

**LAPORAN EVALUASI PROGRAM PENINGKATAN MUTU DAN**

**KESELAMATAN PASIEN**

**TRIWULAN I PERIODE BULAN JANUARI S.D MARET 2017**

**RUMAH SAKIT JIWA DAERAH SURAKARTA**

**JL. Ki Hajar Dewantoro No. 80 Jebres**

**Surakarta**

**LAPORAN EVALUASI PROGRAM KERJA**

**PENINGKATAN MUTU & KESELAMATAN PASIEN TRI WULAN I**

**PERIODE BULAN JANUARI – MARET 2017**

1. **PENDAHULUAN**

Tujuan Pembangunan Kesehatan adalah tercapainya kemampuan untuk hidup sehat bagi setiap penduduk agar dapat mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal.

Pelayanan Rumah Sakit (RS) ikut bertanggung jawab dalam mewujudkan derajat kesehatan masyarakat dengan meningkatkan mutu pelayanan yang menjadi prioritas utama di pelayanan RS.

Perkembangan IPTEK kedokteran semakin pesat dimana pelayanan spesialistik dan sub spesialistik pun cenderung semakin berkembang. Dengan semakin meningkatnya pendidikan serta berubahnya keadaan sosial ekonomi masyarakat, maka sistem nilai dan orientasi dalam masyarakat mulai berubah. Masyarakat mulai cenderung menuntut pelayanan yang lebih baik, lebih ramah, dan lebih bermutu termasuk pelayanan kesehatan. Maka RS secara bertahap perlu terus meningkatkan mutu agar dapat memberi kepuasan terhadap pasien , keluarga maupun masyarakat .

Upaya – upaya untuk meningkatkan mutu pelayanan di RSJD Surakarta sudah dilakukan namun dalam pelaksanaannya masih ditemukan kendala-kendala, sehingga dibutuhkan evaluasi program peningkatan mutu dan keselamatan pasien secara berkelanjutan.

1. **LATAR BELAKANG**

Program peningkatan mutu melibatkan seluruh unit di RSJD Surakarta dengan berbagai pelayanan yang diberikan dan profesi yang bervariasi. Program peningkatan mutu dan keselamatan pasien bermanfaat jika dapat berpengaruh terhadap keselamatan pasien, keluarga dan karyawan. Evaluasi program dilakukan agar dapat diketahui adanya kendala – kendala dalam pelaksanaannya sehingga dapat diambil langkah – langkah tindak lanjut dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan.

1. **TUJUAN**
2. Untuk mengetahui kendala – kendala yang terjadi dalam pelaksanaan program.
3. Sebagai evaluasi kesesuaian jadwal pelaksanaan program.
4. Sebagai masukan dalam merencanakan program selanjutnya.
5. Sebagai informasi kepada pimpinan tentang pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien rumah sakit .
6. **KEGIATAN**
   * + 1. Standarisasi asuhan klinis secara bertahap.
       2. Monitoring mutu area klinis, area manajerial & sasaran keselamatan pasien.
       3. Monitoring mutu unit kerja.
       4. Monitoring kinerja perorangan dan unit kerja.
       5. Manajemen risiko terintegrasi.
       6. Pemantauan pelaksanaan program keselamatan pasien.
       7. Monitoring pemantauan pencegahan dan pengendalian infeksi.
       8. Diklat mutu pelayanan.
7. **PELAKSANAAN KEGIATAN**
   1. **Standardisasi asuhan klinis secara bertahap.**

Telah dilakukan pemantauan pelaksanaan *clinical pathway* secara terus menerus pada pasien rawat inap terhadap 5 macam jenis diagnosa penyakit yaitu: Skizofrenia paranoid, Skizoafektif type manik, gangguan afektif bipolar episode kini manik dengan psikotik, psikotik akut dan gangguan mental organik. Hasil pemantauan dilakukan evaluasi secara periodik dengan hasil sebagaimana terlampir.

* 1. **Monitoring Mutu area klinis, area manajerial dan Sasaran Keselamatan pasien.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** |  | **INDIKATOR** | **KETERANGAN** | |
| **INDIKATOR AREA KLINIS** | | | | |
| IK-1 | Assesment Pasien | 1. Kelengkapan Pengisian Assesmen Keperawatan Rawat Inap pada Pasien Baru di Instalasi Psikogeriatri dalam waktu 3x24 jam | Outcome | |
| 1. Kelengkapan pengisian asesmen medis awal pasien rawat inap | Outcome | |
| 1. Kelengkapan pengisian asesmen keperawatan pasien rawat inap | Outcome | |
| IK-2 | Pelayanan Laboratorium | 1. Tidak ada penundaan pengambilan sampel pada pemeriksaan gula darah | Proses | |
| 1. Tidak adanya pengulangan pemeriksaan laboratorium | Proses | |
| 1. Utilisasi alat pemeriksaan kimia klinik | Proses | |
| IK-3 | Pelayanan Radiologi Dan Pencitraan Diagnostik | Respon time pelayanan foto thorax maksimal 1 jam | Proses | |
| IK-4 | Prosedur Bedah | TDD |  | |
| IK-5 | Penggunaan Antibiotik Dan Pengobatan Lainnya | Tidak ada pemberian obat polifarmasi pasien rawat jalan | Proses | |
| IK-6 | Kesalahan Obat Dan Kejadian Nyaris Cedera | Tidak adanya kesalahan penyerahan obat | Proses | |
| IK-7 | Penggunaan Anestesi Dan Sedasi | TDD |  |
| IK-8 | Penggunaan Darah Dan Produk –Produk Darah | TDD |  |
| IK-9 | Ketersediaan, Isi Dan Penggunaaan Rekamedis Pasien | 1. Kepatuhan dokter menuliskan secara lengkap catatan pasien transfer internal pada pasien rawat jalan yang akan menjalani rawat inap | Proses dan Output |
| 1. Kelengkapan Pengisian Dokumen Rekam Medis Rawat Inap | Outcome |
| IK-10 | Pencegahan dan pengontrolan infeksi | 1. Hasil pemeriksaan angka kuman pada linen yang dicuci memenuhi standard | Proses |
| 1. Kepatuhan Hand hygiene petugas di IGD dan Instalasi ElektroMedik | Proses |
| 1. Ketepatan dalam melakukan pemilahan sampah di tempat kerja tertentu | Output |
| IK-11 | Penelitian Klinis | TDD |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **INDIKATOR AREA MANAGERIAL** | | | |
| IM-1 | Pengadaan rutin peralatan kesehatan dan obat penting untuk memenuhi kebutuhan pasien | Kesesuaian penerimaan obat/ alkes dengan faktur | Proses |
| IM-2 | Pelaporan kegiatan sesuai dengan yang diminta oleh hukum dan peraturan | 1. Ketepatan input data instrument kinerja dan perilaku kerja pegawai ke dalam simpeg online maksimal tanggal 1 | Proses |
| 1. Ketepatan waktu pelaporan Indikator Kinerja | Proses |
| IM-3 | Manajemen risiko | Tidak adanya kejadian pasien gaduh gelisah di bangsal sub akut | Proses |
| IM-4 | Manajemen penggunaan Sumber Daya | 1. Pegawai mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun | Outcome |
| 1. Ketepatan waktu menanggapi kerusakan alat non medis | Proses |
| 1. Ketepatan waktu menangani kerusakan Aplikasi Komputer Client-Server Billing System maksimal 1 hari kerja | Proses |
| 1. Ketepatan Waktu Penanganan Kerusakan Software Hardware Komputer non billing dan Printer Maksimal 2 HariKerja | Proses |
| 1. Kepatuhan pegawai dalam mengikuti apel pagi dan menandatangani daftar hadir | Proses |
| 1. Ketersediaan materi edukasi di Instalasi Rawat Jalan | Struktur |
| IM-5 | Harapan dan kepuasan pasien dan keluarga pasien | 1. Waktu Tunggu Pelayanan Tindakan MECTA maksimal 60 menit | Proses |
| 1. Waktu Tunggu Pelayanan Tindakan TMS Pasien Rawat Jalan maksimal 30 menit | Proses |
| 1. Penanganan keluhan pelanggan semua media diselesaikan ≤ 10 hari | Proses |
| 1. Survey Kepuasan Pelanggan | Outcome |
| IM-6 | Harapan dan kepuasan staf | Kepuasan pegawai terhadap kepemimpinan dan lingkungan kerja | Outcome |
| IM-7 | Demografi dan diagnosis klinis pasien | Identifikasi Kunjungan Pasien Rawat Jalan Berdasarkan Diagnosis dan Asal Daerah | Outcome |
| IM-8 | Manajemen keuangan | Verifikasi Kelengkapan Dokumen Belanja Selesai dalam 1 Hari Kerja | Proses |
| IM-9 | Pencegahan dan pengendalian kejadian yang dapat menimbulkan masalah bagi keselamatan pasien, keluarga dan staf | 1. Terlaksananya pemeriksaan barang bawaan pengunjung pasien di Instalasi Napza | Proses |
| 1. Hasil Pengukuran Sisa Chlor pada air bersih sesuai standard | Output |
| 1. Kepatuhan pemakaian alat pelindung diri di intalasi laboratorium, laundry dan poliklinik gigi | Proses |

**INDIKATOR SASARAN KESELAMATAN PASIEN**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SKP-1 | Kepatuhan Konfirmasi Identitas Pasien Rawat Jalan oleh Dokter | Proses |
| SKP-2 | Kepatuhan Pemakaian Gelang Identitas Pasien Rawat Inap | Proses |
| SKP-3 | Dilaksanakannya Verifikasi pada Komunikasi via Telpon | Proses |
| SKP-4 | Kelengkapan Pelabelan Obat LASA dan HAM | Proses |
| SKP-5 | Kepatuhan dokter dalam melaksanakan hand hygiene | Proses |
| SKP-6 | Kelengkapan pengisian form observasi resiko jatuh | Outcome |

**INDIKATOR LIBRARY OF MEASURE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LOM-1 | Angka lama pasien dirawat dengan pelayanan perawatan intensif psikiatri ≤ 48 jam di ruang akut | Concurrent |
| LOM-2 | Angka kejadian tindakan restrain lebih dari 4 jam di ruang akut | Proses |
| LOM-3 | Angka kejadian pasien jatuh | Proses |

1. **Monitoring Kinerja Perorangan dan Unit Kerja (lembar tersendiri)**
2. **Manajemen Risiko Terintegrasi (lembar tersendiri)**
3. **Pemantauan Pelakssanaan Program Keselamatan Pasien**

**I. Jumlah Laporan Insiden**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **INSIDEN** | **BULAN** | | | **JUMLAH** |
| **JANUARI** | **FEBRUARI** | **MARET** |  |
| 1 | **Jenis Insiden** | **5** | **4** | **4** | **13** |
|  | SENTINEL | 0 | 0 | 0 | 0 |
|  | KTD | 1 | 1 | 0 | 2 |
|  | KTC | 0 | 0 | 1 | 1 |
|  | KNC | 4 | 3 | 3 | 10 |
| 2 | **Kategori Insiden :** |  |  |  |  |
|  | Low / Biru | 2 | 2 | 0 | 4 |
|  | Moderate / Hijau | 3 | 2 | 4 | 9 |
|  | High / Kuning | 0 | 0 | 0 | 0 |
|  | Extreme / Merah | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 3 | Insiden terbanyak di unit | R. Inap | R. Inap | R. Inap | R. Inap |

**Jenis Insiden:**

**Kategori Insiden:**

**II. KONDISI POTENSIAL CEDERA :**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **KONDISI POTENSIAL CEDERA** | **BULAN** | | | **JUMLAH** |
| **JANUARI** | **FEBRUARI** | **MARET** |
| 1. | Poli farmasi obat (> 5 jenis obat) | 29 | 22 | 32 | 83 |
| 2. | Petugas farmasi salah menghitung jumlah obat | 3 | 12 |  | 15 |
| 3. | Petugas farmasi salah mengambil jenis obat |  | 1 |  | 1 |
| 4. | Petugas salah menulis aturan pakai |  |  | 1 | 1 |
| 5. | Petugas salah menulis jumlah obat |  |  | 2 | 2 |
| 6. | Salah entri |  |  | 3 | 3 |

**III, Kejadian Lainnya**

Kejadian lainnya yaitu kejadian yang tidak diharapkan lainnya yang berdampak luas seperti : wabah penyakit infeksi, keracunan makanan massal, kebakaran, bencana alam (gunung meletus, banjir, gempa) selama bulan Januari s/d Maret 2017 ini tidak ada kejadian.

**IV. Analisa**

Insiden terbanyak yang terjadi selama bulan Januari s/d Maret 2017, yaitu :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Januari | Februari | Maret |
| Pasien Lari | 1 | 1 | 0 |
| Pasien Mengamuk | 3 | 2 | 3 |
| Pasien berkelahi | 0 | 0 | 1 |
| Salah menyerahkan obat | 1 | 1 | 0 |

Penyebab kejadian/ insiden terbanyak yang terjadi selama Januari s/d Maret 2017 adalah

* + - 1. Pasien Mengamuk / gaduh gelisah, antara lain :
  1. Pasien bingung,
  2. Pasien ingin pulang,
  3. Halusinasi.
     + 1. Pasien lari, antara lain :

1. Pasien merasa tidak nyaman,
2. Pasien merasa tidak sakit,
3. Pasien bingung,
4. Pasien ingin pulang,
5. Pasien lama tidak dijengguk keluarga.
   * + 1. Pasien berkelahi :
6. Emosi pasien masih labil
7. Pasien mau menang sendiri
8. Kejenuhan pasien
   * + 1. Salah menyerahkan obat, antara lain
9. Petugas kurang teliti
10. Identifikasi pasien secara lengkap tidak dilakukan

Untuk grading warna Biru dan Hijau telah dilakukan investigasi sederhana oleh ruangan, diregrading oleh sub komite keselamatan pasien dan mengusulkan rekomendasi kepada Direktur.

**V. REKOMENDASI :**

**Pasien Mengamuk**

* 1. Kolaborasi DPJP untuk memberikan terapi tambahan
  2. Mengusulkan pindah ke ruang akut
  3. Mengoptimalkan peran keluarga

**Pasien Lari**

1. Kolaborasi dengan DPJP untuk memberikan terapi tambahan
2. Lebih mengutamakan restrain kimia daripada restrain mekanik
3. Menyarankan keluarga untuk menengok pasien secara berkala
4. Segera menghubungi keluarga untuk mengambil pasien pulang untuk pasien yang sudah perbaikan melalui SMS, telepon maupun surat
5. Mengusulkan dropping untuk pasien yang keluarganya kurang kooperatif

**Pasien berkelahi**

* + - * 1. Edukasi pasien
        2. Menciptakan suasana kekeluargaan
        3. Terapi rekreasi berkoordinasi dengan unit rehabilitasi

**Salah** **menyerahkan obat**

1. Mengecek kembali obat yang akan di berikan, terutama obat LASA
2. Penekanan kembali identifikasi pasien sebelum penyerahan obat sesuai SPO Pelayanan obat

**Kondisi Potensial Cedera :**

Kondisi Potensial cedera didata dan dilakukan monitoring, dari data laporan yang masuk, direkomendasikan sebagai berikut :

1. Petugas farmasi salah menghitung jumlah obat, rekomendasi: menghitung ulang jumlah obat sebelum dilakukan pengecekan ulang oleh petugas selanjutnya.
2. Untuk polifarmasi, polifarmasi banyak terjadi pada pasien non psikiatri, rekomendasinya koordinasi dan sosialisasi dengan dokter saraf tentang polifarmasi
3. Salah menulis obat, salah entri dan salah menulis aturan pakai, rekomendasi: mengecek ulang resep yang diinput sebelum dikirim ke farmasi
4. Petugas farmasi salah mengambil jenis obat, rekomendasi: meneliti ulang obat yang diambil sebelum dilakukan pengecekan ulang oleh petugas selanjutnya.

**7. Monitoring Pemantauan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi**

1. **Data Kejadian surveilen tentang HAIs di RSJD Bulan Januari-Maret 2017**
2. Tabel kejadian HAIs

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Data Kejadian HAIs | Bulan Januari | Bulan Februari | Bulan Maret | Keterangan |
| 1 | Diare | 0 | 0 | 9 | Pasien yang mengalami diare sudah dilakukan pengobatan oleh dokter ruangan, . |
| 2 | Scabies | 0 | 1 | 1 | Scabies yang diderita pasien berasal dari rumah |
| 3 | ISK  Jml Pasien dipasang DC  Lama Hari | 0  0  0 | 0  0  0 | 0  0  0 | Tidak ada ISK dan tidak ada pemasangan DC |
| 4 | Phlebitis  Jml Pasien diinfus  Lama Hari | 0  17  85 | 0  6  23 | 0  14  58 | Pemasangan infuse tdk menimbulkan Phlebitis |

1. Diagram Kejadian HAIS
2. Analisa
3. Diare

Pasien yang mengalami diare pada bulanfebruari dan maret berasal dari ruang abimnyu, srikandi dan larasati

1. Skabies

Pada 3 bulan terakhir terdapat pasien yang mengalami scabies 1 orang

3). ISK dan Phlebitis

a. ISK : tidak ada kejadian ISK

b.Phlebitis pada tiga bulan trakhir dengan jumlah pasien yang dipasang infuse sejumlah 37 pasien dan tidak ada yang mengalami phlebitis.

1. REKOMENDASI
2. Perawat lebih menjaga kebersihan pasien dan memperhatikan cara pemilahan baju pasien yang mengalami scabies dan pasien yang tidak terkena scabies
3. Perawat menganti baju pasien sehari 2 kali pagi dan sore supaya pasien terhindar dari penyakit kulit.
4. Apabila ada pasien yang terjadi HAIs diruangan perawat ruangan harus segra melaporkan kepada dokter ruangan agar segera di beri pengobatan.
5. Perawat lebih memperhatikan tehnik pemasangan infuse dan caterter supaya nanti pasien tidak terjadi infeksi setelah dilakukan pemasangan alat.
6. Perawat harus mengetahui cara perkembang biakan scabies dan cara penanganan pasien dengan baik.
7. Semua petugas selalu mempertahankan kebersihan tangan dan mengajarkan pada pasien bagaimana cuci tangan yang benar supaya tidak terjadi infeksi.
8. IPCN harus lebih sering melakukan kunjungan diruangan agar mengetahui kondisi pasien.
9. IPCN mensosialisasikan tentang scabies, konjungtivitis, varicella, morbili dan cara penangannya diruangan.
10. IPCN bekerjasama dengan ruang perawatan, farmasi untuk mencapai kesehatan pasien yang maksimal.
11. **KEPATUHAN HAND HYGIENE DI IGD DAN ELEKTROMEDIK**
12. Tabel kepatuhan cuci tangan

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| BULAN | PETUGAS | PATUH | TDK PATUH | HASIL | KETERANGAN |
| JANUARI | Dokter dan perawat | 371 | 88 | 80,80% | Untuk kepatuhan saat menerima pasien banyak yg tdk cuci tangan ( moment 1 ) |
| FEBRUARI | Dokter dan perawat | 422 | 43 | 90,70% | Untuk kepatuhan saat menerima pasien banyak yg tdk cuci tan gan ( moment 1 |
| MARET | Dokter dan perawat | 402 | 34 | 92,40% | Pada bulan ini peningkatan kepatuhan hand hygien yang karena petugas sudah mulai mayadari pentingnya cuci tangan bagi diri sendiri dan keamanan untuk pasien |

1. DIAGRAM KEPATUHAN HAND HYGIENE
2. ANALISA

Dari table diatas dapat dilihat bahwa adannya peningkatan dari bulan januari sampai ke bulan maret. Rata-rata petugas yang lupa saat moment pertama untuk melakukan cuci tangan dengan alasan lupa dan pada bulan Maret meningkat menjadi 92,40% untuk angka kepatuhan, hal ini belum dapat mencapai target yang diharapkan yaitu 100%

1. REKOMENDASI
2. Petugas selalu melaksanakan 5 moment saat akan melakukan tindakan terhadap pasien .
3. Mempertahankan hasil yang telah baik di bulan berikutnya
4. Mengetahui pentingnya kita melakukan hand hygien dengan 5 momentnya
5. IPCN harus melakukan observasi terhadap kepatuhan petugas sesering mungkin agar tercapai 5 moment yang diharapkan dan kepatuhan akan mencapai target yang diharapkan.
6. **KEPATUHAN APD DI INSTALASI GIZI**
7. Tabel Kepatuhan APD Di Instalasi Gizi

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| BULAN | PETUGAS | LENGKAP | TDK LENGKAP | HASIL |
| JANUARI | Semua ptgs | 391 | 1 | 99,7% |
| FEBRUARI | Semua ptgs | 347 | 0 | 100% |
| MARET | Semua ptgs | 380 | 0 | 100% |

1. Diagram Kepatuhan APD Di Instalasi Gizi
2. ANALISA

Dari table diatas dapat dilihat bahwa adanya peningkatan dalam bulan januari ke februari , pada bulan Maret kepatuahnnya bertahan diangka 100% yang ,mana hal ini sudah sesuai target yang diharapkan.

1. REKOMENDASI
2. Petugas harus menumbuhkan kesadaran diri tentang pentingnya APD saat melakasanakan tugas demi keamanan makanan yang akan disajikan pada pasien.
3. IPCN harus selalu mengadakan audit tentang pengunaan APD di intaalsi GIZI
4. IPCN melakukan audit kepatuhan APD secara mendadak untuk mengetahui apakah petugas selalu menggunakan apdnya saat petugas melaksanakan tugasnya.
5. **KEPATUHAN APD DI INSTALASI LAUNDRY, LABORATORIUM DAN KESEHATAN GIGI & MULUT**

1. Tabel Kepatuhan APD di Intalasi Laundry, Laborat dan kesehatan gigi dan mulut

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| BULAN | PETUGAS | LENGKAP | TDK LENGKAP | HASIL |
| JANUARI | Semua ptgs | 400 | 25 | 94,12% |
| FEBRUARI | Semua ptgs | 341 | 22 | 93,94% |
| MARET | Semua ptgs | 365 | 19 | 95,05 % |

2. Diagram Kepatuhan APD Di Instlasi Londry Dan Laboratorium

1. ANALISA

Dari tabel diatas dapat dilihat bahwa dari bulan januari ke bulan Februari ada penurunan kepatuhan APD tetapi pada bulan berikutnya sudah mengalami peningkatan penggunaan APD kembali.

1. REKOMENDASI
2. Diharapkan petugas selalu menggunakan APD saat melaksanakan tugas agar terhindar dari infeksi yang di dapat dari cairan tubuh pasien.
3. Mempertahankan hasil yang sudah ada
4. IPCN mensosialisasikan tentang kepatuhan APD kepada petugas.
5. Melakukan kunjungan sesering mungkin agar mengetahui siapa yang tidak mengenakan APD lengkap.
6. IPCN mendata pegawai yang tidak patuh dan melakukan perencanaan pembinaan terhadap petugas tersebut.

**8. Kegiatan program Pendidikan & Pelatihan PMKP**

Pelatihan Eksternal : Pelatihan para pimpinan dan pokja akreditasi RS dalam penanggulangan bencana di RS sesuai Standart Akreditasi Versi 2012 pada tanggal 16 Januari 2017.

**Kesimpulan**

Secara keseluruhan program pelatihan peningkatan mutu dan keselamatan pasien sebagian sudah terlaksana sesuai jadwal yang telah ditetapkan.

Tetapi perlu perencanaan yang matang dan penyusunan jadwal selanjutnya disesuaikan dengan kebutuhan dan kondisi. Laporan pelaksanaan pelatihan setelah selesai pelatihan dibuat laporan pelaksanaan.

* + - 1. **Kegiatan Akreditasi** 
         1. Rapat koordinasi tim akreditasi dikoordinasikan oleh ketua tim akreditasi diikuti seluruh anggota pokja akreditasi. Agenda rapat adalah membahas evaluasi seluruh pokja dalam memantau implementasi standar akreditasi RS
         2. Rapat pokja dilaksanakan oleh masing-masing pokja membahas / memantau konsistennya implementasi masing – masing standar akreditasi.
         3. Peninjauan regulasi- regulasi, antara lain Pedoman , Kebijakan , Panduan dan SPO.
         4. Ronde RS dilaksanakan setiap hari sabtu. Kegiatan ini bertujuan untuk melakukan pemantauan terhadap penerapan standart akreditasi di seluruh area RS. Kegiatan ronde dilaksanakan oleh tim yang terdiri dari unsur-unsur : pejabat struktural, komite KMKP, komite PPI, pokja MFK, PKRS dan Panitia Rekam Medik.
         5. Melakukan evaluasi terhadap pelaksanaan PPS berdasarkan rekomendasi dari tim surveior KARS.
         6. Melakukan sosialisasi secara terus menerus tentang materi-materi yang berkaitan dengan standar- standar akreditasi RS.
         7. Mengikuti pelatihan, seminar tentang akreditasi rumah sakit yang diadakan diluar Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta maupun pelatihan internal rumah sakit.

1. **Trend Pencapaian Indikator Mutu RS Triwulan I 2017 dibanding Tri Wulan sebelumnya, standar dan RS lain. (Ada di lembar tersendiri)**
2. **KESIMPULAN**

Secara keseluruhan pemantauan indikator mutu utama yang telah ditetapkan RS menunjukkan hasil yang baik , namun ada beberapa indikator yang belum dapat mencapai target yang telah ditetapkan . Indikator yang belum mencapai target :

* + - * 1. Kelengkapan Pengisian Assesmen Keperawatan Rawat Inap pada Pasien Baru di Instalasi Psikogeriatri dalam waktu 3x24 jam 92,3%.
        2. Kelengkapan pengisian asesmen medis awal pasien rawat inap 89,09%.
        3. Tidak ada penundaan pengambilan sampel pada pemeriksaan gula darah 91,67%.
        4. Tidak adanya pengulangan pemeriksaan laboratorium 98,31%.
        5. Utilisasi alat pemeriksaan kimia klinik 32,89%.
        6. Tidak ada pemberian obat poli farmasi pasien rawat jalan 92,82%.
        7. Kepatuhan dokter menuliskan secara lengkap catatan pasien transfer internal pada pasien rawat jalan yang akan menjalani rawat inap 90%.
        8. Kelengkapan pengisian dokumen rekam medis rawat inap 71,08%.
        9. Kepatuhan hand hygiene petugas di IGD dan Instalasi Elektro Medik 92,40%.
        10. Ketepatan dalam melakukan pemilahan sampah di tempat kerja tertentu 98,96%.
        11. Kesesuaian penerimaan obat/ alkes dengan faktur 96,61%.
        12. Ketepatan waktu pelaporan Indikator Kinerja 35%.
        13. Tidak adanya kejadian pasien gaduh gelisah di bangsal sub akut 99,94%.
        14. Pegawai mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun 20,30%.
        15. Ketepatan waktu menanggapi kerusakan alat non medis 95,28%.
        16. Ketepatan waktu menangani kerusakan Aplikasi Komputer Client-Server Billing System maksimal 1 hari kerja 66,67%.
        17. Kepatuhan pegawai dalam mengikuti apel pagi dan menandatangani daftar hadir 98,13%.
        18. Ketersediaan materi edukasi di Instalasi Rawat Jalan 45,80%.
        19. Waktu Tunggu Pelayanan Tindakan MECTA maksimal 60 menit 89,13%.
        20. Waktu Tunggu Pelayanan Tindakan TMS Pasien Rawat Jalan maksimal 30 menit 81,16%.
        21. Verifikasi Kelengkapan Dokumen Belanja Selesai dalam 1 Hari Kerja 87,55%.
        22. Hasil Pengukuran Sisa Chlor pada air bersih sesuai standard 75%.
        23. Kepatuhan pemakaian alat pelindung diri di intalasilaboratorium, laundry dan poliklinik gigi 95,05%.
        24. Kepatuhan Konfirmasi Identitas Pasien Rawat Jalan oleh Dokter 99%.
        25. Kepatuhan Pemakaian Gelang Identitas Pasien Rawat Inap 93,91%.
        26. Dilaksanakanya Verifikasi pada Komunikasi via Telpon 80%.
        27. Kepatuhan dokter dalam melaksanakan hand hygiene 95,31%.
        28. Angka lama pasien dirawat dengan Pelayanan perawatan intensif psikiatri ≤ 48 jam di ruang akut 14,76%.
        29. Angka kejadian tindakan restrain lebih dari 4 jam di ruang akut 2,44%.

Dibanding dengan standar ada beberapa indikator yang pencapaiannya masih kurang baik yaitu:

* + 1. Pegawai mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun 20,30%.

Dibanding dengan Tri Wulan sebelumnya ada beberapa indikator yang pencapaiannya kurang baik yaitu pada indikator :

* + - 1. Tidak ada pemberian obat polifarmasi pasien rawat jalan 92,82%.
      2. Kelengkapan Pengisian Dokumen Rekam Medis Rawat Inap 71,08%.
      3. Kepatuhan Pemakaian Gelang Identitas Pasien Rawat Inap 93,91%.
      4. Dilaksanakannya Verifikasi pada Komunikasi via Telpon 80%.

Yang pencapaiannya lebih baik dibanding dengan Tri Wulan sebelumnya :

* + - * 1. Angka lama pasien dirawat dengan Pelayanan perawatan intensif psikiatri ≤ 48 jam di ruang akut14,76%.

Dibanding dengan RS lain ada beberapa indikator yang pencapaiannya kurang baik yaitu :

Kelengkapan pengisian asesmen medis awal pasien rawat inap 89,09%

Kelengkapan Pengisian Dokumen Rekam Medis Rawat Inap 71,8%

Dilaksanakanya Verifikasi pada Komunikasi via Telpon 80%

Indikator yang menunjukkan pencapaian lebih baik dibanding dengan RS lain yaitu:

Kepatuhan dokter dalam melaksanakan hand hygiene 85,31%

Indikator yang belum mencapai target diatas telah dilakukan analisa dan diharapkan pada evaluasi Tri Wulan berikutnya sudah ada perbaikan mutu sesuai yang diharapkan .

Dari beberapa indikator yang belum mencapai target , berhubungan dengan pengendalian infeksi rumah sakit , mutu dan keselamatan pasien.

1. **TINDAK LANJUT**

Petugas melakukan komunikasi dengan keluarga yang informatif melalui telepon untuk melengkapi asesmen

Mensosialisasikan kembali cara penghitungan indikator mutu assesmen medis awal

Melakukan koordinasi dengan perawat ruangan terkait persyaratan pengambilan sampel darah untuk pemeriksaan gula darah

Membuat standar jumlah sampel yang diperlukan untuk pemeriksaan laboratorium dan dilaksanakan secara konsisten

Penyiapan obat harus dilakukan oleh petugas yang berbeda untuk menghindari terjadinya kesalahan penyerahan obat

Melakukan sosialisasi tentang regulasi penggunaan obat polifarmasi ke dokter non psikiatri

Mengingatkan petugas yang mengirim obat/ alkes agar sesuai dengan faktur

Menyampaikan informasi secara intensif kepada residen baru tentang pengisisan form transfer internal pasien rawat jalan yang akan menjalani rawat inap

Menyampaikan hasil analisis PDSA ke bidang Keperawatan agar dilakukan perbaikan

Pengusulan perbaikan mesin cuci yang rusak

Melakukan sosialisasi ulang tentang pentingnya HH dan perlengkapannya kepada petugas

Melakukan koordinasi dengan PPI untuk menyamakan persepsi tentang sampah infeksius dengan sampah non infeksius untuk ketepatan pemilahan sampah

Melakukan koordinasi dengan pengelola simpeg online agar input data instrumen kinerja dan perilaku kerja pegawai tepat waktu

Melakukan revisi SPO tentang pelaporan indikator kinerja unit kerja dan membuat format laporan dan disosialisasikan ke unit terkait

Segera menghubungi keluarga lewat berbagai media bila pasien sudah diperbolehkan pulang agar emosinya tidak menjadi labil kembali

Petugas Diklat meminta hasil kegiatan diklat eksternal yang diikuti oleh pegawai

Memaksimalkan kinerja SDM yang ada sambil menunggu proses penambahan SDM kualifikasi pendidikan STM listrik diInstalasi IPSRS

Mengusulkan Pelatihan Peningkatan/ kompetensi SDM K3 Listrik & Listrik lanjutan untuk SDM baru

Semua perbaikan didokumentasikan dalam satu buku secara rinci

Pembinaan pegawai melalui sosialisasi terkait pelaksanaan kegiatan apel pagi

Koordinasi dengan Instalasi Rawat Jalan untuk membuat penjadwalan dan menunjuk penanggung jawab kelengkapan materi edukasi

Mengingatkan pasien dan pemberi asuhan untuk datang sesuai jadwal MECTA

Melatih staf perbendaharaan dan verifikasi untuk melakukan verifikasi kelengkapan dokumen

Mengusulkan pengadaan alat chlorinasi tetes agar sesuai standar

Sosialisasi ulang tentang pentingnya penggunaan APD

Memberikan informasi secara intensif kepada dokter tentang identifikasi sebelum melakukan pemeriksaan

Mengidentifikasi penyebab pasien tidak memakai gelang identitas

Wilayah pengambilan data Pelabelan obat LASA dan HAM diperluas ke Instalasi Elektromedik dan Instalasi Gigi dan Mulut

Petugas menyampaikan operan dengan bangsal baru untuk pasien yang komunikasi via telponnya belum terverifikasi

Meningkatkan koordinasi dengan DPJP untuk pemberian terapi yang lebih intensif

Mengkaji ulang SPO Restrain

Mengkaji ulang SPO Pasien risiko jatuh

Melanjutkan dan mempertahankan capaian untuk indikator mutu yang sudah mencapai target

1. **Kegiatan KMKP (Komite Mutu dan Keselamatan Pasien) Januari- Maret 2017**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Kegiatan | Pelaksanaan | Keterangan |
| 1 | RCA | Sesuai insiden yang terjadi | Laporan RCA dilaporkan kepada unit terkait dan Direktur untuk ditindak lanjuti  Dari Januari- Maret 2017 tidak ada kasus yang dilakukan RCA |
| 2 | Pertemuan Komite Mutu dan Keselamatan Pasien | Rutin setiap hari selasa siang | * Membahas PPS * Merekap capaian Indikator Mutu * Validasi data * Analisa capaian indikator mutu * Menyiapkan bahan penyampaian capaian indikator ke unit kerja |
| 3 | Pembahasan Pelaporan Insiden | Setiap hari Selasa | Membahas Pelaporan Insiden yang masuk dari unit-unit pelayanan bersama perwakilan tiap unit untuk menindaklanjuti Insiden |

1. **PENUTUP**

Demikian Laporan Evaluasi Program Kerja Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien yang kami buat. Harapan kami laporan ini dapat dimanfaatkan sebagai informasi bagi unit dan manajemen untuk dapat menindak lanjuti agar peningkatan mutu pelayanan RS. Jiwa Daerah Surakarta dapat terwujud sesuai yang kita harapkan .

Surakarta, 27 April 2017

Ketua Komite Mutu dan Keselamatan Pasien

dr. Rahaju Budhi Muljanto, Sp.KJ

**X. PENUTUP**

Demikian Laporan evaluasi program kerja Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien yang telah kami buat , kiranya dapat dimanfaatkan sebagai informasi bagi Dewan Pengawas Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta dan untuk dapat memberikan tindak lanjut agar peningkatan mutu pelayanan di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta dapat terwujud sesuai yang kita harapkan .

Mengetahui Surakarta, 27 April 2017

Direktur RSJD Surakarta Ketua Komite Mutu dan Keselamatan Pasien

Drg. R. Basoeki Soetardjo, MMR dr. Rahaju Budhi Muljanto, Sp.KJ

**LAPORAN EVALUASI PROGRAM**

**PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN**

**TRIWULAN I PERIODE BULAN JANUARI S.D MARET 2017**

**RUMAH SAKIT JIWA DAERAH SURAKARTA**

LEMBAR PENGESAHAN

Mengetahui Direktur

Ketua Dewan Pengawas Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta

Provinsi Jawa Tengah

Dr. Wahyu Setianingsih Drg. R. Basoeki Soetardjo, MMR