

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Peningkatan mutu merupakan proses manajemen internal yang bersifat dinamis dan menyeluruh pada semua organ di rumah sakit. Sejalan dengan hal tersebut maka tata cara kelembagaan sudah seharusnya disiapkan dengan mengedepankan pemenuhan kebutuhan pelanggan, stake holder, pesaing, serta kebutuhan internal rumah sakit. Berbagai upaya peningkatan mutu di rumah sakit telah dilaksanakan dengan mengacu pada standar yang telah ditetapkan oleh pemerintah serta memperhatikan rujukan dari kinerja Rumah Sakit BLUD yang semua indikator saling berkaitan dan banyak variasinya. Untuk melakukan pengukuran indikator tersebut diperlukan kerja keras, keuletan, kerja sama yang harmonis di semua lini kegiatan sehingga hasil yang dicapai dapat menggambarkan mutu pelayanan RSUD dr. Soediran Mangun Sumarso.

Laporan dan evaluasi mutu pelayanan dan keselamatan pasien RSUD dr. Soediran Mangun Sumarso pada Triwulan I tahun 2019 ini menggambarkan tentang mutu pelayanan dan keselamatan pasien yang terdiri dari 13 indikator mutu nasional. Pengumpulan data dimulai awal tahun 2019 mulai bulan Januari sampai dengan Maret 2019.

TUJUAN

1. Tujuan Umum :

Dapat diketahui mutu pelayanan di RSUD dr. Soediran Mangun Sumarso.

2. Tujuan Khusus :

- a. Mengevaluasi indikator mutu rumah sakit periode tahun 2019 di tiap-tiap unit perawatan dan instalasi terkait dengan membandingkan hasil pencapaian dengan standar atau target yang telah ditetapkan.

- b. Memberikan rekomendasi dan masukan bagi manajemen dalam menyusun strategi yang berkaitan dengan peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien RSUD dr. Soediran Mangun Sumarso

B. DEFINISI OPERASIONAL

1. Indikator mutu wajib, meliputi 13 indikator mutu nasional :

1.1. Upaya Keselamatan Pasien : Kepatuhan Identifikasi Pasien Rawat Inap

Definisi Operasional :

Identifikasi pasien adalah proses pengecekan identitas pasien menggunakan minimal 2 identitas dari 3 identitas yang tercantum pada gelang, barkot sebelum memberikan pelayanan sesuai dengan regulasi yang berlaku di rumah sakit.

Dinyatakan patuh bila proses identifikasi pasien dilakukan dengan benar oleh PPA saat ; (1) Pemberian obat, (2) Pemberian pengobatan termasuk nutrisi, (3) Transfusi darah dan produk darah, (4) Sebelum pengambilan specimen, (5) Sebelum melakukan tindakan diagnostic / therapeutic.

1.2. Pelayanan Instalasi Gawat Darurat : Emergency Respon Time (Waktu Tanggap Pelayanan Gawat Darurat ≤ 5 menit)

Definisi Operasional :

Waktu Tanggap Pelayanan Gawat Darurat adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dilakukan triage di IGD 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.

1.3. Pelayanan rawat jalan : **Waktu Tunggu Rawat Jalan.**

Definisi Operasional :

Waktu tunggu rawat jalan adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien kontak dengan petugas pendaftaran rawat jalan sampai mendapatkan pelayanan oleh DPJP.

1.4. Pelayanan bedah : **Penundaan Operasi Elektif**

Definisi Operasional :

Penundaan Operasi Elektif adalah perubahan jadwal operasi yang direncanakan.

Operasi Elektif adalah operasi atau tindakan pembedahan yang dijadwalkan.

1.5. Pelayanan Rawat Inap : **Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis.**

Definisi Operasional :

Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis adalah kunjungan dokter spesialis untuk melihat perkembangan pasien yang menjadi tanggung jawabnya setiap hari sebelum jam 14.00 termasuk hari libur.

1.6. Layanan Laboratorium : **Pelaporan Hasil Kritis**

Definisi Operasional :

Pelaporan hasil kritis adalah waktu yang dibutuhkan untuk melaporkan hasil pemeriksaan laboratorium yang dikategorikan kritis kepada dokter yang mengirim, mulai dihitung setelah keluar hasil pemeriksaan dan sudah dibaca oleh dokter / Analis Laboratorium, sampai hasilnya diterima oleh dokter pengirim baik melalui lisan atau tulisan.

Standar : harus diterima oleh dokter yang mengirim dalam waktu < 30 menit baik secara lisan maupun tulisan.

Hasil Kritis Laboratorium adalah hasil pemeriksaan laboratorium dalam kategori kritis yang ditetapkan dengan kebijakan rumah sakit.

1.7. Pelayanan medis terkait farmasi : **Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional**

Definisi Operasional :

Kepatuhan penggunaan formularium nasional adalah : kepatuhan para dokter dalam meresepkan obat kepada pasien sesuai dengan daftar obat-obatan formularium nasional.

Disebut patuh apabila seluruh obat yang diresepkan mengikuti formularium nasional.

1.8. Pelayanan medis terkait farmasi : **Kepatuhan Penggunaan Formularium Rumah Sakit**

Definisi Operasional :

Kepatuhan penggunaan formularium rumah sakit adalah : kepatuhan para dokter dalam meresepkan obat kepada pasien sesuai dengan daftar obat-obatan formularium rumah sakit.

Disebut patuh apabila seluruh obat yang diresepkan mengikuti formularium rumah sakit.

1.9. Pencegahan dan Control Infeksi, Surveilans dan Pelaporan: **Kepatuhan Kebersihan Tangan.**

Definisi Operasional :

Kebersihan tangan (hand hygiene) adalah segala usaha yang dilakukan untuk membersihkan kotoran yang secara kasat mata terlihat dan pengangkatan mikroorganisme yang tinggal sementara dalam tangan dengan menggunakan sabun dan air mengalir (hand wash) atau dengan cairan berbasis alcohol (handrub) dalam 6 langkah (WHO, 2009)

Survey kebersihan tangan adalah prosedur penilaian kepatuhan petugas melakukan kebersihan tangan sesuai 5 indikasi dari WHO yaitu ; sebelum kontak pasien; setelah kontak pasien; sebelum melakukan tindakan invasive dan aseptik; setelah kontak cairan

tubuh; dan setelah kontak dengan lingkungan dengan menjalankan 6 langkah teknik melakukan kebersihan tangan.

Petugas yang dinilai mencakup semua petugas yang bertugas di ruangan (dokter, perawat, peserta didik, pekarya, cleaning service)

1.10. Upaya keselamatan Pasien di rawat inap : **Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko Cedera Akibat Pasien Jatuh pada pasien rawat inap**

Definisi Operasional :

Upaya pencegahan jatuh yang meliputi ;

1. Assesmen awal resiko jatuh.
2. Assesmen ulang resiko jatuh.
3. Edukasi pencegahan jatuh.

Disebut patuh apabila melaksanakan seluruh upaya pencegahan jatuh pada pasien yg beresiko sesuai dengan standar yang ditetapkan rumah sakit.

1.11. Penggunaan antibiotik dan pengobatan lainnya : **Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway.**

Definisi Operasional :

Kepatuhan terhadap clinical pathway adalah kepatuhan para staf medis / DPJP dalam menggunakan clinical pathway untuk memberikan asuhan klinis pasien secara standard dan terintegrasi sehingga dapat meminimalkan adanya variasi proses asuhan klinis.

Setiap Clinical Pathway mampu menunjukkan komponen standar LOS, obat dan penunjang.

Disebut patuh apabila mengikuti ketiga proses asuhan yang telah distandarisasi dalam clinical pathway.

1.12. Harapan Dan Kepuasan Pasien dan Keluarga : **Kepuasan Pasien Dan Keluarga.**

Definisi Operasional :

Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap kualitas pelayanan yang diterima/dirasakan selama di RSUD dr. Soediran Mangun Sumarso Wonogiri.

Kepuasan dicapai apabila pelayanan yang diberikan sesuai atau melampaui harapan pelanggan.

1.13. Manajemen resiko : **Kecepatan Respon Terhadap Komplain.**

Definisi Operasional :

Kecepatan respon terhadap komplain adalah kecepatan rumah sakit dalam menanggapi komplain baik tertulis, lisan atau melalui mass media yang sudah diidentifikasi tingkat resiko dan dampak resiko dengan penetapan grading / dampak resiko berupa; ektrim (merah); tinggi (kuning); rendah (hijau) dan dibuktikan dengan data dan tindak lanjut sesuai dengan kategorisasi / grading / dampak resiko.

Komplain Kategori Merah adalah komplain yang cenderung berhubungan dengan polisi, pengadilan, kematian, mengancam sistem, potensi kerugian material, ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 1x24 jam.

Komplain Kategori Kuning adalah komplain yang cenderung berhubungan dengan pemberitaan media, potensi kerugian immaterial, dll, ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 3 hari.

Komplain Kategori Hijau adalah komplain yang tidak menimbulkan kerugian berarti baik material maupun immaterial, ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 7 hari.

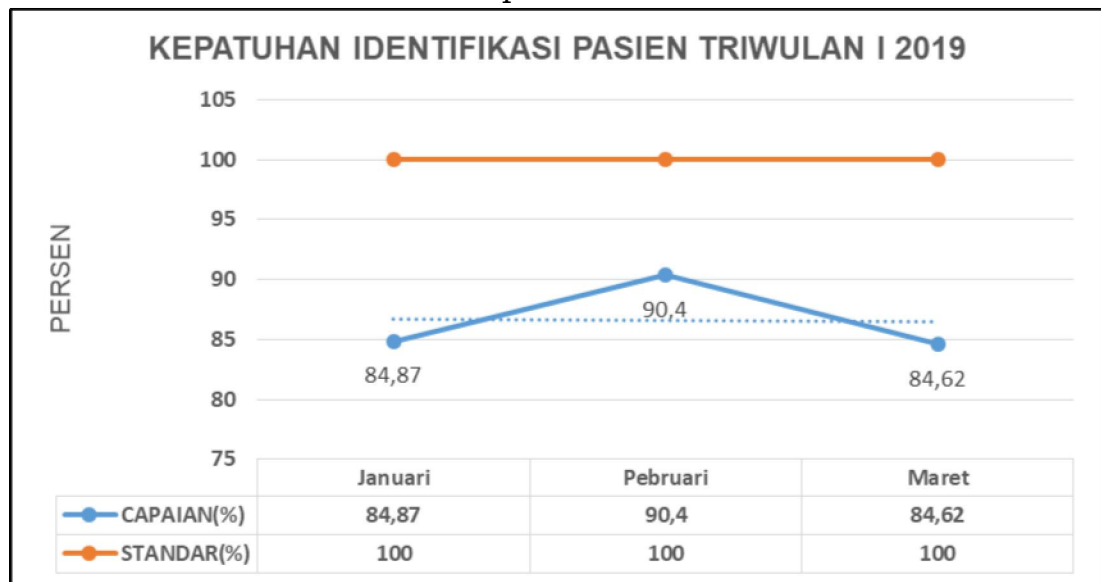
BAB II PEMBAHASAN

A. LAPORAN INDIKATOR MUTU NASIONAL

1.1 Asesmen terhadap proses pelayanan klinik : **Kepatuhan Identifikasi Pasien Rawat Inap**

Assesmen Pasien rawat inap	Januari	Pebruari	Maret
Kepatuhan identifikasi pasien rawat inap	84,87	90,4	84,62
Standar (%)	100	100	100

Grafik Capaian Indikator :



PLAN :

Judul rencana : mengetahui angka kepatuhan identifikasi pasien rawat inap oleh PPA.

Rumusan pernyataan dan uraian masalah : angka kepatuhan identifikasi pasien rawat inap pada bulan Januari 2019 sebesar 84,87%, bulan Pebruari 2019 sebesar 90,4%, bulan Maret 2019 sebesar 84,62%.

Rumusan tujuan : meningkatkan angka kepatuhan identifikasi pasien rawat inap pada bulan bulan Maret 2019 sebesar 84,62% menjadi 90,5% pada bulan April 2019.

Data dilaporkan tiap satu bulan ke instalasi Rawat Inap pada tanggal 5 pada bulan berikutnya selanjutnya dilaporkan ke KMKP.

Tindakan :

- a. Lakukan survei dokumen rekam medis di rawat inap.
- b. Lakukan sosialisasi ulang mengenai identifikasi pasien
- c. Berikan worksheet sensus harian pengumpulan data pada surveyor sebagai pengumpul data.
- d. Lakukan pengumpulan data indikator lewat sensus harian secara berkala.
- e. Lakukan pelaporan data capaian indikator mutu ke rawat inap setiap tanggal 5.

DO :

- a. Proses pengumpul data dalam teknis pengumpulan data masih kesulitan berkaitan tugas utamanya.
- b. Kepala Instalasi Rawat Inap mengingatkan pengumpul data untuk mengumpulkan data kepatuhan identifikasi pasien melalui survei dengan pengambilan sampel secara acak dijadwalkan waktu dan tempatnya.
- c. Kepala Instalasi Rawat Inap sebagai penanggung jawab data melaporkan capaian indikator mutu setiap tanggal 5 bulan berikutnya.
- d. Melakukan sosialisasi pentingnya melakukan identifikasi pasien ke PPA.

STUDY :

- a. Kepala Instalasi Rawat inap melakukan evaluasi tentang hasil sosialisasi tentang identifikasi pasien.
- b. Dari beberapa PPA belum patuh sepenuhnya dalam melakukan identifikasi pasien saat pelayanan.

- c. Laporan kepatuhan identifikasi pasien pada bulan Januari – Maret 2019 belum tercapai masih dibawah standar capaian 100% dengan kisaran rata-rata 86,6%, gambaran menunjukkan trend stabil di Triwulan I 2019.
- d. Waktu pelaporan ke KMKP juga input data masih kurang kepeduliannya.

ACTION :

- a. Secara keseluruhan capaian Triwulan I 2019 didapatkan bahwa kepatuhan identifikasi pasien rawat inap masih dibawah standar yang ditetapkan dan hasil pencapaian harus ditingkatkan untuk bulan selanjutnya.
- b. Komunikasikan angka kepatuhan dalam identifikasi pasien yang dicapai ke unit/instalasi/bagian.
- c. Lakukan sosialisasi ke PPA pentingnya dalam melakukan identifikasi pasien dengan benar.
- d. Lakukan sosialisasi ulang pengisian worksheet survei kepatuhan identifikasi pasien
- e. Lakukan pengumpulan data indikator mutu kepatuhan identifikasi pasien lewat worksheet yang sudah diisi surveyor tepat waktu.
- f. Lakukan evaluasi kerja unit.

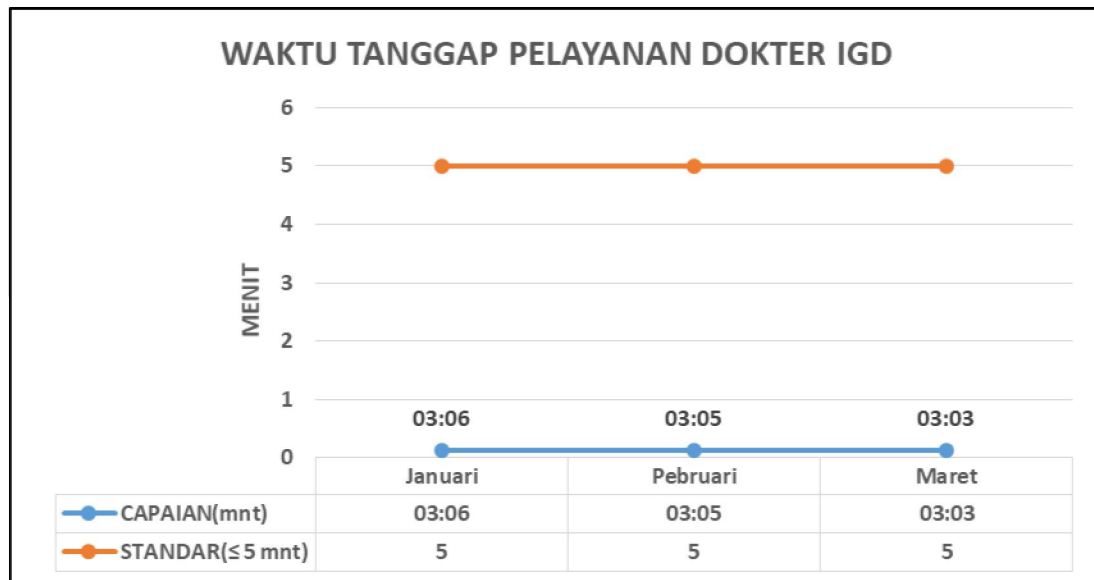
Plan	Do	Study	Action
Pengumpul data melakukan survei secara berkala dengan teknik sampling.	Tanggal 5 bulan berikutnya dilaporkan ke KMKP	Menganalisa data sesuai standar atau tidak	<ul style="list-style-type: none"> a. Wakil Direktur pelayanan dan penunjang medik memberikan himbauan kepada PPA supaya selalu melakukan identifikasi pasien dengan benar dalam pelayanannya. b. Kepala Instalasi

			<p>Rawat Inap selaku penanggung jawab data melakukan monev terhadap semua staf yang terlibat dalam pengumpulan sampai pelaporan hasil survei dalam bulanan sampai triwulan.</p> <p>c. Tingkatkan capaian angka kepatuhan identifikasi pasien rawat inap sesuai standar rawat inap</p>
--	--	--	---

1.2. Pelayanan Instalasi Gawat Darurat : **Emergency Respon Time (Waktu Tanggap Pelayanan Gawat Darurat ≤ 5 menit)**

Pelayanan Instalasi Gawat Darurat	Januari	Pebruari	Maret
Emergency Respon Time (Waktu Tanggap Pelayanan Gawat Darurat ≤ 5 menit)	03:06	03:05	03:03
Standar (menit)	≤ 5	≤ 5	≤ 5

Grafik Capaian Indikator



PENDEKATAN SISTEM	ANALISIS	REKOMENDASI
STRUKTUR	Program LAN sensus harian pengumpulan data sudah tersedia	-
	Panduan yang mengatur cara pengisian data dengan sistem LAN sudah ada	-
	SPO yang mengatur penghitungan waktu tanggap pelayanan dokter di IGD	-
	Petugas yang mengisi data /PIC sudah ditunjuk melalui SK Direktur	-
PROSES	Secara keseluruhan capaian Respon Waktu	a) Lakukan sosialisasi ke dokter IGD

	<p>Tanggap Pelayanan dokter IGD Triwulan I 2019 didapatkan bahwa waktu tunggu rawat jalan ≤ 5 menit</p>	<p>untuk datang tepat waktu, dan mempertahankan capaian Respon Waktu Tanggap Pelayanan dokter IGD</p> <p>b) Lakukan sosialisasi ulang pengisian worksheet Respon Waktu Tanggap Pelayanan dokter IGD.</p> <p>c) Lakukan evaluasi kerja unit</p>
	<p>Namun ada beberapa pasien yang tidak masuk kriteria gawat, darurat dan gawat darurat masih masuk menjadi data survei.</p>	
	<p>Waktu pelaporan ke KMKP juga input data masih kurang kepeduliannya.</p>	
	<p>Respon terhadap kedatangan pasien masih kurang berdasarkan laporan yang ada.</p>	
OUTCOME	<p>Capaian Respon Waktu Tanggap Pelayanan dokter IGD didapatkan rata rata pasien terlayani kurang dari standar yang ditetapkan ≤ 5 menit, pada triwulan I 2019 dengan rata - rata capaian 3.05 menit.</p>	<p>Pimpinan mempertahankan capaian Respon Waktu Tanggap Pelayanan dokter IGD.</p>

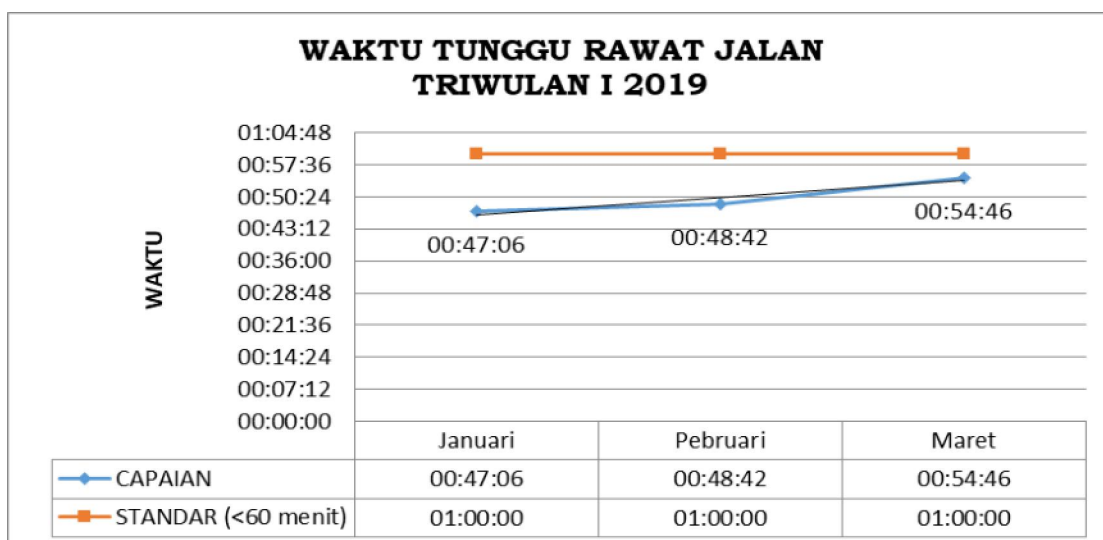
TINDAK LANJUT

- 1) Wakil Direktur pelayanan dan penunjang medik memberikan himbauan kepada dokter jaga IGD supaya tetap menjaga capaian waktu tanggap pelayanan yang didapat.
- 2) Pertahankan capaian waktu tanggap pelayanan dokter IGD.
- 3) Penempatan petugas yang selalu siap di IGD menerima kedatangan pasien.

1.3. Pelayanan rawat jalan : **Waktu Tunggu Rawat Jalan.**

Pelayanan Rawat Jalan	Januari	Pebruari	Maret
Waktu tunggu rawat jalan (Menit)	47:06	48:42	54:46
Standar (< 60 Menit)	60	60	60

Grafik Capaian indikator



PENDEKATAN SISTEM	ANALISIS	REKOMENDASI
STRUKTUR	Program LAN sensus harian pengumpulan data sudah tersedia	-
	Panduan yang mengatur cara pengisian data dengan	-

	sistem LAN sudah ada SPO yang mengatur penghitungan waktu tunggu rawat jalan	
	Petugas yang mengisi data /PIC sudah ditunjuk melalui SK Direktur	-
PROSES	<p>Secara keseluruhan capaian Triwulan I 2019 didapatkan bahwa waktu tunggu rawat jalan < 60 menit</p> <p>Namun pada beberapa poliklinik waktu tunggu untuk mendapatkan pelayanan DPJP (Dokter Penanggung Jawab Pasien) masih ada yang lebih dari 60 menit.</p>	<p>a. Lakukan sosialisasi ke DPJP (Dokter Penanggung Jawab pasien) di poliklinik untuk datang tepat waktu</p> <p>b. Lakukan sosialisasi ulang pengisian worksheet waktu tunggu rawat jalan</p> <p>c. Berikan worksheet harian waktu tunggu di masing- masing poliklinik</p> <p>d. Lakukan pengumpulan data indikator mutu waktu tunggu lewat worksheet yang sudah diisi dari masing- masing poliklinik.</p> <p>e. Lakukan evaluasi kerja unit</p>
OUTCOME	Capaian waktu tunggu rawat jalan secara keseluruhan didapatkan rata rata pasien terlayani kurang dari 60 menit,	Pimpinan mempertahankan capaian waktu tunggu rawat jalan secara keseluruhan, namun demikian

	namun masih ada beberapa pasien yg terlayani lebih dari 60 menit di beberapa poliklinik tertentu.	terus meningkatkan perbaikan capaian di beberapa poliklinik tertentu.
--	---	---

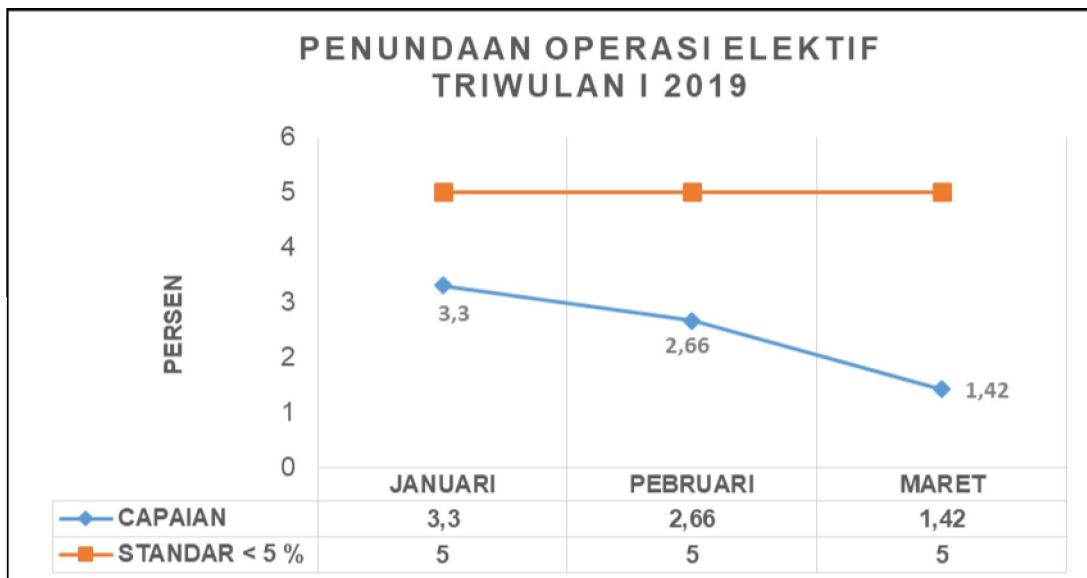
TINDAK LANJUT

- 1) Wakil Direktur pelayanan dan penunjang medik memberikan himbauan kepada DPJP supaya dokter yang mendapatkan jadwal pelayanan di poliklinik datang tepat waktu
- 2) DPJP dihimbau dalam memberikan pelayanan di poliklinik tepat waktu sesuai SPO.
- 3) Pertahankan capaian waktu tunggu rawat jalan kurang dari 60 menit

1.4. Pelayanan Bedah : **Penundaan Operasi Elektif**

Pelayanan bedah	Januari	Pebruari	Maret
Penundaan operasi elektif	3,3	2,66	1,42
Standar (%)	< 5	< 5	< 5

Grafik capaian indicator



PENDEKATAN SISTEM	ANALISIS	REKOMENDASI
STRUKTUR	Program LAN sensus harian pengumpulan data sudah tersedia	-
	Panduan yang mengatur cara pengisian data dengan sistem LAN sudah ada SPO yang mengatur pengumpulan data dan pelaporan indikator mutu.	-
	Petugas yang mengisi data /PIC sudah ditunjuk melalui SK Direktur	-
PROSES	Secara keseluruhan angka capaian indikator mutu mengenai penundaan operasi elektif Triwulan I 2019 diperoleh < 5 %	a) Melakukan monitoring terhadap jadwal operasi elektif
	Namun masih ada beberapa pasien yang tertunda untuk dilakukan operasi yang disebabkan karena kurangnya disiplin operator.	b) Lakukan sosialisasi ulang pengisian worksheet Penundaan Operasi Elektif.
	Waktu pelaporan ke KMKP juga input data tidak sesuai dengan jadwal.	c) Lakukan evaluasi kerja unit.
OUTCOME	Angka penundaan operasi elektif menunjukkan dibawah standar yang ditetapkan < 5 % rata-rata pada triwulan I 2019 2,46 % artinya bahwa angka penundaan operasi elektif sesuai yang diharapkan	Pimpinan mempertahankan angka capaian penundaan operasi elektif.

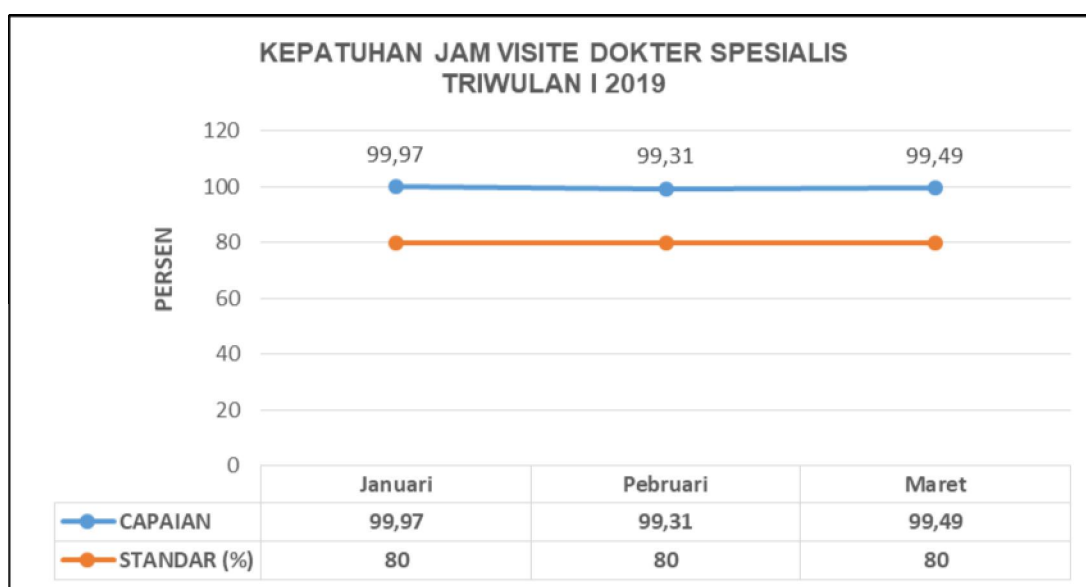
TINDAK LANJUT

- 1) Wakil Direktur pelayanan dan penunjang medik memberikan himbauan IBS dan seluruh staf terutama DPJP supaya mengutamakan pelayanan terkait dengan operasi elektif.
- 2) Pertahankan angka capaian penundaan operasi elektif tetap dibawah 5 %
- 3) Koordinasi antara IBS, ruang rawat inap, operator, anastesi untuk persiapan pasien yang sudah akan dilakukan tindakan operasi.

1.5. Pelayanan Rawat Inap : **Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis.**

Pelayanan rawat inap	Januari	Pebruari	Maret
Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis	99,97	99,31	99,49
Standar (%)	80	80	80

Grafik capaian indicator :



PENDEKATAN SISTEM	ANALISIS	REKOMENDASI
STRUKTUR	Program LAN sensus harian pengumpulan data sudah tersedia	-
	Panduan yang mengatur cara pengisian data dengan sistem LAN sudah ada SPO yang mengatur pengumpulan data indikator mutu sudah ada	- -
	Petugas yang mengisi data /PIC sudah ditunjuk melalui SK Direktur	-
PROSES	Secara keseluruhan kepatuhan jam visite DPJP Triwulan I 2019 melebihi standar yang ditetapkan	1) Pertahankan kepatuhan jam visite DPJP namun juga perlu perbaikan pada beberapa DPJP yang terkadang masih melakukan visite diluar jam yang sudah ditetapkan. 2) Melalui Komite Medik lakukan sosialisasi ke DPJP mengenai kepatuhan jam visite DPJP 3) Laporkan data yang diperoleh untuk beberapa DPJP yang kurang patuh terhadap jam visite. 4) Lakukan sosialisasi ulang pengisian worksheet kepatuhan jam visiye DPJP 5) Lakukan evaluasi kerja unit
	Masih ada jam visite DPJP yang dilakukan diluar jam yang sudah ditetapkan meskipun prosentasinya kecil rawan menimbulkan komplain pasien maupun keluarga	
	Waktu pelaporan ke KMKP juga input data masih kurang kepeduliannya.	

OUTCOME	Kepatuhan jam visite DPJP triwulan I 2019 rata-rata 99,59% dari standar yang ditetapkan 80%	Pimpinan mempertahankan kepatuhan jam visite DPJP.
----------------	---	--

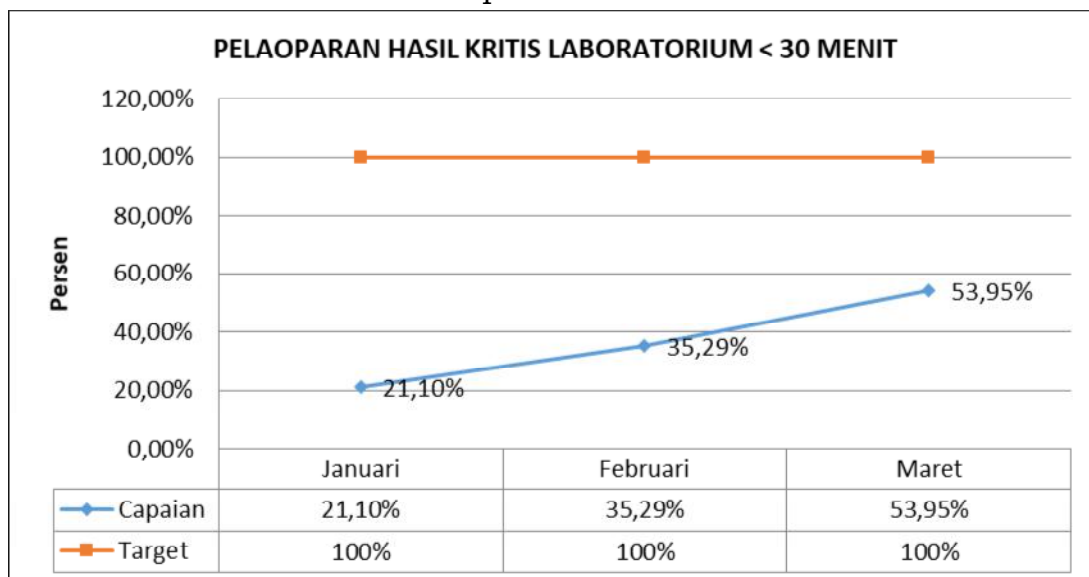
TINDAK LANJUT

- 1) Wakil Direktur pelayanan dan penunjang medik melalui Komite Medik memberikan himbauan kepada DPJP untuk patuh terhadap jam visite yang sudah ditetapkan.
- 2) Kepala Instalasi Rawat Inap selaku penanggung jawab data melakukan monev terhadap semua staf yang terlibat dalam pengumpulan data harian sampai pelaporannya dalam bulanan sampai triwulan.
- 3) Pertahankan capaian angka kepatuhan jam visite DPJP

1.6. Layanan Laboratorium : **Pelaporan hasil kritis**

Pelayanan Laboratorium	Januari	Pebruari	Maret
Pelaporan hasil kritis	21,10	35,29	53,95
Target (%)	100	100	100

Grafik Capaian Indikator :



PLAN :

Tim berencana mengetahui angka pelaporan hasil kritis. Instalasi Laboratorium diminta mengumpulkan dan melaporkan data indikator mutu ke KMKP.

Rumusan pernyataan dan uraian masalah : angka pelaporan hasil kritis pada bulan Januari 2019 sebesar 21,10%, Pebruari 2019 sebesar 35,29%, Maret 2019 sebesar 53,95%.

Rumusan tujuan : angka pelaporan hasil kritis pada bulan Januari 2019 sebesar 21,10%, Pebruari 2019 sebesar 35,29%, Maret 2019 sebesar 53,95% belum sesuai dengan target yang sudah ditetapkan.

Data dilaporkan tiap satu bulan ke KMKP pada tanggal 10.

Tindakan :

- a. Lakukan sosialisasi ulang jenis-jenis hasil kritis di unit pelayanan.
- b. Pemahaman definisi operasional pelaporan hasil kritis laboratorium.
- c. Berikan worksheet sensus harian pengumpulan data pada Instalasi Laboratorium.
- d. Lakukan pengumpulan data indikator lewat sensus harian.
- e. Kerjasama dengan petugas rawat inap untuk pelaporan hasil kritis laboratorium ke DPJP.
- f. Koordinasi dengan Kepala Instalasi Laboratorium untuk mengumpulkan data indikator mutu setiap bulan ke KMKP.
- g. Lakukan pelaporan data capaian indikator mutu ke KMKP setiap tanggal 10.

DO :

- a. Kepala Instalasi Laboratorium berkoordinasi dengan Kepala Instalasi Rawat Inap berkaitan dengan pelaporan hasil kritis laboratorium kepada DPJP sesuai standar waktu pelaporannya < 30 menit.
- b. Pengumpulan data temuannya dan pelaporannya sesuai waktu yang dibutuhkan dan rutin melakukannya.
- c. Melakukan pelaporan data capaian indikator mutu ke KMKP setiap tanggal 10.

STUDY :

- a. Angka capaian pelaporan hasil kritis laboratorium < 30 menit pada Triwulan I 2019 didapatkan di bawah target yang ditetapkan.
- b. Pemahaman definisi operasional pelaporan hasil kritis laboratorium yang kurang.
- c. Terjadi peningkatan angka pelaporan hasil kritis laboratorium < 30 menit pada bulan berikutnya meskipun hasil masih di bawah standar yang ditetapkan.
- d. Ada ketidakpedulian petugas terhadap hasil kritis yang ditemukan sehingga pelaporan melebihi standar waktu yg ditetapkan.
- e. Belum adanya link langsung petugas laborat kepada DPJP.
- f. Waktu pelaporan ke KMKP juga input data masih kurang kepeduliannya.

ACTION :

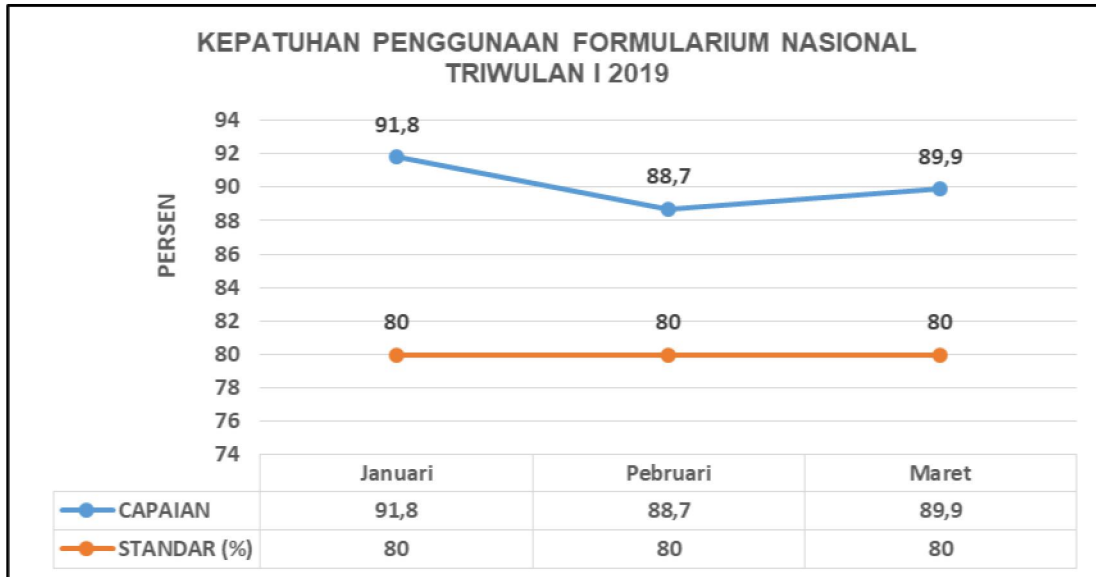
- a. Wakil Direktur pelayanan dan penunjang medik melalui Kepala Instalasi Laboratorium dan BDRS memberikan himbauan kepada analis laboratorium untuk melakukan pelaporan hasil kritis laborat sesuai standar waktu yang ditetapkan, melihat dari analisa yang diperoleh perlu dilakukan pelaporan lewat telephon maupun WA.
- b. Tim KMKP melakukan pemeriksaan ke Instalasi Laboratorium untuk pencatatan hasil kritis.
- c. Tim KMKP memberikan penjelasan definisi operasional untuk pelaporan hasil kritis laboratorium dan bimbingan dalam mengumpulkan data indikator.
- d. Lakukan sosialisasi ke analis untuk melakukan pencatatan pelaporan nilai kritis
- e. Lakukan sosialisasi / refreshing pelaporan hasil kritis laboratorium ke petugas bangsal rawat jalan, rawat inap dan IGD.
- f. Koordinasi kepala Instalasi Laboratorium dan BDRS dengan DPJP melalui Komite Medik.
- g. Lakukan evaluasi kerja unit

Plan	Do	Study	Action
Kepala Instalasi Laboratorium melaporkan data	Tanggal 10 ke Tim KMKP	Mengumpulkan dan menganalisa data sesuai target juga standar waktu yang ditetapkan atau tidak.	a) Evaluasi kerja unit. b) Wakil Direktur pelayanan dan penunjang medik melalui Kepala Instalasi Laboratorium dan BDRS memberikan himbauan kepada analis laboratorium untuk melakukan pelaporan hasil kritis laborat sesuai standar waktu yang ditetapkan, melihat dari analisa yang diperoleh perlu dilakukan pelaporan lewat telephon maupun WA.

1.7. Pelayanan medis terkait farmasi : **Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional**

Pelayanan medis terkait farmasi	Januari	Pebruari	Maret
Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional	91,8	88,7	89,9
Target (%)	80	80	80

Grafik Capaian Indikator :



PENDEKATAN SISTEM	ANALISIS	REKOMENDASI
STRUKTUR	Program LAN sensus harian pengumpulan data sudah tersedia	-
	Panduan yang mengatur cara pengisian data dengan sistem LAN sudah ada	-
	Petugas yang mengisi data /PIC sudah ditunjuk melalui SK Direktur	-
PROSES	Capaian Indikator mutu mengenai Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional pada Triwulan I 2019 didapatkan datas standar yang ditetapkan yaitu 80 %	a) Lakukan sosialisasi ke Komite Medik untuk Penulisan resep JKN sesuai dengan Formularium Nasional

	Meskipun capaian kepatuhan penggunaan formularium nasional melebihi standar yang ditetapkan, namun masih ada beberapa kejadian tidak patuhnya penggunaan formularium nasional dikarenakan RS menentukan formularium sendiri, disamping sering ditemukan kekosongan obat formularium nasional.	b) Lakukan evaluasi kerja unit. c) Pemantauan rutin terhadap stok obat.
OUTCOME	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional pada Triwulan I 2019 didapatkan data standar yang ditetapkan 80 % dengan rata-rata capaian 90,1 %.	Pimpinan mempertahankan capaian Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional.

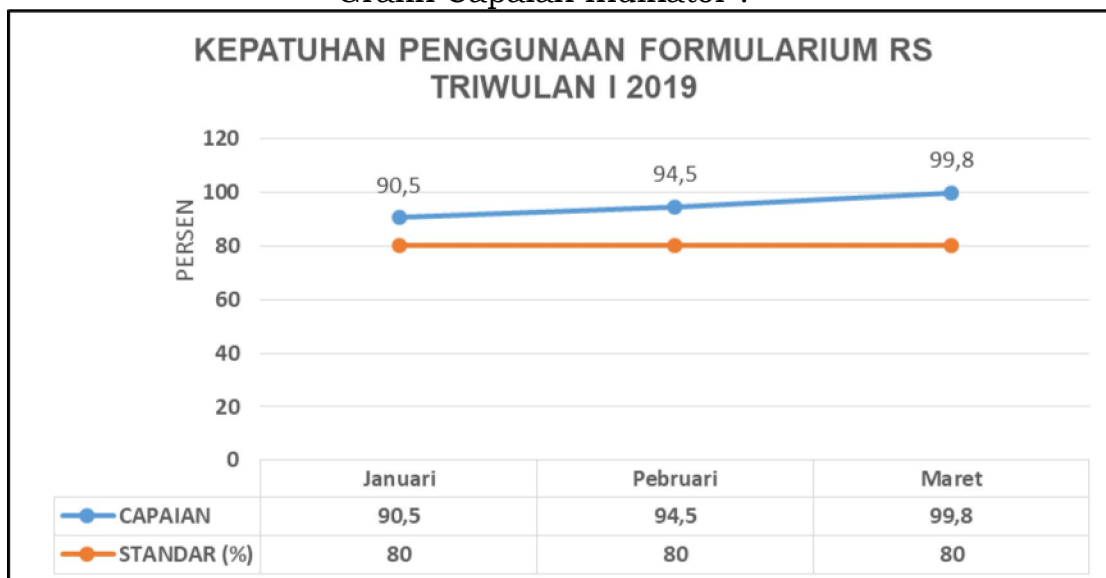
TINDAK LANJUT

- 1) Wakil Direktur pelayanan dan penunjang medik memberikan himbauan kepada Komite Medik supaya menerapkan Penulisan resep JKN sesuai dengan Formularium Nasional
- 2) Pertahankan capaian kepatuhan penggunaan formularium nasional.
- 3) Cegah terjadinya kekosongan obat yang terjadi di Instalasi Farmasi.

1.8. Pelayanan medis terkait farmasi : **Kepatuhan Penggunaan Formularium Rumah Sakit**

Pelayanan medis terkait farmasi	Januari	Pebruari	Maret
Kepatuhan Penggunaan Formularium Rumah Sakit	90,5	94,5	99,8
Target (%)	80	80	80

Grafik Capaian Indikator :



PENDEKATAN SISTEM	ANALISIS	REKOMENDASI
STRUKTUR	Program LAN sensus harian pengumpulan data sudah tersedia	-
	Panduan yang mengatur cara pengisian data dengan sistem LAN sudah ada	-
	Petugas yang mengisi data /PIC sudah ditunjuk melalui SK Direktur	-
PROSES	Capaian Indikator mutu mengenai Kepatuhan Penggunaan Formularium Rumah Sakit pada Triwulan I 2019 didapatkan diatas standar yang ditetapkan yaitu 80 %	a) Lakukan sosialisasi ke Komite Medik untuk Penulisan resep umum sesuai dengan Formularium Rumah Sakit b) Lakukan evaluasi

	Meskipun capaian kepatuhan penggunaan formularium Rumah Sakit melebihi standar yang ditetapkan, namun masih ada beberapa kejadian tidak patuhnya penggunaan formularium Rumah Sakit dikarenakan di Instalasi Farmasi terkadang ditemukan kekosongan obat.	kerja unit. c) Pemantauan rutin terhadap stok obat.
OUTCOME	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional pada Triwulan I 2019 didapatkan data standar yang ditetapkan 80 % dengan rata-rata capaian 95 %	Pimpinan mempertahankan capaian Kepatuhan Penggunaan Formularium Rumah Sakit.

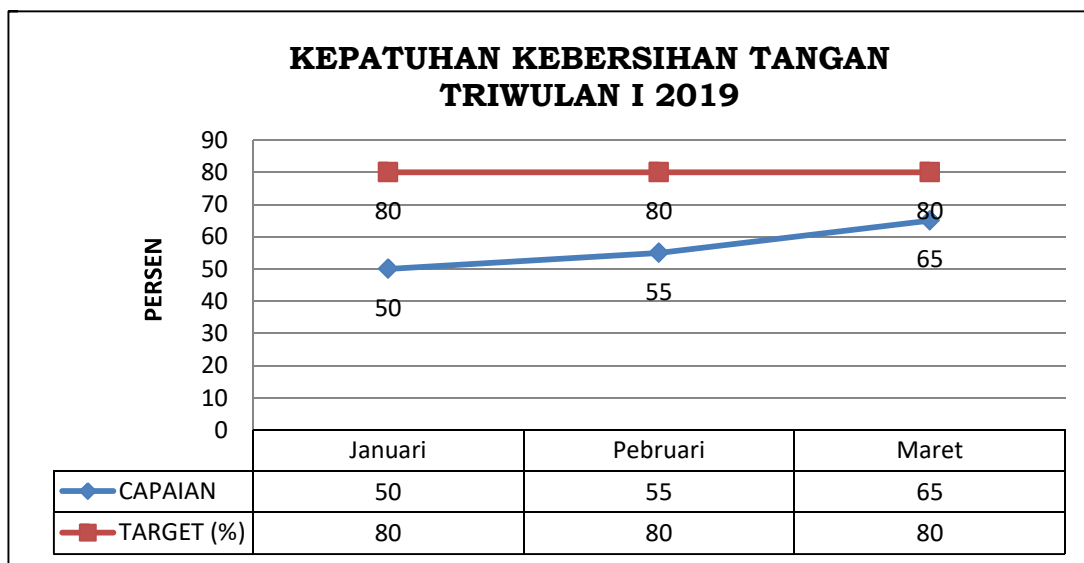
TINDAK LANJUT

- 1) Wakil Direktur pelayanan dan penunjang medik memberikan himbauan kepada Komite Medik supaya menerapkan Penulisan resep umum sesuai dengan Formularium Rumah Sakit
- 2) Pertahankan capaian kepatuhan penggunaan formularium rumah sakit.
- 3) Cegah terjadinya kekosongan obat yang terjadi di Instalasi Farmasi.

1.9. Mengurangi risiko infeksi akibat perawatan kesehatan :
Kepatuhan Kebersihan Tangan.

Mengurangi risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan	Januari	Pebruari	Maret
Kepatuhan kebersihan tangan untuk petugas (%)	50	55	65
Target (%)	80	80	80

Grafik Capaian Indikator



PLAN :

Judul rencana : TIM berencana mengetahui kepatuhan cuci tangan petugas. Komite PPI diminta mengumpulkan dan melaporkan data indikator mutu ke KMKP.

Rumusan pernyataan dan uraian masalah : kepatuhan cuci tangan petugas baik perawat, dokter, penunjang dan petugas lainnya pada bulan Januari 2019 sebesar 50%, bulan Pebruari 2019 sebesar 55%, bulan Maret 2019 65% capaian belum sesuai target 80%.

Rumusan tujuan : meningkatkan kepatuhan cuci tangan petugas sesuai target 80% pada bulan April 2019.

Tindakan :

- a. Lakukan supervisi komite PPI ke semua unit pelayanan.
- b. Lakukan review cara cuci tangan yang benar sesuai SPO Cuci Tangan ke semua unit melalui five moment.
- c. Lakukan koordinasi komite PPI dengan Unit pelayanan dalam menerapkan cuci tangan yang benar.

DO :

- a. Komite PPI melakukan supervisi ke semua unit pelayanan.
- b. Melakukan review cara cuci tangan yang benar sesuai SPO cuci tangan ke semua unit pelayanan melalui five moment.
- c. Melakukan koordinasi komite PPI dengan unit pelayanan dalam menerapkan cuci tangan yang benar.

STUDY :

- a. Tim KMKP melakukan monitoring pelaksanaan rencana tindakan yang telah ditetapkan.
- b. Angka kepatuhan cuci tangan petugas bulan Januari 2019 sebesar 50%, bulan Pebruari 2019 sebesar 55%, bulan Maret 2019 sebesar 65%, capaian belum sesuai target yang ditetapkan 80%.

ACTION :

- a. Pencegahan dan control infeksi, surveilans dan pelaporan : ketaatan cuci tangan petugas belum sesuai target 80% dan hasil capaian untuk dinaikkan pada bulan April 2019 sesuai dengan target yang ditetapkan.
- b. Perlu diadakan review pada petugas dalam melakukan cuci tangan sesuai SPO cuci tangan.
- c. Tim KMKP meminta bersama Komite PPI, case manajer dan kepala ruang meminta seluruh petugas melakukan kepatuhan cuci tangan dalam setiap pelayanan dengan five moment.
- d. Tim KMKP memberikan saran dalam mengumpulkan data indikator.

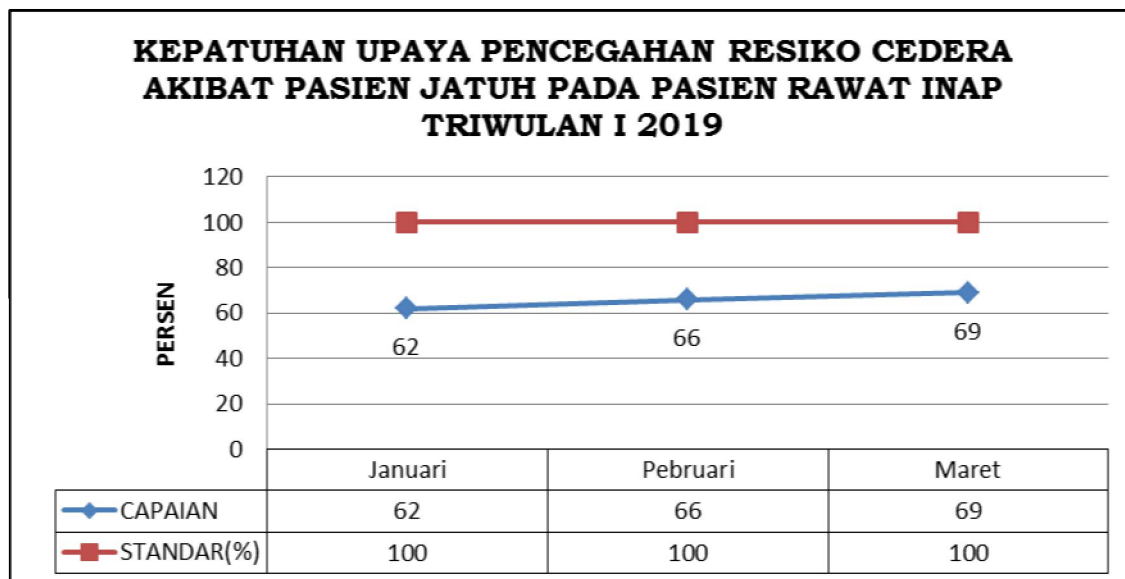
Plan	Do	Study	Action
Komite PPI melaporkan data	Tanggal 10 mengumpulkan data ke Tim KMKP	Mengumpulkan dan menganalisa data sesuai standar atau tidak bulan Januari 2019 sebesar 50,56%, bulan Pebruari 2019 sebesar 42,33%, bulan Maret 2019 sebesar 61,67%	a) Perlu diadakan pertemuan rutin untuk mendapatkan laporan rutin dari Komite PPI b) Supervise Komite PPI, case manajer & kepala ruang

1.10. Mengurangi risiko cedera akibat jatuh :

Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko Cedera Akibat Pasien Jatuh Pada Pasien Rawat Inap.

Mengurangi risiko cedera akibat jatuh	Januari	Pebruari	Maret
Kepatuhan upaya pencegahan resiko cedera akibat pasien jatuh pada pasien rawat inap	62	66	69
Standar (%)	100	100	100

Grafik Capaian Indikator



PLAN :

Judul rencana : Tim berencana mengetahui kepatuhan assesmen kepatuhan upaya pencegahan resiko cedera akibat pasien jatuh pada pasien rawat inap. Irna diminta mengumpulkan dan melaporkan data indikator sasaran keselamatan pasien kelengkapan pengisian assesmen risiko pasien jatuh & pemasangan stiker risiko jatuh ke KMKP.

Rumusan pernyataan dan uraian masalah : Kepatuhan upaya pencegahan resiko cedera akibat pasien jatuh pada pasien rawat inap pada bulan Januari 2019 sebesar 62%, Pebruari 2019 sebesar 66% dan Maret 2019 sebesar 69%.

Rumusan tujuan : angka kepatuhan pemasangan stiker risiko jatuh diharapkan bisa mencapai 100% pada bulan April 2019.

Tindakan :

- a. Lakukan pengisian assesmen risiko jatuh pada pasien baru.
- b. Lakukan pemberian stiker risiko jatuh pada gelang identitas.
- c. Buat sensus harian untuk mengumpulkan dan melaporkan data pasien risiko jatuh.
- d. Kumpulkan data indikator kepatuhan pemasangan stiker risiko jatuh setiap bulan ke KMKP.

DO :

- a. Melakukan pengisian assesmen risiko jatuh pada pasien baru.
- b. Melakukan asesmen ulang harian risiko jatuh pada pasien dengan risiko jatuh tinggi.
- c. Melakukan pemasangan stiker risiko jatuh pada gelang identitas.
- d. Membuat sensus harian untuk mengumpulkan dan melaporkan data pasien risiko jatuh.
- e. Mengumpulkan data indikator kepatuhan pemasangan stiker risiko jatuh setiap bulan ke KMKP

STUDY :

- a. Tim KMKP melakukan survey secara berkala pelaksanaan pemasangan stiker risiko jatuh.
- b. Angka kepatuhan upaya pencegahan resiko cedera akibat pasien jatuh pada pasien rawat inap pada bulan Januari 2019 sebesar 62%, Pebruari 2019 sebesar 66% dan Maret 2019 sebesar 69%. Capaian pada Triwulan I pada kisaran 65% belum mencapai standart 100%.

ACTION :

- a. Mengurangi risiko cedera akibat jatuh : kepatuhan upaya pencegahan resiko cedera akibat pasien jatuh pada pasien rawat inap belum sesuai standar 100% dan hasil capaian untuk ditingkatkan pada bulan April 2019.
- b. Melakukan survey kepatuhan upaya pencegahan resiko cedera akibat pasien jatuh pada pasien rawat inap secara berkala.
- c. Memberikan data umpan balik kepada instalasi terkait.

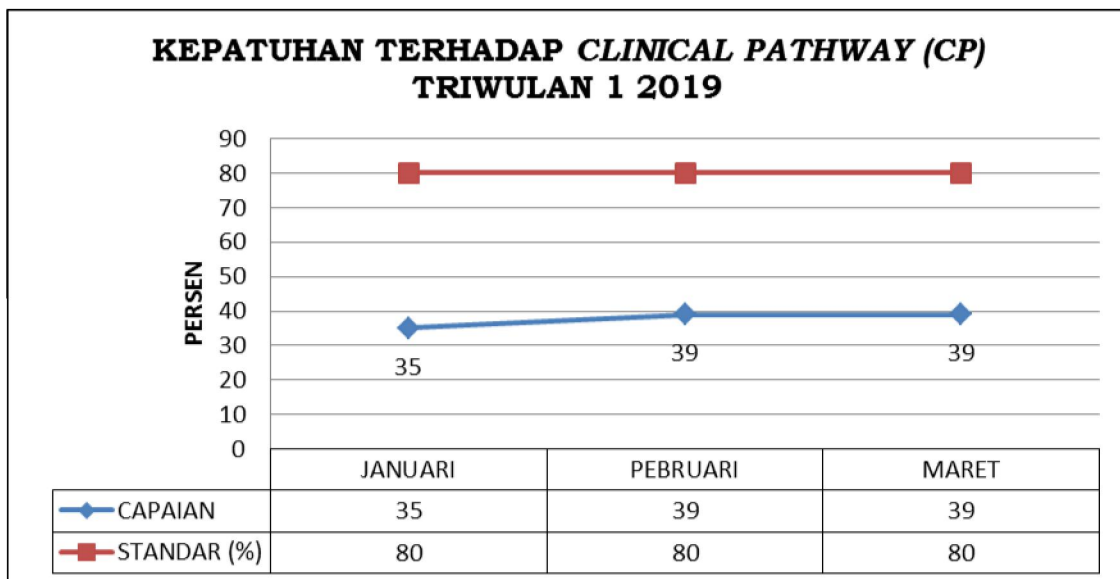
Plan	Do	Study	Action
Kepala Instalasi melaporkan data ke KMKP	Tanggal 10 mengumpulkan data ke Tim KMKP	Mengumpulkan dan menganalisa data sesuai standar atau	a) Perlu diadakan pertemuan rutin untuk mendapatkan

		tidak	<p>laporan rutin dari IGD, Irja dan Irna.</p> <p>b) Dilakukan survey rutin untuk mengetahui kepatuhan pelaksanaan pemasangan stiker risiko jatuh.</p>
--	--	-------	---

1.11. Kesesuaian terapi, implementasi penunjang dan LOS : **Kepatuhan Terhadap *Clinical Pathway* (CP) Dengue High Fever grade I & II, Dengue High Fever dewasa, Stroke Non Haemorrhagic, Appendectomy, Sectio Caesaria APH, Close Fractur Antebrachii di Rawat Inap.**

Kesesuaian terapi, implementasi penunjang dan LOS	Januari	Pebruari	Maret
Kepatuhan terhadap <i>Clinical Pathway</i> (CP) di Rawat Inap (%)	35	39	39
Standar (%)	80	80	80

Grafik Capaian Indikator



PLAN :

Judul rencana : Tim berencana mengetahui angka kepatuhan terhadap LOS, kesesuaian terapi yang diberikan dan penunjang dengan *clinical pathway* (cp) di rawat inap. Penanggung jawab data diminta mengumpulkan dan melaporkan data indikator mutu ke KMKP.

Rumusan pernyataan dan uraian masalah : angka kepatuhan terhadap *clinical pathway* (cp) di rawat inap pada bulan Januari 2019 sebesar 35%, Pebruari 2019 sebesar 39% dan Maret 2019 sebesar 39%.

Rumusan tujuan : meningkatkan angka kepatuhan terhadap *clinical pathway* bulan April 2019.

Data dilaporkan tiap satu bulan ke KMKP pada tanggal 10.

Tindakan :

- a. Terapkan persepian sesuai formularium rumah sakit.
- b. Lakukan implementasi standarisasi asuhan klinik sesuai dengan *clinical pathway*.
- c. Lakukan koordinasi dengan komite medis untuk membahas ketepatan penggunaan antibiotik.
- d. Lakukan audit *clinical pathway*.

DO :

- a. Menerapkan persepian sesuai formularium rumah sakit.
- b. Melakukan implementasi standarisasi asuhan klinik sesuai dengan *clinical pathway*.
- c. Melakukan koordinasi dengan komite medis untuk membahas ketepatan penggunaan antibiotik.

STUDY :

- a. Tim KMKP melakukan pemeriksaan secara berkala pelaksanaan pelaporan data.
- b. Angka kepatuhan terhadap *clinical pathway* (cp) di rawat inap pada bulan Triwulan I 2019 belum tercapai.

ACTION :

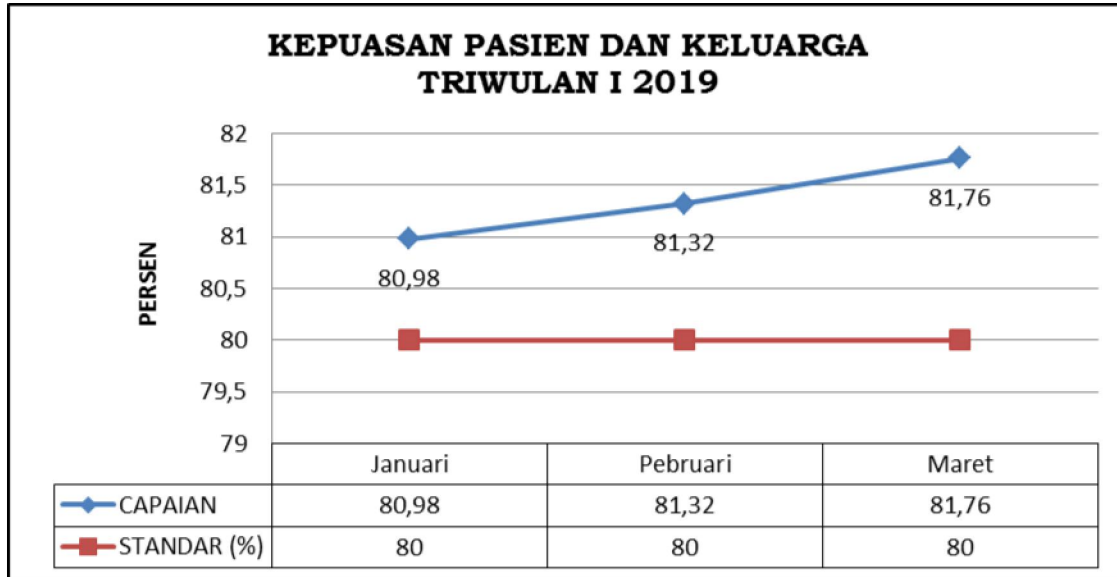
- a. Lama rawat inap, penggunaan obat dan penunjang medic : angka kepatuhan terhadap *clinical pathway* (cp) di rawat inap masih jauh dari standar capaian 80% dan hasil pencapaian harus ditingkatkan untuk bulan selanjutnya.
- b. Perlu diadakan pertemuan rutin untuk mendapatkan laporan rutin dari PJ data.
- c. Tim KMKP berkoordinasi dengan Wadir pelayanan dan penunjang medik, Komite Medis, keperawatan dan penunjang medis terkait dengan kepatuhan terhadap *clinical pathway* (cp).

Plan	Do	Study	Action
Kepala Instalasi Farmasi melaporkan data	Tanggal 10 ke Tim KMKP	Mengumpulkan dan menganalisa data sesuai standar atau tidak	Perlu diadakan pertemuan rutin antara Manajemen, KMKP, Komite Medik, PFT dan Instalasi Farmasi untuk mencari solusi.

1.12. Harapan Dan Kepuasan Pasien dan Keluarga: **Kepuasan Pasien dan Keluarga**

Harapan Dan Kepuasan Pasien dan Keluarga	Januari	Pebruari	Maret
Kepuasan Pasien dan Keluarga (%)	80,98	81,32	81,76
Standar (%)	80	80	80

Grafik indikator mutu

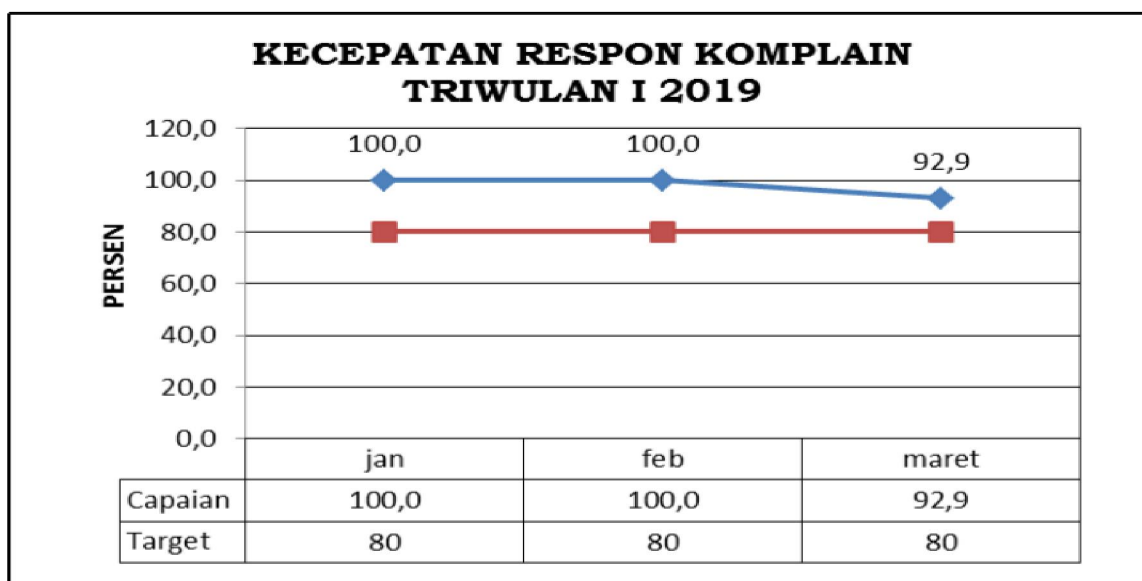


Berdasarkan hasil survei kepuasan masyarakat di RSUD dr. Soediran Mangun Sumarso yang dilakukan di 8 (delapan) lokasi yaitu Instalasi Gawat Darurat, Instalasi Rawat Inap, Instalasi Rawat Jalan, Instalasi Radiologi, Instalasi Farmasi, Instalasi Laboratorium dan Instalasi Kandungan dan Kebidanan dan Instalasi Rehabilitasi Medik dapat disimpulkan bahwa nilai Survei Kepuasan Masyarakat untuk Triwulan I Tahun 2019 terhadap pelayanan di RSUD dr. Soediran Mangun Sumarso Kabupaten Wonogiri adalah 81,35. Dengan nilai tersebut dapat dikategorikan Mutu Pelayanan B dengan Kinerja Unit Pelayanan Baik, ini berarti secara umum dapat dijelaskan bahwa pelayanan di RSUD dr. Soediran Mangun Sumarso Kabupaten Wonogiri telah memberikan pelayanan yang baik kepada masyarakat.

1.13. Managemen Resiko : **Kecepatan Respon Terhadap Komplain**

KECEPATAN RESPON TERHADAP KOMPLAIN TRI WULAN I 2019	KATEGORI KOMPLAIN			JUMLAH KOMPLAIN	JUMLAH KOMPLAIN YANG DITANGGAPI SESUAI KATEGORI	TARGET	CAPAIAN
	MERAH	KUNING	HJAU				
JANUARI	0	0	3	3	3	>80%	100%
FEBRUARI	0	0	6	6	6		100%
MARET	0	0	14	14	13		92,9%

Grafik Indikator Mutu



PENDEKATAN SISTEM	ANALISIS	REKOMENDASI
STRUKTUR	Program LAN sensus harian pengumpulan data sudah tersedia	-
	Panduan yang mengatur cara pengisian data dengan sistem LAN sudah ada	-
	Petugas yang mengisi data /PIC sudah ditunjuk melalui SK Direktur	-

PROSES	Capaian Indikator mutu mengenai Kecepatan Respon Terhadap Komplain Triwulan I 2019 didapatkan diatas standar yang ditetapkan yaitu 80 %	<p>a. Bagian aduan dan informasi selalu bekerjasama dengan unit lain yang terkait dalam menanggapi dan menangani complain tepat waktu.</p> <p>b. Pertahankan capaian kecepatan respon terhadap komplain lebih dari 80%.</p> <p>c. Meningkatkan pelayanan dan sarana prasarana di RSUD dr. Soediran Mangun Sumarso Wonogiri untuk kepuasan pasien dan meminimalkan komplain.</p> <p>d. Lakukan evaluasi kerja seluruh unit.</p>
	Meskipun capaian Kecepatan Respon Terhadap Komplain melebihi standar yang ditetapkan, namun masih perlu adanya evaluasi dari hasil penyelesaian terhadap komplain tersebut, artinya bukan waktu penyelesaiannya namun hasil penyelesaian tersebut bagaimana.	
OUTCOME	Kecepatan Respon Terhadap Komplain Triwulan I 2019 didapatkan diatas standar yang ditetapkan 80 % dengan rata-rata capaian 97,63%	Pimpinan mempertahankan capaian Kecepatan Respon Terhadap Komplain

TINDAK LANJUT

1. Bagian aduan dan informasi selalu bekerjasama dengan unit lain yang terkait dalam menanggapi dan menangani complain tepat waktu.
2. Meningkatkan pelayanan dan sarana prasarana di RSUD dr. Soediran Mangun Sumarso Wonogiri untuk kepuasan pasien dan meminimalkan komplain.
3. Pertahankan capaian Kecepatan Respon Terhadap Komplain
4. Lakukan evaluasi kerja seluruh unit.

BAB III
PENUTUP

A. HASIL

Berdasarkan hasil rerata Capaian Indikator Mutu Utama RSUD dr. Soediran Mangun Sumarso untuk keempat jenis mutu yaitu Mutu wajib/Mutu Nasional, Mutu Are Klinik, Mutu Area Manajemen dan Mutu Keselamatan Pasien dapat dilihat pada tabel berikut :

NO	INDIKATOR MUTU	JUDUL	TARGET	HASIL	DEVIASI
A	INDIKATOR MUTU NASIONAL				
1	Upaya Keselamatan Pasien	Kepatuhan identifikasi pasien rawat inap	100%	86,6%	(-13,4)
2	Pelayanan Instalasi Gawat Darurat	Emergency Respon Time (Waktu Tanggap Pelayanan Gawat Darurat ≤ 5 menit)	<5 mnt	3 mnt	2
3	Pelayanan rawat jalan	Waktu Tunggu Rawat Jalan	60 mnt	50,19 mnt	0,81
4	Pelayanan bedah	Penundaan Operasi Elektif	<5%	2,5%	2,5
5	Pelayanan Rawat Inap	Kepatuhan Jam Visite Dokter	80 %	99,59%	19,59
6	Layanan Laboratorium	Pelaporan hasil kritis	100%	36,78%	(-63,22)
7	Pelayanan medis terkait farmasi	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional	80%	90,13%	10,13
8	Pelayanan medis terkait farmasi	Kepatuhan Penggunaan Formularium Rumah Sakit	80%	94,93%	14,93
9	Pencegahan dan Control Infeksi, Surveilans dan Pelaporan	Kepatuhan Kebersihan Tangan	100%	51,55%	(-48,45)
10	Upaya keselamatan Pasien di rawat inap	Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko Cedera Akibat Pasien Jatuh pada pasien rawat inap	100%	65%	(-35)
11	Penggunaan antibiotik dan pengobatan lainnya	Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway	80%	37,6%	(-42,4)

12	Harapan Dan Kepuasan Pasien dan Keluarga	Kepuasan Pasien Dan Keluarga	80%	81,35%	1,35
13	Manajemen resiko	Kecepatan Respon Terhadap Komplain	75%	97,63%	22,63

B. KESIMPULAN

1. Hasil capaian indikator mutu nasional menurut trend capaian Triwulan I yang telah sesuai standar yang ditetapkan adalah :
 - a) Emergency Respon Time (Waktu Tanggap Pelayanan Gawat Darurat \leq 5 menit)
 - b) Waktu Tunggu Rawat Jalan
 - c) Penundaan Operasi Elektif
 - d) Kepatuhan Jam Visite Dokter
 - e) Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional
 - f) Kepatuhan Penggunaan Formularium Rumah Sakit
 - g) Kepuasan Pasien Dan Keluarga
 - h) Kecepatan Respon Terhadap Komplain
2. Hasil capaian indikator mutu nasional menurut trend capaian Triwulan I yang belum tercapai atau belum sesuai standar dan harus ditingkatkan agar tercapai sesuai target adalah:
 - a) Kepatuhan identifikasi pasien rawat inap
 - b) Pelaporan hasil kritis
 - c) Kepatuhan Kebersihan Tangan
 - d) Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko Cedera Akibat Pasien Jatuh pada pasien rawat inap
 - e) Kepatuhan terhadap CP

KETUA
KOMITE MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN
RSUD dr. SOEDIRAN MANGUN SUMARSO

dr. EKO TAVIP RIYADI. Sp. THT - KL, M. Kes.
NIP. 19650206 199003 1 006