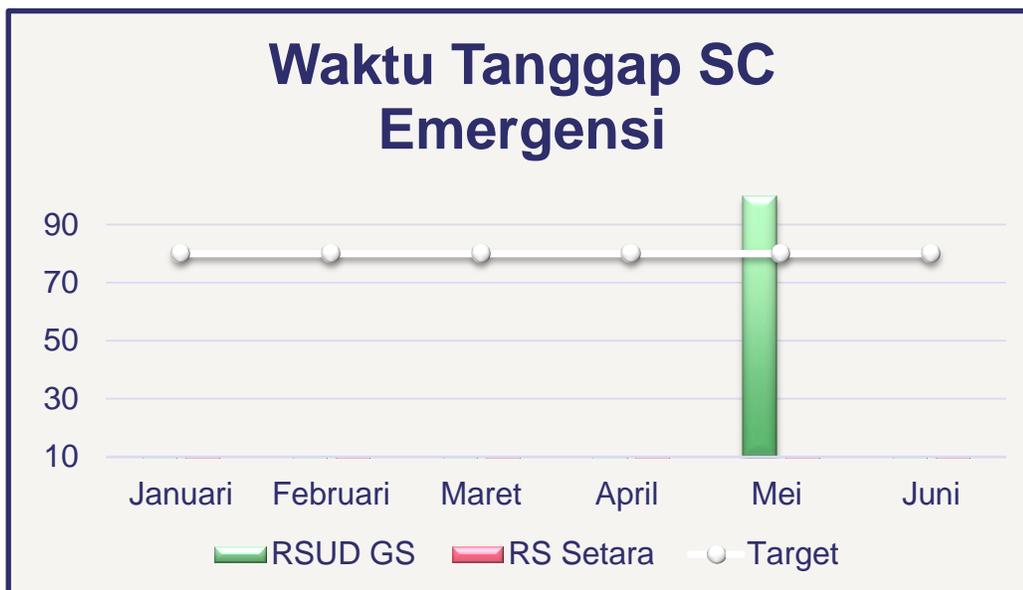
	<ul style="list-style-type: none"> Sesuai pedoman, tindakan invasive tidak memerlukan penggunaan sarung tangan medis sehingga hal tersebut menyebabkan penggunaan sarung tangan medis tidak bijak. Penggunaan APD yang kurang atau berlebihan dapat mengurangi nilai capaian dikarenakan tidak sesuai dengan pedoman PPI rumah sakit.
ACTION	<p>Apa yang dapat anda simpulkan dari siklus ini?</p> <ul style="list-style-type: none"> Instalasi Kesling mendata kebutuhan sarung tangan yang dibutuhkan untuk tenaga CS Cari referensi dan benchmarking dengan rumah sakit lain mengenai pedoman PPI, apakah pedoman PPI RSUD Gema Santi terlalu ketat atau tidak Benchmarking dengan rumah sakit lain dalam pemasangan infus apakah menggunakan APD atau tidak Benchmarking capaian PPI rumah sakit lain yang indikatornya tercapai untuk mencari solusinya. <p>Follow-up dan Rencana Lanjutan Evaluasi pencapaian pada bulan berikutnya secara rutin</p>

c. Waktu tanggap SC emergensi

Grafik 3. Waktu tanggap SC emergensi



Grafik 4. Perbandingan Capaian Kepatuhan Penggunaan APD dengan RS Setara



Analisa :

1. Dibandingkan dengan Rs sendiri dari waktu ke waktu:

Capaian Waktu Tanggap Operasi SC Emergensi <30 Menit pada tahun 2024 hanya memenuhi target pada bulan Mei dan lebih baik dibandingkan dengan capaian tahun 2023.

2. Dibandingkan dengan RS lain:

Rerata capaian Waktu Tanggap Operasi SC Emergensi <30 Menit pada tahun 2024 RSUD Gema Santi adalah 50%. Jika dibandingkan dengan RS Setara, capaian masih lebih baik namun masih di bawah target.

3. Dibandingkan dengan standar:

Rerata capaian Waktu Tanggap Operasi SC Emergensi <30 Menit pada tahun 2024 yaitu 50%, belum mencapai standar $\geq 80\%$.

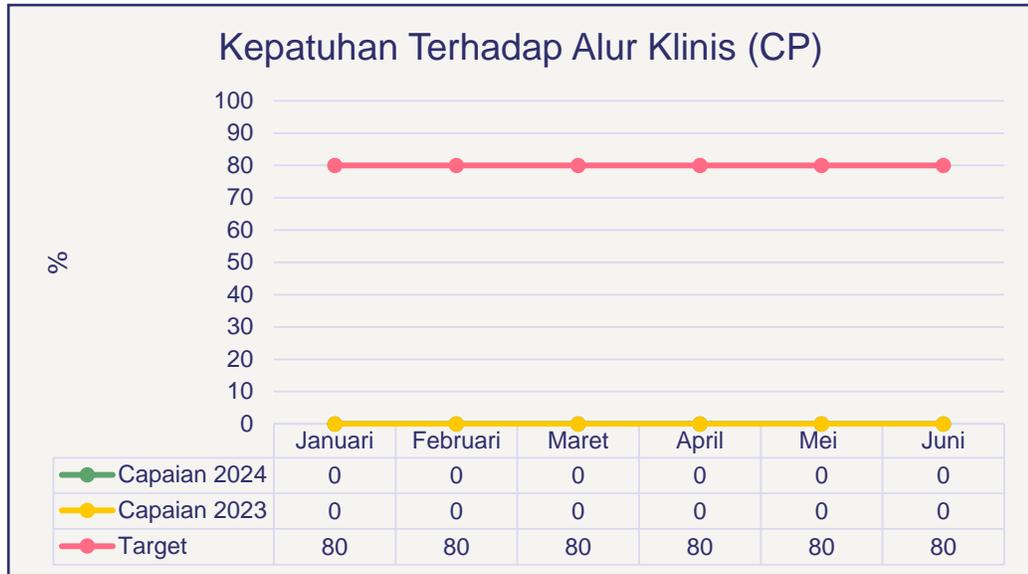
4. Dibandingkan dengan praktik terbaik:

Berdasarkan Buku Standar Akreditasi Rumah Sakit Kementerian Kesehatan RI 2022, target Waktu Tanggap Operasi SC Emergensi <30 Menit yaitu 80%

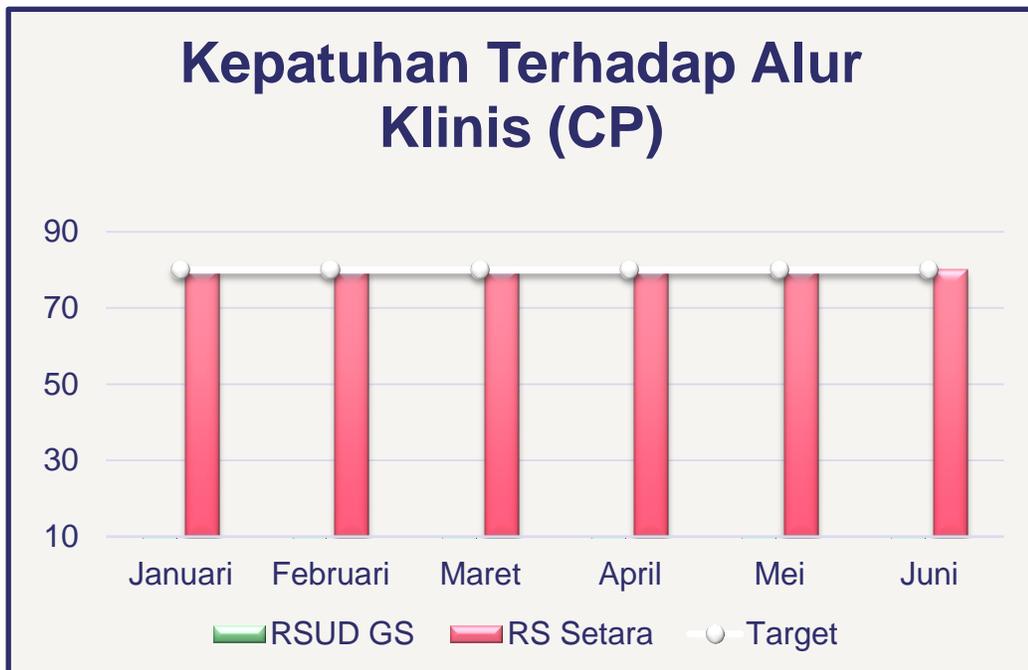
PROBLEM	<ul style="list-style-type: none"> - Keterbatasan SDM - Keterbatasan fasilitas ruang OK (hanya ada 1 ruang OK)
STEP	Analisa dilakukan setiap bulan untuk meningkatkan Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi
PLAN	<p>1. Rencana: Meningkatkan waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi</p> <p>2. Harapan: Meningkatnya waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi</p> <p>3. Tindakan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memberikan usulan kepada pimpinan RS untuk penambahan SDM yang terkait • Memberikan usulan kepada pimpinan RS untuk penambahan ruang OK.
DO	<p>Apa yang anda amati?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Waktu tanggap SC emergency • Komitmen dan adanya upaya penambahan SDM dan sarana ruang OK.
STUDY	<p>Apa yang anda pelajari? Apakah sesuai target capaian?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kondisi RS saat ini hanya memiliki 1 (satu) ruang OK dan tim OK yang terbatas belum dapat mencapai target. • Pada saat ini, rencana untuk penambahan ruang OK masih belum ada dalam waktu dekat.
ACTION	<p>Apa yang dapat anda simpulkan dari siklus ini?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Untuk saat ini, operasi SC emergency dilakukan kondisi yang ada di rumah sakit. <p>Follow-up dan Rencana Lanjutan Evaluasi pencapaian pada bulan berikutnya secara rutin</p>

d. Kepatuhan Terhadap Alur Klinis (Clinical Pathway)

Grafik 5. Kepatuhan Terhadap Alur Klinis (CP) RSUD Gema Santi



Grafik 6. Perbandingan Capaian Kepatuhan Terhadap Alur Klinis (CP) dengan RS Setara



Analisa :

1. Dibandingkan dengan Rs sendiri dari waktu ke waktu:

Capaian Kepatuhan Terhadap Alur Klinis (Clinical Pathway) pada Triwulan II tahun 2024 masih di bawah target.

2. Dibandingkan dengan RS lain:

Rerata capaian RS lain yang setara lebih baik dibanding rerata capaian RSUD Gema Santi yaitu 0%

3. Dibandingkan dengan standar:

Rerata capaian pada Triwulan II tahun 2024 yaitu 0%, belum mencapai standar $\geq 80\%$

4. Dibandingkan dengan praktik terbaik:

Berdasarkan Buku Standar Akreditasi Rumah Sakit Kementerian Kesehatan RI 2022, Kepatuhan Terhadap Alur Klinis (Clinical Pathway) yaitu $\geq 80\%$

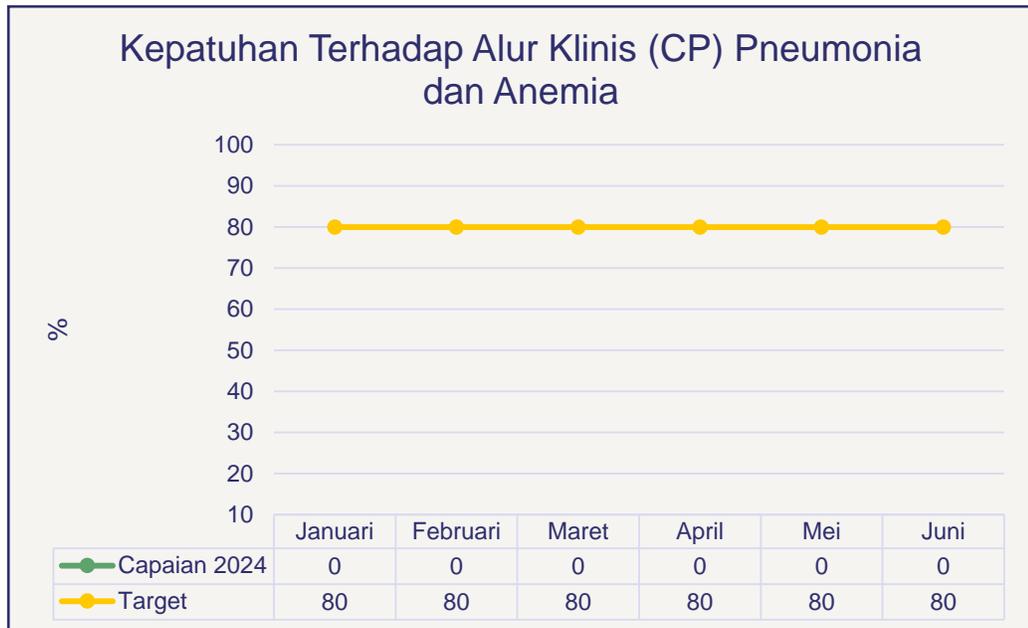
PROBLEM	<ul style="list-style-type: none">- Clinical pathway sesuai dengan indikator mutu nasional masih belum tersedia.- Masih terdapat kebingungan dalam penyusunan CP oleh komite mutu, komite medik serta komite lainnya.- Belum adanya tim khusus CP
STEP	Analisa dilakukan setiap bulan untuk meningkatkan kepatuhan clinical pathway
PLAN	<p>1. Rencana:</p> <ul style="list-style-type: none">• Melakukan pertemuan bersama Direktur RS untuk menyusun tim khusus penyusunan CP• Melakukan pertemuan antar komite mutu dan komite medik RSUD Gema Santi untuk bersama-sama melakukan penyusunan konsep pembuatan CP

	<p>2. Harapan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tersedianya tim khusus penyusunan CP • Terlaksananya pertemuan antar komite mutu dan komite medik rumah sakit • Tersusunnya CP wajib nasional <p>3. Tindakan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melakukan pertemuan bersama Direktur • Melakukan pertemuan antar komite mutu, komite medik dan komite lainnya
DO	<p>Apa yang anda amati?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sulitnya menentukan jadwal untuk melaksanakan pertemuan antar Komite Mutu, Komite Medik dan Komite lainnya serta bersama DPJP/Dokter Spesialis • Langkah-langkah dalam penyusunan CP masih belum sepenuhnya dipahami.
STUDY	<p>Apa yang anda pelajari? Apakah sesuai target capaian?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perlunya menyusun pertemuan pada hari dan jam yang disesuaikan agar semua peserta rapat dapat hadir • Perlunya melakukan sosialisasi langkah-langkah penyusunan CP
ACTION	<p>Apa yang dapat anda simpulkan dari siklus ini?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melakukan sosialisasi langkah-langkah penyusunan CP <p>Follow-up dan Rencana Lanjutan</p> <p>Evaluasi pencapaian pada bulan berikutnya secara rutin</p>

B. Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit

a. Kepatuhan Penggunaan Clinical Pathway Pneumonia dan Anemia

Grafik 6. Kepatuhan Terhadap Alur Klinis (CP) Pneumonia dan Anemia di RSUD Gema Santi



Analisa :

1. Dibandingkan dengan Rs sendiri dari waktu ke waktu:

Capaian Kepatuhan Penggunaan CP Pneumonia dan Anemia pada Triwulan II tahun 2024 belum mencapai target.

2. Dibandingkan dengan standar:

Rerata capaian Triwulan II tahun 2024 yaitu 0%, belum mencapai standar $\geq 80\%$

PROBLEM	<ul style="list-style-type: none">- Clinical pathway sesuai prioritas rumah sakit masih belum tersedia.- Masih terdapat kebingungan dalam penyusunan CP oleh komite mutu, komite medik serta komite lainnya.
----------------	---

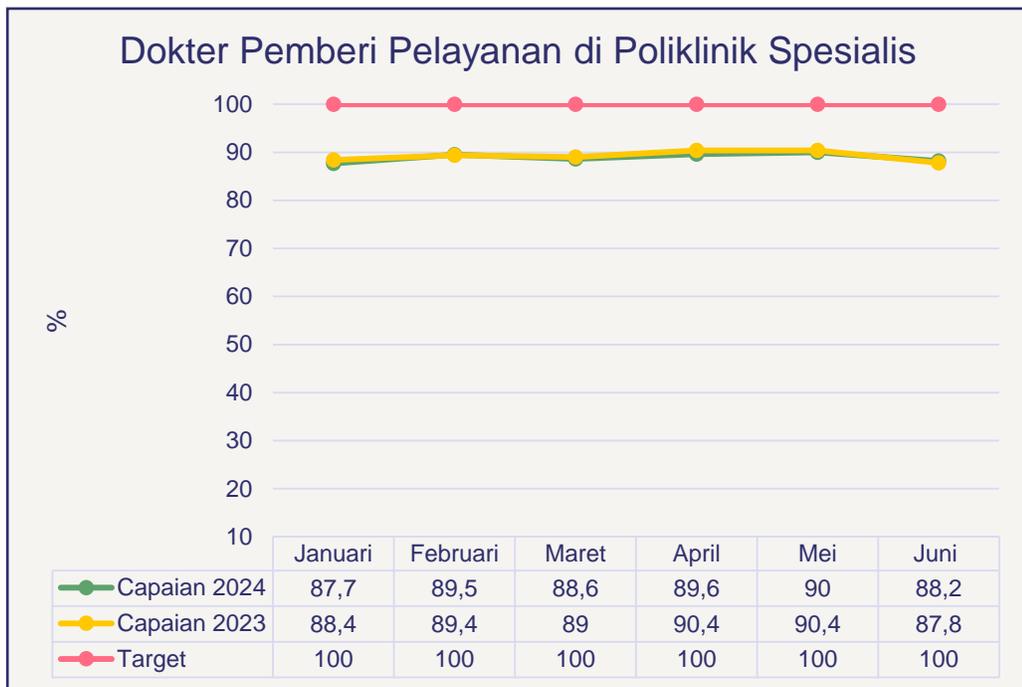
	- Belum adanya tim khusus CP
STEP	Analisa dilakukan setiap bulan untuk meningkatkan kepatuhan clinical pathway
PLAN	<p>1. Rencana:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melakukan pertemuan bersama Direktur RS untuk menyusun tim khusus penyusunan CP • Melakukan pertemuan antar komite mutu dan komite medik RSUD Gema Santi untuk bersama-sama melakukan penyusunan konsep pembuatan CP <p>2. Harapan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tersedianya tim khusus penyusunan CP • Terlaksananya pertemuan antar komite mutu dan komite medik rumah sakit • Tersusunnya CP prioritas rumah sakit <p>3. Tindakan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melakukan pertemuan bersama Direktur • Melakukan pertemuan antar komite mutu, komite medik dan komite lainnya
DO	<p>Apa yang anda amati?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sulitnya menentukan jadwal untuk melaksanakan pertemuan antar Komite Mutu, Komite Medik dan Komite lainnya serta bersama DPJP/Dokter Spesialis • Langkah-langkah dalam penyusunan CP masih belum sepenuhnya dipahami.

STUDY	<p>Apa yang anda pelajari? Apakah sesuai target capaian?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perlunya menyusun pertemuan pada hari dan jam yang disesuaikan agar semua peserta rapat dapat hadir • Perlunya melakukan sosialisasi langkah-langkah penyusunan CP
ACTION	<p>Apa yang dapat anda simpulkan dari siklus ini?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melakukan sosialisasi langkah-langkah penyusunan CP <p>Follow-up dan Rencana Lanjutan</p> <p>Evaluasi pencapaian pada bulan berikutnya secara rutin</p>

C. Indikator Mutu Prioritas Unit Rumah Sakit

a. Dokter Pemberi Pelayanan di Poliklinik Spesialis

Grafik 7. Dokter Pemberi Pelayanan di Poliklinik Spesialis di RSUD Gema Santi



Analisa :

1. Dibandingkan dengan Rs sendiri dari waktu ke waktu:

Capaian Dokter Pemberi Pelayanan di Poliklinik Spesialis pada Triwulan II tahun 2024 masih dibawah target.

2. Dibandingkan dengan standar:

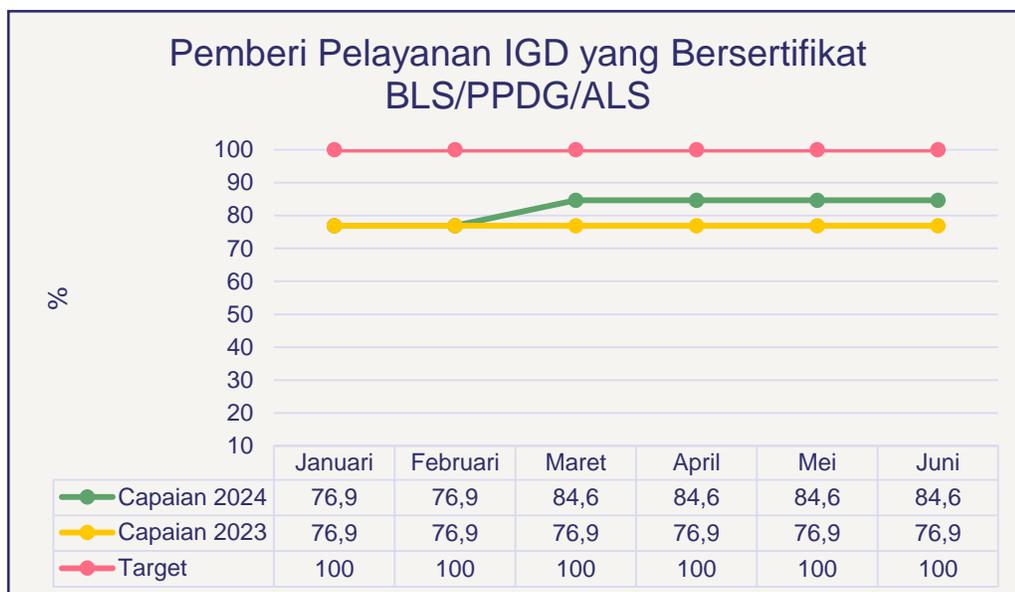
Rerata capaian pada Triwulan II tahun 2024 yaitu 89.3%, belum mencapai standar 100%

PROBLEM	Dokter pemberi pelayanan di poliklinik spesialis masih dibawah target
STEP	Analisa dilakukan setiap bulan untuk meningkatkan capaian dokter pemberi pelayanan di poliklinik spesialis
PLAN	<p>1. Rencana: Capaian dokter pemberi pelayanan di poliklinik spesialis mencapai target</p> <p>2. Harapan: Meningkatnya capaian dokter pemberi pelayanan di poliklinik spesialis mencapai target</p> <p>3. Tindakan: Melakukan evaluasi rutin</p>
DO	<p>Apa yang anda amati?</p> <ul style="list-style-type: none">• Poli saraf hanya memiliki 1 (satu) dokter spesialis saraf• Dokter spesialis saraf tidak memiliki jadwal pelayanan setiap hari di RS

STUDY	<p>Apa yang anda pelajari? Apakah sesuai target capaian?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tenaga dokter di poli saraf sangat terbatas dan jadwal pelayanan tidak setiap hari • Pasien yang membutuhkan pelayanan dokter saraf di luar hari pelayanan dokter saraf sementara dilakukan pemeriksaan oleh dokter umum.
ACTION	<p>Apa yang dapat anda simpulkan dari siklus ini?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perlu mengusulkan tenaga dokter spesialis saraf tambahan melalui pengusulan residen saraf dengan institusi terkait atau pengusulan pengadaan PGDS spesialis saraf <p>Follow-up dan Rencana Lanjutan</p> <p>Evaluasi pencapaian pada bulan berikutnya secara rutin</p>

b. Pemberi Pelayanan IGD yang Bersertifikat BLS/PPDG/ALS

Grafik 8. Pemberi Pelayanan IGD yang Bersertifikat BLS/PPDG/ALS di RSUD Gema Santi



Analisa :

1. Dibandingkan dengan Rs sendiri dari waktu ke waktu:

Capaian Pemberi Pelayanan IGD yang Bersertifikat BLS/PPDG/ALS Triwulan II tahun 2024 masih dibawah target.

2. Dibandingkan dengan standar:

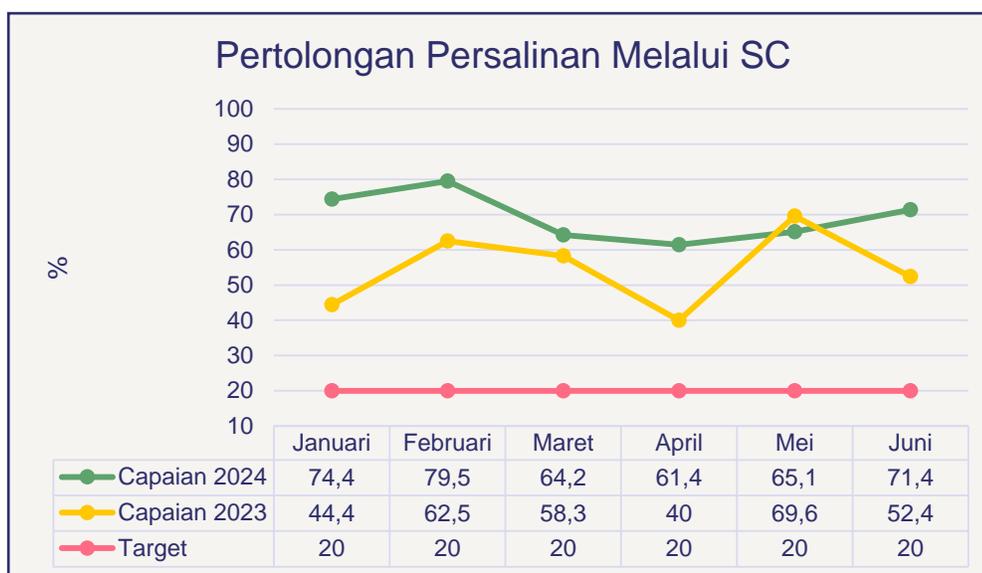
Rerata capaian pada Triwulan II tahun 2024 yaitu 84.6%, belum mencapai standar 100%

PROBLEM	Pemberi pelayanan IGD yang bersertifikat BLS/PPDG/ALS masih dibawah standar
STEP	Analisa dilakukan setiap bulan untuk meningkatkan capaian pemberi pelayanan IGD yang bersertifikat BLS/PPDG/ALS
PLAN	<p>1. Rencana:</p> <p>Capaian pemberi pelayanan IGD yang bersertifikat BLS/PPDG/ALS mencapai target</p> <p>2. Harapan:</p> <p>Tercapainya target pemberi pelayanan IGD yang bersertifikat BLS/PPDG/ALS</p> <p>3. Tindakan:</p> <p>Melakukan pengusulan kepada bagian Diklat RS untuk mengirimkan petugas IGD untuk melakukan pelatihan BLS/PPDG/ALS dan melakukan evaluasi rutin</p>
DO	<p>Apa yang anda amati?</p> <p>Belum ada petugas yang mengikuti pelatihan BLS/PPDG/ALS pada tahun 2024</p>

STUDY	<p>Apa yang anda pelajari? Apakah sesuai target capaian?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jadwal pelatihan BLS/PPDG/ALS yang tidak menentu • Keterbatasan dana dalam mengirimkan petugas untuk melakukan pelatihan dikarenakan adanya program prioritas RS (Hemodialisa)
ACTION	<p>Apa yang dapat anda simpulkan dari siklus ini?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bagian Diklat RS mendata kembali petugas IGD yang belum mendapatkan pelatihan dan mulai mencari instansi yang mengadakan • Pelatihan dimulai setelah prioritas rumah sakit selesai (Hemodialisa) <p>Follow-up dan Rencana Lanjutan</p> <p>Evaluasi pencapaian pada bulan berikutnya secara rutin</p>

c. Pertolongan Persalinan Melalui SC

Grafik 8. Pertolongan Persalinan Melalui SC di RSUD Gema Santi



Analisa :

1. Dibandingkan dengan Rs sendiri dari waktu ke waktu:

Capaian Pertolongan Persalinan Melalui SC pada Triwulan II tahun 2024 masih di atas target.

2. Dibandingkan dengan standar:

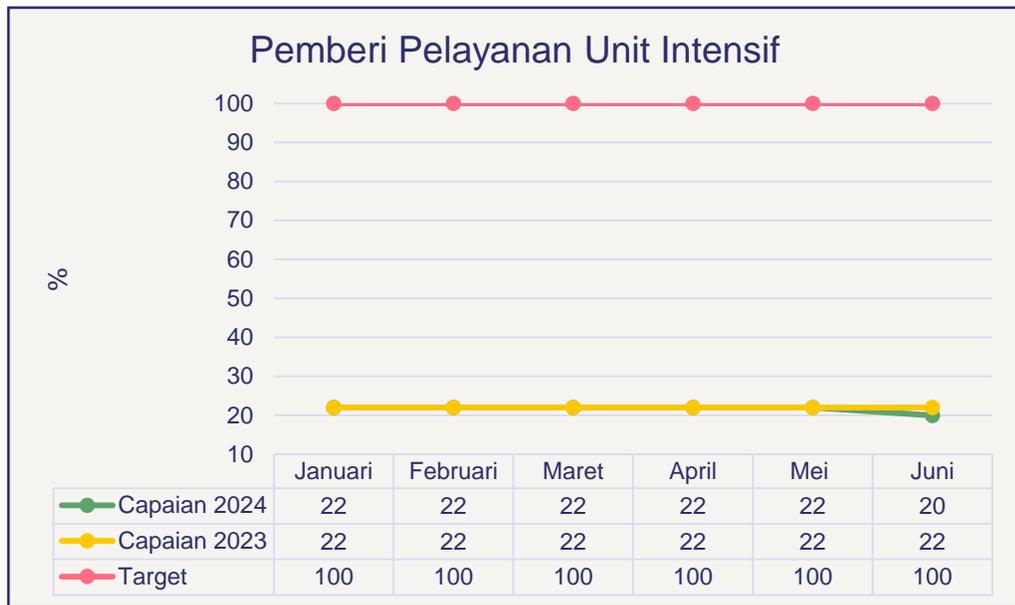
Rerata capaian pada Triwulan II tahun 2024 yaitu 66%, belum mencapai standar <20%

PROBLEM	Pertolongan persalinan melalui SC masih diatas target
STEP	Analisa dilakukan setiap bulan untuk menjaga pertolongan persalinan melalui SC tidak melewati batas target
PLAN	<ol style="list-style-type: none">1. Rencana: Capaian pertolongan persalinan melalui SC tidak melewati target yang telah ditentukan2. Harapan: Capaian pertolongan persalinan melalui SC di bawah target3. Tindakan: Melakukan evaluasi rutin
DO	Apa yang anda amati? Pertolongan persalinan melalui SC masih tinggi
STUDY	Apa yang anda pelajari? Apakah sesuai target capaian? Pasien lebih memilih persalinan SC

ACTION	<p>Apa yang dapat anda simpulkan dari siklus ini?</p> <p>Perlu usaha yang lebih intens untuk mencapai standar yang diharapkan</p> <p>Follow-up dan Rencana Lanjutan</p> <p>Evaluasi pencapaian pada bulan berikutnya secara rutin</p>
---------------	---

d. Pemberi Pelayanan Unit Intensif

Grafik 9. Pemberi Pelayanan Unit Intensif di RSUD Gema Santi



Analisa :

1. Dibandingkan dengan Rs sendiri dari waktu ke waktu:

Capaian Pemberi Pelayanan Unit Intensif pada Triwulan II tahun 2024 masih dibawah target.

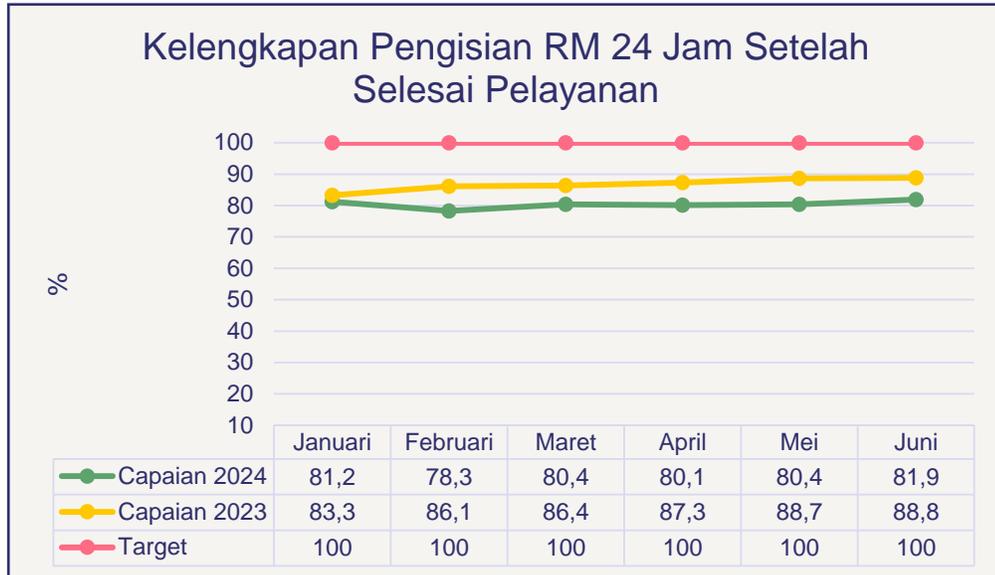
2. Dibandingkan dengan standar:

Rerata capaian pada Triwulan II tahun 2024 yaitu 21.5%, belum mencapai standar 100%

PROBLEM	Pemberi pelayanan unit intensif masih di bawah target
STEP	Analisa dilakukan setiap bulan untuk meningkatkan capaian pemberi pelayanan unit intensif
PLAN	<p>1. Rencana: Meningkatkan capaian pemberi pelayanan unit intensif</p> <p>2. Harapan: Pemberi pelayanan di unit intensif mencapai target yang diharapkan</p> <p>3. Tindakan: Melakukan evaluasi rutin</p>
DO	<p>Apa yang anda amati? Belum ada petugas yang mengikuti pelatihan pada tahun 2023.</p>
STUDY	<p>Apa yang anda pelajari? Apakah sesuai target capaian?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jadwal pelatihan yang tidak menentu • Pelatihan yang dilakukan kepada petugas bertahap setiap tahunnya
ACTION	<p>Apa yang dapat anda simpulkan dari siklus ini? Mengusulkan pelatihan bagi petugas unit intensif pada tahun 2024</p> <p>Follow-up dan Rencana Lanjutan Evaluasi pencapaian pada bulan berikutnya secara rutin</p>

e. Kelengkapan Pengisian RM 24 Jam Setelah Selesai Pelayanan

Grafik 10. Kelengkapan Pengisian RM 24 Jam Setelah Selesai Pelayanan di RSUD Gema Santi



Analisa :

1. Dibandingkan dengan Rs sendiri dari waktu ke waktu:

Capaian Kelengkapan Pengisian RM 24 Jam Setelah Selesai Pelayanan pada Triwulan II tahun 2024 lebih rendah dibandingkan capaian Triwulan II tahun 2023 dan masih dibawah target.

2. Dibandingkan dengan standar:

Rerata capaian pada Triwulan II tahun 2024 yaitu 80.8%, belum mencapai standar 100%

PROBLEM	Capaian kelengkapan pengisian RM 24 jam setelah selesai pelayanan masih di bawah target
STEP	Analisa dilakukan setiap bulan untuk meningkatkan capaian kelengkapan pengisian RM 24 jam setelah selesai pelayanan

PLAN	<p>1. Rencana:</p> <p>Meningkatkan capaian kelengkapan pengisian RM 24 jam setelah selesai pelayanan</p> <p>2. Harapan:</p> <p>Kelengkapan pengisian RM 24 jam setelah selesai pelayanan tercapai sesuai target yang diharapkan</p> <p>3. Tindakan:</p> <p>Melakukan evaluasi rutin</p>
DO	<p>Apa yang anda amati?</p> <p>Masih ada elemen penting dalam RM seperti tanggal, nama petugas, tanda tangan petugas, nama pasien/keluarga, tanda tangan pasien yang belum terisi lengkap</p>
STUDY	<p>Apa yang anda pelajari? Apakah sesuai target capaian?</p> <p>Kurangnya sosialisasi dari KLPCM RM kepada petugas terkait untuk melengkapi pengisian RM</p>
ACTION	<p>Apa yang dapat anda simpulkan dari siklus ini?</p> <p>Perlu dilakukan sosialisasi rutin dari KLPCM RM</p> <p>Follow-up dan Rencana Lanjutan</p> <p>Evaluasi pencapaian pada bulan berikutnya secara rutin</p>

f. Pengolahan Limbah Padat Berbahaya

Grafik 10. Pengolahan Limbah Padat Berbahaya Sesuai Aturan di RSUD Gema Santi



Analisa :

1. Dibandingkan dengan Rs sendiri dari waktu ke waktu:

Capaian Pengolahan Limbah Padat Berbahaya Sesuai Aturan pada Triwulan II tahun 2024 masih di bawah target.

2. Dibandingkan dengan standar:

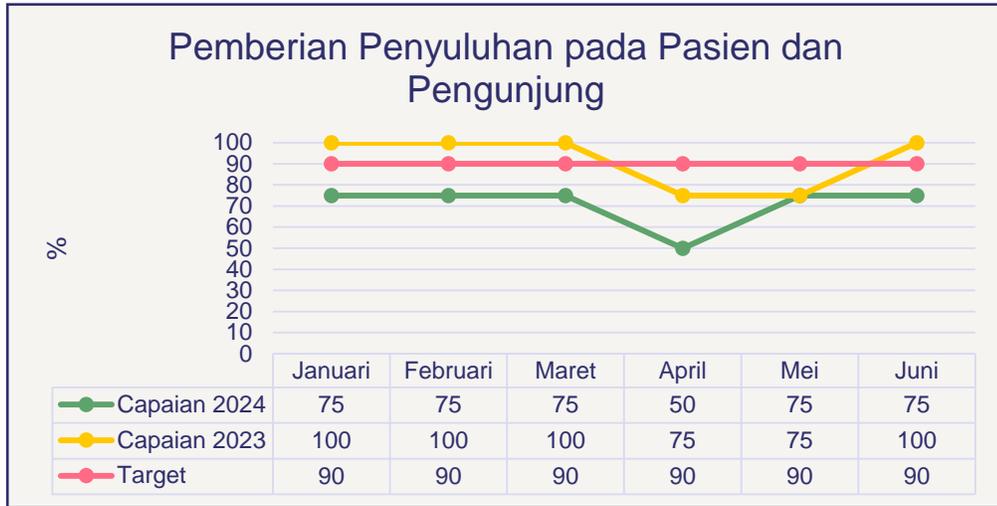
Rerata capaian pada Triwulan II tahun 2024 yaitu 93.9%, belum mencapai standar 100%

PROBLEM	Capaian Pengolahan Limbah Padat Berbahaya Sesuai Aturan pada tahun 2023 masih di bawah target
STEP	Analisa dilakukan setiap bulan untuk meningkatkan capaian Pengolahan Limbah Padat Berbahaya Sesuai Aturan
PLAN	1. Rencana:

	<p>Meningkatkan capaian Pengolahan Limbah Padat Berbahaya Sesuai Aturan</p> <p>2. Harapan:</p> <p>Capaian Pengolahan Limbah Padat Berbahaya Sesuai Aturan sesuai dengan target yang diharapkan</p> <p>3. Tindakan:</p> <p>Melakukan evaluasi rutin</p>
DO	<p>Apa yang anda amati?</p> <p>Pengelolaan limbah padat masih belum sesuai dengan standar operasional prosedur</p>
STUDY	<p>Apa yang anda pelajari? Apakah sesuai target capaian?</p> <p>Pengelolaan limbah padat masih belum sesuai dengan standar operasional prosedur</p>
ACTION	<p>Apa yang dapat anda simpulkan dari siklus ini?</p> <p>Perlu usaha yang lebih intens untuk mencapai standar yang diharapkan</p> <p>Follow-up dan Rencana Lanjutan</p> <p>Evaluasi pencapaian pada bulan berikutnya secara rutin</p>

g. Pemberian penyuluhan pada pasien dan pengunjung

Grafik 11. Pemberian Penyuluhan pada Pasien dan Pengunjung di RSUD Gema Santi



Analisa :

1. Dibandingkan dengan Rs sendiri dari waktu ke waktu:

Capaian pemberian penyuluhan pada pasien dan pengunjung pada belum memenuhi target pada Triwulan II tahun 2024.

2. Dibandingkan dengan standar:

Rerata capaian pada Triwulan II tahun 2024 yaitu 66.7%, belum mencapai standar 100%

PROBLEM	Capaian pemberian penyuluhan pada pasien dan pengunjung pada Triwulan II tahun 2024 belum memenuhi target
STEP	Analisa dilakukan untuk meningkatkan capaian pemberian penyuluhan pada pasien dan pengunjung
PLAN	1. Rencana: Meningkatkan capaian pemberian penyuluhan pada pasien dan

	<p>pengunjung</p> <p>2. Harapan:</p> <p>Meningkatnya capaian pemberian penyuluhan pada pasien dan pengunjung</p> <p>3. Tindakan:</p> <p>Evaluasi rutin</p>
DO	<p>Apa yang anda amati?</p> <p>Pemberian penyuluhan pada pasien dan pengunjung pada Triwulan II tahun 2024 tidak dilakukan secara rutin</p>
STUDY	<p>Apa yang anda pelajari? Apakah sesuai target capaian?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terdapat • Masih kurangnya kesadaran untuk bersama-sama menyusun CP
ACTION	<p>Apa yang dapat anda simpulkan dari siklus ini?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perlu usaha yang lebih intens untuk mencapai standar yang diharapkan <p>Follow-up dan Rencana Lanjutan</p> <p>Evaluasi pencapaian pada bulan berikutnya secara rutin</p>

h. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun

Grafik 12. Karyawan yang Mendapat Pelatihan Minimal 20 Jam Setahun di RSUD Gema Santi



Analisa :

1. Dibandingkan dengan Rs sendiri dari waktu ke waktu:

Capaian Karyawan yang Mendapat Pelatihan Minimal 20 Jam Setahun pada Triwulan II tahun 2024 masih di bawah target

2. Dibandingkan dengan standar:

Rerata capaian pada Triwulan II tahun 2024 yaitu 1.9%, belum mencapai standar $\geq 60\%$

PROBLEM	Capaian Karyawan yang Mendapat Pelatihan Minimal 20 Jam Setahun pada Triwulan II tahun 2024 masih di bawah target
STEP	Analisa dilakukan setiap bulan untuk meningkatkan capaian Karyawan yang Mendapat Pelatihan Minimal 20 Jam Setahun
PLAN	1. Rencana:

	<p>Meningkatkan Capaian Karyawan yang Mendapat Pelatihan Minimal 20 Jam Setahun</p> <p>2. Harapan:</p> <p>Meningkatnya Capaian Karyawan yang Mendapat Pelatihan Minimal 20 Jam Setahun</p> <p>3. Tindakan:</p> <p>Evaluasi dan analisa capaian pada bulan berikutnya</p>
DO	<p>Apa yang anda amati?</p> <p>Hampir seluruh petugas RS tidak mendapatkan pelatihan 20 jam setahun. Rata-rata hanya mengikuti pelatihan dibawah 20 jam setahun</p>
STUDY	<p>Apa yang anda pelajari? Apakah sesuai target capaian?</p> <p>Perlu adanya pelatihan yang diadakan oleh RS (inhouse training) yang diadakan rutin setiap 3 bulan untuk memenuhi pelatihan 20 jam setahun.</p>
ACTION	<p>Apa yang dapat anda simpulkan dari siklus ini?</p> <p>Koordinasi dengan bagian Diklat RS untuk mengadakan inhouse training RS secara rutin yang terdiri dari pelatihan dasar seperti Basic Life Support, Simulasi Code Blue, Komunikasi Efektif dll.</p> <p>Follow-up dan Rencana Lanjutan</p> <p>Evaluasi pencapaian pada bulan berikutnya secara rutin</p>

D. Insiden Keselamatan Pasien

Tabel 6 Insiden Keselamatan Pasien di RSUD Gema Santi

NO	Nama Insiden	Tipe insiden	Subtipe Insiden	Jenis Insiden				
				KPC	KNC	KTC	KTD	Sentinel
-	-	-	-	-	-	-	-	-
JUMLAH				-	-	-	-	-

Tidak ada insiden keselamatan pasien yang dilaporkan kepada Komite Mutu selama periode April - Juni 2024

BAB VI

PENUTUP

Demikian laporan PMKP Triwulan II Tahun 2024 RSUD Gema Santi Nusa Penida. Upaya yang dilakukan adalah upaya maksimal yang bisa dikerjakan saat ini, tentunya upaya yang berkesinambungan dan tidak mengenal lelah terus dilakukan sehingga tercapai hasil tertinggi bagi semua komponen pemberi dan pengguna layanan rumah sakit.