

LAPORAN TAHUNAN

KOMITE PENINGKATAN MUTU KESELAMATAN PASIEN

TAHUN 2021



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 2021

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 kerjanya di 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 tolak 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.

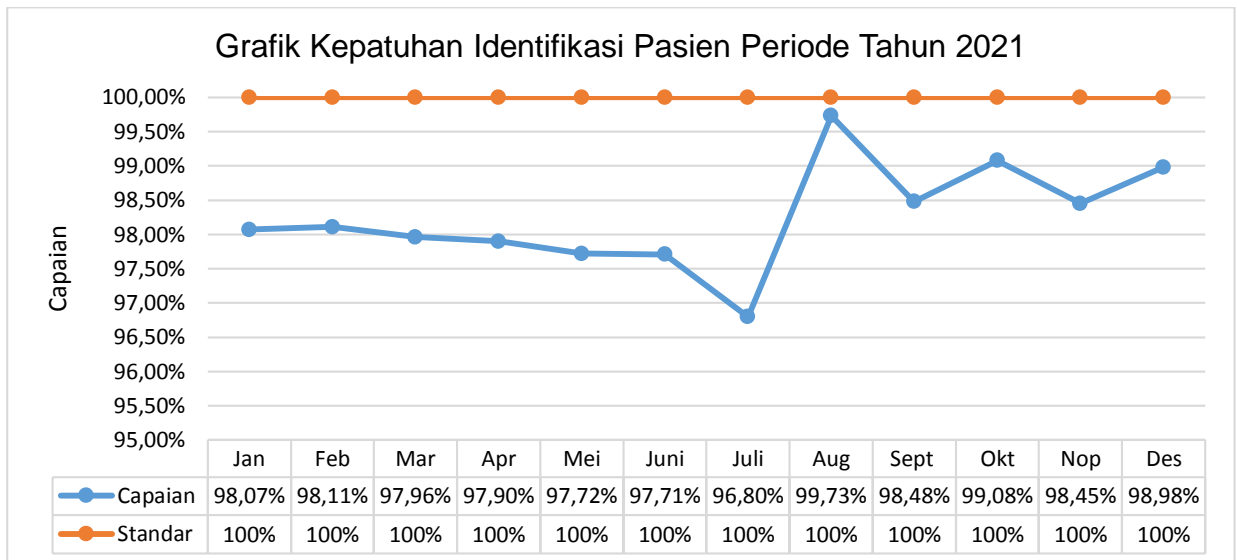
Dengan demikian, kerangka yang ada dalam standar ini sangat sesuai dengan berbagai variasi dalam struktur program dan pendekatan yang kurang formal terhadap peningkatan mutu serta keselamatan pasien. Kerangka kegiatan ini juga dapat terintegrasi dengan program pengukuran yang sudah dilaksanakan seperti 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.

III. GRAFIK CAPAIAN INDIKATOR MUTU PERIODE TAHUN 2021

1. Kepatuhan Identifikasi Pasien



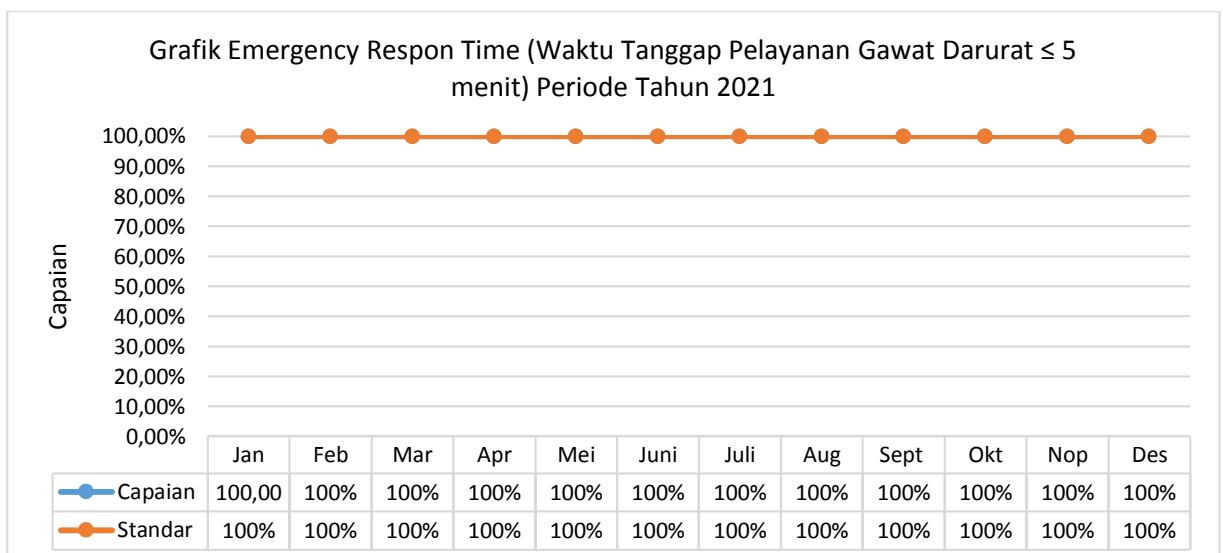
Evaluasi : Kepatuhan petugas dalam melaksanakan identifikasi pasien masih mengalami peningkatan dan penurunan yang fluktuatif, rata-rata belum mencapai standart yang ditetapkan.

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/terapiutik

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



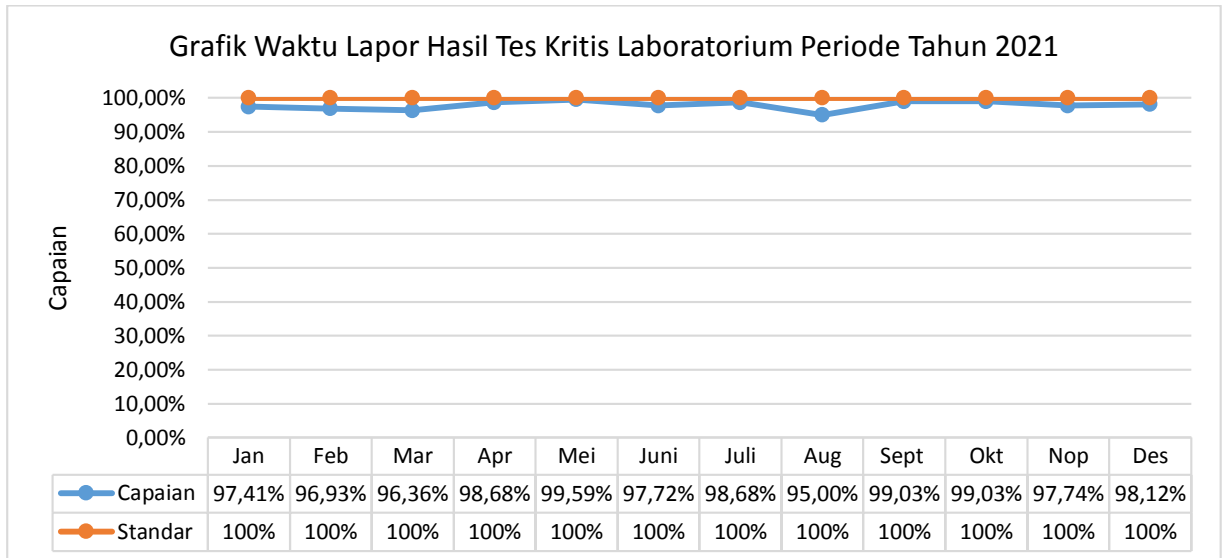
Evaluasi: Emergency respon time (Waktu Tanggap Pelayanan Gawat Darurat) rata-rata sudah mencapai standart yaitu ≤5 menit.

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

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)

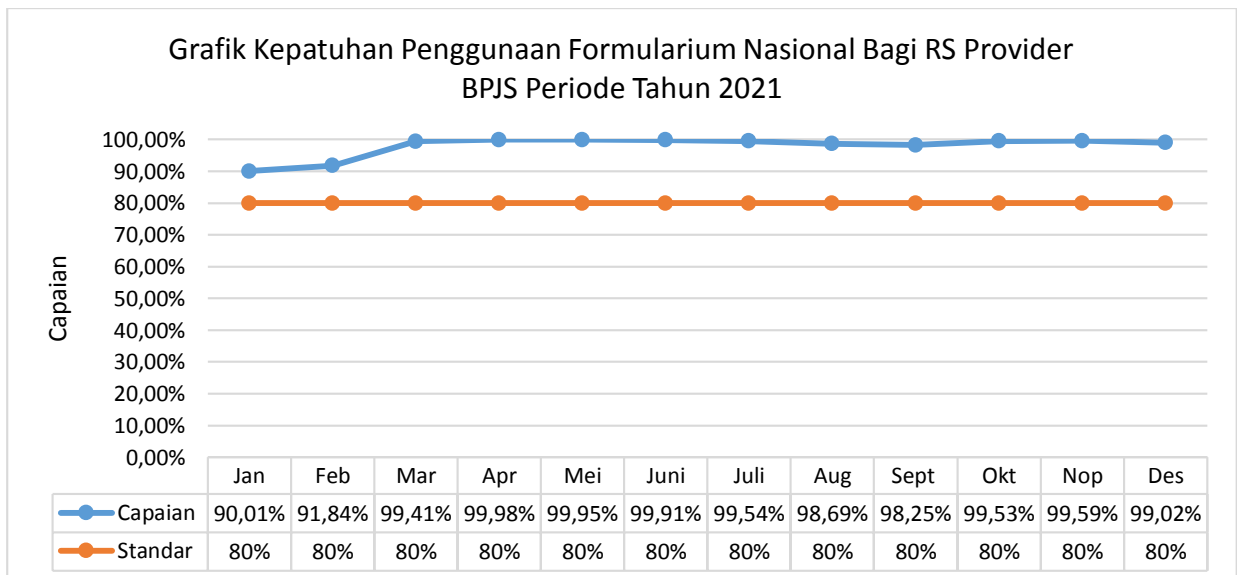
6. Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Laboratorium



Evaluasi: Waktu Lapor 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

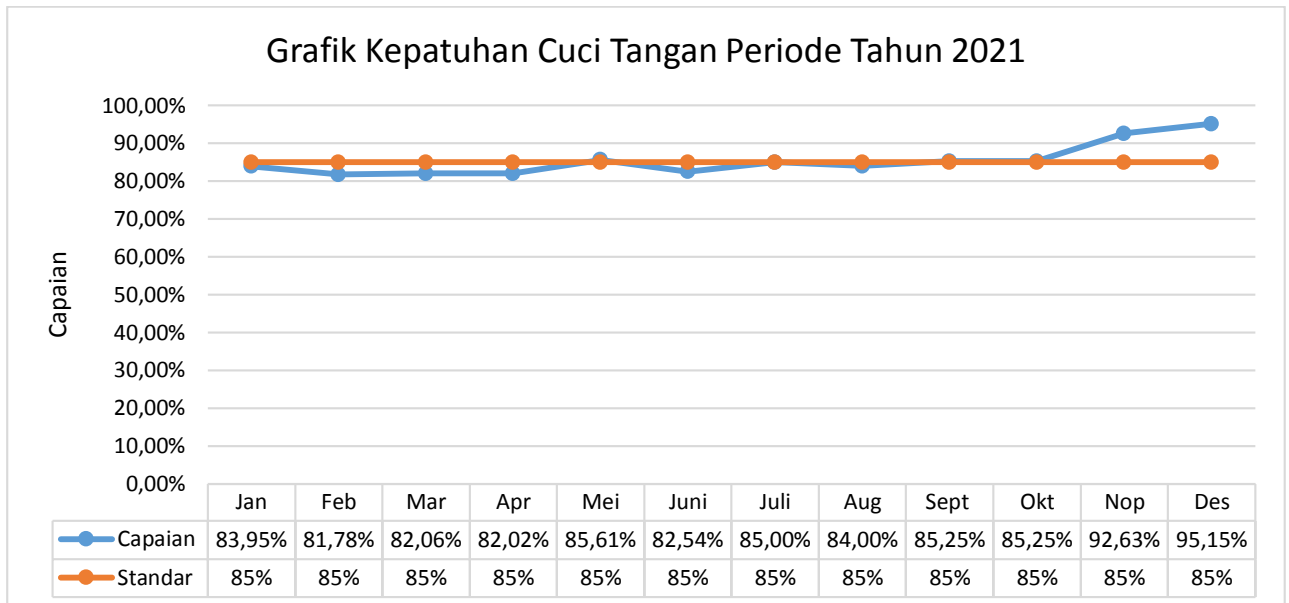
7. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional Bagi RS Provider BPJS



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

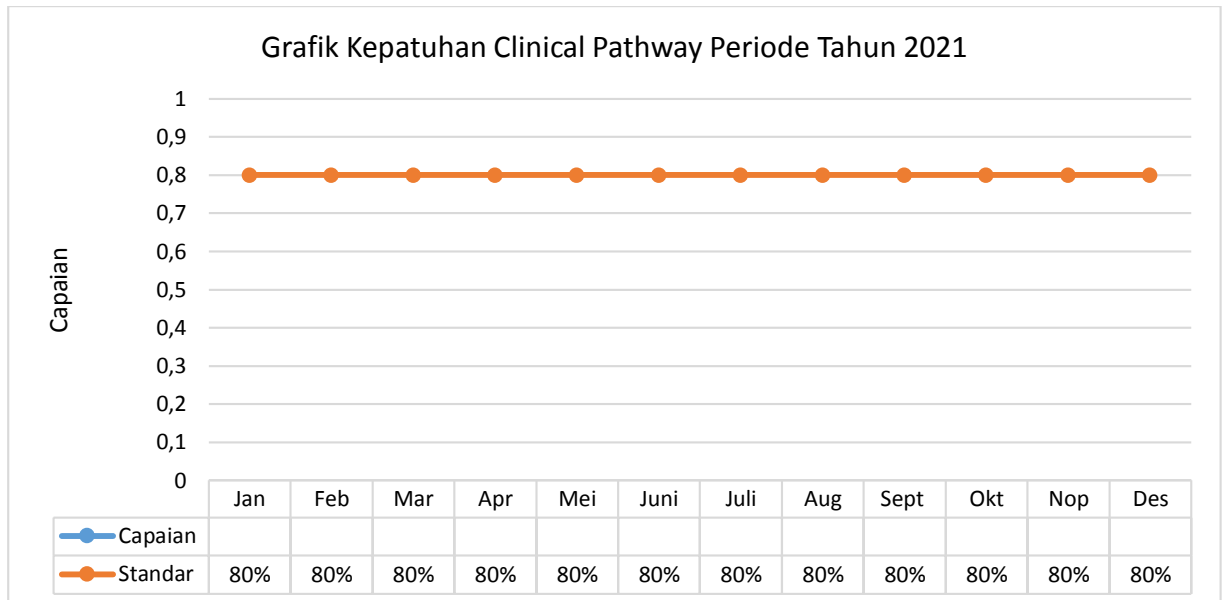
9. Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Cedera Akibat Pasien Jatuh pada pasien Rawat Inap



Evaluasi : Kepatuhan petugas dalam upaya pencegahan risiko cedera akibat pasien jatuh pada pasien rawat inap masih mengalami peningkatan dan penurunan yang fluktuatif, rata-rata belum mencapai standart yang ditetapkan

Rencana Tindak Lanjut: Meningkatkan kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Akibat Pasien Jatuh pada Pasien Rawat Inap dengan menambahkan form evaluasi Upaya Pencegahan Risiko Jatuh

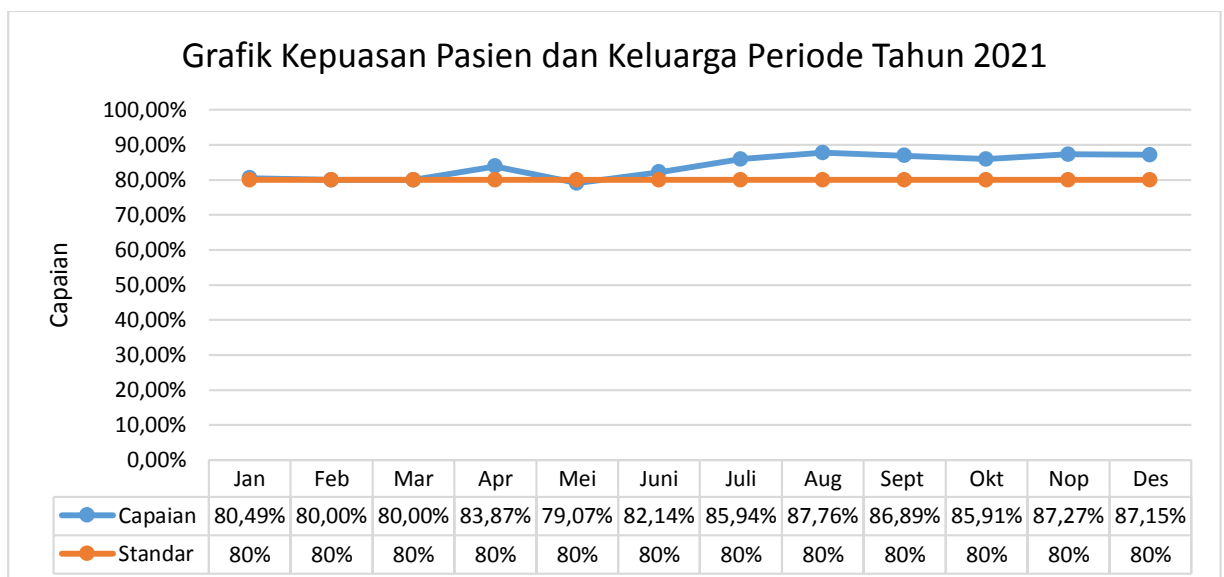
10. Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway



Evaluasi: Kepatuhan terhadap clinical pathway tidak dilakukan pengukuran indikator sehingga belum mencapai standart yang ditetapkan yaitu 80%.

Rencana Tindak Lanjut: Menekankan kepada DPJP untuk meningkatkan kepatuhan terhadap Clinical Pathway

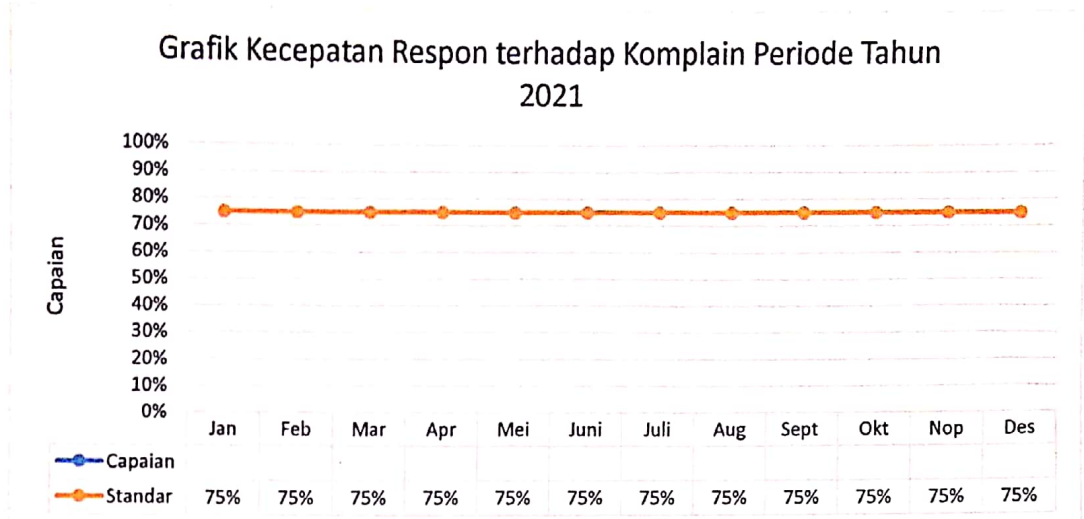
11. Kepuasan Pasien dan Keluarga



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 : Tidak dilakukan pengukuran pada indikator kecepatan respon terhadap komplain, sehingga rata-rata belum mencapai standart yang ditetapkan

Rencana Tindak Lanjut:


1. Melakukan pengukuran indikator kecepatan respon terhadap komplain
2. 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 2021. 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


dr. YUNIA WAHDIYATI
NIP. 19750607200604 2 020

Sukoharjo, 5 Januari 2022

Ketua PMKP RSUD Kab.Sukoharjo


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