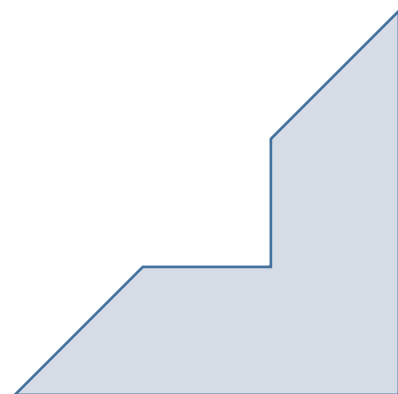




LAPORAN PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN

SEMESTER 1
TAHUN 2019

RS. Jiwa Prof. HB. Saanin Padang



KATA PENGANTAR

Puji Syukur kehadirat ALLAH SWT, karena atas perkenan-NYA Laporan Peningkatan mutu dan Keselamatan Pasien berupa laporan Analisa, Monitoring, Evaluasi, dan Tindak Lanjut Indikator Mutu Prioritas RS Jiwa Prof. HB. Sa'anin Padang dapat diselesaikan.

Tujuan dari pembuatan laporan ini adalah untuk memberikan gambaran mengenai pelaksanaan upaya peningkatan mutu yang dilakukan di RS Jiwa Prof. HB. Sa'anin Padang melalui pengukuran indikator mutu.

Masih banyak yang perlu diperbaiki dalam upaya peningkatan mutu dengan menggunakan metode PDCA (*Plan, Do, Check, Action*) ini. Untuk itu semua pihak baik manajerial maupun pelaksana harus senantiasa bekerja keras memperbaiki diri dan meningkatkan kualitas sehingga pelayanan kesehatan di RS Jiwa Prof. HB. Sa'anin Padang khususnya bisa lebih bermutu dan kita bisa meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di Indonesia secara umum.

Terima kasih kepada segala pihak yang telah ikut berpartisipasi dan bekerja keras dalam penyusunan laporan ini. Semoga Allah SWT senantiasa memberikan balasan kebaikan terhadap segala amal perbuatan yang kita lakukan.

Padang, Juli 2019

Ketua Komite Mutu dan
Keselamatan Pasien



dr. Cisillya Mykesturi

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Tujuan Pembangunan Kesehatan adalah tercapainya kemampuan untuk hidup sehat bagi setiap penduduk agar dapat mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal, sebagai salah satu unsur kesejahteraan umum dari Tujuan Nasional. Untuk itu perlu ditingkatkan upaya guna memperluas dan mendekatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dengan mutu yang baik dan biaya yang terjangkau.

Pelayanan kesehatan yang baik dan bermutu itu sendiri merupakan salah satu kebutuhan dasar yang diperlukan setiap orang, termasuk pelayanan di rumah sakit. Pendekatan mutu yang ada saat ini berorientasi pada kepuasan pelanggan atau pasien. Salah satu faktor kunci sukses pelayanan kesehatan di rumah sakit adalah dengan mengembangkan mutu pelayanan klinis sebagai inti pelayanan (Wijono, 2000).

Seperti tercantum dalam Buku Pedoman Upaya Peningkatan Mutu Pelayanan Rumah Sakit Departemen Kesehatan RI tahun 1994, definisi Upaya Peningkatan Mutu Pelayanan Rumah Sakit adalah : keseluruhan upaya dan kegiatan yang komprehensif dan integratif yang menyangkut struktur, proses dan outcome secara obyektif, sistematis dan berlanjut memantau dan menilai mutu dan kewajaran pelayanan terhadap pasien, menggunakan peluang untuk meningkatkan pelayanan pasien, dan memecahkan masalah – masalah yang terungkap sehingga pelayanan yang diberikan di rumah sakit berdaya guna dan berhasil guna.

Jika definisi itu diterapkan di rumah sakit, maka dapat dibuat rumusan sebagai berikut: Upaya Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien adalah : Kegiatan yang dilakukan untuk meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit dan keselamatan pasien secara terus menerus, melalui pemantauan, analisa dan tindak lanjut adanya penyimpangan dari standar yang ditentukan. Mutu adalah bentuk persepsi yang dipahami berbeda oleh orang yang berbeda, namun berimplikasi pada prioritas tertentu. Peningkatan mutu adalah pendekatan pendidikan, edukasi berkelanjutan dan perbaikan proses-proses pemberian pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan pasar dan pihak-pihak yang berkepentingan lainnya.

Definisi Mutu RS Jiwa Prof. HB. Sa'anin Padang adalah derajat kesempurnaan pelayanan RS Jiwa Prof. HB. Sa'anin Padang untuk memenuhi kebutuhan masyarakat konsumen akan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar profesi dan standar pelayanan dengan menggunakan potensi sumber daya yang tersedia di RS Jiwa Prof. HB. Sa'anin Padang secara wajar, efisien, efektif serta diberikan secara aman dan memuaskan sesuai dengan norma, etika, hukum dan sosio budaya dengan memperhatikan keterbatasan dan kemampuan Rumah Sakit dan masyarakat konsumen.

Banyak pihak yang berkepentingan dengan mutu, pihak-pihak tersebut adalah: konsumen, pembayar atau perusahaan atau asuransi, manajemen RS Jiwa Prof. HB. Sa'anin Padang, Karyawan RS Jiwa Prof. HB.Sa'anin Padang, masyarakat, Pemerintah Provinsi Sumatera Barat sebagai pemilik RS Jiwa Prof. HB. Sa'anin Padang dan Ikatan profesi. Setiap kepentingan yang disebut di atas berbeda sudut pandang dan kepentingannya terhadap mutu, karena itu mutu adalah multi dimensional. Dimensi Mutu atau aspeknya adalah keprofesian, efisiensi, keamanan pasien, kepuasan pasien, dan aspek sosial budaya.

Mutu suatu rumah sakit adalah produk akhir dari interaksi dan ketergantungan yang rumit antara berbagai komponen atau aspek rumah sakit sebagai suatu sistem. Aspek tersebut terdiri dari struktur, proses dan *outcome*. Struktur adalah sumber daya manusia, sumber daya fisik, sumber daya keuangan dan sumber daya lain-lain pada fasilitas pelayanan kesehatan. Baik tidaknya struktur dapat diukur dari kewajaran, kuantitas, biaya dan mutu komponen-komponen struktur itu. Proses adalah apa yang dilakukan dokter dan tenaga profesi lain terhadap pasien: evaluasi, diagnosa, perawatan, konseling, pengobatan, tindakan, penanganan jika terjadi penyulit, *follow up*. Baik tidaknya proses dapat diukur dari relevansinya bagi pasien, efektifitasnya, dan mutu proses itu sendiri. Pendekatan proses adalah pendekatan paling langsung terhadap mutu asuhan. *Outcome* adalah hasil akhir kegiatan dan tindakan dokter dan tenaga profesi lain terhadap pasien dalam arti perubahan derajat kesehatan dan kepuasannya serta kepuasan provider. *Outcome* yang baik sebagian besar tergantung kepada mutu struktur dan mutu proses yang baik. Sebaiknya *outcome* yang buruk adalah kelanjutan struktur atau proses yang buruk.

RS Jiwa Prof. HB.Saanin Padang adalah suatu institusi pelayanan kesehatan milik Pemerintah Provinsi Sumatera Barat yang menyediakan pelayanan kejiwaan yang lengkap bermutu dan menggunakan ilmu terkini. Pelayanan RS Jiwa Prof. HB.Sa'anin Padang menyangkut berbagai fungsi pelayanan, pendidikan serta penelitian. Untuk menjamin keberlangsungan fungsi tersebut dengan baik maka RS Jiwa Prof. HB.Sa'anin Padang harus memiliki sumber daya manusia yang profesional baik di bidang teknis medis maupun administrasi. Untuk menjaga dan meningkatkan mutu, RS Jiwa Prof. HB.Sa'anin Padang harus mempunyai suatu ukuran yang menjamin peningkatan mutu di semua tingkatan.

Pengukuran mutu di RS Jiwa Prof. HB. Sa'anin Padang sudah diawali dengan penilaian akreditasi Rumah Sakit yang mengukur dan memecahkan masalah pada tingkat struktur dan proses. Pada kegiatan ini RS Jiwa Prof. HB.Sa'anin Padang harus melakukan berbagai standar dan prosedur yang telah ditetapkan. RS Jiwa Prof. HB.Sa'anin Padang dipacu untuk dapat menilai diri (*self assesment*) dan memberikan pelayanan sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan. Sebagai kelanjutan untuk mengukur hasil kerjanya perlu ada alat ukur yang lain yaitu instrumen mutu pelayanan RS Jiwa Prof. HB. Sa'anin Padang yang menilai dan memecahkan masalah pada hasil (*Outcome*). Tanpa mengukur hasil kinerja RS Jiwa Prof. HB.

Sa'anin Padang tidak dapat mengetahui apakah struktur dan proses yang baik telah menghasilkan *outcome* yang baik pula.

B. Tujuan

a. Tujuan Umum

Terlaksananya peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien di RS Jiwa Prof. HB.Sa'anin Padang secara berkelanjutan dan berkesinambungan.

b. Tujuan Khusus

1. Tersusunnya sistem monitoring upaya peningkatan mutu pelayanan melalui pemantauan indikator prioritas rumah sakit.
2. Menjamin terlaksananya program keselamatan pasien serta monitoring melalui pemantauan indicator mutu rumah sakit.

C. Landasan Hukum Peningkatan Mutu dan keselamatan Pasien

- a. UU No. 23 tahun 1992 tentang Kesehatan
- b. UU RI No 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit
- c. UU RI No. 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran
- d. Permenkes No. 1438/MENKES/PER/IX/2010 tentang Standar Pelayanan Kedokteran
- e. PMK No. 1691/ 2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit
- f. Kepmenkes No. 43 tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan
- g. Kepmenkes No. 496/MENKES/SK/IV/2005 tentang Pedoman Audit Medis di Rumah Sakit
- h. Kepmenkes No. 129/Menkes/SK/II/ 20008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit
- i. Kepmenkes No. 43 tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan
- j. Permenkes RI No. 159b/MENKES/PER/II/1988 tentang Rumah Sakit
- k. Kepmenkes RI No. 436 tahun 1993 tentang berlakunya Standar Pelayanan Rumah Sakit dan SPM Rumah Sakit

BAB II ISI

A. Daftar DIKLAT PMKPSDM RS Jiwa Prof. HB. Sa'anin Padang

Resume daftar pegawai yang telah dilatih PMKP :

NO	PESERTA	INTERNAL	EKSTERNAL
1.	Direktur	√	
2.	Wakil direktur Pelayanan	√	√
3.	Wakil direktur Umum dan Keuangan	√	√
4.	Kabag/ Kabid	√	
5.	Kasubag/ Kasubid	√	
6.	Komite Mutu	√	√
7.	Komite Medik	√	√
8.	Komite Perawatan	√	√
9.	PJ unit	√	
10.	Validator	√	

B. Daftar Indikator Prioritas RS Jiwa Prof. HB. Sa'anin Padang

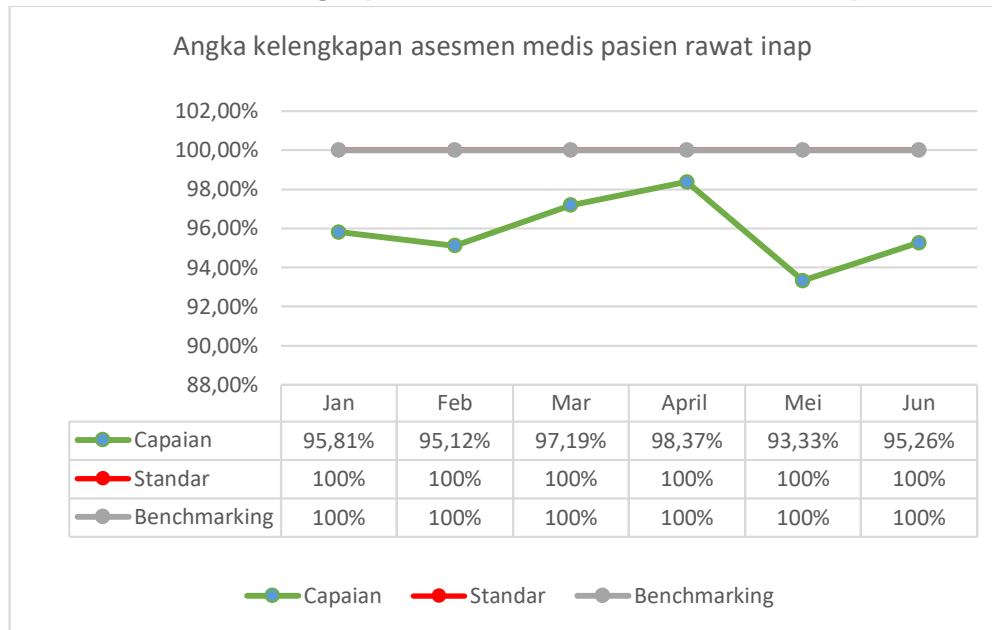
Area	Ruangan	KODE	Indikator
AREA KLINIS	UIP	IAK 1	Kelengkapan asesmen awal medis rawat inap
	UIP, RAWAT INAP	IAK 2	Luka lecet pada fiksasi
	RAWAT INAP	IAK 3	Varian obat pada Clinical Pathway Schizofrenia Paranoid
	IGD	IAK 4	Emergency Psychiatric Respon Time (EPRT) < = 4 jam
AREA MANAJEMEN	FARMASI	IAM 1	Ketersediaan Obat injeksi Haloperidol 5mg
	IGD	IAM 2	Readmisi pasien <1 bulan
	RAWAT INAP	IAM 3	Kejadian pasien rawat inap psikiatri >42 hari
	RAWAT JALAN	IAM 4 = IWK 3	Waktu tunggu rawat jalan

Area	Standar	No	KODE	Indikator
AREA SASARAN KESELAMATAN PASIEN	Ketetapan identifikasi pasien	7	IASKP 1 = IWK 1	Kepatuhan identifikasi pasien
	Peningkatan Komunikasi yang efektif	8	IASKP 2	Kepatuhan pelaksanaan komunikasi SBAR
	Peningkatan Keamanan Obat yang perlu diwaspadai	9	IASKP 3	Ketepatan penyimpanan dan pemberian label pada Obat-obatLASA
	Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi	10	IASKP 4	Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien pencabutan gigi
	Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan	11	IASKP 5 = IWK 8	Kepatuhan cuci tangan
	Pengurangan risiko jatuh	12	IASKP 6	Kelengkapan asesmen resiko jatuh pada pasien rawat inap

Area	Standar	No	KODE	Indikator
INDIKATOR WAJIB KEMENKES	Kepatuhan identifikasi pasien	1	IASKP 1 = IWK 1	Identifikasi pasien
	Emergency Respon Time (ERT)	2	IWK 2	Kecepatan pelayanan dokter di gawat darurat
	Waktu Tunggu Rawat Jalan	3	IAM 4 = IWK 3	Waktu Tunggu Rawat Jalan
	Penundaan Operasi Elektif	4	IWK 4	TDD
	Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis	5	IWK 5	Kepatuhan Visite Dokter Spesialis antara pukul 08.00-14.00 WIB
	Waktu lapor Hasil tes Kritis Laboratorium	6	IWK 6	Waktu lapor hasil kritislaboratorium
	Kepatuhan penggunaan Formularium Nasional	7	IWK 7	Kepatuhan penggunaan Formularium Nasional
	Kepatuhan cuci tangan	8	IASKP 5 = IWK 8	Kepatuhan cuci tangan
	Kepatuhan Upaya pencegahan Risiko Cedera Akibat Pasien Jatuh	9	IWK 9	Pelaksanaan reasesmen resiko jatuh bagi pasien beresiko di Ruang Rawat Inap
	Kepatuhan terhadap Clinical Pathway	10	IWK 10	Audit Clinical Pathway
	Kepuasan Pasien dan keluarga	11	IWK 11	Tingkat Kepuasan Pasien dan Keluarga di Ruang Rawat Inap
	Kecepatan Respon Terhadap Komplain	12	IWK 12	Kecepatan Respon terhadap Komplain

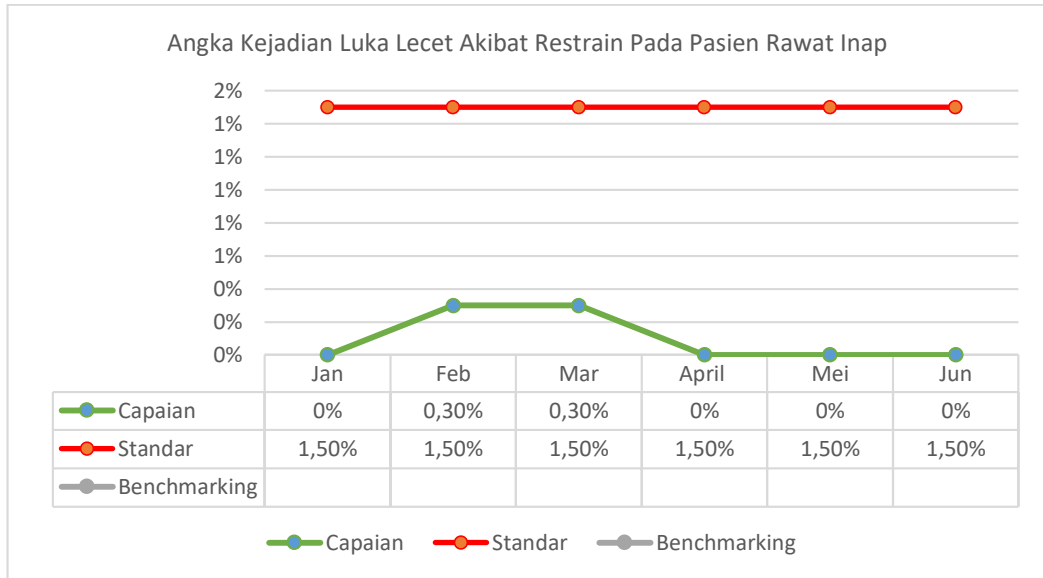
C. Laporan Analisa, Monitoring, Evaluasi, dan Tindak Lanjut Indikator Mutu Prioritas dan Indikator Wajib Kemenkes.

IAK 1. Kelengkapan asesmen awal medis rawat inap



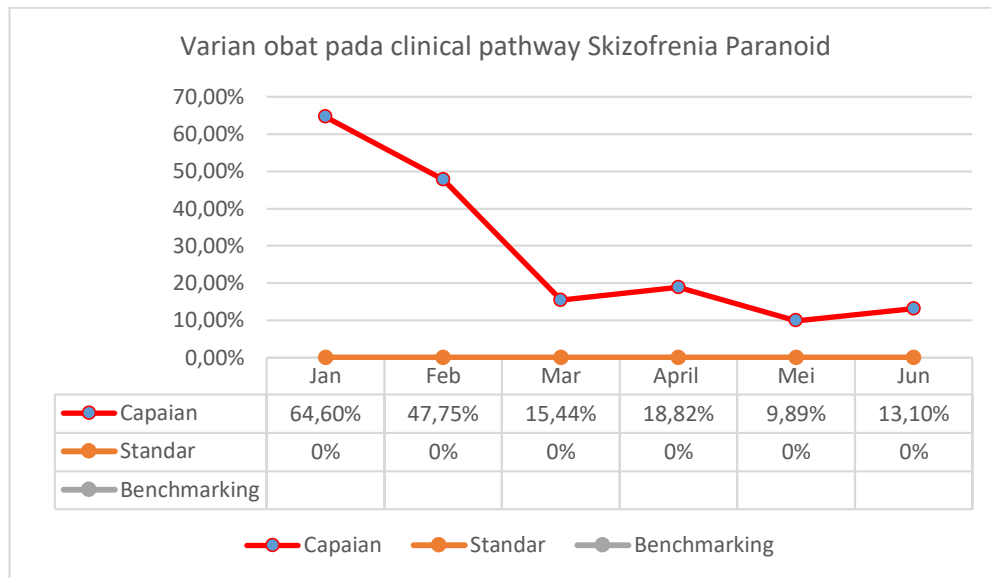
Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target angka kelengkapan asesmen medis pasien rawat inap menjadi 100%	Penyampaian oleh Komite Medik dalam rapat, DPJP melengkapi asesmen medis pasien rawat inap tepat waktu.	Trend capaian angka kelengkapan asesmen medis rawat inap cenderung menetap. Dari Januari s.d Juni 2019 dengan capaian terendah yaitu 95.35 %	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan peran Case Manajer untuk evaluasi Clinical pathway & kelengkapan asesmen 2. Penyampaian hasil capaian oleh panitia mutu dalam rapat bulanan komite medik 3. Penguatan komitmen DPJP

IAK 2 .Kejadian luka lecet akibat fiksasi



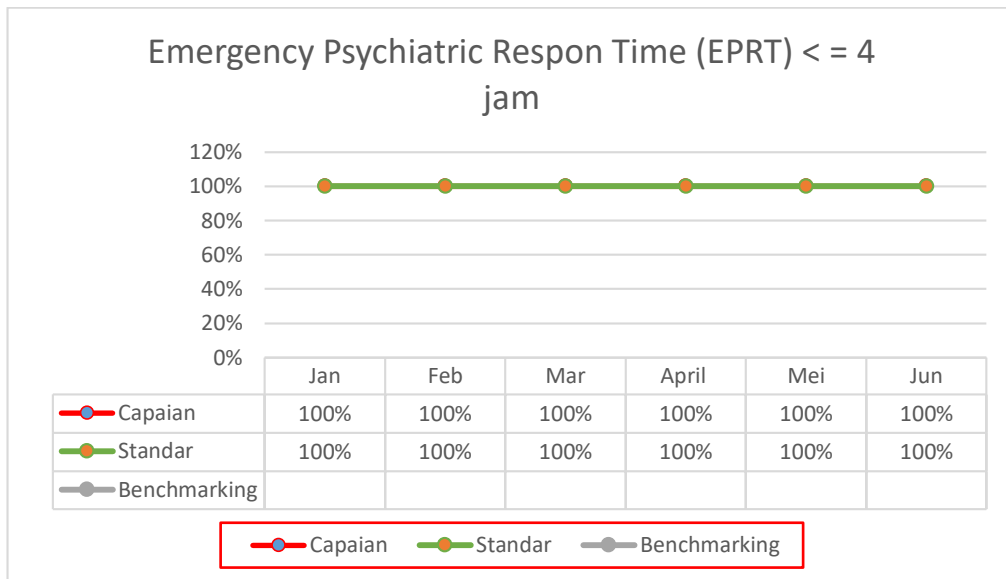
Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan dan mempertahankan capaian target dibawah 1,5%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penatalaksanaan perawatan pasien Fiksasi 2. Mengoptimalkan terapi medis 3. Sudah dilakukan pelatihan tentang kegawatdaruratan psikiatrik 	Trend capaian target pada semester I tahun 2019 angka fiksasi mengalami kenaikan pada bulan february dan maret 0,3%. Hal ini masih berada di bawah standard yang ditetapkan.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan monitoring pada pasien fiksasi sesuai SOP 2. Edukasi pada pasien, penekanan bahwa fiksasi demi kebaikan pasien 3. Pengadaan tali fiksasi dan tempat tidur sesuai standar 4. Kolaborasi dengan dokter terkait terapi 5. Pelatihan untuk petugas

IAK 3 .Varian obat pada clinical pathway Skizofrenia Paranoid



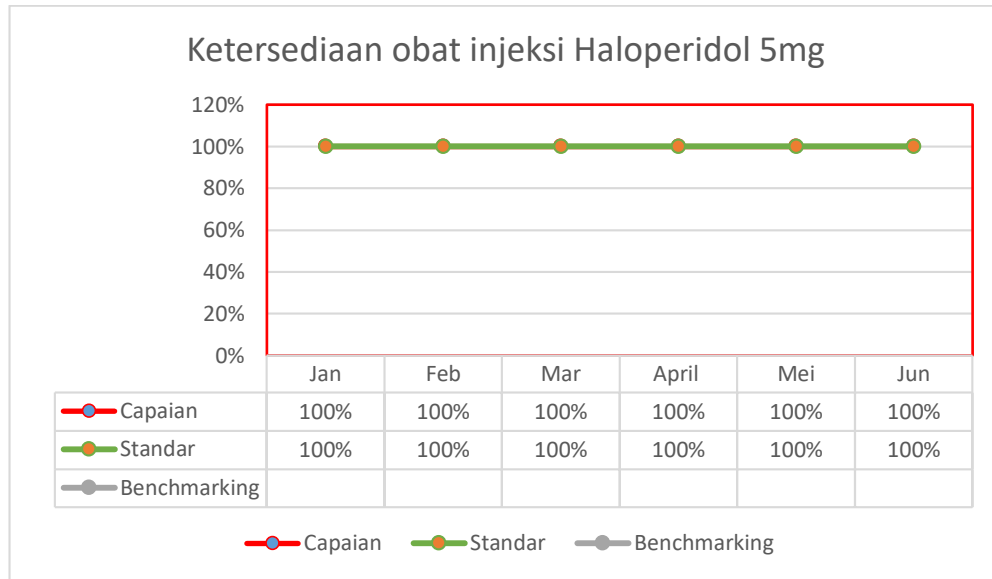
Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan target varian obat menjadi 0 %	Melakukan sosialisasi clinical pathway Schizofrenia Paranoid pada semua DPJP	Trend capaian pada semester I tahun 2019 menunjukkan bahwa ada penurunan angka DPJP yang meresepkan varian obat pada pasien dengan Diagnosis Skizofrenia Paranoid.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sosialisasi clinical pathway Schizofrenia Paranoid pada semua DPJP 2. Rekomendasi dari Case Manager kepada Komite Medik tentang adanya varian pada pelaksanaan clinical pathway Skizofrenia Paranoid. 3. Komitmen dari DPJP untuk melaksanakan pengobatan sesuai dengan clinical pathway yang berlaku di RS Jiwa Prof HB. Saanin Padang.

IAK 4. Emergency Psychiatric Respon Time (EPRT) <= 4 jam



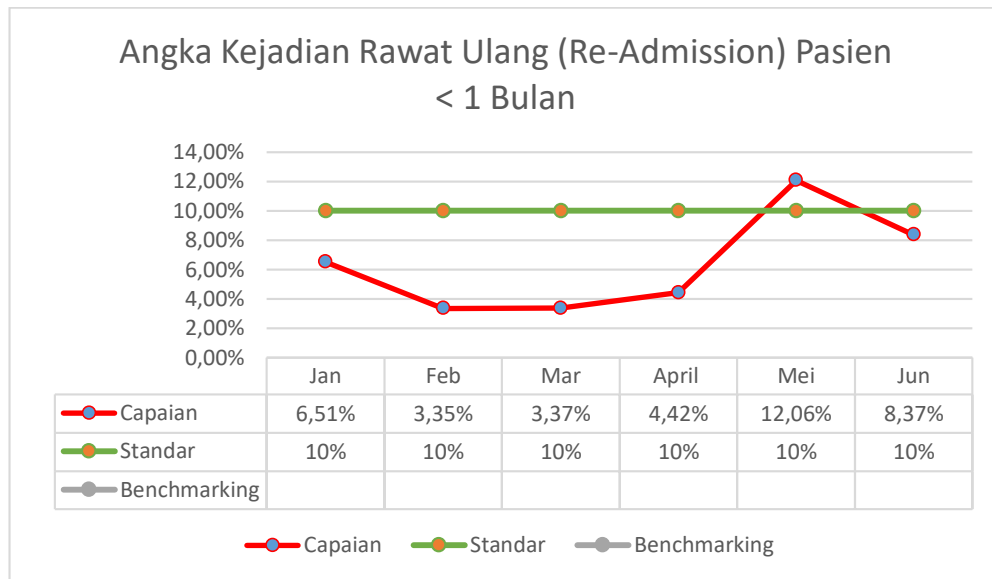
Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target 100%	1. kepatuhan terhadap SPO 2. Supervisi berkelanjutan kepala Instalasi.	Trend capaian target Semester I rata rata sebesar 100 %	1. Mempertahankan capaian hingga 100% 2. Sosialisasi kepatuhan terhadap SPO 3. Supervisi kepala unit 4. Meningkatkan kompetensi petugas dokter jaga dengan pelatihan

IAM1.Ketersediaan obat Injeksi Haloperidol 5mg



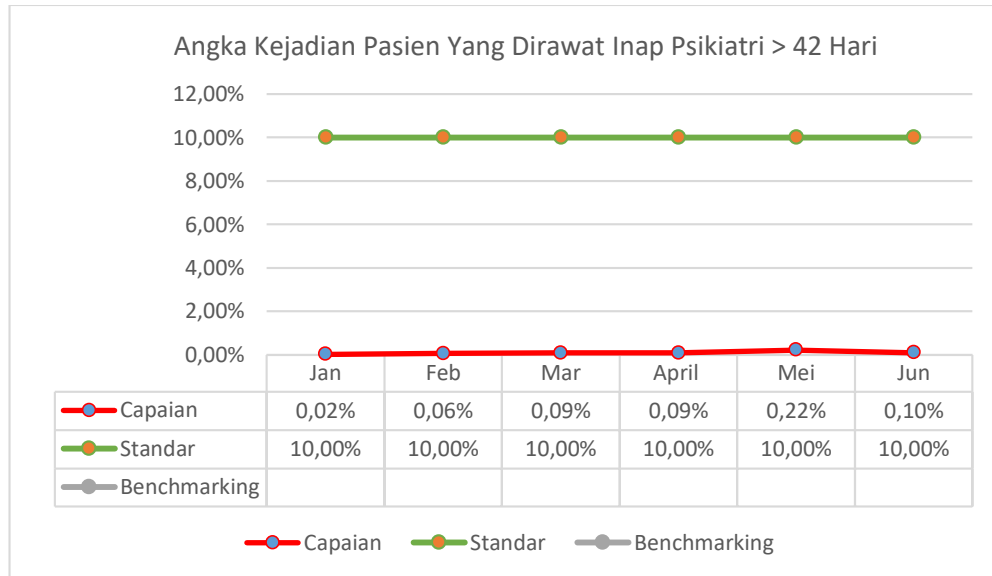
Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target =100 %	<ol style="list-style-type: none"> Melakukan pengecekan ulang jumlah obat injeksi haloperidol 5mg secara berkala. Menyesuaikan permintaan dengan data pemakaian obat sebelumnya. 	Trend capaian pada semester 1 selalu terpenuhi yaitu 100 %	<ol style="list-style-type: none"> Mempertahankan pengecekan ulang jumlah obat injeksi haloperidol 5mg secara berkala. Menyesuaikan permintaan dengan data pemakaian obat sebelumnya. Melakukan koordinasi antarInstalasi farmasi dengan Wadir Pelayanan dan DPJP dalam mengatasi permasalahan.

IAM 2. Kejadian rawat ulang (Re-Admission) pasien < 1 bln



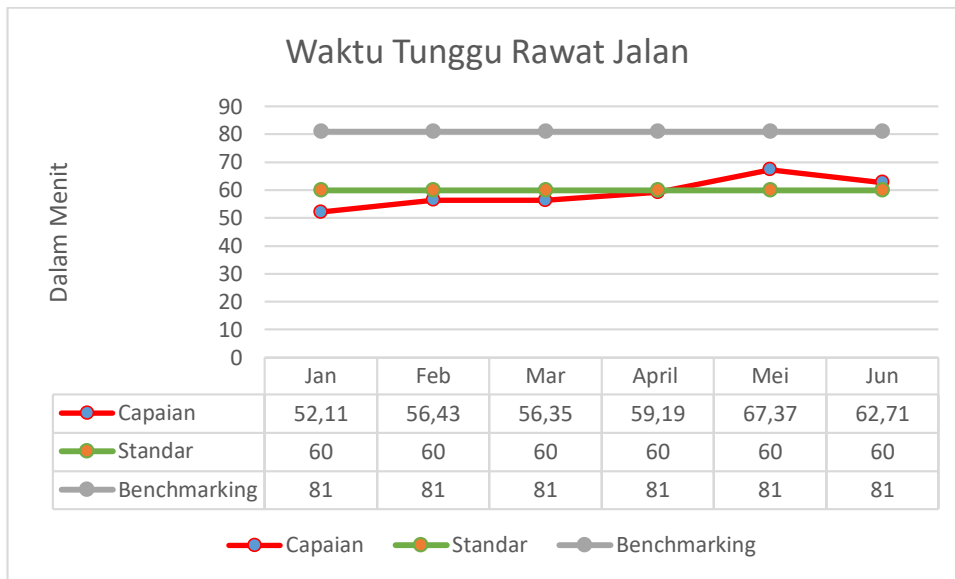
Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target <10%	<ol style="list-style-type: none"> Edukasi kesehatan oleh petugas cara merawat dirumah pada keluarga Menganjurkan berobat rawat jalan ke puskesmas/ fasilitas pelayanan kesehatan terdekat. Melaksanakan asuhan pasien sesuai dengan SOP 	<p>Pada semester I terjadi peningkatan angka readmisi pasien, hal ini disebabkan karena sebagian pasien saat dirumah putus minum obat</p>	<ol style="list-style-type: none"> Meningkatkan kualitas supervisi oleh kepala instalasi. Meningkatkan edukasi perawatan pasien di rumah pada keluarga dengan media lembar balik Kontinuitas sosialisasi /focus grup disscusion dg keluarga. Menyediakan fasilitas untuk meningkatkan kompetensi tenaga Puskesmas

IAM 3. Angka kejadian pasien yang dirawat inap psikiatri > 42 hari



Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target menjadi sebesar <10 %	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penyuluhan kesehatan pada keluarga 2. Menghubungi keluarga bila pasien sudah ada izin pulang dari dokter. 3. Melaksanakan asuhan pasien sesuai dengan SOP, 	Capaian target pada semester I diharapkan masih dibawah standar.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan kualitas supervisi oleh kepala instalasi. 2. Meningkatkan frekuensi layanan droping untuk memulangkan pasien dengan keluarga yang tidak kooperatif. 3. Peningkatan kompetensi petugas dengan pelatihan.

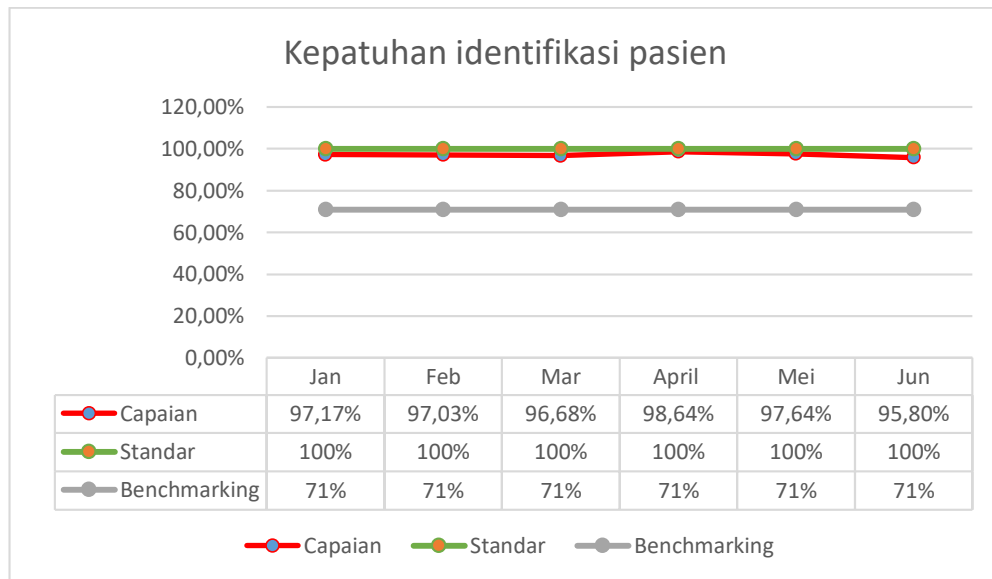
IAM 4. Waktu Tunggu Rawat Jalan



Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target menjadi dibawah 60 menit	1. Disiplin petugas 2. Melaksanakan asuhan pasien sesuai dengan SOP	Trend capaian semester I rata-rata 59,03 % masih belum mencapai target karena : 1. dokter tamu sering datang tidak tepat waktu sehingga pasien harus menunggu lama. 2. Gangguan sinyal internet yang menyebabkan terputusnya hubungan antara bagian pendaftaran dan rekam medis sehingga status rekam medis lama datangnya.	1. Sosialisasi pada DPJP tamu tentang waktu mulai pelayanan di rawat jalan. 2. Meningkatkan kualitas jaringan internet di rawat jalan. 3. Meningkatkan disiplin petugas.

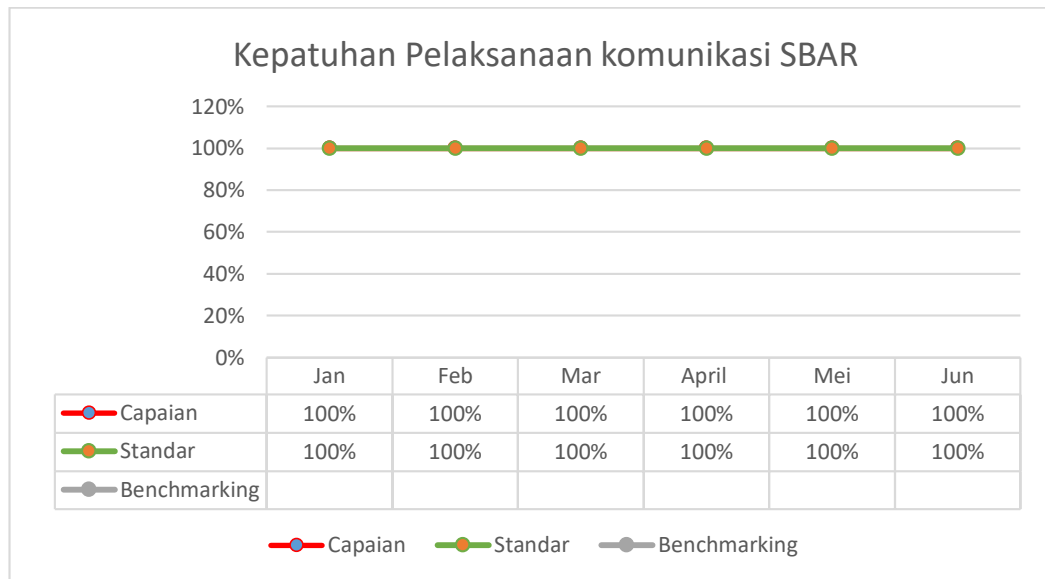
IASKP 1. Kepatuhan identifikasi pasien

IWK 1. Kepatuhan identifikasi pasien



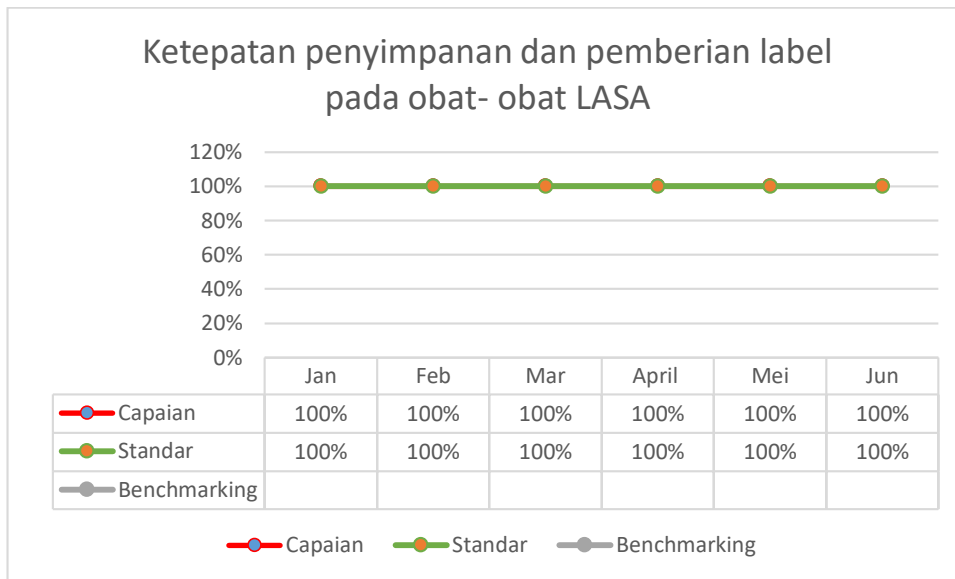
Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target 100%	<ol style="list-style-type: none"> Sosialisasi kepatuhan terhadap SPO identifikasi pasien Supervisi berkelanjutan kepala unit Pelatihan mutu dan keselamatan pasien Identifikasi pasien menggunakan nama, tgl lahir, no rekam medik dan foto 	Trend capaian target semester I rata-rata sebesar 97,16 %	<ol style="list-style-type: none"> Mempertahankan dan meningkatkan standar capaian hingga 100% Sosialisasi kepatuhan terhadap SPO identifikasi pasien Supervisi kepala unit Meningkatkan ketepatan identifikasi pasien dengan foto

IASKP 2. Kepatuhan Pelaksanaan Komunikasi SBAR



Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target 100%	<ol style="list-style-type: none"> Sosialisasi kepada DPJP tentang verifikasi Rekomendasi konsultasi Perawat ruangan mengingatkan DPJP untuk memverifikasi rekomendasi konsultasi 	Capaian target dalam semester I tahun 2019 adalah 100%, hal ini tercapai karena manfaat yang dirasakan dengan penggunaan komunikasi SBAR	<ol style="list-style-type: none"> Monitoring dan evaluasi komunikasi SBAR Pelatihan komunikasi efektif pada pegawai DPJP segera melaksanakan evaluasi, visite setelah dilakukan komunikasi SBAR

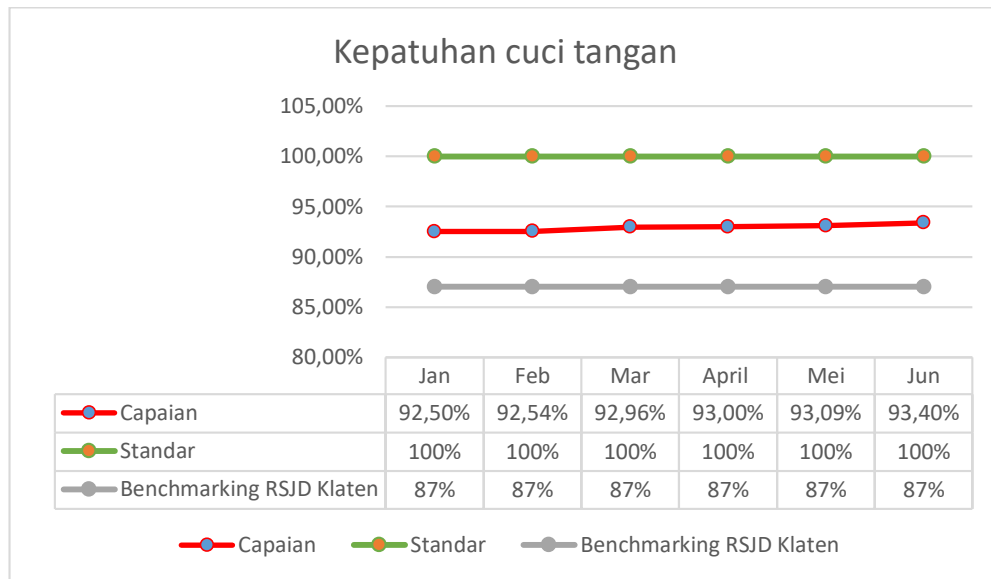
IASKP 3. Ketepatan penyimpanan dan pemberian label pada obat LASA



Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target 100%	1. Sosialisasi SOP penyimpanan dan pemberian Label pada obat LASA 2. Supervisi oleh kepala Instalasi atau kepala ruang.	Capaian target dalam triwulan I mencapai 100%	1. Mempertahankan dan meningkatkan standar capaian hingga 100% 2. Sosialisasi ulang SOP penyimpanan dan pemberian Label pada obat LASA 3. Supervisi oleh kepala Instalasi atau kepala ruang. 4. Pengawasan obat teratur oleh petugas farmasi

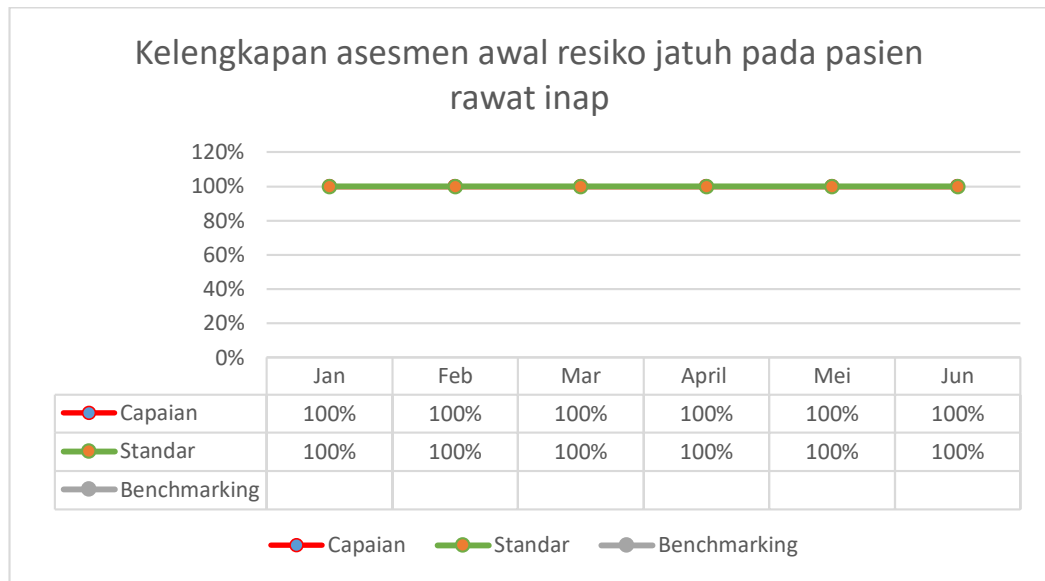
IASKP 5. Kepatuhan Cuci Tangan

IWK 8. Kepatuhan Cuci Tangan



Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target 100%	<ol style="list-style-type: none"> Sosialisasi cuci tangan berkelanjutan mulai dari apel pagi, breafing di tiap unit, <i>hand over communication</i> (overan) Supervisi cuci tangan oleh Kepala Unit Monitoring dan evaluasi cuci tangan dari masing – masing Ka Unit kepada stafnya 	Trend Capaian target pada Januari s/d Juni cenderung meningkat dengan rata-rata 95,35%, karena adanya sosialisasi dan evaluasi terus menerus	<ol style="list-style-type: none"> Meningkatkan sosialisasi dan supervisi oleh kepala unit Sosialisasi terus menerus tentang cuci tangan pada tenaga kesehatan lain (berdasar grafik dg kepatuhan terrendah) Monitoring dan evaluasi cuci tangan dari masing – masing Ka Unit kepada stafnya Pemantauan dan Penilaian cuci tangan oleh IPCLN dan IPCN

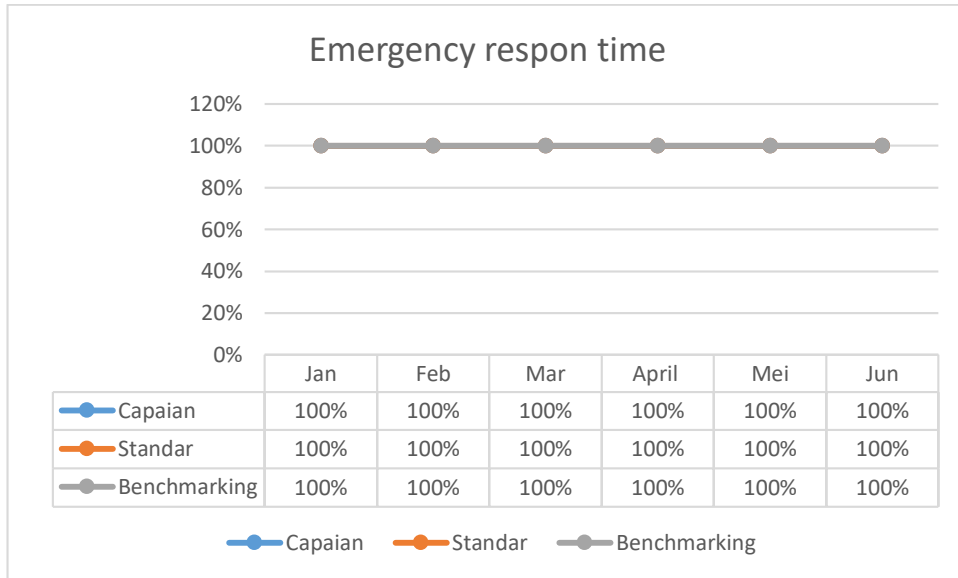
IASKP 6. Kelengkapan Asesmen Awal resiko jatuh setiap pasien rawat inap



Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target 100%	<ol style="list-style-type: none"> Mengadakan blanko monitor assesment resiko jatuh Sosialisasi assesment resiko Supervisi oleh Kepala Unit 	Trend capaian target semester I cenderung menetap yaitu: 100 %, harus dilakukan upaya peningkatan kelengkapan assesmen pasien resiko jatuh.	<ol style="list-style-type: none"> Meningkatkan capaian standar hingga 100% Mengintensifkan sosialisasi dan supervisi oleh kepala unit Pengecekan status pada pasien yang baru oleh Ka ruangan Audit status pasien secara berkala oleh Ka Ruangan

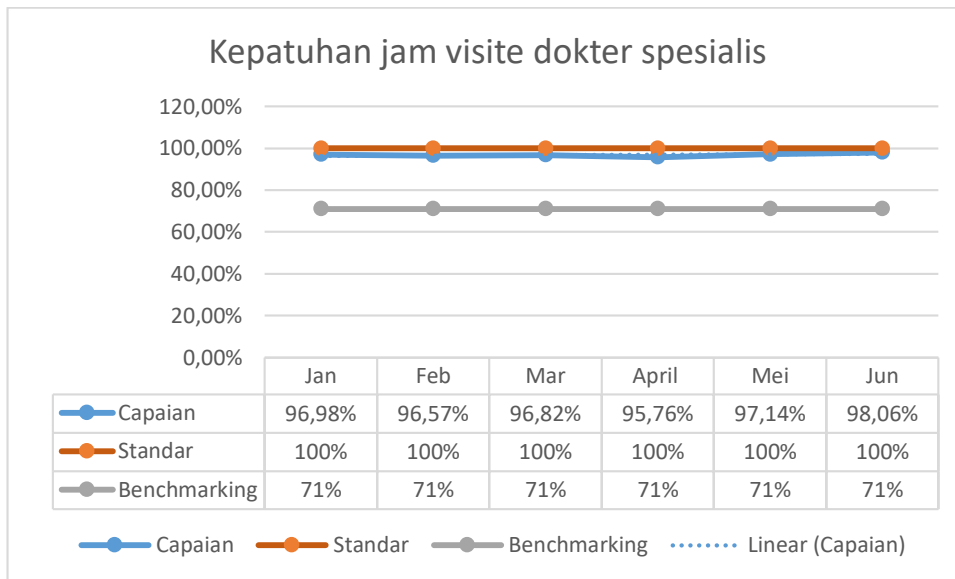
IWK2. Emergency Respon Time (ERT)

Kecepatan Pelayanan Dokter di Gawat Darurat



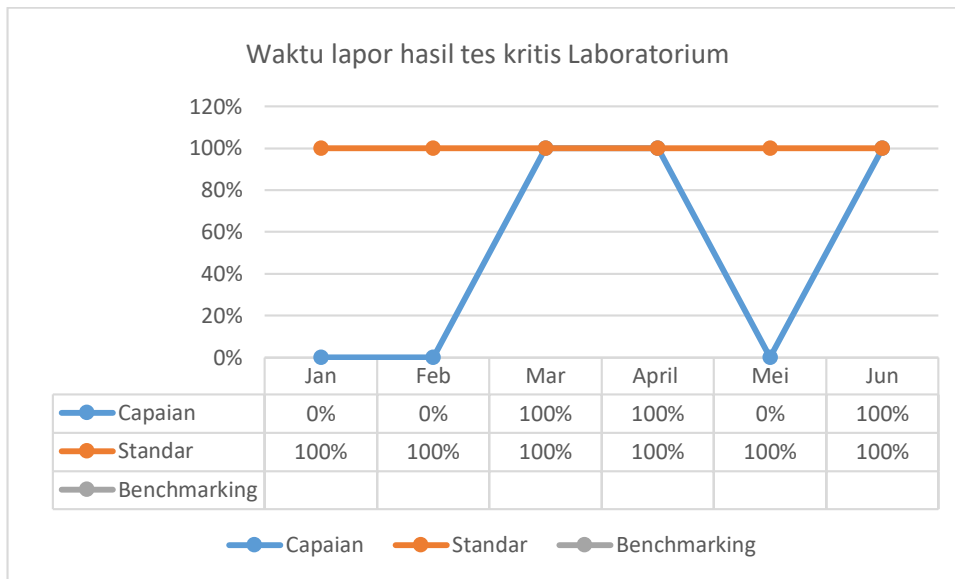
Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target 100%	<ol style="list-style-type: none"> supervisi oleh kepala instalasi Melaksanakan asuhan pasien sesuai dengan SOP 	Trend capaian target triwulan I menetap sebesar 100%.	<ol style="list-style-type: none"> Meningkatkan kualitas supervisi oleh kepala instalasi Meningkatkan kemampuan teknis petugas dengan pelatihan. Meningkatkan disiplin petugas.

IWK 5. Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis



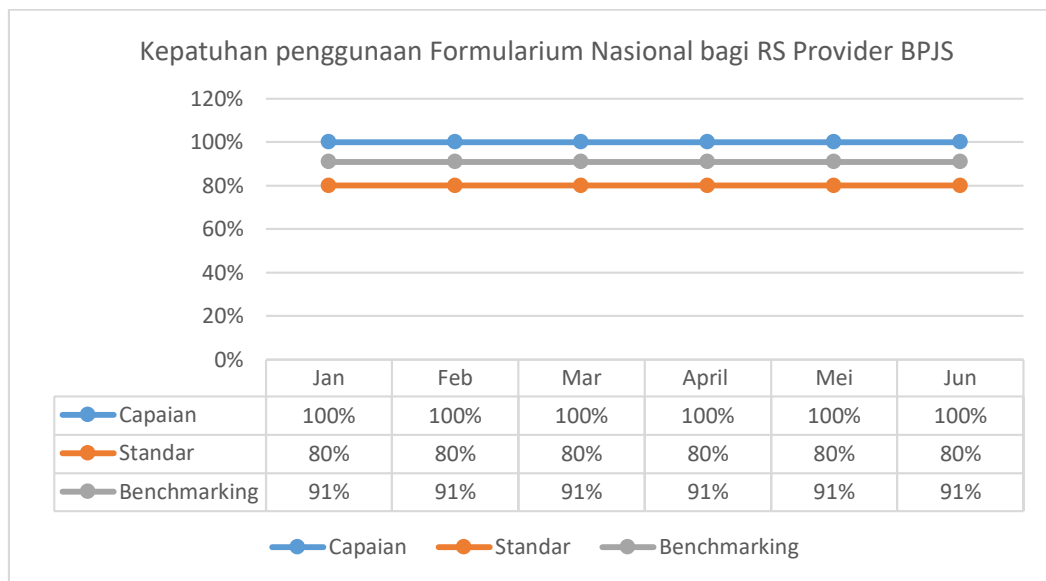
Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target 100%	1. DPJP melaksanakan visite di rawat inap 2. Melaksanakan asuhan pasien sesuai dengan SOP	Trend capaian semester I rata-rata sebesar 96,89%.	1. Meningkatkan disiplin DPJP dalam melaksanakan visite di rawat inap 2. Melaksanakan asuhan pasien sesuai dengan SOP 3. Mendistribusikan pasien ke ruang rawat maintenance secara merata sehingga DPJP mendapatkan pembagian pasien yang seimbang jumlahnya.

IWK 6. Waktu lapor hasil tes kritis Laboratorium



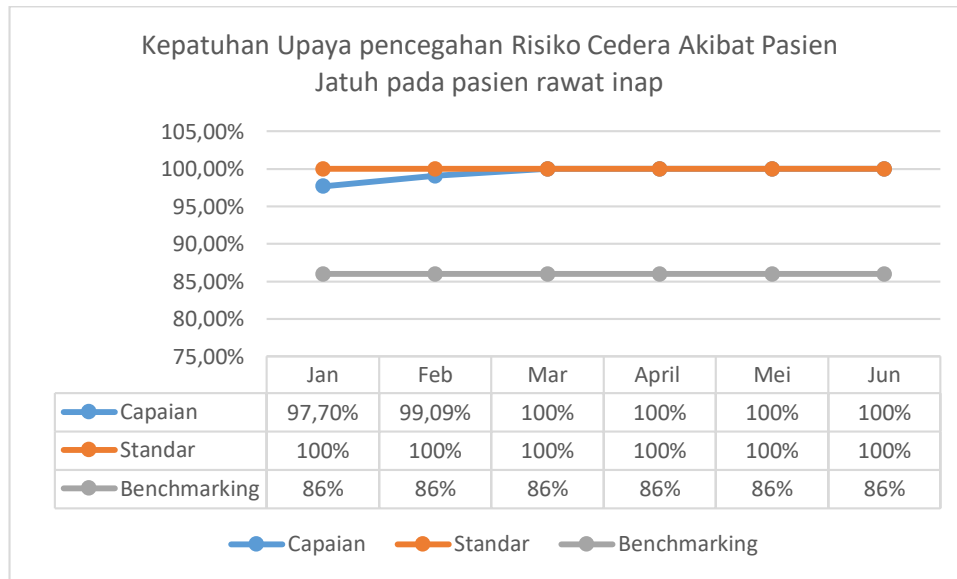
Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target 100%	Menyampaikan hasil pemeriksaan dalam waktu kurang dari 30 menit	<ul style="list-style-type: none"> Capaian target pada semester I tahun 2019 sebesar 100 % Permintaan labor kritis pada januari, february dan mei 2019 tidak ada 	<ul style="list-style-type: none"> Mempertahankan capaian dengan adanya komitmen dari petugas laboratorium. Sudah ada dokter spesialis patologi klinik.

IWK 7. Kepatuhan penggunaan Formularium Nasional bagi RS Provider BPJS



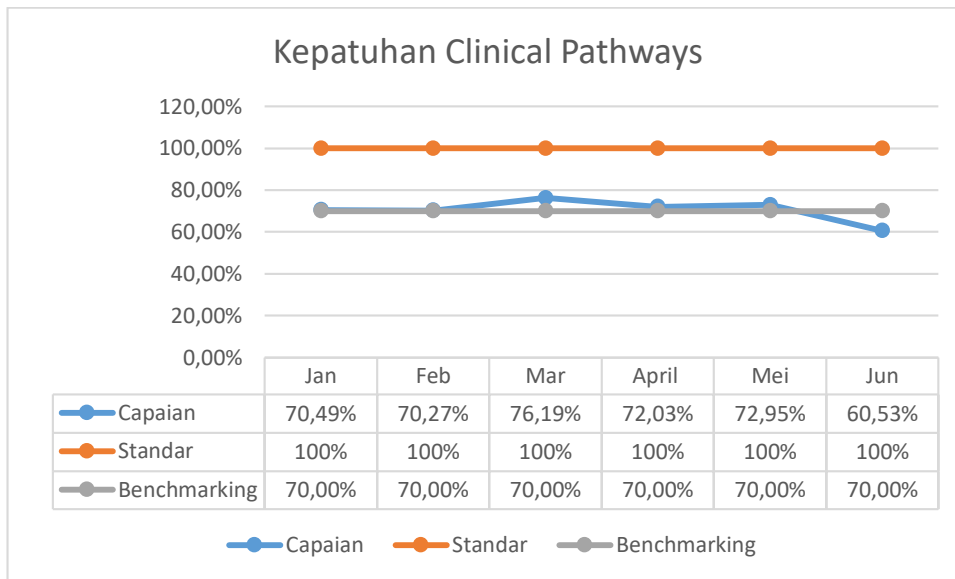
PlanS	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target 100%	<ol style="list-style-type: none"> Pengecekan stok obat. Pengusulan pengadaan obat segera apabila obat habis 	<p>Pada semester I tahun 2019 capaian rata-rata sebesar 100 %</p> <p>Capaian ini sesuai dengan standard (target 100%), hal ini karena komitmen yg baik pada proses pengadaan obat.</p>	<ol style="list-style-type: none"> Meningkatkan perencanaan pengadaan obat Pengusulan pengadaan obat segera apabila obat habis Merevisi anggaran perencanaan pengadaan obat Kerjasama dengan apotik lain untuk obat tertentu yang jarang digunakan sehingga tidak terjadi obat yang tidak terpakai hingga expire.

IWK 9. Kepatuhan Upaya pencegahan Risiko Cedera Akibat Pasien Jatuh pada pasien rawat inap



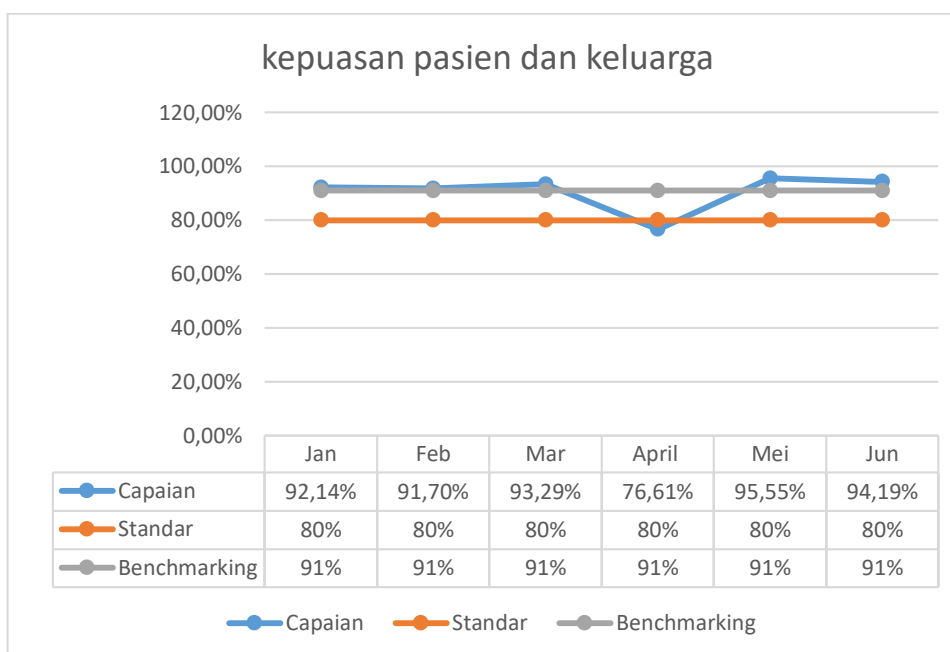
Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target 100%	<ol style="list-style-type: none"> Mengisi blanko monitor assesment resiko jatuh sesuai SOP Supervisi oleh Kepala Unit 	Trend capaian target semester I cenderung meningkat menjadi 100 %.	<ol style="list-style-type: none"> Mengintensifkan sosialisasi dan supervisi oleh kepala unit Pengecekan status pada pasien yang baru oleh Ka ruangan Audit status pasien secara berkala oleh Ka Ruangan

IWK 10. Kepatuhan Clinical Pathway



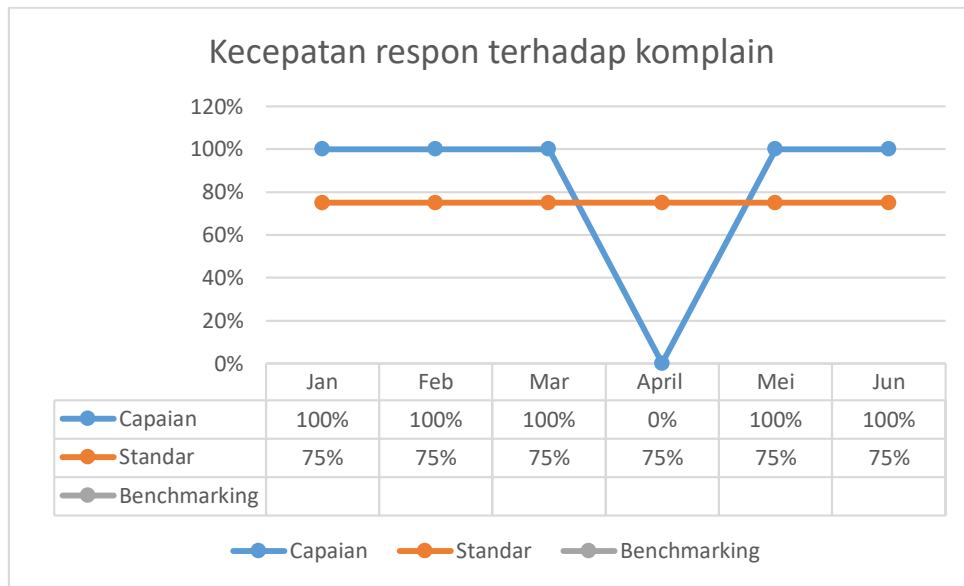
Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target indikator sebesar 100 %	<ol style="list-style-type: none"> Melaksanakan pelayanan rawat inap jiwa sesuai dengan PPK DAN CP dari masing-masing PPA. Supervisi secara rutin dari atasan tentang permasalahan di ruang rawat inap. 	Hasil survey menunjukkan bahwa PPA belum semuanya patuh. Capaian di semester 1 2019 rata-rata 70,41%	<ol style="list-style-type: none"> Melaksanakan pelayanan rawat inap jiwa sesuai dengan SOP dari masing-masing PPA. Perbaiki fasilitas ruang pelayanan di Instalasi Rawat Inap, Supervisi secara rutin dari atasan tentang permasalahan di ruang rawat inap. Mengadakan pelatihan-pelatihan yang berkaitan dengan pelayanan pasien di ruang rawat inap.

IWK 11. Kepuasan Pasien dan Keluarga



Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target indikator sebesar 80 %	<ol style="list-style-type: none"> Melaksanakan pelayanan rawat inap jiwa sesuai dengan SOP dari masing-masing PPA. Peningkatan fasilitas ruang pelayanan di Instalasi Rawat Inap, seperti pengadaan CCTV di beberapa ruang rawat inap. Supervisi secara rutin dari atasan tentang permasalahan di ruang rawat inap 	<p>Hasil survey menunjukkan bahwa pasien dan keluarga merasa puas akan pelayanan yang diberikan di RS Jiwa Prof. HB. Saanin Padang.</p> <p>Hal ini ditunjukkan sesuai dengan grafik bahwa kepuasan pasien dan keluarga di semester 1 2019 rata-rata 90,25%</p>	<ol style="list-style-type: none"> Melaksanakan pelayanan rawat inap jiwa sesuai dengan SOP dari masing-masing PPA. Perbaikan fasilitas ruang pelayanan di Instalasi Rawat Inap, Supervisi secara rutin dari atasan tentang permasalahan di ruang rawat inap. Mengadakan pelatihan-pelatihan yang berkaitan dengan pelayanan pasien di ruang rawat inap.

IWK 12. Kecepatan respon terhadap komplain



Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target indikator sebesar 75 %	Melaksanakan pelayanankomplain atau pengaduan sesuai dengan SOP	<p>Hasil surveymenunjukkan bahwa pelayanan pengaduan atau komplain dilaksanakan dengan baik di RS Jiwa Prof. HB. Saanin Padang. Pada bulan april 2019 tidak ada complain.</p> <p>Hal ini ditunjukkan sesuai dengan grafik bahwa pelayanan komplain pada semester 1 2019 rata-rata 100%.</p>	Meningkatkan dan mempertahankan pelaksanaan pelayanan komplain atau pengaduan sesuai dengan SOP

BAB III

PENUTUP

A. Kesimpulan

Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang telah mengupayakan terciptanya budaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien. Hal ini dilaksanakan dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan jiwa di rumah sakit ini. Upaya peningkatan mutu yang dilakukan di RS Jiwa Prof. HB. Saanin Padang saat ini sudah mendapatkan dukungan maksimal dari pimpinan/ Direktur. Seluruh staf/pelaksana juga memberikan kerjasama dan kontribusi yang baik. Akan tetapi masih butuh koordinasi dan tata kelola yang baik dalam sistemika kerjanya.

Indikator mutu yang dijadikan prioritas rumah sakit diharapkan dapat menjadi acuan bagi rumah sakit untuk meningkatkan pelayanan dan pengembangan rumah sakit ke arah yang lebih baik. Dalam hal ini komite mutu harus meningkatkan koordinasi dengan bidang-bidang terkait yang akan ditingkatkan mutu pelayanannya.

Kedisiplinan dalam waktu pelaporan Mutu juga harus ditingkatkan. Kompetensi dan pengetahuan seluruh anggota Komite Mutu dan Keselamatan Pasien dan penanggung jawab Mutu unit tentang upaya peningkatan mutu harus selalu diupdate dan dilaksanakan.

B. Rekomendasi

1. Meningkatkan Case Manajer untuk evaluasi kelengkapan assesmen awal medis.
2. Penyampaian hasil capaian oleh panitia mutu dalam rapat bulanan komite medik.
3. Meningkatkan monitoring pada pasien fiksasi untuk menurunkan angka luka lecet.
4. Mengajukan pengadaan tali fiksasi dan tempat tidur sesuai standard an kolaborasi dengan dokter terkait terapi.
5. Sosialisasi clinical pathway Schizofrenia Paranoid pada semua DPJP
6. Komitmen dari DPJP untuk melaksanakan pengobatan sesuai dengan clinical pathway yang berlaku di RS Jiwa Prof HB. Saanin Padang.
7. Meningkatkan kompetensi petugas dokter jaga dengan pelatihan untuk mempertahankan angka emergency psikiatrik respon time.
8. Mempertahankan pengecekan ulang jumlah obat injeksi haloperidol 5mg secara berkala untuk mengetahui persediaan obatnya.
9. Meningkatkan edukasi perawatan pasien di rumah pada keluarga dengan media lembar balik untuk mengurangi angka readmisi pasien.
10. Menyediakan fasilitas untuk meningkatkan kompetensi tenaga Puskesmas dalam merawat pasien psikiatri.

11. Meningkatkan frekuensi layanan droping untuk memulangkan pasien dengan keluarga yang tidak kooperatif.
12. Sosialisasi pada DPJP tamu tentang waktu mulai pelayanan di rawat jalan untuk meningkatkan kecepatan waktu tunggu rawat jalan.
13. Sosialisasi kepatuhan terhadap SPO identifikasi pasien.
14. Monitoring dan evaluasi komunikasi SBAR.
15. Pelatihan komunikasi efektif pada pegawai untuk menambah pengetahuan tentang SBAR.
16. Meningkatkan pengawasan terhadap pemberian label pada obat LASA.
17. Sosialisasi terus menerus tentang cuci tangan pada tenaga kesehatan lain (berdasar grafik dg kepatuhan terendah)
18. Meningkatkan Monitoring dan evaluasi cuci tangan dari masing – masing Ka Unit kepada stafnya.
19. Meningkatkan kemampuan teknis petugas dengan pelatihan untuk mempertahankan respon time igd.
20. Meningkatkan disiplin petugas untuk mempertahankan respon time igd.
21. Meningkatkan disiplin DPJP dalam melaksanakan visite di rawat inap.
22. Meningkatkan perencanaan pengadaan obat untuk mempertahankan kepatuhan penggunaan obat fornas.
23. Supervise dari ka unit tentang asesmen resiko jatuh.
24. Mempertahankan pelaksanaan pelayanan sesuai SOP oleh masing-masing PPA
25. Perbaiki fasilitas ruang pelayanan di Instalasi Rawat Inap.
26. Meningkatkan dan mempertahankan pelaksanaan pelayanankomplain atau pengaduan sesuai dengan SOP.

Demikianlah Laporan Semester I Komite Mutu dan Keselamatan Pasien RS Jiwa Prof. HB. Saanin Padang tahun 2019 ini dibuat untuk dapat digunakan sebagai acuan dalam melakukan kegiatan serta melaksanakan peningkatan dan perbaikan di RS Jiwa Prof. HB. Saanin Padang.

Wassalam,
Ketua Komite Mutu dan Keselamatan Pasien



dr. Cisilya Mykesturi
NIP. 19840528 201001 2 015

Disetujui Oleh :
Direktur RS Jiwa Prof. HB. Saanin Padang



Drg. Ernoviana, M.Kes
NIP. 19601118 198701 2 001

Diketahui Oleh :
Badan Pengawas RS Jiwa Prof. HB. Saanin Padang

Ketua :



Hansastri, SE, Ak, MM, CFrA
NIP. 19641013 199103 1 001