

**LAPORAN KOMITE PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN
PASIEN
RSIA BUNDA JAKARTA**

NOVEMBER 2021

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

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

Berdasarkan Permenkes Nomor 80 Tahun 2020 tentang komite mutu Rumah sakit bahwa setiap rumah sakit wajib menyelenggarakan tata kelola mutu untuk meningkatkan mutu rumah sakit dan mempertahankan standar pelayanan rumah sakit, dan dalam rangka efektifitas dan efisiensi penyelenggaraan tata kelola mutu rumah sakit, komite lainnya yang melaksanakan fungsi manajemen risiko dan keselamatan pasien dapat diintegrasikan dengan komite mutu.

Berdasarkan hal diatas, komite mutu membuat laporan pencapaian indikator mutu, sasaran keselamatan pasien dan manajemen risiko setiap bulan disertai analisa dari masing-masing pencapaian indikator mutu dari masing-masing unit yang ada di RSIA Bunda Jakarta. Laporan tersebut ditujukan ke kepala RSIA Bunda Jakarta dan corporate.

B. MAKSUD DAN TUJUAN PELAPORAN

Laporan kegiatan Komite PMKP yaitu sebagai bahan informasi kepada kepala Rumah Sakit terkait dengan kegiatan pencapaian indikator mutu baik indikator mutu rumah sakit ataupun indikator mutu unit kerja.

Tujuan :

1. Tergambarnya pencapaian indikator mutu wajib (Kemenkes)
2. Tergambarnya pencapaian indikator mutu Prioritas Rumah Sakit
3. Tergambarnya hasil analisa sederhana pencapaian data indikator mutu
4. Tergambarnya kegiatan-kegiatan tentang peningkatan mutu dan keselamatan pasien sesuai dengan program kerja
5. Monitoring unit kerja dalam mempertahankan capaian mutu dan keselamatan pasien

C. RUANG LINGKUP

- 1. Pelaporan Kinerja Produktifitas Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien**
- 2. Pelaporan indikator prioritas rumah sakit dan Pelaporan validasi data yang dilakukan**
- 3. Laporan Insiden Keselamatan Pasien**

BAB II
KEGIATAN YANG DILAKSANAKAN

A. PELAKSANAAN PROGRAM KERJA

1	Pelaporan mutu dalam SISMADAK	Sosialisasi kembali ke unit untuk pelaporan mutu dalam SISMADAK
2	Clinical meeting pembahasan kasus	Kasus sentinel post HD+LO di RSIA Bunda Jakarta
3	PCR berkala karyawan	Area kekhususan 2 minggu sekali, umum sebulan sekali

B. KEGIATAN

Tanggal	Kegiatan	Hasil
Seriap Selasa & Rabu	Pelaksanaan PCR berkala karyawan	Didapati 1 orang karyawan positif, sudah dikonsulkan ke spesialis, disarankan isoman 14 hari
	Koordinasi dengan IT terkait SISMADAK	Ditemukan unit SISMADAK belum lengkap
	Koordinasi dengan PJ unit terkait SISMADAK	Unit minta agar semua stafnya terpapar pelaporan SISMADAK
	Koordinasi dengan kabid medik dan corporate terkait clinical meeting kasus sentinel	Masing-masing unit usaha agar membentuk tim RCA yang akan dilibatkan dalam setiap kasus sentinel

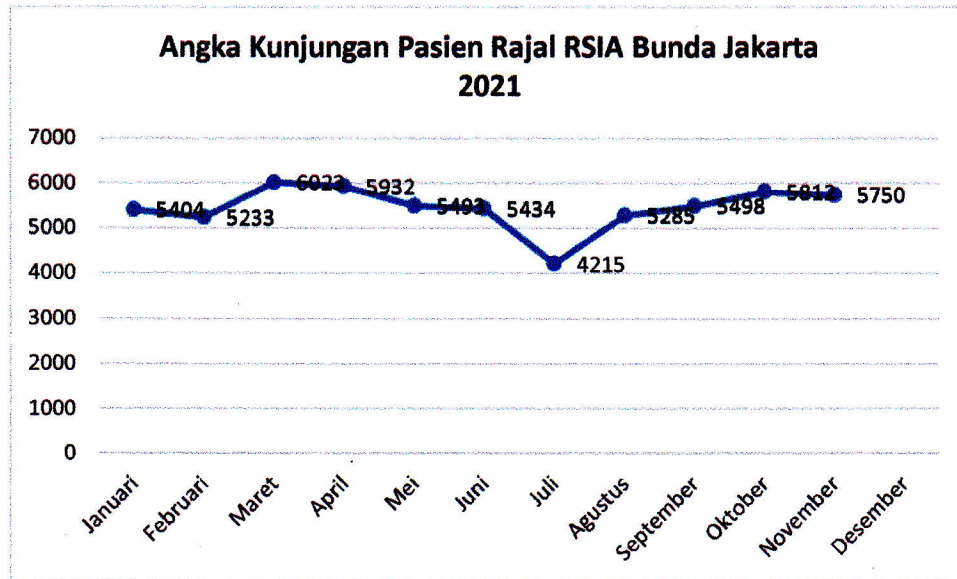
BAB III

HASIL YANG DI CAPAI

A. PRODUKTIFITAS PELAYANAN RSIA BUNDA JAKARTA

1. Kunjungan rawat jalan

November 2021 mengalami penurunan dibanding bulan sebelumnya dari 5812 menjadi 5750 .

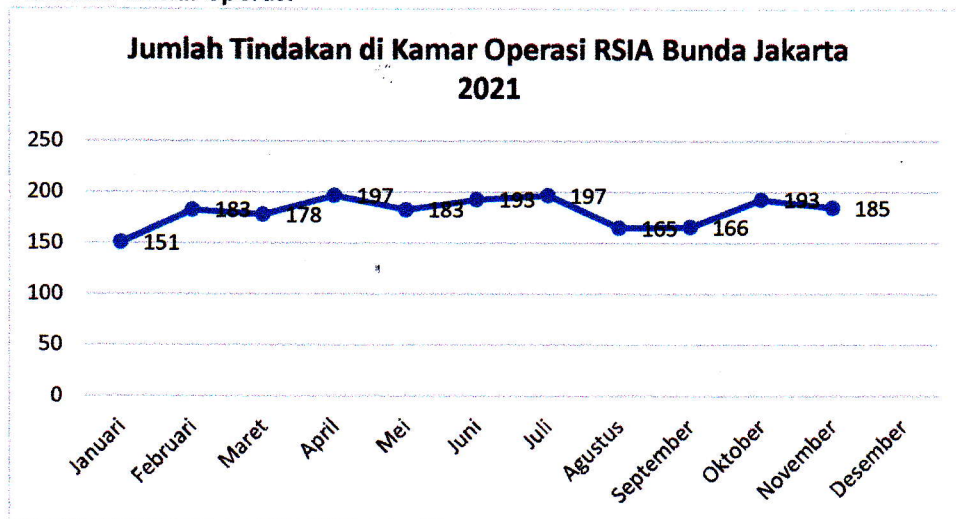


2. Kunjungan IGD

Kunjungan pasien UGD RSIA Bunda Jakarta pada November 2021 mengalami kenaikan dibandingkan bulan sebelumnya, dari 463 menjadi 511.

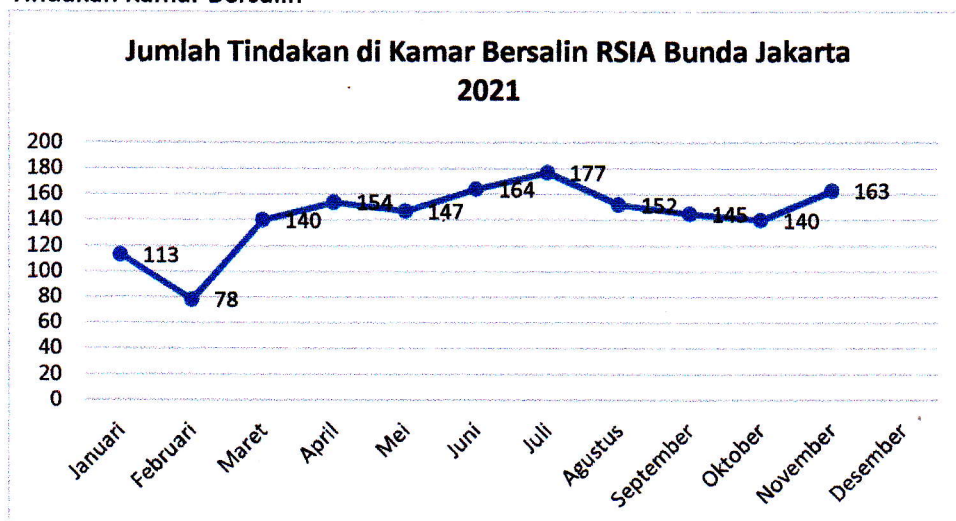


3. Tindakan kamar operasi



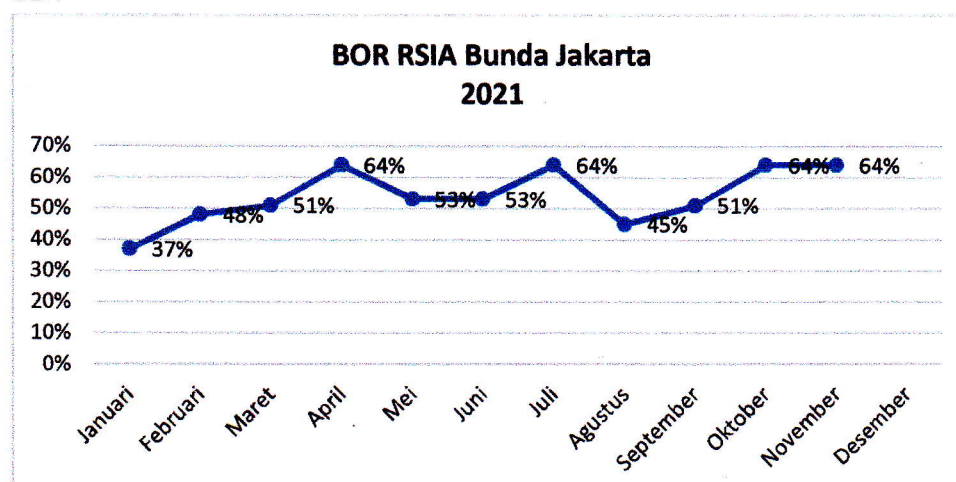
Dari tabel diatas menggambarkan jumlah tindakan November 2021 lebih sedikit dibandingkan bulan lalu

4. Tindakan Kamar Bersalin



Dari tabel diatas menunjukan tindakan di kamar bersalin November 2021 meningkat dibandingkan bulan lalu

5. BOR



6. ALOS (Average Length Of Stay)



B. MONITORING CAPAIAN INDIKATOR MUTU KEMENKES

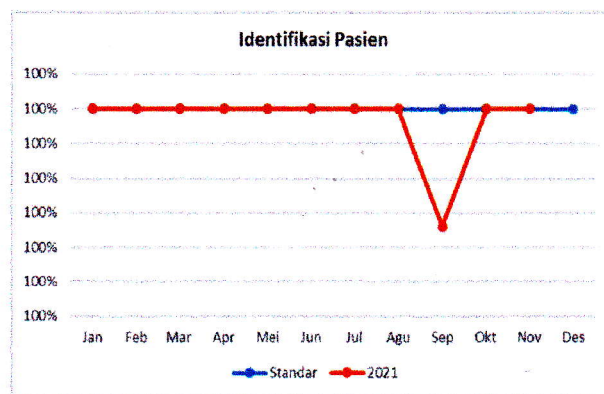
1. Kepatuhan Cuci Tangan

Data belum dikirim dari unit PPI

2. Identifikasi Pasien

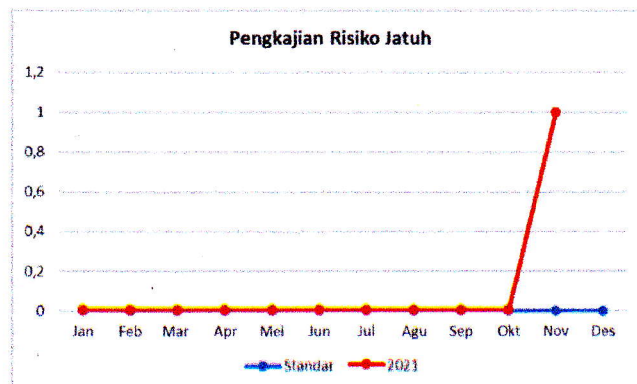
Indikator mutu ini mencapai target pada November 2021

Unit	Nov		
	N	D	C (%)
Perawatan Lt.4	17	17	100
Perawatan Lt.3	79	79	100
Perawatan Lt.2	58	58	100
Balita	66	66	100
PNS	93	93	100
NIPI	60	60	100
KB	59	59	100
OK	185	185	100
Farmasi	30	30	100
UGD	511	511	100



3. Pengkajian Risiko Jatuh

Unit	Nov		
	N	D	C (%)
Perawatan Lt.4	17	17	100
Perawatan Lt.3	79	79	100
Perawatan Lt.2	58	58	100
Balita	66	66	100



PNS	93	93	100
NIPi	60	60	100
KB	59	59	100
OK	185	185	100
UGD	511	511	100

Analisa : Tidak dilakukan pengkajian risiko jatuh pada tumbuh kembang

Action Plan :

Plan : Mencegah pasien jatuh selama berada di RSIA Bunda Jakarta

Do : Optimalkan pengkajian risiko jatuh pada semua pasien di Tumbang sebelum terapi di mulai

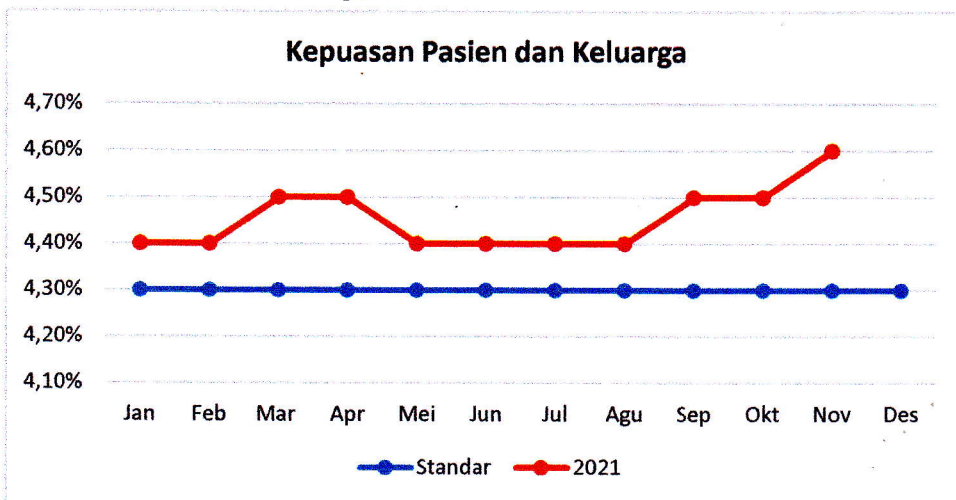
Study : SPO(+) fasilitas(+) **Outcome :** Peningkatan keselamatan pasien

Action: Melakukan pengkajian risiko jatuh pada semua pasien yang terapi

Time : Desember 2021

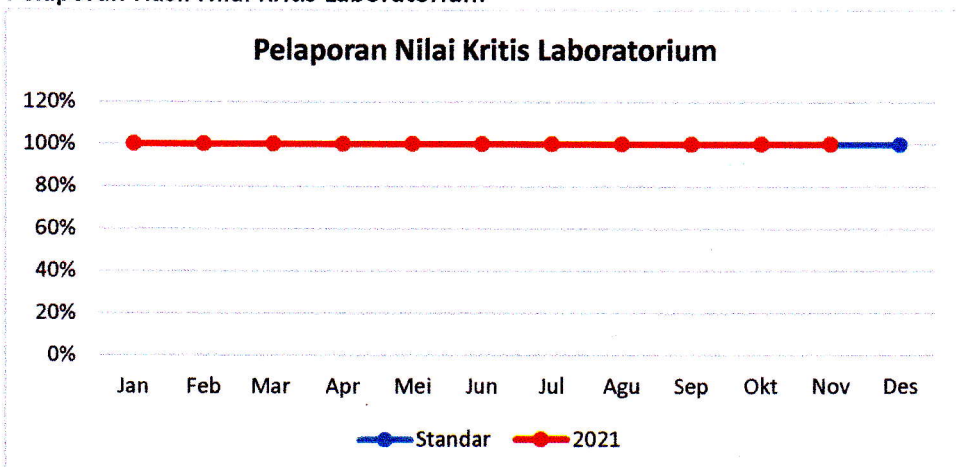
PIC : PJ Tumbang

4. Kepuasan Pasien dan Keluarga



Dari tabel diatas menunjukan angka kepuasan pasien dan keluarga mencapai target pada November 2021

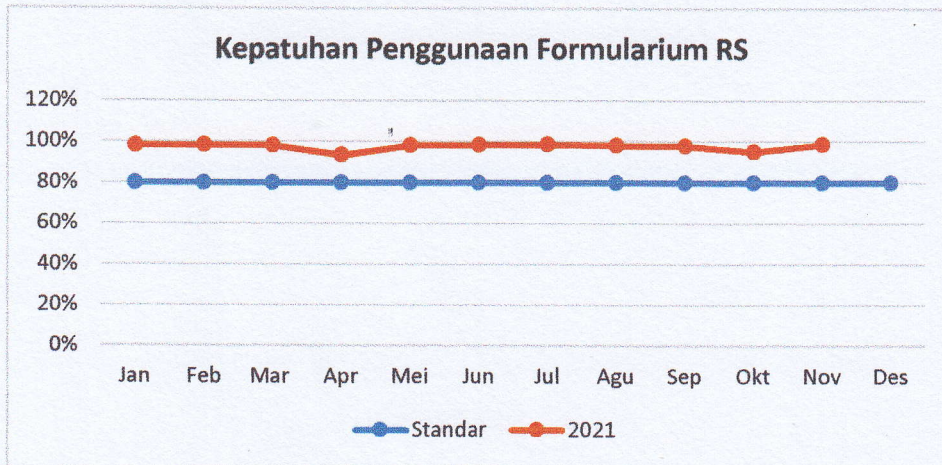
5. Pelaporan Hasil Nilai Kritis Laboratorium



6. Kepatuhan Pengisian CP

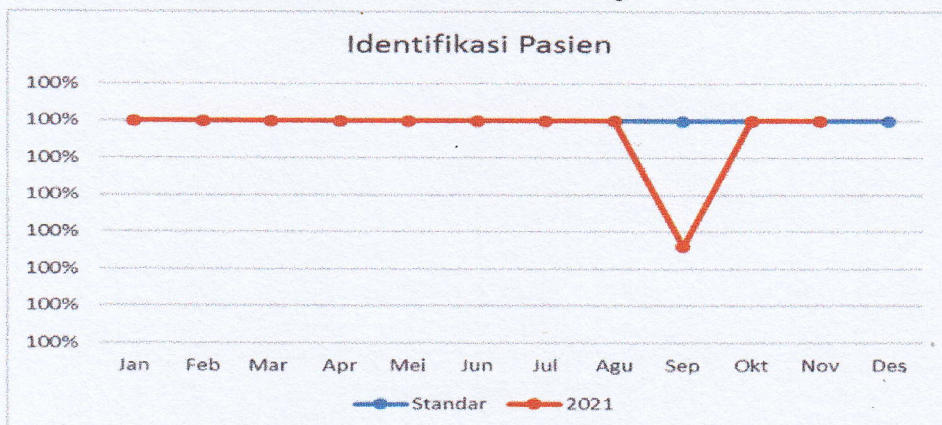
Data masih dalam proses pengerjaan

7. Kepatuhan Penggunaan Formularium RS



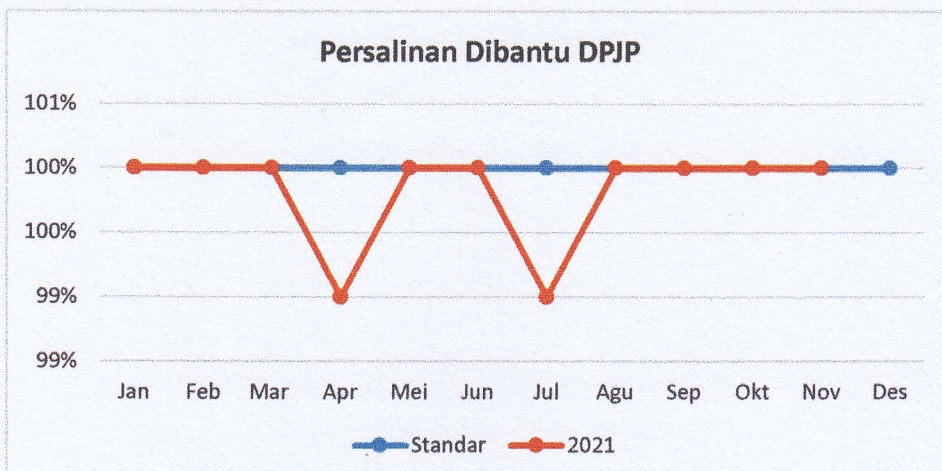
C. PENINGKATAN MUTU PELAYANAN PRIORITAS

1. Asesmen Medis pada Pasien Obstetri dan Ginekologi

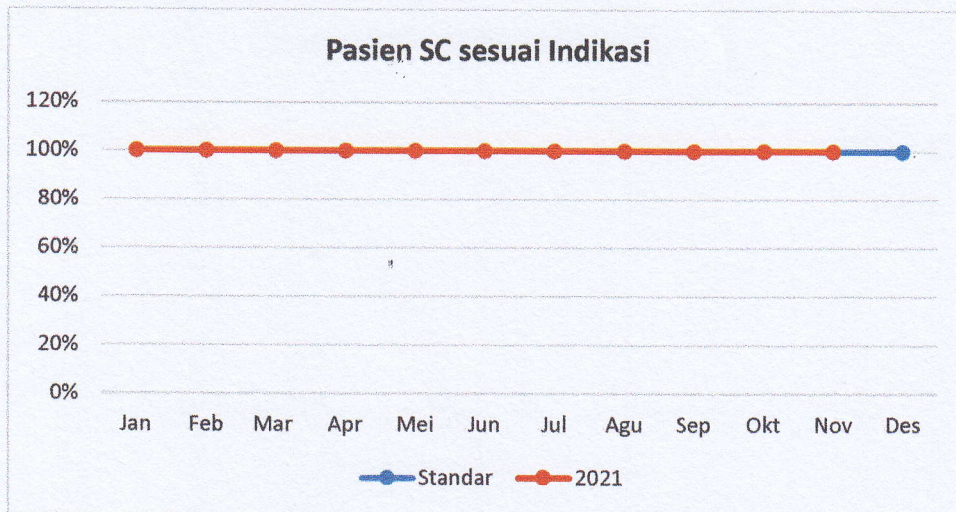


Dari tabel diatas disimpulkan semua pasien obsgin dan ginekologi dilakukan asesmen medis dalam waktu 1x24 jam

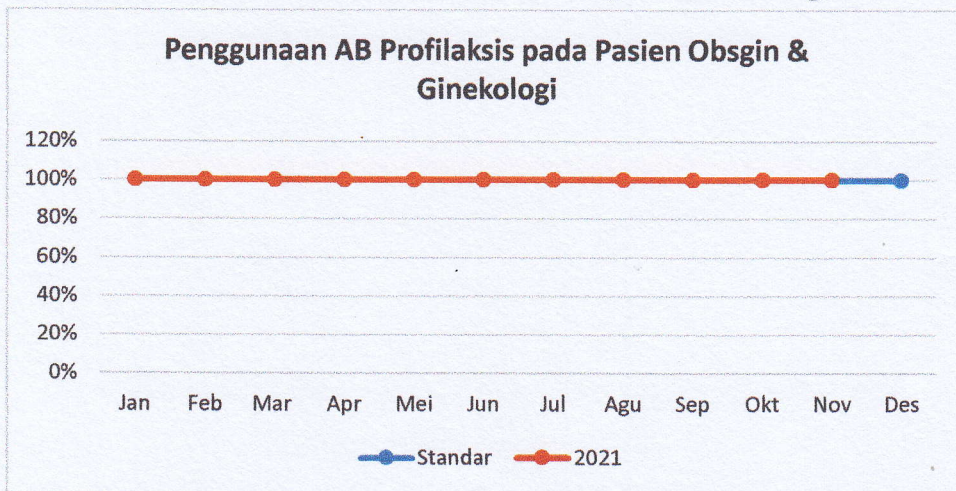
2. Persalinan Dibantu DPJP



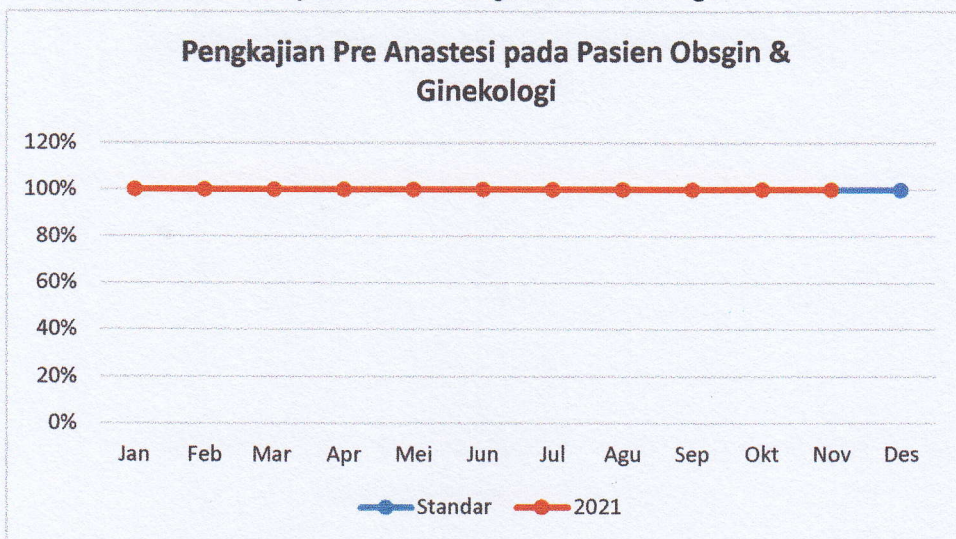
3. Persalinan SC dengan Indikasi yang Sesuai



4. Penggunaan Antibiotik Profilaksis pada Pasien Obsgin dan Ginekologi

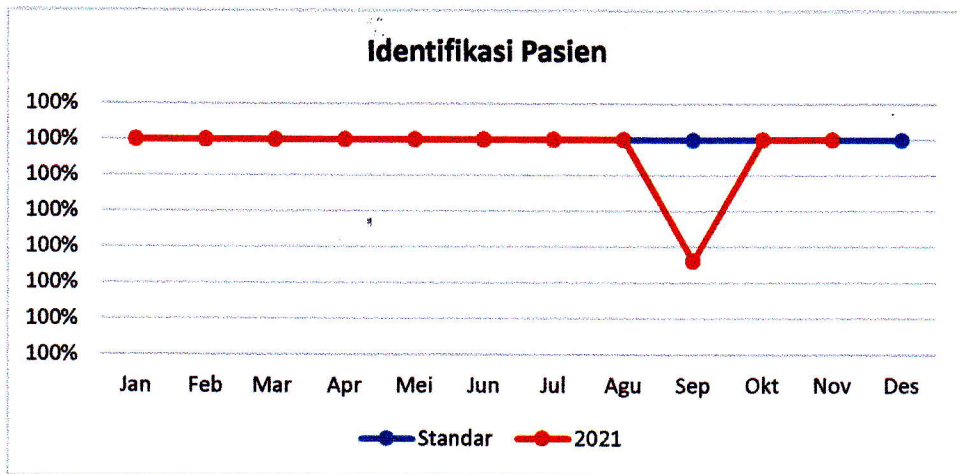


5. Pengkajian Pre Anastesi pada Pasien Obsgin dan Ginekologi

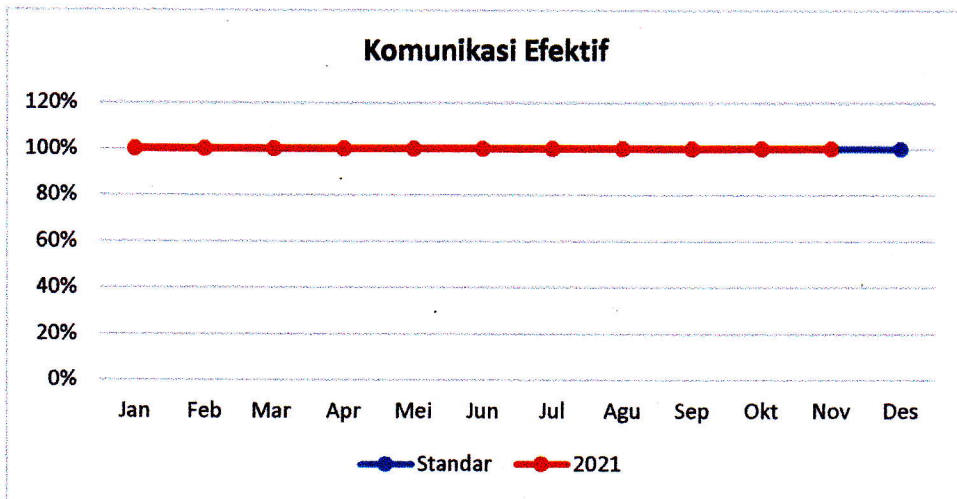


D. PENCAPAIAN INDIKATOR MUTU SASARAN KESELAMATAN PASIEN

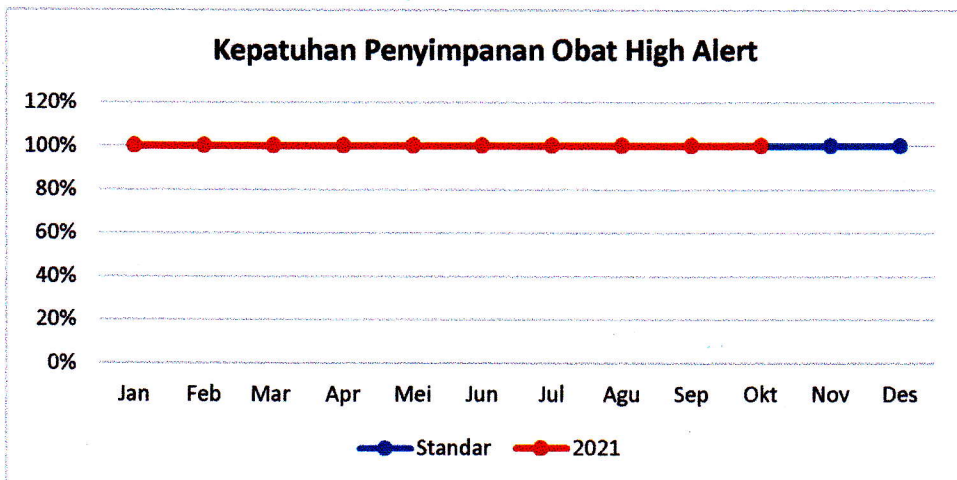
1. Identifikasi Pasien



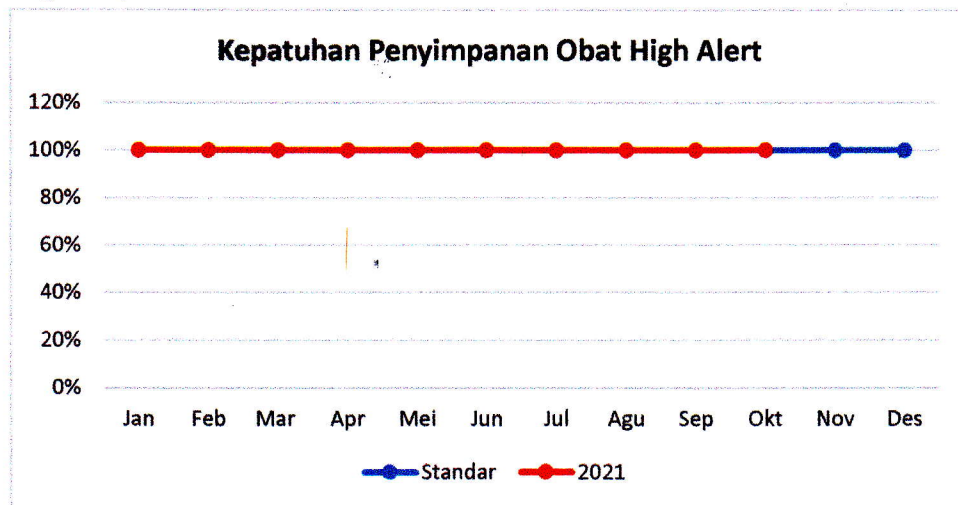
2. Komunikasi Efektif



3. Kepatuhan Penyimpanan Obat High Alert



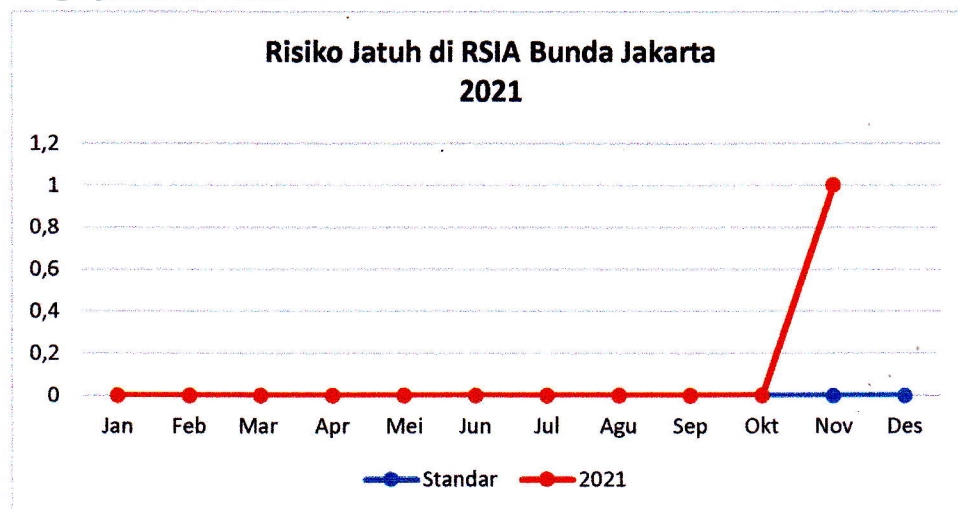
4. Angka Kepatuhan dalam Melakukan Time Out



5. Kepatuhan Cuci Tangan

Data belum dikirimkan unit PPI

6. Pengkajian Risiko Jatuh



Analisa : Tidak dilakukan pengkajian risiko jatuh pada tumbuh kembang

Action Plan :

Plan : Mencegah pasien jatuh selama berada di RSIA Bunda Jakarta

Do : Optimalkan pengkajian risiko jatuh pada semua pasien di Tumbang sebelum terapi di mulai

Study : SPO(+) fasilitas(+) **Outcome :** Peningkatan keselamatan pasien

Action: Melakukan pengkajian risiko jatuh pada semua pasien yang terapi

Time : Desember 2021

PIC : PJ Tumbang

E. PENCAPAIAN INDIKATOR MUTU UNIT PPI

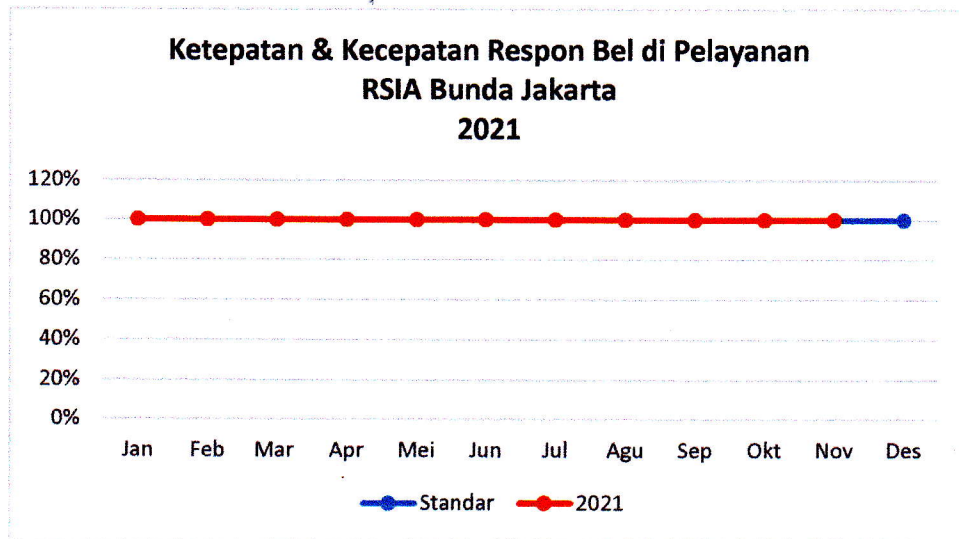
Data belum dikirimkan unit

F. PENCAPAIAN INDIKATOR MUTU UNIT KERJA

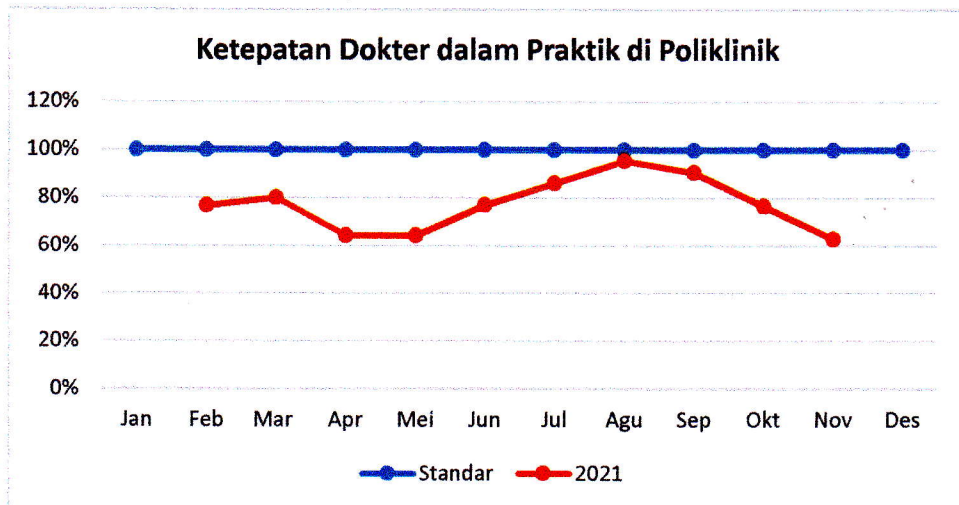
1. Ketepatan Administrasi Tutup Kuitansi

Data belum diserahkan unit terkait

2. Ketepatan dan Kecepatan Respon Time Bel di Pelayanan



3. Ketepatan Dokter dalam Berpraktik di Poliklinik



Analisa : Dokter masih ada tindakan di tempat lain, tidak ada keterangan, masih praktik di tempat lain

Action Plan :

Plan : Dokter praktik sesuai jam praktik yang sudah ditetapkan

Do : Koordinasi dengan kabid medis untuk melakukan pendekatan dokter spesialis yang sering terlambat praktik

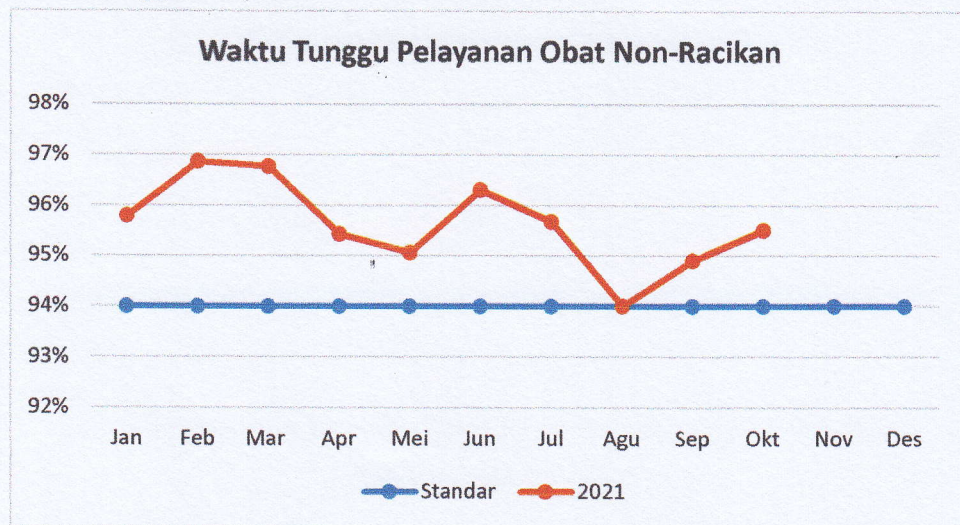
Study : -

Action: Mengingatkan dokter 1 jam sebelum praktik dimulai

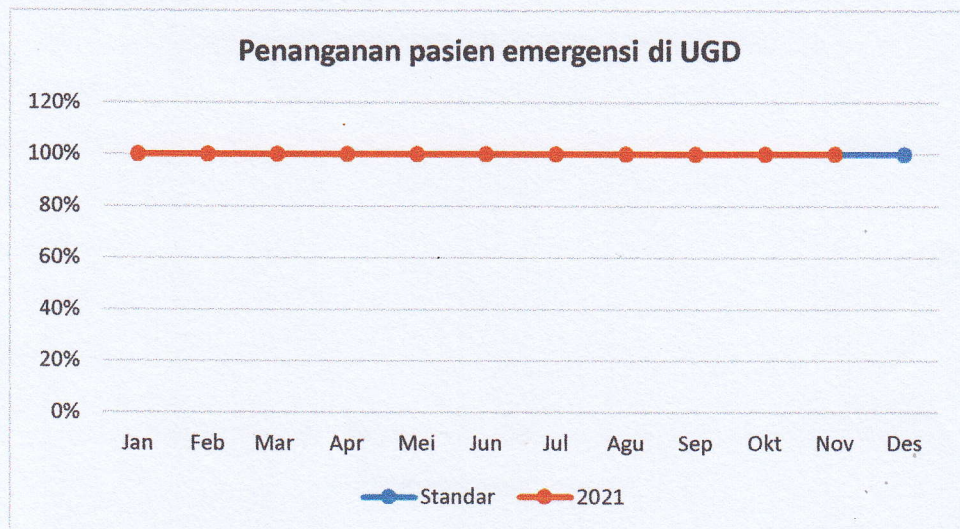
Time : Desember 2021

PIC : PJ Poliklinik

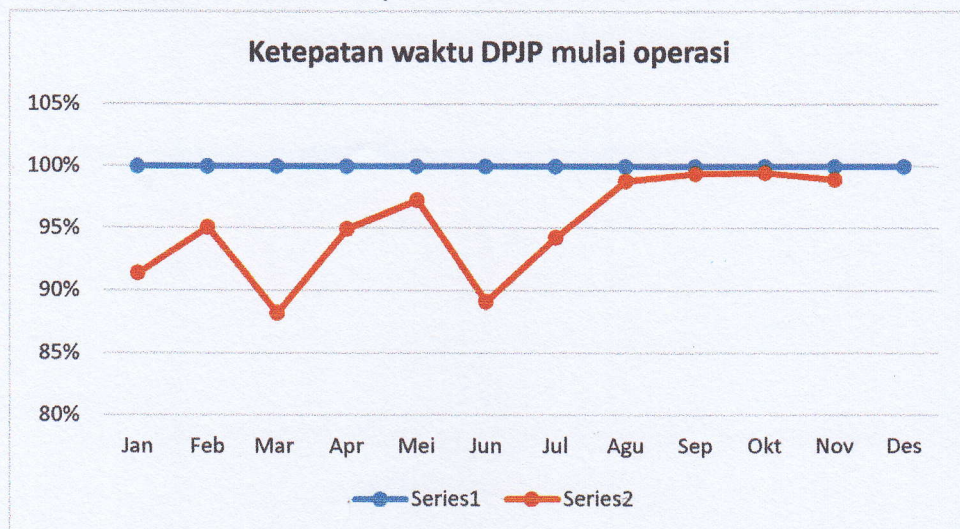
4. Waktu Tunggu Pelayanan Obat Non-Racikan



5. Penanganan Pasien Emergensi di UGD



6. Ketepatan Waktu DPJP Mulai Operasi



Analisa : Dokter masih praktik di tempat lain, tidak ada keterangan

Action Plan :

Plan : Operasi dimulai sesuai dengan waktu yang sudah ditetapkan

Do : Koordinasi dengan kabid medis untuk melakukan pendekatan dokter spesialis agar operasi tepat waktu

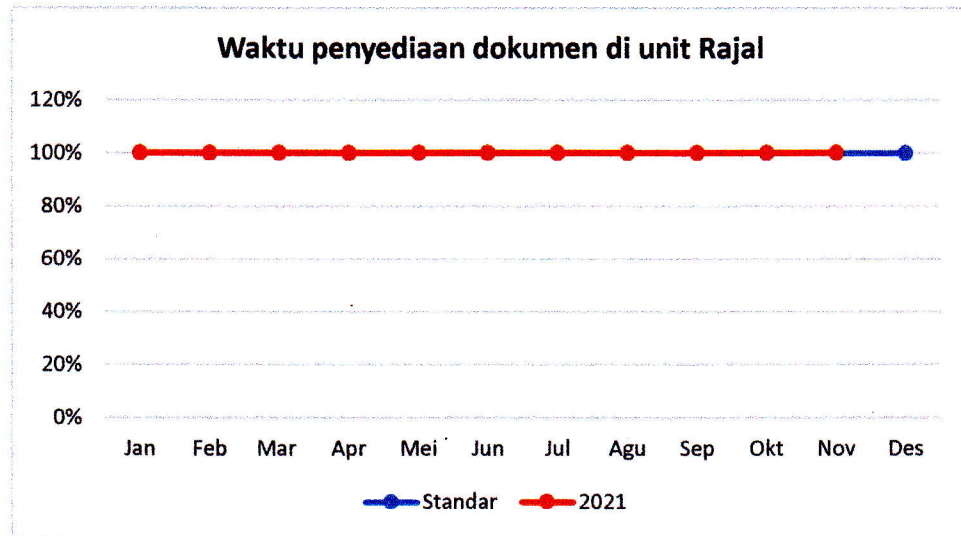
Study : -

Action: Mengingatkan dokter 1 jam sebelum operasi dimulai

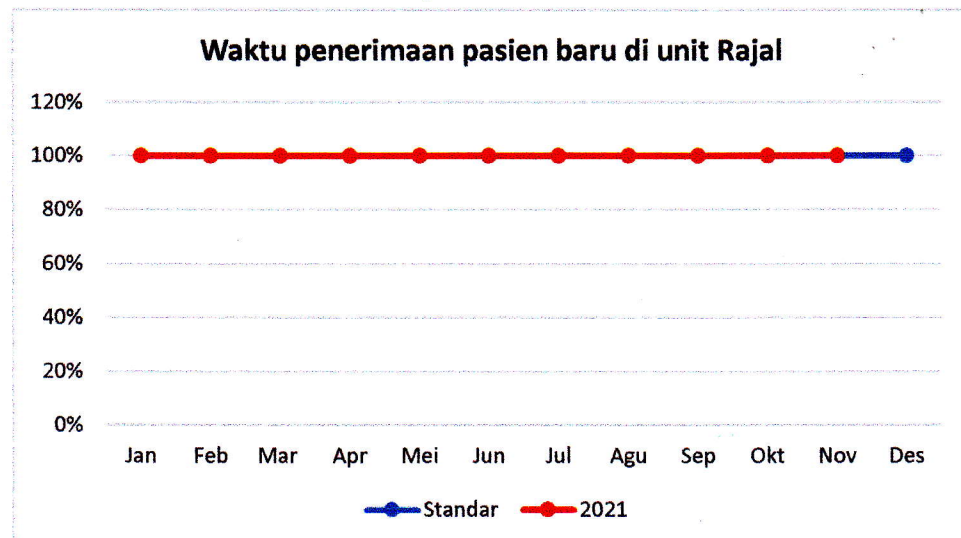
Time : Desember 2021

PIC : PJ Kamar operasi

7. Waktu Penyediaan Dokumen RM di Unit Rajal



8. Waktu Penerimaan Pasien Baru Rajal



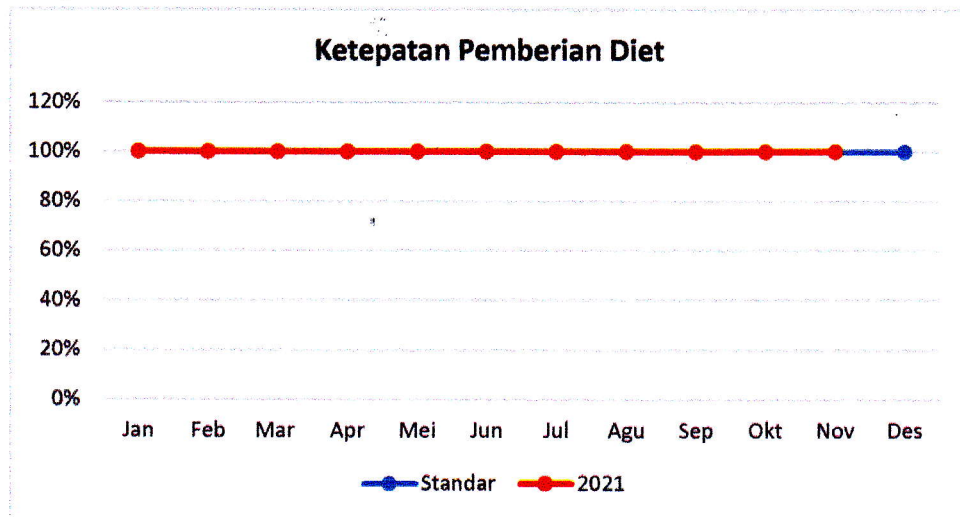
9. Kecepatan dalam Menangani Alat yang Rusak

Data belum dikirimkan unit

10. Tidak Adanya Kasus Kehilangan di RS

Data belum dikirimkan unit

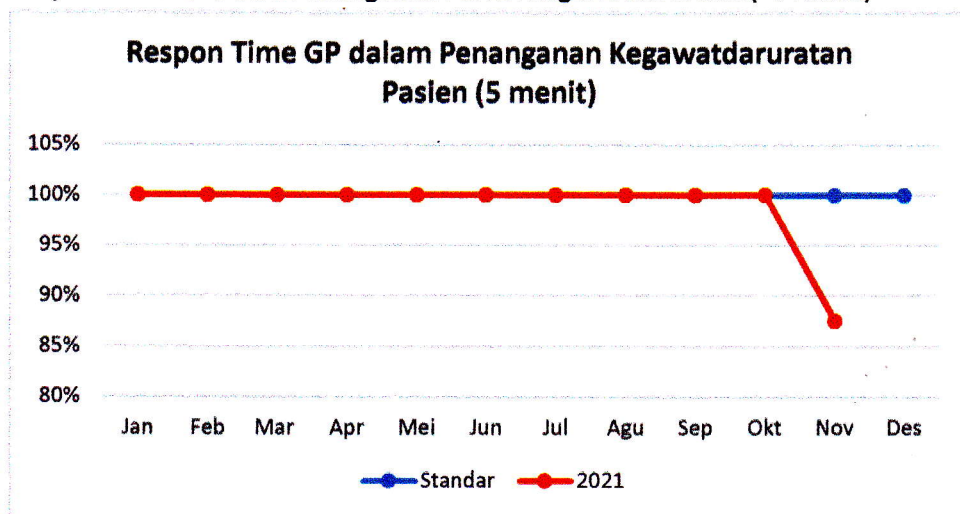
11. Ketepatan Pemberian Diet



12. Ketepatan Penyediaan Linen

Data belum dikirimkan unit

13. Respon Time GP dalam Penanganan Pasien Kegawatdaruratan(<5 menit)



Analisa : Masih terdapat pasien dengan triase kuning penanganan lebih dari 5 menit karena pasien antri di UGD

Action Plan :

Plan : Pasien dengan triase kuning dan merah di UGD tertangani kurang dari 5 menit

Do : Koordinasi dengan kabid medis dan GP di ruangan lain untuk bantu UGD bila terjadi antrian

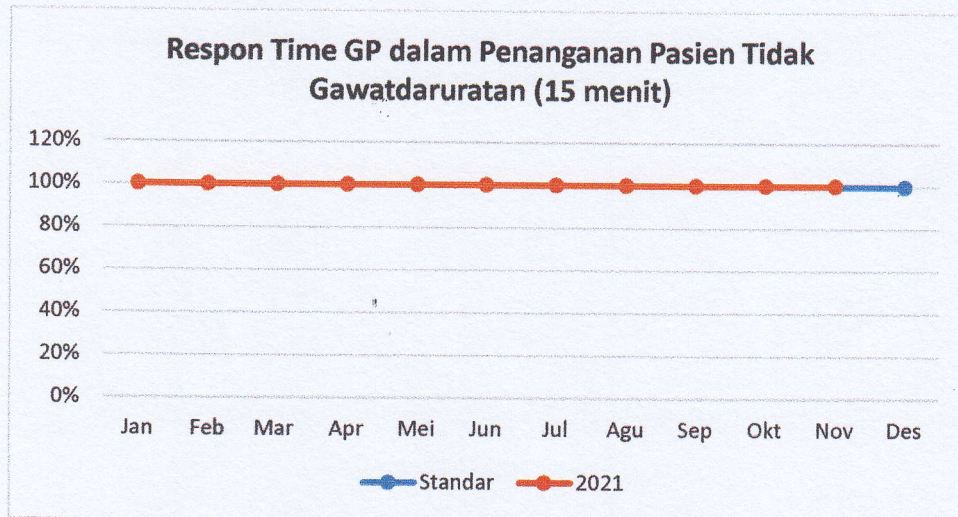
Study : -

Action: Meminta bantuan GP dari ruangan lain untuk bantu di UGD

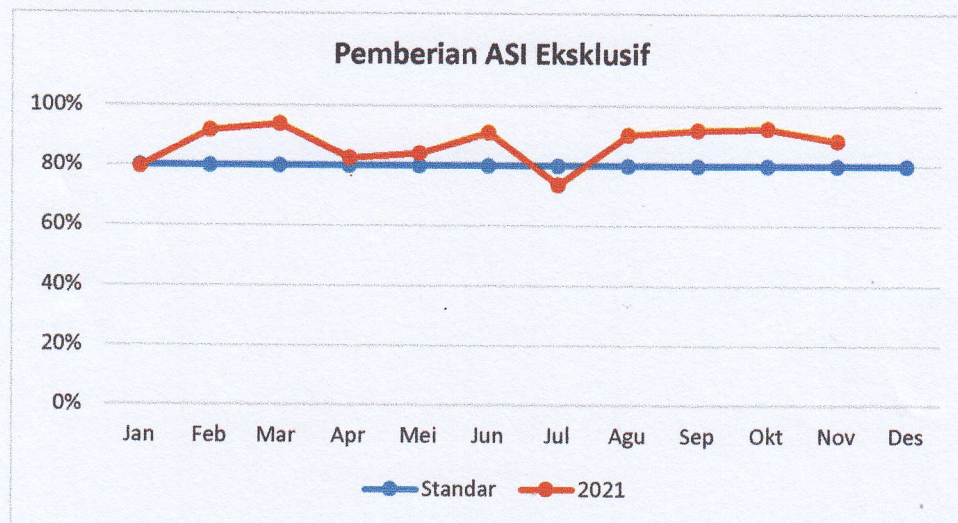
Time : Desember 2021

PIC : PJ UGD

14. Respon Time GP dalam Penanganan Pasien Ketidagawatdaruratan (15 menit)



15. Pemberian ASI Eksklusif



BAB IV

PENUTUP

A. KESIMPULAN

1. Kegiatan PMKP secara keseluruhan dikategorikan berjalan baik, beberapa hambatan yang di temukan dalam pelaksanaan peningkatan mutu dan keselamatan pasien yaitu :
 - a. Dalam pelayanan yang masih butuh perbaikan banyak :
 - 1) Struktur :
 - a) Sarana dan Fasilitas: bangunan yang sudah mulai rusak, butuh analisa untuk perbaikan atau pergantian, pemeliharaan alat yang kontinu belum dilakukan secara optimal, masih ditemukan alat medis yang belum terpasang stiker kaliberasi
 - b) SDM : Beberapa staf dibutuhkan pelatihan baik soft skill maupun hard skill ; keterampilan melakukan infus, *customer excellent* dan budaya keselamatan pasien
 - 2) Proses :
 - a) Supervisor/Penanggung jawab/koordinator unit belum memiliki program supervisi pelayanan
 - b) Audit CP terkendala karena unit tidak mengerjakan CP
 - 3) Outcome : Proses evaluasi tidak berjalan di unit-unit, sehingga masalah yang sama sering muncul kembali.
 - b. Pembahasan Insiden keselamatan pasien dan manajemen risiko
 - 1) Laporan insiden di November 2021 dengan total 11 IKP. Ada 1 KTD, 1 KTC, KPC Pelayanan 6, KPC Aset 1 dan 1 KNC. Kasus KTD dilaporkan 1x24 jam setelah kejadian dan langsung diberikan perawatan dan terapi pasca kejadian.

B. SARAN

Saran masih dalam lingkup pengorganisasian dan pelayanan :

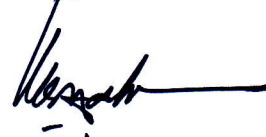
1. Dalam melakukan perbaikan dibutuhkan jadwal rapat yang kontinu baik terkait koordinasi dan sosialisasi antar unit ataupun dalam unit kerja sendiri, sehingga ada jadwal secara tercatat dalam kegiatan rapat yang membahas tentang perbaikan-perbaikan mutu dan insiden
2. Ada evaluasi terkait sistem teramedik yang di lakukan secara kontinu untuk mengkoordinasikan kendala pada SIRS, sebaiknya IT melakukan rekap laporan kendala serta progres penyelesaian dari kendala yang di temukan.
3. Penting untuk dibuatkan tim PDSA di setiap Departemen/Divisi yang di kawal oleh kepala bidang masing-masing
4. Adanya program supervisi berjenjang dari unit kerja untuk melakukan monitoring dan evaluasi program kerja.
5. Adanya pertimbangan terhadap alat-alat kesehatan yang sudah tidak dapat di gunakan, baik alat kesehatan ataupun alat-alat umum, bisa dengan melakukan tread in (tukar guling)/di jual
6. Bidang SDM membuat diklat service excellent untuk para pelaksana (grooming, greeting telepon manner)

Jakarta, Desember 2021



Ns. Ermlyati, S.Kep
Ketua Komite PMKP

Mengetahui



dr. Eka Surya Nugraha, MPH
Kepala RSIA Bunda Jakarta

Respon Kepala RSIA Bunda Jakarta

- Diberatkan target / indikator mutu dan volume pencapaian layanan di RSIA BJ.
- dan saran yang disampaikan, tolong diutamakan POA nya.

