PEMERINTAH PROVINSI BALI
DINAS KESEHATAN
UPTD RUMAH SAKIT MATA BALI MANDARA
Jl. Angsoka No 8 Denpasar, Bali. Telp. (0361) 243350
Email : rsmatabalimandara@yahoo.com
DENPASAR

Denpasar, 28 Januari 2020

Nomor : -
Sifat : Biasa
Lampiran : 1 (Gabung)
Hal : Undangan Rapat

Kepada
Yth. Undangan Terlampir
di
Tempat

Dengan hormat,

Dalam rangka mengevaluasi pelaksanaan Program Peningkatan Mutu, Keselamatan Pasien dan Manajemen Risiko (PMKP-MR) tahun 2019, maka kami mengundang Bapak/Ibu untuk hadir pada Rapat Evaluasi Program PMKP-MR yang akan diselenggarakan pada:

Hari/Tanggal : Kamis/30 Januari 2020
Tempat : Ruang Pertemuan Lantai IV Rumah Sakit Mata Bali Mandara, Jl. Angsoka No 8 Denpasar
Waktu : 08.00 - Selesai

Demikian disampaikan, atas perhatiannya diucapkan terima kasih.

Direktur UPTD Rumah Sakit Mata
Bali Mandara Provinsi Bali

PEMERINTAH PROVINSI BALI UPTD RS. Mata Bali Mandara DINAS KESEHATAN

dr. Ni Made Yuniti, MM
Pembina Utama Muda
NIP. 19610810 198803 2 004

***NB**: Diharapkan kepada undangan untuk membawa Tumbler sendiri sebagai tempat minum*

Scanned by CamScanner

DAFTAR UNDANGAN

NO	NAMA	JABATAN
1	dr. Ni Made Yuniti, MM	Direktur
2	dr. Dewa Ketut Oka	Ketua Dewan Pengawas Pola Pengelolaan Keuangan BLUD Rumah Sakit Mata Bali Mandara
3	dr. Cynthia Sulaimin, M.Si	Wadir Pelayanan
4	Ni Gusti Ayu Ardani, SE	Wadir Administrasi Sumber Daya
5	drg. A.A. Istri Purnayu Utami	Kepala Bidang Pelayanan Medik
6	Luh Nyoman Wismayati, S.Kep	Kepala Bidang Keperawatan
7	Dra. Eniwati, Apt	Kepala Bidang Penunjang Medik
8	Ayu Rai Andayani, R., SKM, M.Sc.,Ph.	Kepala Bagian Tata Usaha
9	Drs. I Wayan Sudana, Apt	Kepala Bagian Bina Program
10	Ni Wayan Astining, STTP, M.Si	Kepala Bagian Keuangan
11	dr. Putu Ayu Widiastuti, MPH	Kasi Pelayanan Medik Rawat Jalan dan Rawat Inap
12	dr. I Ketut Widiyasa, MPH	Kasi Pengendalian Mutu Pealayan Medik
13	Ns. I Ketut Subadi, S.Kep	Kasi Rekam Medik dan Sterilisasi
14	dr. Putu Santy Erawati	Kasi Diagnostik, Farmasi dan Giizi
15	Ni Made Astiti, SKM, M.Kes	Kasi Pelayanan Keperawatan Rawat Jalan dan Rawat Inap
16	I G. A. Gede Oka Swarningsih, SKM, MPHL	Kasi Pengendalian Mutu Pelayanan Keperawatan
17	Ni Nyoman Suwari, SE, MM	Ka. Sub. Bag. Kepegawaian
18	I Ketut Lawa Adiyana, S.Sos, MKM	Ka. Sub. Bag Umum
19	Luh Nyoman Kusniati, SKM	Ka. Sub. Bag. SIMRS dan Pelaporan
20	dr. Ni Putu Sagita Dewi, Ph.D	Ka. Sub. Bag. Perencanaan dan Pengembangan RS
21	A. A. Wiwin Ratnawati, SE	Ka. Sub. Bag. Perbendaharaan
22	dr. Ida Ayu Sri Indirayati	Ka. Sub. Bag Pendapatan
23	dr. Cok Dewiyani Pemayun, Sp.M	Ka. SMF Mata
24	dr. I Wayan Nadiyasa, Sp.An, M. Biomed	Ka. SMF Anestesi
25	dr. Ayu Setiawati Kencana Putri	Ka. Instalasi Rawat Jalan
26	I Gusti Ayu Aswitari, SST	Ka. Instalasi Rawat Inap dan Bedah
27	Ni Made Anggriani, S.Si, Apt	Ka. Instalasi Farmasi
28	dr. A.A. Sagung Kumala Ningrat	Ka. Instalasi Gawat Darurat
29	Dewa Rai Yunantara, AMd. Tek. Med	Ka. IPSRS
30	dr. Ni Made Suryanadi, Sp.M	Ka. Komite Medik
31	dr. Ni Luh Diah Pantjawati, Sp.M	Ka. Komite PPI
32	dr. Ni Kompyang Rahayu, Sp.M	Ka. Komite Farmasi dan Terapi
33	Luh Putu Rusmasari, S.ST	Ka. Komite Keperawatan
34	Gede Eka Sutarjaya, S.Kep, Ns	Ka. Tim PPI
35	dr. Indah Kencanawati, Sp.M	Ka. Tim PPRA
36	dr. Ida Ayu Gita Puspita	Ka. Komite PMKP dan Manajemen Risiko
37	Ni Made Sri Utami, S.ST	Ka. Tim Peningkatan Mutu
38	dr. Putu Udyani Agustina	Ka. Tim Keselamatan Pasien
39	Ellien Christiansen Nainggolan, S.ST, M.Sc	Ka. Tim Manajemen Risiko
40	I Gusti Ngurah Aditya Dharma, S.TI	Ka Unit SIMRS
41	Ningdyah Idha Ayu Candra Kirana	Ka. Unit Rekam Medik
42	Nyoman Sukma Sariani, S.Kep, Ns	Koordinator Rawat Inap
43	Ni Wayan Artini, S.ST	Koordinator IGD dan VIP
44	Dewi Sartikarini, SST	Koordinator Instalasi Rawat Jalan
45	Ida Ayu Ifani Santi Dewi, S.Kep, Ns	Koordinator unit Kamar Bedah
46	Very Triana Putra	Koordinator Unit Radiologi
47	Putu Kristina Putri Susanti	Koordinator unit Laboratorium
48	I. A. Ketut Kartika Sari, S. Gz	Koordinator Gizi
49	Made Suyadnya Kartika	Koordinator Pemeliharaan sarana Medis
50	Nyoman Suparwa, ST	Koordinator Pemeliharaan Sarana Non Medis
51	Desak Cayawati, SKM	Koordinator Laundry

Scanned by CamScanner

PEMERINTAH PROVINSI BALI
DINAS KESEHATAN
UPTD RUMAH SAKIT MATA BALI MANDARA
JL. ANGSOKA NO 8 DENPASAR, TELP.243350, Fax. 228821
Email: rsmatabalimandara@yahoo.com
DENPASAR

DAFTAR HADIR

KEGIATAN : **Rapat Evaluasi Program Peningkatan Mutu, Keselamatan Pasien dan Manajemen Risiko Tahun 2019**

HARI/TANGGAL : **Kamis/30 Januari 2020**

NO	NAMA	JABATAN	TANDA TANGAN
1	dr. Ni Made Yuniti MM	Direktur	1.
2	dr Cynthia	Wadir Lalyan	2.
3	[illegible]	Wadir [illegible]	3.
4	drg Purnama Utami	Kabid Yanmed	4.
5	Wismayati	Kabid Keep	5.
6	dr I. A. S Lestari	Ka. Perawat	6.
7	L. M. Kusniati	Subas Finmas	7.
8	Sagita D	Perencanaan	8.
9	dr. Widiastuti	Ka Yanmed Rj	9.
10	dr. Santy	Kasi Dx	10.
11	Ellien C. N	Staf	11.
12	Eka Sutanjaya	IPCN	12.
13	dr. Ledar K. Spm	SMF Mata.	13.
14	[illegible]	Ka Jsb	14.
15	dr. Udyani	Katim KP.	15.
16	Suwaro	Keb. Kepeg	16.
17	Ernawati	Kabid P.M	17.
18	IGA Astiari	Ka IPIB	18.
19	I Wayan Ged Suryana	Staf RM	19.
20	Kusnin	Ka	20.
21	dr [illegible]	Komite Farmasi & Terapi	21.
22	Mangi Angginani SSi Apt	Ka. IFRS	22.
23	I Putu Lani Arya	Ka [illegible]	23.
24	dr. I.A. Oktatini	Sek. Komite Medik	24.
25	Agus Aryana	Staf	25.

Scanned by CamScanner

NO	NAMA	JABATAN	TANDA TANGAN
26	I. A Karthika	6/2,	26.
27	Dewa Yunantara	IPSRS	27.
28	Made Suyadnya	Koor. Sar Medis	28.
29	I Gst Ngr Aditya Dharma	SIMRS	29.
30	MO. ITRA GUNA P	Bira Program	30.
31	Ni Wayan Astiningsi	Kabag Keu	31.
23	Ipt Vary Triana putra	Radiologi	32.
33	Arjo Rai	Kabag TV	33.
34	Ruh Arbiko	Kasi Rj & Rang	34.
35	Oka Swaringini	Kasi Dalam yanmed	35.
36	Wiwin	Ka Pendaftaran	36.
37	Wayan Artini	Koord IGD	37.
38	Dewi Sartikawini	Koord Rajal	38.
39	Tusak Cayawan	Staf umum	39.
40	dr Widyana	Kasi mutu yanmed	40.
41	Arif	Staf	41.
42	dr. I A Geta	PMKP. MR	42.
43	Ni Made Sri Utami	Ka. Tim Mutu	43.
44	I. A. Yani	OK	44.
45	Sukma Sariani	Ranap	45.
46	SUMARDIANTI	Staf Umum	46.
47	Gus teja	Staf Umum	47.
48	Sukasih	Staf	48.
49	Dewa Basuna	Staf	49.
50	dr. Yeni	Staf	50.

Scanned by CamScanner

PEMERINTAH PROVINSI BALI
DINAS KESEHATAN
UPTD RUMAH SAKIT MATA BALI MANDARA
JL. ANGSOKA NO 8 DENPASAR, TELP.243350,
Email:rsmatabalimandara@Yahoo.Com
DENPASAR

NOTULEN

KEGIATAN : Rapat Evaluasi Mutu, Keselamatan Pasien dan Manajemen Risiko Tahun 2019
HARI/TANGGAL : Kamis/30 Januari 2020
WAKTU : 08.00 Wita – Selesai
SUSUNAN ACARA:

1. **Review Pelaksanaan Tindak Lanjut**
2. **Paparan Pencapaian indikator Mutu Tahun 2019**
3. **Paparan Laporan Kepatuhan PPK-CPw Tahun 2019**
4. **Paparan Laporan Insiden Keselamatan Pasien Tahun 2019**
5. **Paparan Laporan Manajemen Risiko Tahun 2019**
6. **Paparan Laporan OPPE staf klinis Tahun 2019**
5. **Diskusi**
6. **Arahan Direktur**

I. Review Pelaksanaan Tindak Lanjut

Pelaksanaan Tindak Lanjut Pelaksanaan Program PMKP-MR

Hasil Evaluasi Pelaksanaan Program PMKP-MR Tahun 2018 menghasilkan 3 rencana tindak lanjut dimana 11 rencana tindak lanjut telah terlaksana di Triwulan I Tahun 2019. Masih ada 2 rencana tindak lanjut yang belum terlaksana, yaitu sebagai berikut:

NO	RENCANA TINDAK LANJUT	PELAKSANANAN TINDAK LANJUT	Terlaksana/tidak
1	Rapat Tim Keselamatan Pasien perlu dilaksanakan setiap 3 bulan sekali	Belum terlaksana. Tim Keselamatan belum semua berpartisipasi aktif	Tidak
2	Perlu dilaksanakan kajian indikator mutu yang dapat diintegrasikan pencatatannnya melalui SIRMS. Integrasikan beberapa pencatatan data Indikator Mutu melalui SIMRS dan SISMADAK	Kajian telah dilaksanakan. Integrasi belum dapat dilaksanakan	Tidak

Berdasarkan hasil analisa pelaksananan rencana tindak lanjut di atas:
Ketua Tim Kkeselamatan papsien Rumah Sakit telah ditunjuk dan ditetapkan dengan S Direktur. Namun Rapat koordinansi dengan anggota tim belum dapat terlaksana secara optimal.
Proses Integrasi SIMRS dan SISMADAK belum dapat dilaksanakan karena SISMADAK yang tergabung dalam SIRSAK belum dapat dibridging dengan SIMRS

A. Monitoring Pelaksananan Tindak Lanjut PDCAselama tahun 2019

Kelengkapan Rekam Medis 24 Jam setelah selesai Pelayanan

Rumusan Rencana Tindak Lanjut

a. Menginformasikan hasil verifikasi Data PPA yang tidak mengisi RM dengan lengkap melalui Grup WA
b. Pendekatan secara personal kepada individu yang tidak mengisi RM dengan lengkap
c. Peningkatan pengawasan, pendampingan residen oleh Dokter Pendidik klinis

Tahapan Pelaksanaan Tindak Lanjut

- Tahap Uji Coba Perbaikan
  Uji coba perbaikan bertujuan untuk memastikan rencana perbaikan dapat diimplementasikan pelaksanaannya di unit terkait. Dalam hal ini uji coba perbaikan dilaksanakan selama 1 minggu pasca ditetapkan nya rencana perbaikan. Publikasi via WA setiap hari

Scanned by CamScanner

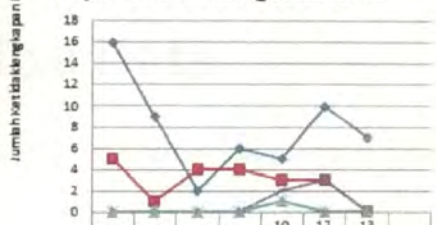
Uji Coba Perbaikan

1 Minggu pertama di bulan Agustus

- Data harian ketidaklengkapan RM terkumpul → **terlaksana**
- Data Ketidaklengkapan RM harian dipublikasikan per masing2 nama PPA → **terlaksana**
- Uji Coba dinyatakan **dapat terimplementasi**

Analisa Mingguan

Trend Ketidaklengkapan RM Per PPA periode 6 - 13 Agustus 2019



	6 Ags	7 Ags	8 Ags	9 Ags	10 Ags	12 Agst	13 Agst
Dokter	16	9	2	6	5	10	7
Perawat	5	1	4	4	3	3	0
Loket	0	0	0	0	1	0	0
RO	0	0	0	0	2	3	0
Lain-lain	0	0	0	0	1	0	0

- Tahap Pelaksanaan

  Tahap pelaksanaan adalah tahap lanjutan setelah pelaksanaan uji coba menunjukkan keberhasilan impelementasi dan dapat dilaksanakan di unit terkait sesuai kesepakatan. Untuk memastikan pelaksanaan menunjukkan keberhasilan perbaikan, maka dilaksanakan analisa data setiap bulan.

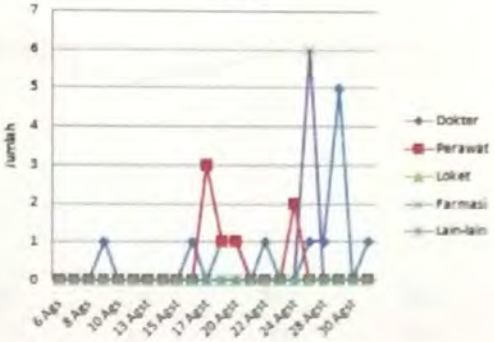
Pelaksanaan Tindak Lanjut

Pelaksanaan TL bulan Agustus

- Publikasi Data Harian ketidaklengkapan RM selama 1 bulan di bulan Agustus
- Pendekatan secara personal kepada staf terkait
- Pendampingan dokdiknis kepada residen atau pendampingan kepada staf baru

Analisa data bulan Agustus

Ketidalengkapan Rekam Medis Rawat Inap per PPA Bulan Agustus 2019



Scanned by CamScanner

- **Tahap Analisa Data**

  Tahap analisa data dilaksanakan setiap bulan dan dimonitoring minimal selama 3 bulan, untuk memastikan terjadi perbaikan yang diharapkan dan dapat dicapai berturut-turut selama 3 bulan pertama

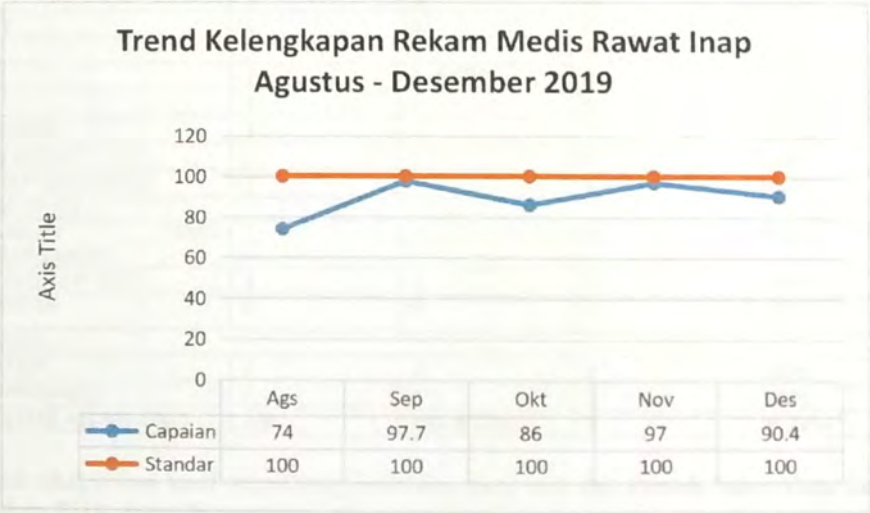
  - Trend

Analisa Data

Evaluasi Pasca Implementasi bulan September

Perbandingan Data Agustus-September

- dinyatakan meningkat dan proses perbaikan dinyatakan berhasil bila data perbaikan bertahan pada 5-6 titik
- Pada data harian bulan september, data ketidaklengkapan RM menunjukkan trend penurunan, hasil evaluasi September → **berhasil**
- **Mempertahankan Keberhasilan → evaluasi data 3 bulan → evaluasi sampai dengan bulan Desember 2019**



Rekomendasi:

Laksanakan seluruh sistem yang telah berjalan secara berkelanjutan antara lain:

- Konsistensi Publikasi Data Per PPA dilaksanakan @ minggu
- Optimalisasi pendampingan oleh Dokdiknis kepada residen atau pendampingan kepada staf baru terus dilaksanakan
- Optimalisasi Pelaksanaan verifikasi RM

Scanned by CamScanner

- Tahap Penetapan Kebijakan

  Tahap penetapan kebijakan dilaksanakan pada saat rencana tindak lanjut dan pelaksanaannya mampu menciptakan perubahan atau perbaikan yang positif. Penetapan kebijakan ini dapat dicantumkan dalam bentuk SPO ataupun panduan.
- Tahap Dokumentasi

  Tahap akhir adalah dokumentasi keberhasilan perbaikan dalam sebuah laporan analisa data yang tercantum dalam Laporan Triwulan PMKP-MRR.

II. PAPARAN PENCAPAIAN MUTU TRIWULAN TAHUN 2019

Pelaksanaan monitoring indikator mutu di masing-masing unit selama Tahun 2019

NO	UNIT	JML INDIKATOR	INDIKATOR TERCAPAI	INDIKATOR TIDAK TERCAPAI	PERSENTASE CAPAIAN
INDIKATOR MUTU RUMAH SAKIT					
1	INDIKATOR AREA KLINIS	6	6	0	100%
2	INDIKATOR AREA MANAJEMEN	5	5	0	100%
3	INDIKATOR SASARAN KESELAMATAN PASIEN	6	6	0	100%
4	INDIKATOR KEJADIAN TIDAK DIHARAPKAN	5	5	0	100%
TOTAL INDIKATOR MUTU PRIORITAS		**22**	**22**	**0**	**100%**
INDIKATOR MUTU UNIT					
1	IGD	15	11, 4 TDD	0	100%
2	INSTALASI RAWAT JALAN	10	10	0	100%
INSTALASI RAWAT INAP DAN BEDAH					
3	RAWAT INAP	22	21, 1 TDD	0	100%
4	KAMAR BEDAH	7	7	0	100%
5	ANESTESI	5	5	0	100%
6	LASIK	8	8	0	100%
7	LABORATORIUM	13	12	0	100%
8	INSTALASI FARMASI	13	12, 1 TDD	0	100%
9	GIZI	6	6	0	100%
10	REKAM MEDIK	10	7	3	70%
IPSRS					
11	PEMELIHARAAN SARANA MEDIS	4	4	0	100%
12	PEMELIHARAAN SARANA NON MEDIS	9	9	0	100%
13	RADIOLOGI	9	8, 1 TDD	0	100%
14	CSSD	3	3	0	100%
15	LAUNDRY	3	3	0	100%
16	PPI	5	5	0	100%
17	PPRA	2	1, 1 TDD	0	100%
18	DIKLIT	1	1	0	100%
19	KOMITE MEDIK	2	2	0	100%
20	KOMITE KEPERAWATAN	2	2	0	100%
21	PELAYANAN KEAMANAN	2	2	0	100%
BAGIAN BINA PROGRAM					
22	PERENCANAAN DAN PENGEMBANGAN RS	2	2	0	100%
23	SIMRS DAN PELAPORAN	4	4	0	100%
24	KEPEGAWAIAN	6	6	0	100%
BAGIAN KEUANGAN					
25	PENDAPATAN	2	1	0	100%
26	PERBENDAHARAAN	5	5	0	100%
TOTAL INDIKATOR MUTU UNIT		**170**	**159, 8 TDD**	**3**	**98,24%**

Berdasarkan hasil rekapitulasi hasil monitoring indikator mutu unit dan Rumah Sakit Mata Bali Mandara Provinsi Bali Tahun 2019, dapat disimpulkan sebagai berikut:

A. Indikator Mutu Rumah Sakit

Rumah Sakit Mata Bali Mandara Provinsi Bali menetapkan 6 pengukuran prioritas di area klinis, 5 pengukuran di area manajemen, 6 indikator sasaran keselamatan pasien dan 5 kejadian tidak diharapkan yang dipilih terkait dengan topik prioritas perbaikan di pelayanan bedah mata

Dari 6 Pengukuran Klinis, 5 Pengukuran Manajemen, 6 indikator sasaran Keselamatan Pasien Dan 5 Pengukuran Kejadian Tidak Diharapkan, Keseluruhan Telah Mencapai Target Yang Diharapkan. Sehingga capaian indikator mutu Prioritas Rumah Sakit Mata Bali Mandara Provinsi Bali pada Tahun 2019 tercapai 100%

Scanned by CamScanner

B. Indikator Mutu Unit

- Rumah Sakit Mata Bali Mandara pada Tahun 2019, memiliki 170 indikator mutu unit yang dipantau dari 26 unit di Rumah Sakit Mata Bali Mandara Provinsi Bali baik dari area pelayanan maupun di area manajemen.
- Dari 170 indikator tersebut terdapat 4 indikator yang belum mencapai target yang diharapkan atau distandarkan dan 8 indikator yang Tidak Dapat Dievaluasi di Tahun 2019 karena tidak adanya data yang memenuhi definisi operasional, dengan penjelasan sebagai berikut:

1. Indikator tanpa ada riwayat data selama tahun 2019
   1) Waktu lapor hasil kritis pemeriksaan radiologi karenan pada selama 2019 tidak ada hasil pemeriksaan kritis di radiologi
   2) Keterlambatan waktu pelayanan ambulance rumah sakit dimana tidak adanya permintaan layanan ambulance dari pasien pada selama 2019
   3) Waktu tunggu pelayanan obat racikan karena tidak adanya resep obat racikan yang dilayani selama tahun 2019
   4) Kelengkapan resume medis rujukan karena tidak adanya pasien yang dirujuk ke rumah sakit lain baik dari Rawat Inap
   5) Kelengkapan resume medis rujukan karena tidak adanya pasien yang dirujuk ke rumah sakit lain baik dari IGD
   6) Infeksi nosokomial akibat mikroba multiresisten
   7) Emergency respon time 2, karena tidak adanya pasien IGD yang memerlukan tindakan cito selama tahun 2019
   8) Kemampuan menangani Life Saving di IGD tidak ada data karena tidak ada pasien yang memerlukan tindakan life saving

2. Indikator Belum Mencapai Target di Tahun 2019 (Capaian Merah)
   a Indikator Kelengkapan Rekam Medik 24 Jam setelah selesai Pelayanan (Merah)
   Kelengkapan Rekam Medis yang dikembalikan ke Unit Rekam Medik adalah 83,96% pada triwulan II, namun setelah dilaksanakan verifikasi oleh tim rekam medik dan dikembalikan ke unit rawat inap maka kelengkapan rekam medik telah tercapai 100% dalam waktu 24 jam dan disimpan dalam filling RM. Hal ini menunjukan bahwa tingkat ketelitian dalam pengisian rekam medik dengan lengkap dan benar masih kurang walaupun hasil ini telah mengalami perbaikan bila dibandingkan dengan capaian di triwulan I tahun 2019 dengan capaian 79,13%, Upaya perbaikan telah dilaksanakan dengan mengoptimalkan proses verifikasi oleh koordinator rawat inap, menggali faktor kontributor tertinggi ketidaklengkapan Rekam Medis serta emberikan feedback kepada PPA terkait yang memilki kontirbusi tertinggi, melaksanakan publikasi data, pendekatan secara personal kepada staf dan pendampingan staf baru. Pada Triwulan III 2019, kelengkapan RM 24 Jam masih belum mencapai target dan memerlukan rencana perbaikan lanjutan namun telah mengalami peningkatan menjadi 85,9%, dimana keberhasilan tertinggi tercapai di bulan september. Tindak Lanjut terus dilaksanakan untuk mempertahankan perbaikandan pada triwulan IV telah tercapai 91,1%. Hasil ini telah mengalami peningkatan jika dibandingkan dengan triwulan sebelumny. Hasil ini tentunya akan berhasil dipertahankan apabila pelaksanaan perbaikan dilaksanakan secara konsiten.
   b. Bed Occupancy Rate pada Rumah Sakit Mata Bali Mandara selama tahun 2019 tercapai 21,28% dari standar 70%, dengan jumlah tempat tidur Rawat Inap 35 buah. hasil ini disebabkan karena Rumah Sakit Mata Bali Mandara masih mengedepankan pelayanan One Day Care kepada pasien dan hanya pasien dengan kriteria tertentu saja yang memerlukan perawatan di Rawat Inap (Merah)
   c. Kehilangan Dokumen Rekam Medi selama tahun 2019 terjadi 1 kejadian Rekam medis tidak ditemukan dalam waktu 15 menit saat pelayanan pasien. Hal ini diebabkan karena banyak rekam medis yang masih diverifikasi dan belum masuk ke penyimpanan berkas rekam medis (Merah)

Data terintegrasi Manajemen Risiko, untuk mencegah terjadinya penurunan trend (Capaian Hijau/Kuning dengan penyimpangan data minimal)

a. Kerusakan sampel darah dari target 0% tercapai 0,05%. Hal ini disebabakan karena lisis/bekuan pada sampel yang diambil karena beberapa faktor antara lain tingkat keterampilan petugas sampling dan keadaan pasien tidak operatif sehingga memerlukan waktu lama pada saat sampling, sehingga perlu perencanaa pelatihan plebotomi untuk petugas laboratorium di tahun 2020. (Hijau)
b. Kesesuaian hasil pemeriksaan baku mutu eksternal pada periode agustus tercapai 93% dimana dari 5 indikator yang diperiksa, terdapat 1 indikator yang tidak sesuai standar. Hal ini secara internal diasumsikan karena alat pemipetan pelarutan bahan kontrol sudah

Scanned by CamScanner

waktunya diganti. Penggantian pipet telah dilaksanakan pada bulan Oktober, Evaluasi hasil dilaksanakan pada hasil PME awal bulan tahun 2020. (Kuning)

c. Kecepatan Waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap dari target Rumah Sakit 10 menit tercapai 14,8 menit atau terjadi peningkatan trend pada triwulan III 2019. Bila dibandingkan dengan standar nasional 120 menit, hasil ini masih sesuai dengan standar, sehingga perlu dilaksanakan analisis peningkatan jumlah pasien untuk mengevaluasi kembali target atau menetapkan tindak lanjut peningkatan kinerja tim pendapatan. (Kuning)

d. Baku Mutu Limbah Cair selama tahun 2019 pernah terjadi ketidaksesuaian baku limbah sebanyak 1 indikator dari 4 indikator yang diperiksa pada bulan Februari. Hal ini disebabkan karena adanya kerusakan pompa. Setelah dilaksanakan perbaikan pompa, selanjutnya hasil baku mutu limbah cair telah mencapai standar. Perlu dilaksanakan monitoring dan pemeliharaan alat pada IPAL serta prosedur penambahan bibit bakteri pengurai sesuai ketentuan untuk memastikan agar baku mutu limbah cair tetap memenuhi standar (Hijau)

e. Jumlah ala/bahan yang disterilisasi yang tidak lolos steril internal selama tahun 2019 tercapai 0,0025% dari target 0%. Ketidaksesuaian terjadi pada bulan Maret 2019. Hal ini disebabkan karena adanya kerusakan salah satu alat sterilisasi. Sterilisasi untuk sementara hanya menggunakan 1 alat dan Perbaikan segera dilaksanakan, sehingga pada bulan berikutnya telah mencapai target 0% (Hijau)

f. Kepatuhan identifikasi pasien di Instalasi farmasi selama tahun 2019 tercapai 99,8% dari target 100%. Hal ini disebabkan karena adanya staf yang tidak patuh melaksanakan prosedur identifikasi dalam penyerahan obat pada bulan Mei 2019. Tindak lanjut telah dilaksanakan dengan sosialisasi dan edukasi ulang staf tentang prosedur identifikasi dan prosdur penyerahan obat.

III. Kepatuhan terhada CPW dan PPK

1. Kepatuhan terhadap Clinical Pathway pada PPK Prioritas

CPW yang di evaluasi adalah yang ada di areal bedah dan di rawat inap , adapun CPW yang di evaluasi sebagai berikut :

1 CPW penatalaksanaan pasien dengan vitrektomy pars plana dengan GA

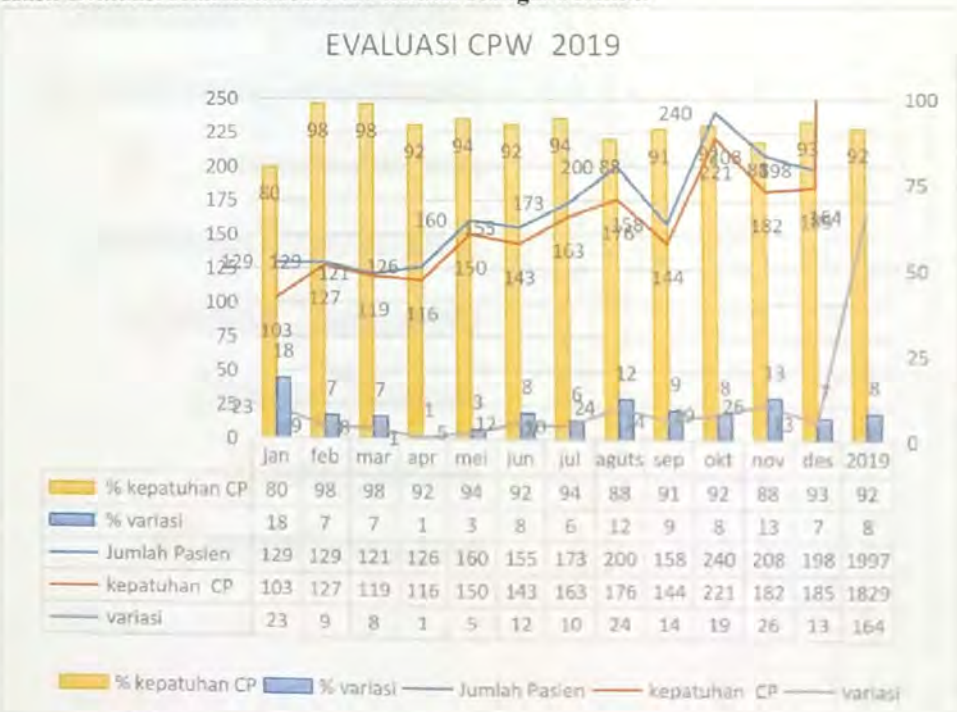
2.CPW penatalaksanaan pasien dengan phaco+iol+trabekulektomy dengan lokal anastesi

3.CPW penanganan katarak dengan phaco + iol + dengan lokal anasthesi

4. CPW lasix

5.CPW penanganan katarak dengan SICS + iol + dengan lokal anasthesi

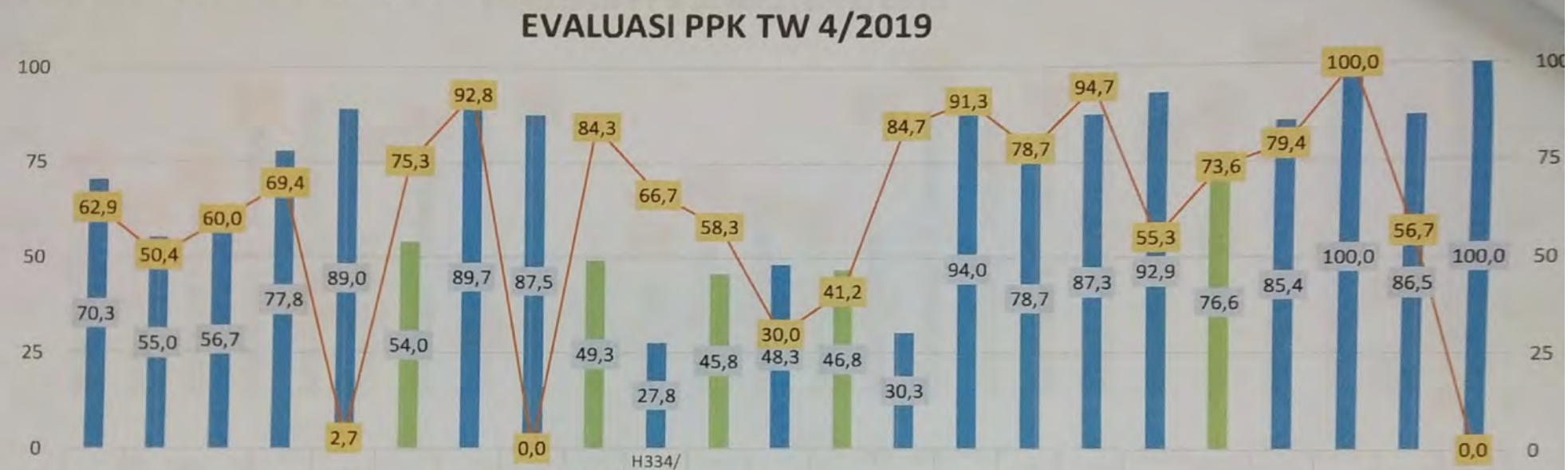
Hasil Evaluasi selama tahun 2019 adalah sebagai berikut:



Tingkat kepatuhan terhadap Clinical Pathway pada tahun 2019 adalah 92% dengan jumlah variasi sebanyak 164 (8%) dari total 1997 pasien

Scanned by CamScanner

2. **Kepatuhan terhadap PPK sesuai Diagnosa pada 25 PPK yang dievaluasi**



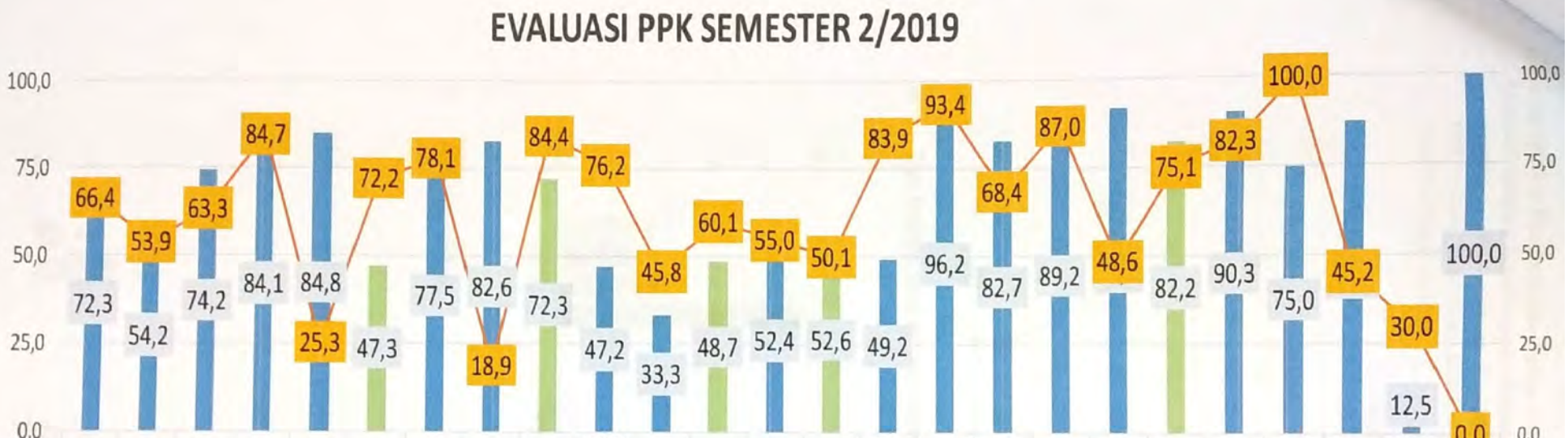
	RATA-RATA	H00/ HORDEOLUM	H001/ KALAZION	H010/ BLEPHARITIS	H108/ CONJUNGTIVITIS BAKTERIAL	H110/ PTERIGIUM	H160/ ULCUS CORNEA	H168/ KERATITIS	H330/ RETINAL DETACHMENT	H334/ REMATOGEN RETINAL DETACHMENT	H401/ POAG	H402/ PCAG	H405/ GALUKOMA SEKUNDER	H442/ DEG. MYOPIA	H520/ HYPERMETROPI	H522/ ASTIGMAGTISMA	H524/ PRESBIOP	T150/ CORPAL CORNEA	H258/SENILE CATARACT	H521/ MYOPIA	H20.0/ UVEITIS ANTERIOR	S05.0 EROSI KORNEA OK TRAUMA	Q12.0 KATARAK KONGNITAL
%KEPATUHAN	70,3	55,0	56,7	77,8	89,0	54,0	89,7	87,5	49,3	27,8	45,8	48,3	46,8	30,3	94,0	78,7	87,3	92,9	76,6	85,4	100,0	86,5	100,0
%VARIASI	62,9	50,4	60,0	69,4	2,7	75,3	92,8	0,0	84,3	66,7	58,3	30,0	41,2	84,7	91,3	78,7	94,7	55,3	73,6	79,4	100,0	56,7	0,0

ANALISIS EVALUASI PPK TAHUN 2019

a. 22 PPK yang dievalusi yaitu 5 PPK PRIORITAS, 18 PPK KSM (Retinopati diabetik, post operatif endoftalmitis, PDR)
b. Rata rata Kepatuhan 22 PPK = 70,3% (Standard 80%)
c. Kepatuhan 5 PPK prioritas , masih di bawah standard
d. 18 PPK KSM : 10 PPK Kepatuhan di atas standar, 8 PPK kepatuhan di bawah standard
e. Rata rata Variasi 22 PPK = 62,9%, Variasi tertinggi 100%, Variasi terendah 0%

Kepatuhan PPK yang dievaluasi tersebut memperoleh data melalui sistem IT, untuk memperoleh data yang lebih valid direkomendasikan untuk melaksanakan pengumpulan data melalui adit rekam medis

Scanned by CamScanner



	RATA-RATA	H00/ HORDEOLUM	H001/ KALAZION	H010/ BLEPHARITIS	H108/ CONJUNGTIVITIS BAKTERIAL	H110/ PTERIGIUM	H160/ ULCUS CORNEA	H168/ KERATITIS	H330/ RETINAL DETACHMENT	H334/ REMATOGEN RETINAL DETACHMENT	H360/ RETINOPATI DIABETIK	H401/ POAG	H402/ PCAG	H405/ GALUKOMA SEKUNDER	H442/ DEG. MYOPIA	H520/ HYPERMETROPI	H522/ ASTIGMAGTISMA	H524/ PRESBIOP	T150/ CORPAL CORNEA	H258/SENILE CATARACT	H521/ MYOPIA	H20.0/ UVEITIS ANTERIOR	S05.0 EROSI KORNEA OK TRAUMA	H35.2 /PDR	Q12.0 KATARAK KONGNITAL
%KEPATUHAN	72,3	54,2	74,2	84,1	84,8	47,3	77,5	82,6	72,3	47,2	33,3	48,7	52,4	52,6	49,2	96,2	82,7	89,2	91,8	82,2	90,3	75,0	86,8	12,5	100,0
%VARIASI	66,4	53,9	63,3	84,7	25,3	72,2	78,1	18,9	84,4	76,2	45,8	60,1	55,0	50,1	83,9	93,4	68,4	87,0	48,6	75,1	82,3	100,0	45,2	30,0	0,0

ANALISIS EVALUASI PPK SEMESTER 2/2019

a. 24 PPK yang dievalusi yaitu 5 PPK PRIORITAS, 19 PPK KSM (post operatif endoftalmitis
b. Rata-rata Kepatuhan 22 PPK = 72,3% (Standard 80%)
c. Kepatuhan 5 PPK prioritas : 4 PPK masih di bawah standard, 1 PPK di atas standar (senile katarak)
d. 19 PPK KSM : 10 PPK Kepatuhan di atas standar, 9 PPK kepatuhan di bawah standard
e. Rata-rata Variasi 24 PPK = 66,8%, Variasi tertinggi 100%, Variasi terendah 0%

Scanned by CamScanner

V. Laporan Insiden Keselamatan Pasien dan budaya Keselamatan

1 Laporan Insiden Keselamatan Pasien

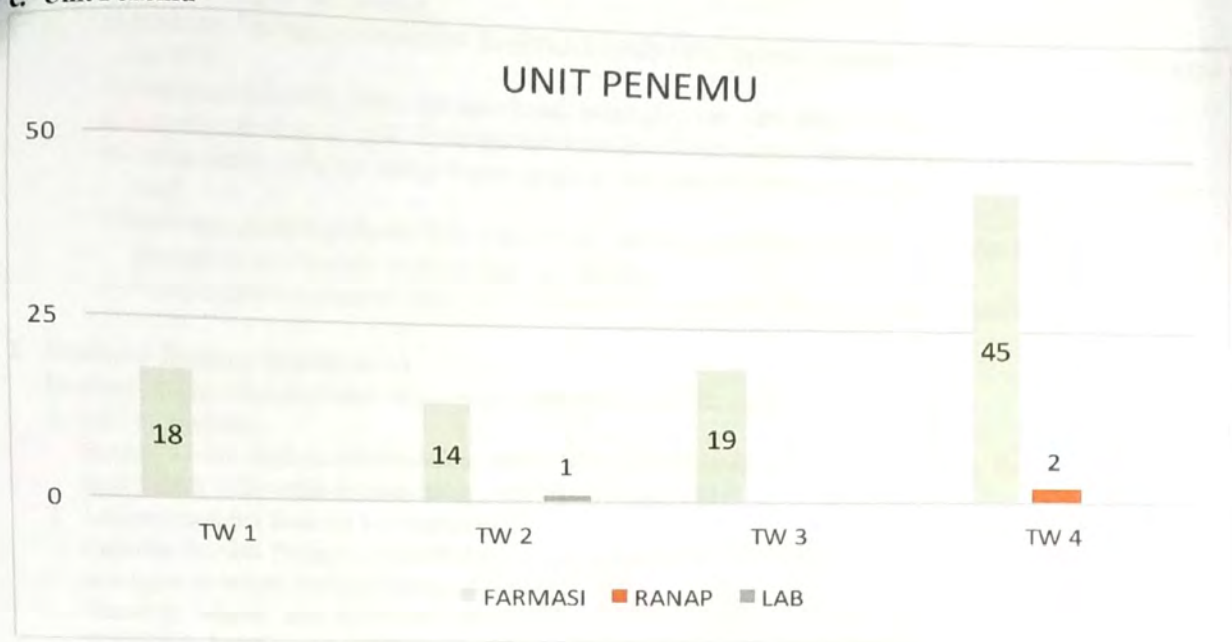
a. Jumlah Laporan Insiden Keselamatan Pasien pada tahun 2019 adalah sebanyak 99 insiden yang keseluruhan merupakan kejadian KNC yang dapat teridentifikasi sebelum pasien terpapar, dengan rincian sebagai berikut:

a. Tipe Insiden yang terjadi selama tahun 2019

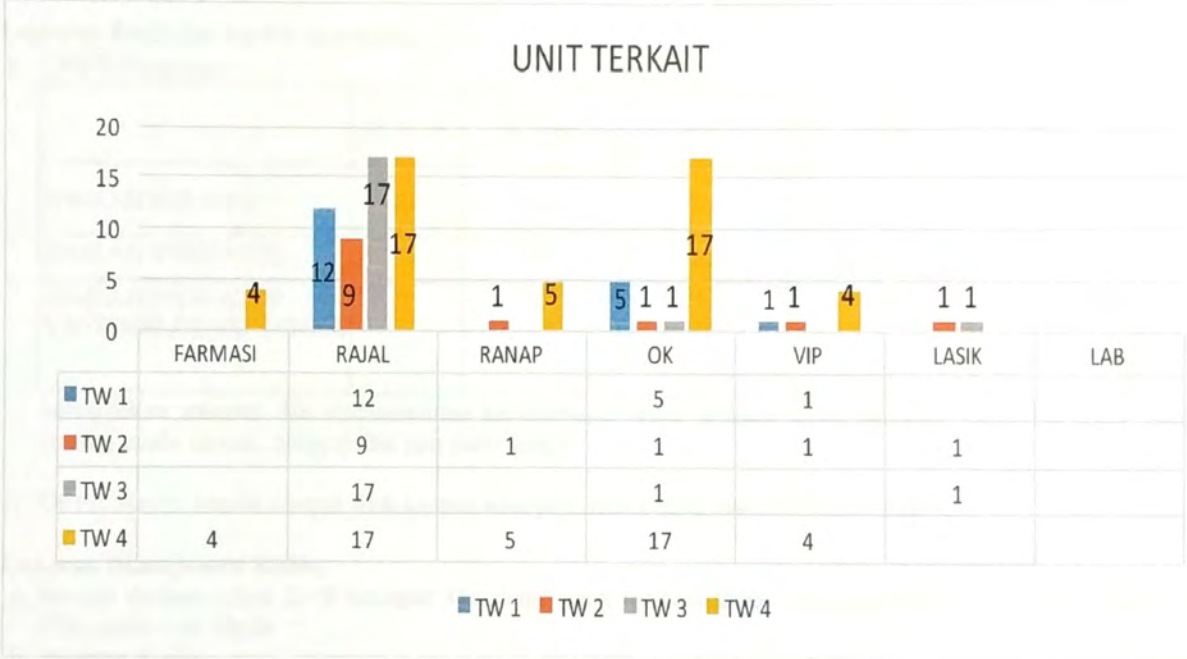
b. Grading Iniden

Scanned by CamScanner

c. Unit Penemu

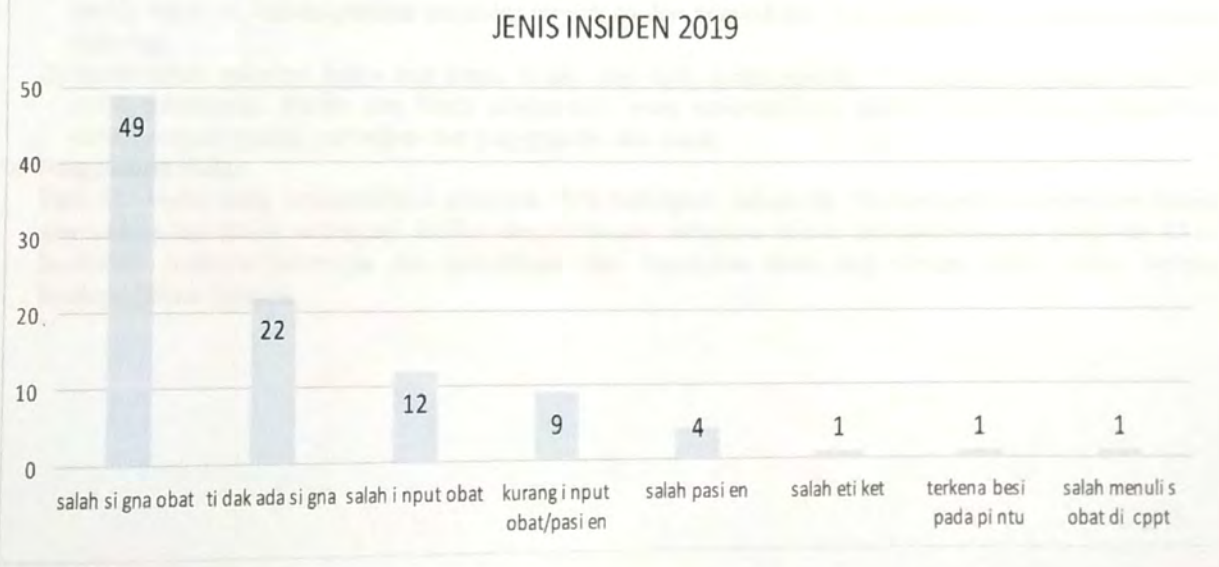


d. Unit Terkait



	FARMASI	RAJAL	RANAP	OK	VIP	LASIK	LAB
TW 1		12		5	1		
TW 2		9	1	1	1	1	
TW 3		17		1		1	
TW 4	4	17	5	17	4		

e. Jenis Insiden



Scanned by CamScanner

f. **Hasil Investigasi sederhana**

1) Instalasi Farmasi memberikan feedback kepada DPJP terkait kesalahan input resep yang ditemukan via WA
2) Melaksanakan verifikasi dan konfirmasi kembali resep yang telah diinput KE DPJ
3) Koordinasi dengan TIM IT dalam hal perbaikan sistem untuk mencegah resep tanpa signa
4) Pelaksanaan validasi resep secara lengkap dari penerimaan resep, penyiapan obat dan penyerahan obat
5) Melaksanakan sosialisasi SPO penyerahan obat dan prosedur identifikasi pasien kepada seluruh staf farmasi secara berkala melalui morning briefing
6) Menyediakan komputer untuk verifikasi terakhir resep dan obat yang akan diserahkan

2. Evaluasi Budaya Keselamatan

Evaluasi Budaya Keselamatan dilaksanakan melalui 2 metode yaitu:

1. Survey Berkala
   Survey secara berkala dilaksanakan setiap tahun sekali melalui kuisioner. Survey Budaya Keselamatan padaTahun 2019 telah dilaksanakan pada Bulan Maret 2019
2. Laporan Insiden Budaya Keselamatan
   Laporan insiden Budaya Keselamatan dilaksanakan melalui SIPRIMA. Sampai dengan tahun 2019 tidak ada laporan terkait insiden Budaya Keselamatan.
   Kendala: Masih ada ketakutan dari staf dalam melaporkan insiden Budaya Keselamatan melalui SIPRIMA, karena pada SIPRIMA terlihat nama unit user yang menginput laporan.
   Rencana tindak lanjut dengan menyediakan kotak pelaporan budaya keselamatan

V. Laporan Penilaian OPPE Staf Klinis

1. OPPE Perawat

	R. Jalan	R. Inap	OK	LASIK	IGD
JUMLAH PERAWAT	28	15	26	3	13
JUMLAH INDIKATOR	12	13	13	10	13
JUMLAH INDIKATOR YANG MELEWATI TRIGER	1	0	1	0	1

Menuliskan rencana dan implementasi keperawatan tidak terbaca, tidak lengkap, dan tidak tepat waktu (nama, tanda tangan, tanggal dan jam tidak jelas)

2. OPPE Medis: belum diinput oleh karena adanya kendala input dari unit pelayanan

VI. Laporan Manajemen Risiko

a. Sampai dengan tahun 2019 terdapat 311 risiko yang teridentifikasi yang terdiri dari 43% risiko klinis dan 57% risiko non klinis

b. Prioritas Risiko

1) Berdasarkan Prioritas risiko klinis terdiri dari 50% risiko rendah, 46% risiko menengah dan 4% risiko subtansial. Risiko klinis substansial yang teridentifikasi adalah:alur pelayanan, ketidaklengkapan rekam medis, input IT, ketidakpatuhan prosedur peresepan dan penyediaan obat, kesalahan penempatan marker radiologi
2) Berdasarkan prioritas risiko non klinis terdiri dari 48% risiko rendah, 51% risiko menengah dan 1% risiko substansial. Risiko non klinis substansial yang teridentifikasi adalah: komunikasi optimal dan efektif dengan pasien, perbaikan dan penggantian alat rusak

c. Pengelolaan risiko

Dari 311 risiko yang teridentifikasi sebanyak 99% tertangani, sebanyak 1% tertangani sebagian dan tidak ada risiko yang belum tertangani. Risiko yang tertangani sebagian adalah: ketidaklengkapan pengisian RM, kesalahan prosedur peresepan dan penyediaan obat, kegagalan temu janji dengan dokter retina, online booking belum optimal

Scanned by CamScanner

VII. Rekomendasi

1. Kepala Bidang Pelayanan Medis
   a. Terkait dengan evaluasi PPK dan Clinical Pathway diharapkan data ditindaklanjuti dengan melibatkan komite medik melalui sub komite mutu medik difasilitasi oleh Komite PMKP-MR
   b. Mengenai penilaian OPPE Medis, data belum direkapitulasi oleh karena adanya kendala, dimana masih ada unit penanggung jawab data yang belum melaksanakan input nilai OPPE
   c. Hasil capaian kesalahan input resep (Prescription error) perlu dilaksanakan feedback kepada DPJP yang terkait sehingga dapat ditindaklanjuti sebagaimana mestinya.
2. Kepala Instalasi Diklit
   a. Perlu dilaksanakan monitoring dan verifikasi oleh DPJP terhadap peserta didik (residen) yang melaksanakan tugas di konsultan dan diberikan tugas untuk menginput resep. Dokter pendidik klinis bertanggung jawab melaksanakan penilaian terhadap peserta didik mengenai kesalahan input resep
3. Kepala Bidang Penunjang
   a. Untuk mengurangi terjadinya kejadian salah input obat (prescription error) maka perlu dilaksanakan tindak lanjut terhadap human error dan pengaruh dari ketidaksempurnaan sistem e-resep. Untuk kejadian tidak adanya signa, perlu ditambahkan sistem warning pada e-resep

VIII. Arahan Direktur

Dalam melaksanakan upaya peningkatan mutu, keselamatan pasien Rumah Sakit tidak terpaku pada hasil tapi bagaimana kita mengubah budaya keselamatan menjadi lebih baik. Beberapa hal yang harus dievaluasi kembali:

1. Indikator mutu yang tidak tercapai agar menjadi perhatian atasan langsung
2. Hasil evaluasi Kepatuhan PPK dan Clinical Pathway dengan variasi yang cukup tinggi perlu dilaksanakan tindak lanjut dengan melaksanakan audit medis dan memasukan nilai kepatuhan PPK dan CPW per dokter dalam penilaian OPPE
3. Nilai kejadan kesalahan penulisan resep melalui input e-resep agar menjadi perhatian dan pembelajaran untuk ke depannya, karena nanti akan diberlakukan sistem e-RM, makan TIM rekam Mdik perlu melaksanakan study banding ke RSU yang telah mengimplementasikan sistem e-RM sebagai bahan pertimbangan memilih aplikasi yan simple, efektif dan sesuai aturan.
4. Perhatikan kembali batasan dan difinisi operaional setiap indikator agar jelas dan memastikan data yang dikumpulkan sesuai dengan tujuan. Misalnya Operasi ulang dengan Diagnosa sama dan atau komplikasinya.
5. Capaian indikator yang terkait dengan medis agar disampaikan di rapat komite medis.

Mengetahui
Ketua Komite PMKP dan Manajemen Risiko

dr. Ida Ayu Gita Puspita
NIP. 19810807 200902 2 009

Denpasar, 30 Januari 2020
Notulis

Ni Made Sri Utami, S.ST
NIP. 19851028 200902 2 016

Scanned by CamScanner