

# **LAPORAN TAHUNAN**

**KOMITE PENINGKATAN MUTU KESELAMATAN PASIEN  
TAHUN 2019**



**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH  
KABUPATEN SUKOHARJO**

**JL. dr. Muwardi No.71 Sukoharjo, 57514 Telp. (0271) 59311**

# LAPORAN TAHUNAN KOMITE

## PENINGKATAN MUTU KESELAMATAN PASIEN

### RSUD KABUPATEN SUKOHARJO TAHUN 2019

#### I. PENDAHULUAN

Dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan pasien dan menjamin keselamatan pasien maka rumah sakit perlu mempunyai program peningkatan mutu dan keselamatan pasien (PMKP) yang menjangkau ke seluruh unit kerjadi rumah sakit.

Untuk melaksanakan program tersebut tidaklah mudah karena memerlukan koordinasi dan komunikasi yang baik antara kepala bidang atau divisi medis, keperawatan, penunjang medis, administrasi, dan lainnya termasuk kepala unit/departemen/instalasi pelayanan.

Rumah sakit perlu menetapkan komite/tim atau bentuk organisasi lainnya untuk mengelola program peningkatan mutu dan keselamatan pasien agar mekanisme koordinasi pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien dapat berjalan lebih baik.

Komite PMKP memfasilitasi pendekatan yang komprehensif untuk peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang berdampak pada semua aspek pelayanan. Pendekatan ini mencakup setiap unit terlibat dalam program peningkatan mutu dan keselamatan pasien;

1. Rumah sakit menetapkan tujuan, mengukur seberapa baik proses kerja dilaksanakan, dan validasi datanya;
2. Menggunakan data secara efektif dan fokus pada tolok ukur program; dan
3. Bagaimana menerapkan dan mempertahankan perubahan yang telah menghasilkan perbaikan.

Agar peningkatan mutu dan keselamatan pasien dapat berjalan baik, Direktur Rumah Sakit, para kepala bidang/divisi, serta kepala unit dan kepala Instalasi di rumah sakit:

1. Wajib mendorong pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien (PMKP);
2. Berupaya mendorong pelaksanaan budaya mutu dan keselamatan (*quality and safety culture*);
3. Secara proaktif melakukan identifikasi dan menurunkan variasi;
4. Menggunakan data agar fokus kepada prioritas isu;
5. Berupaya menunjukkan perbaikan yang berkelanjutan.

Mutu dan keselamatan sejatinya berakar dari pekerjaan sehari-hari dari seluruh staf di unit pelayanan seperti staf klinis melakukan asesmen kebutuhan pasien dan memberikan pelayanan. Kegiatan PMKP ini membantu mereka untuk memahami bagaimana melakukan peningkatan nyata dalam memberikan asuhan pasien dan menurunkan risiko.

Demikian pula staf non klinis dapat memasukkan standar dalam pekerjaan sehari-hari mereka untuk memahami bagaimana suatu proses dapat lebih efisien, sumber daya dapat digunakan dengan lebih bijaksana, dan risiko fisik dapat dikurangi.

Komite PMKP ini mempunyai kegiatan dengan spectrum yang sangat luas pada rumah sakit termasuk kerangka untuk meningkatkan kegiatan dan menurunkan risiko yang terkait dengan munculnya variasi (ketidakteraturan) dalam proses pelayanan.

Dengan demikian, kerangka yang ada dalam standar ini sangat sesuai dengan berbagai variasi dalam struktur program dan pendekatan yang kurang formal terhadap peningkatan mutu serta keselamatan pasien. Kerangka kegiatan ini juga dapat terintegrasi dengan program pengukuran yang sudah dilaksanakan seperti hal-hal yang terkait dengan kejadian yang tidak diantisipasi (manajemen risiko) dan pemanfaatan sumber daya (manajemen utilisasi).

Seiring berjalannya waktu maka rumah sakit yang mengikuti kerangka ini akan;

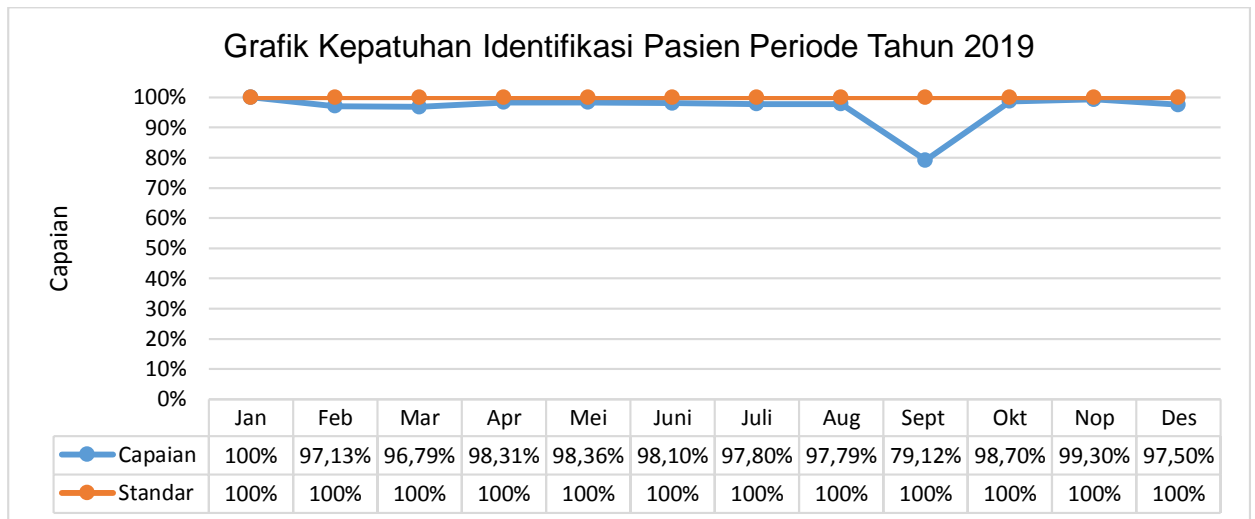
1. Mengembangkan dukungan Direktur dan Kepala Bidang/Divisi serta Kepala Unit/Instalasi pelayanan terhadap program keseluruhan rumah sakit;
2. Melatih dan melibatkan lebih banyak staf;
3. Menetapkan prioritas yang lebih jelas tentang apa yang akan diukur dan dievaluasi;
4. Membuat keputusan berdasar atas pengukuran data; dan
5. Melakukan perbaikan berdasar atas perbandingan dengan rumah sakit lainnya, baik nasional dan internasional.

## II. PENGUKURAN INDIKATOR MUTU PERIODE TAHUN 2019

NO	JUDUL INDIKATOR	STANDAR	CAPAIAN												RATA-RATA
			JAN	FEB	MAR	APRIL	MEI	JUNI	JULI	AGT	SEPT	OKT	NOP	DES	
1	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%	100%	97,13%	96,79%	98,31%	98,36%	98,10%	97,80%	97,79%	79,12%	98,70%	99,30%	97,50%	96,58%
2	Emergency Respon Time (Waktu Tanggap Pelayanan Gawat Darurat ≤ 5 menit)	100%	83,17%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	98,60%
3	Waktu Tunggu Rawat Jalan	60 menit	58,24 mnt	58,2 mnt	57,57 mnt	53,93 mnt	51,35 mnt	52,53 mnt	42,58 mnt	38,63 mnt	41,13 mnt	41 mnt	40 mnt	42 mnt	48,1 mnt
4	Penundaan Operasi Elektif	5%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0,00%	0,00%	13,50%	0,00%	0,00%	0,00%	1,13%
5	Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis	80%	97,94%	97,75%	96,79%	99,25%	99,51%	99,28%	95,46%	99,50%	99,34%	99,08%	98,69%	99,06%	98,47%
6	Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Laboratorium	100%	91,88%	97,19%	99,39%	99,34%	99,53%	99,41%	99,61%	100,00%	100,00%	93,20%	94,84%	94,27%	97,39%
7	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional Bagi RS Provider BPJS	80%	99,58%	99,39%	99,83%	99,84%	99,92%	99,99%	99,90%	99,88%	99,90%	99,82%	99,76%	99,82%	99,80%
8	Kepatuhan Cuci Tangan	85%	70,48%	70,61%	72,71%	83,19%	75,36%	71,53%	69,23%	70,64%	68,93%	67,92%	78,84%	71,10%	72,55%
9	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Cedera Akibat Pasien Jatuh pada pasien Rawat Inap	100%	79,44%	92,16%	89,27%	86,45%	89,09%	95,86%	95,30%	96,03%	98,69%	98,77%	98,89%	99,34%	93,27%
10	Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway	80%	57,78%	86,00%	68,57%	75,56%	57,45%	61,54%	84,21%	84,62%	98,63%	74,36%	82,35%	95,45%	77,21%
11	Kepuasan Pasien dan Keluarga	80%	100%	100%	91,21%	95,80%	82,68%	84,40%	85,11%	84,70%	81,98%	86,52%	83,16%	83,82%	88,28%
12	Kecepatan Respon Terhadap Komplain	75%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100,00%	100%	100%	100%	100%	100,00%

### III. GRAFIK CAPAIAN INDIKATOR MUTU PERIODE TAHUN 2019

#### 1. Kepatuhan Identifikasi Pasien



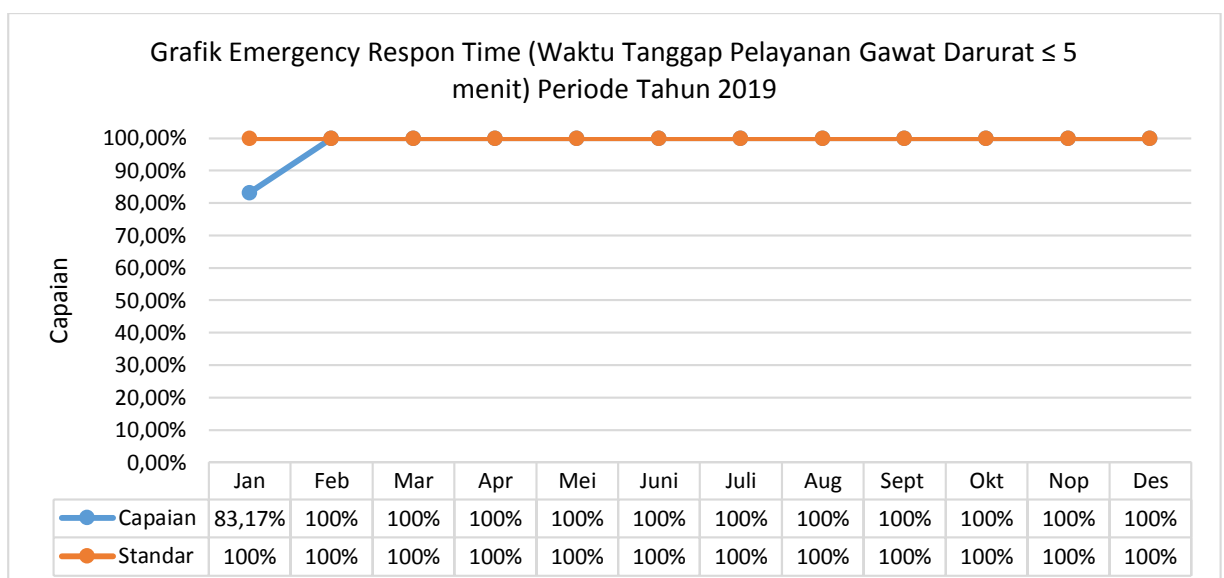
Evaluasi : Kepatuhan petugas dalam melaksanakan identifikasi pasien masih mengalami peningkatan dan penurunan yang fluktuatif, rata-rata belum mencapai standart yang ditetapkan.

Rencana Tindak Lanjut :

Menekankan kepada semua PPA untuk melakukan identifikasi pada setiap tindakan :

- Pemberian obat
- Pemberian pengobatan termasuk nutris
- Pemberian darah dan produk darah
- Pengambilan specimen
- Sebelum melakukan tindakan diagnostik/terapeutik

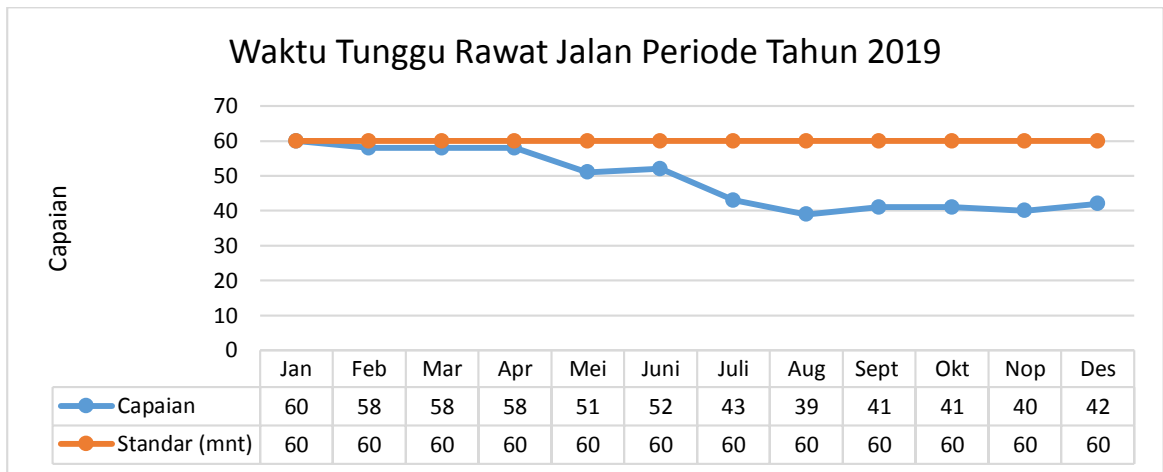
#### 2. Emergency Respon Time (Waktu Tanggap Pelayanan Gawat Darurat ≤ 5 menit)



Evaluasi: Emergency respon time (Waktu Tanggap Pelayanan Gawat Darurat) rata-rata sudah mencapai standart yaitu ≤5 menit.

Rencana Tindak Lanjut : Mempertahankan pelayanan Emergency respon time (Waktu Tanggap Pelayanan Gawat Darurat) ≤5 menit

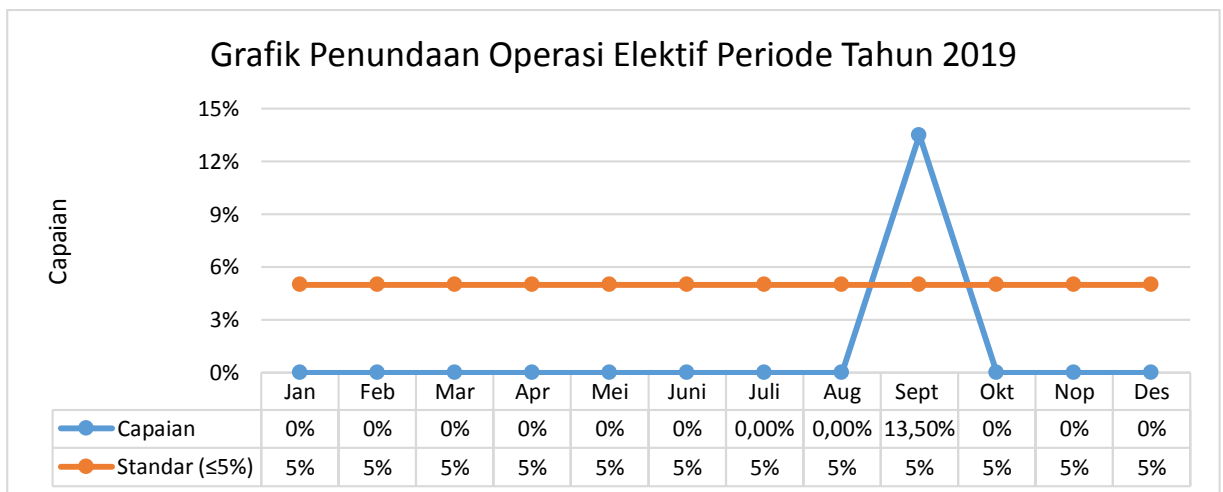
### 3. Waktu Tunggu Rawat Jalan



Evaluasi: Waktu Tunggu Rawat Jalan rata-rata sudah mencapai standart yaitu <60 menit.

Rencana Tindak Lanjut : Mempertahankan / meningkatkan dengan menekan waktu tunggu rawat jalan menjadi  $\leq 55$  menit

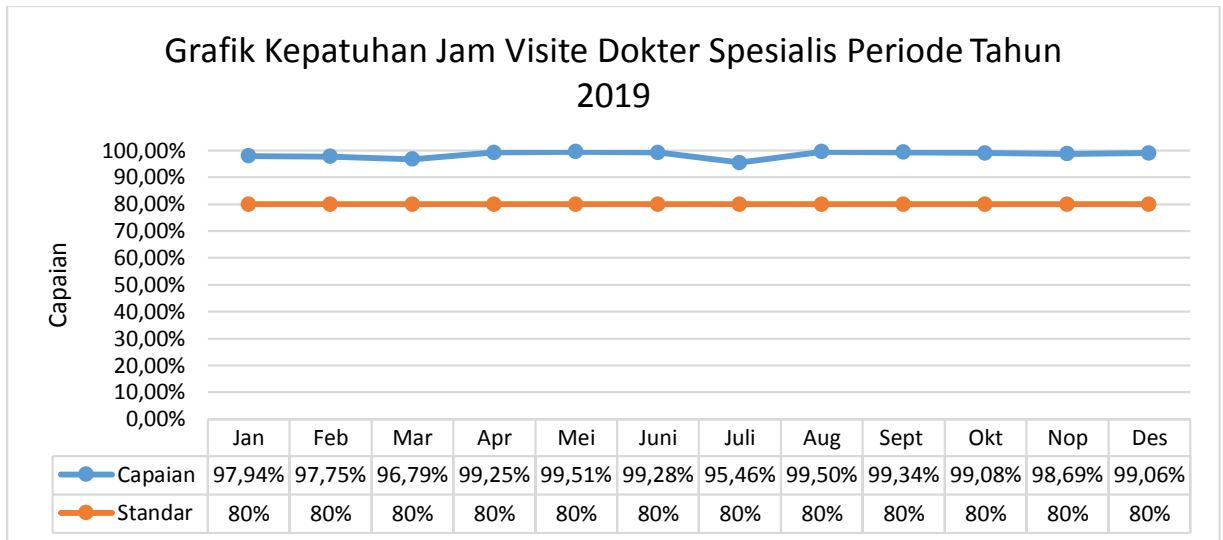
### 4. Penundaan Operasi Elektif



Evaluasi: Penundaan Operasi Elektif rata-rata sudah mencapai standart yaitu 0%.

Rencana Tindak Lanjut : Mempertahankan pelayanan operasi elektif sesuai dengan jadwal operasi

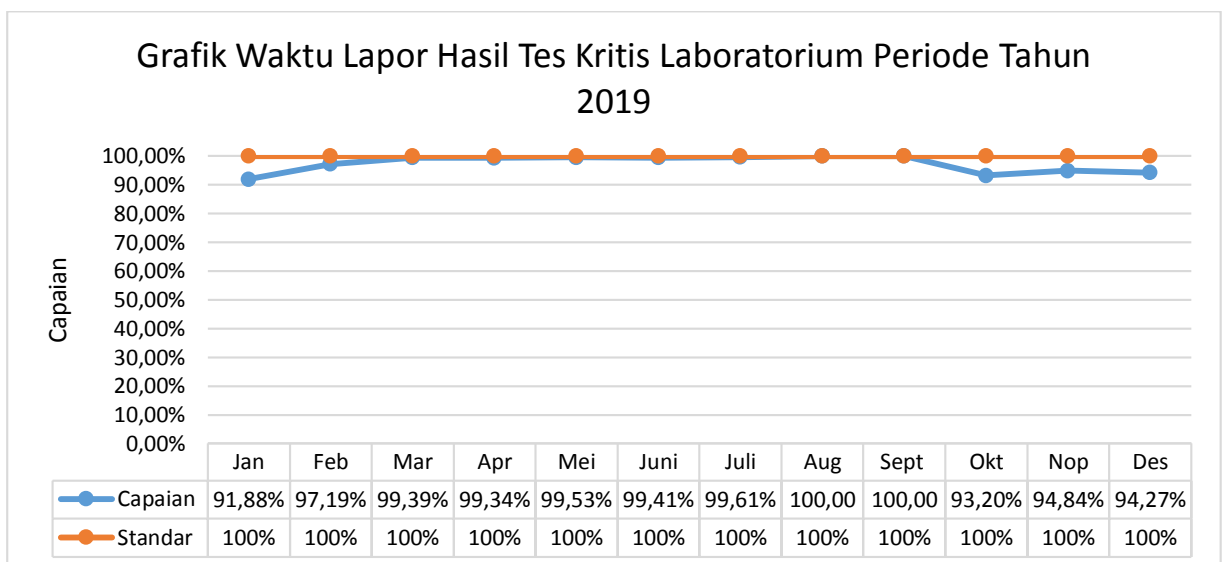
### 5. Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis



Evaluasi: Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis rata-rata sudah mencapai standart yaitu 100%.

Rencana Tindak Lanjut : Menekankan kepada DPJP untuk visite sesuai dengan standar jam visite (08.00-14.00)

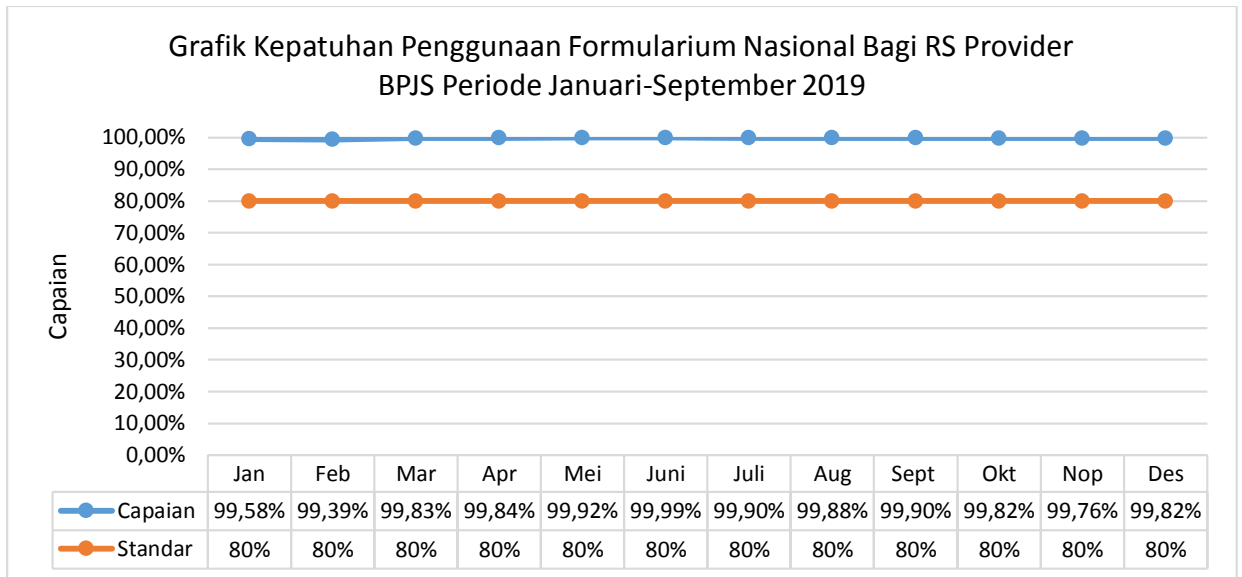
#### 6. Waktu Laport Hasil Tes Kritis Laboratorium



Evaluasi: Waktu Laport hasil tes kritis laboratorium rata-rata sudah mencapai standart yaitu 100%.

Rencana Tindak Lanjut : Meningkatkan kepatuhan pelaporan nilai kritis dan sosialisasi ulang SPO pelaporan nilai kritis

#### 7. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional Bagi RS Provider BPJS

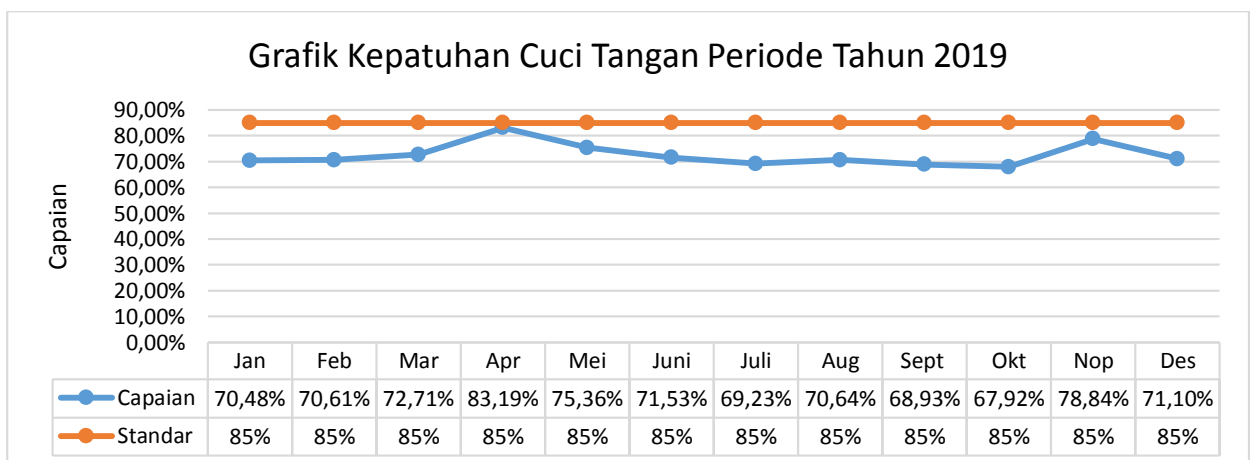


Evaluasi: Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional Bagi RS Provider BPJS

rata-rata sudah mencapai diatas standart yang ditetapkan yaitu 80%.

Rencana Tindak Lanjut : Evaluasi formularium RS 1 tahun sekali, dengan mengusulkan kebutuhan obat diluar formularium nasional supaya masuk formularium RS. Agar obat yang dibutuhkan DPJP diluar formularium nasional dapat dipenuhi di formularium RS

#### 8. Kepatuhan Cuci Tangan



Evaluasi : Kepatuhan petugas dalam melaksanakan cuci tangan masih mengalami peningkatan dan penurunan yang fluktuatif, rata-rata belum mencapai standart yang ditetapkan

Rencana Tindak Lanjut: Meningkatkan kepatuhan cuci tangan melalui pengawasan oleh IPCN/IPCLN

#### 9. Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Cedera Akibat Pasien Jatuh pada pasien Rawat Inap

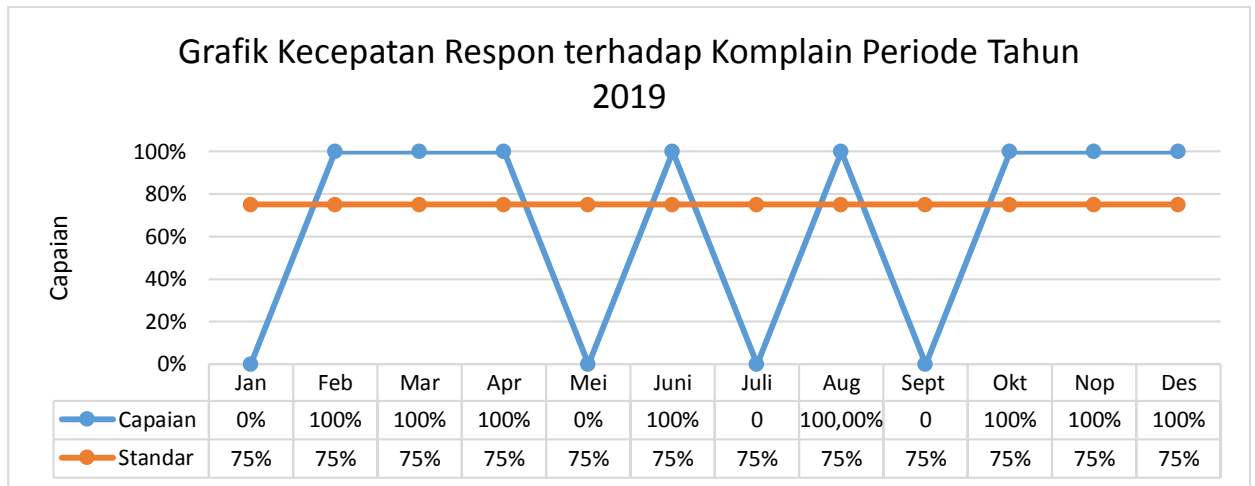




Evaluasi: Kepuasan pasien dan keluarga rata-rata sudah diatas standart yang ditetapkan yaitu 80%.

Rencana Tindak Lanjut: Mempertahankan pelayanan kepada pasien

## 12. Kecepatan Respon Terhadap Komplain



Evaluasi : kecepatan respon terhadap komplain masih mengalami peningkatan dan penurunan yang fluktuatif, rata-rata belum mencapai standart yang ditetapkan

Rencana Tindak Lanjut:

Melakukan grading dari komplain yang ada

- a. Warna Merah : cenderung berhubungan dengan polisi, pengadilan, kematian, mengancam sistem/kelangsungan organisasi, potensi kerugian material, dll. Ditanggapi dalam waktu 1x24 jam
- b. Warna Kuning : cenderung berhubungan dengan pemberitaan medis, potensi kerugian imaterial. Ditanggapi dalam waktu 3 x 24 jam
- c. Warna Hijau : tidak menimbulkan kerugian baik material maupun imaterial. Ditanggapi dalam waktu 7x24 jam

#### IV. PENUTUP

Demikian laporan pelaksanaan kegiatan PMKP (Peningkatan Mutu Keselamatan Pasien) RSUD Kabupaten Sukoharjo Tahun 2019. Dengan adanya temuan masalah dan kekurangan berkaitan dengan PMKP-RS dalam laporan tahunan ini, semoga dapat kami perbaiki di periode selanjutnya.

Mengetahui,

Direktur RSUD Kab.Sukoharjo



drg. Gani Suharto, Sp.KG  
NIP : 196106061989011003

Sukoharjo, 5 Januari 2020

Ketua PMKP RSUD Kab.Sukoharjo



Agus Suryo Admojo, S.Kep, Ns  
NIP. 19720826 199303 1 005