

LOGO

**PENINGKATAN MUTU DAN
KESELAMATAN PASIEN
RSUD DOKTER SOEDARSO**

PERKENALAN

Ns. Ichsan Budiharto, M.Kep
Poli Luka dan Stoma





Permenkes 12/2020 tentang Akreditasi RS

Pasal 13 : RS harus memberikan laporan pemenuhan indikator nasional mutu pelayanan kesehatan dan insiden keselamatan pasien kepada Kemenkes

PP 47/2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakit

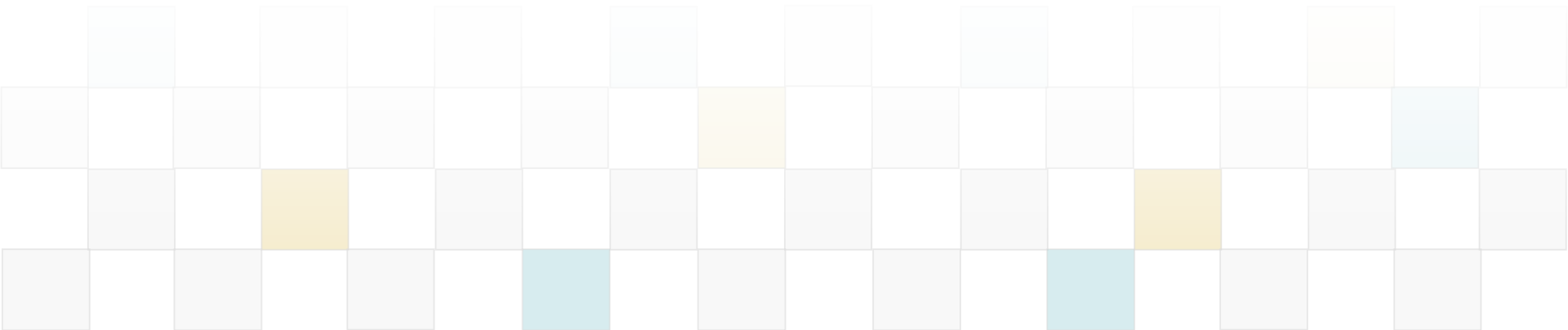
Pasal 62 : RS harus memberikan laporan pemenuhan indikator nasional mutu pelayanan kesehatan dan insiden keselamatan pasien kepada Kemenkes

Permenkes 80/2020 tentang Komite Mutu RS

Pasal 10 ayat (2) : Komite Mutu memiliki fungsi pengumpulan data, analisis capaian, validasi dan pelaporan data indikator prioritas dan indikator mutu nasional RS

Permenkes 14/2021 tentang Standar Kegiatan Usaha dan Produk pada Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Berbasis Risiko Sektor Kesehatan

Standar RS Pemerintah dan Swasta pengawasan RS harus melakukan pengukuran indikator mutu secara berkala.





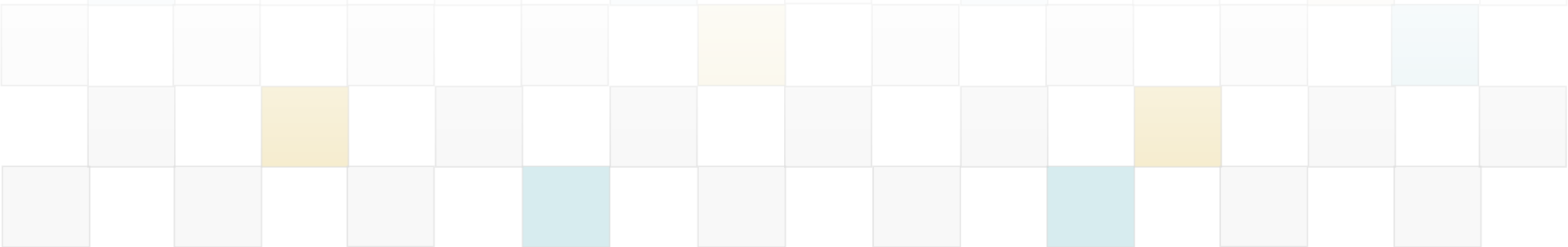
MAKSUD PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN

- Pengurangan risiko yang sedang berlangsung pada pasien, staf dan lingkungan
- merupakan bagian integral dari peningkatan mutu secara keseluruhan.
- Komite PMKP atau bentuk organisasi lainnya mendukung program mutu dan keselamatan di seluruh area RS yaitu dengan :
 1. Membantu dalam pengumpulan data dan respon terhadap KTD, sentinel, KTC dan KNC
 2. Memfasilitasi analisis KTD (bukan kelompok yang melaksanakannya)
 3. Membantu para pemimpin mengidentifikasi langkah-langkah peningkatan mutu berdasarkan potensi risiko yang teridentifikasi



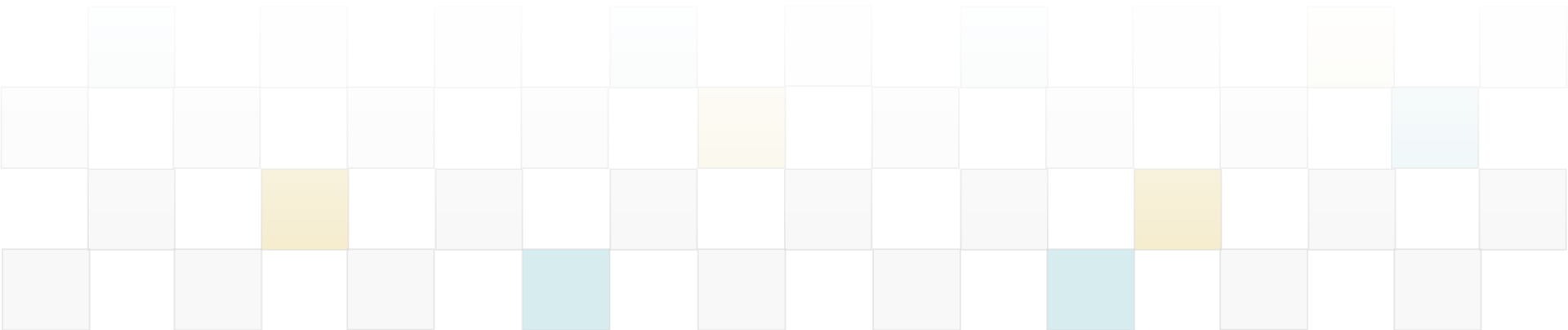
PERAN KOMITE PMKP

Komite PMKP adalah bagian penting dari bab PMKP ini, Komite PMKP harus :

- Mengkoordinasikan dan mengintegrasikan kegiatan pengukuran di seluruh rumah sakit
 - Mendukung pengumpulan data unit, validasi, dan analisis
 - Mendukung peningkatan berdasarkan analisis itu
 - Terlibat dalam pelatihan dan komunikasi masalah mutu dan keselamatan pasien
 - Mengintegrasikan sistem pelaporan kejadian dan pengukuran budaya keselamatan untuk memfasilitasi peningkatan
 - Melakukan pengawasan dan supervise kemajuan pengumpulan data pengukuran untuk prioritas yang dipilih RS
- 



KONSEP - KONSEP KUNCI

- Memilih indikator mutu adalah tanggung jawab para pemimpin di RS
 - Semua unit layanan — klinis dan manajerial — memilih indikator mutu yang terkait dengan prioritas unit
- 



VALIDASI DAN ANALYSIS DATA

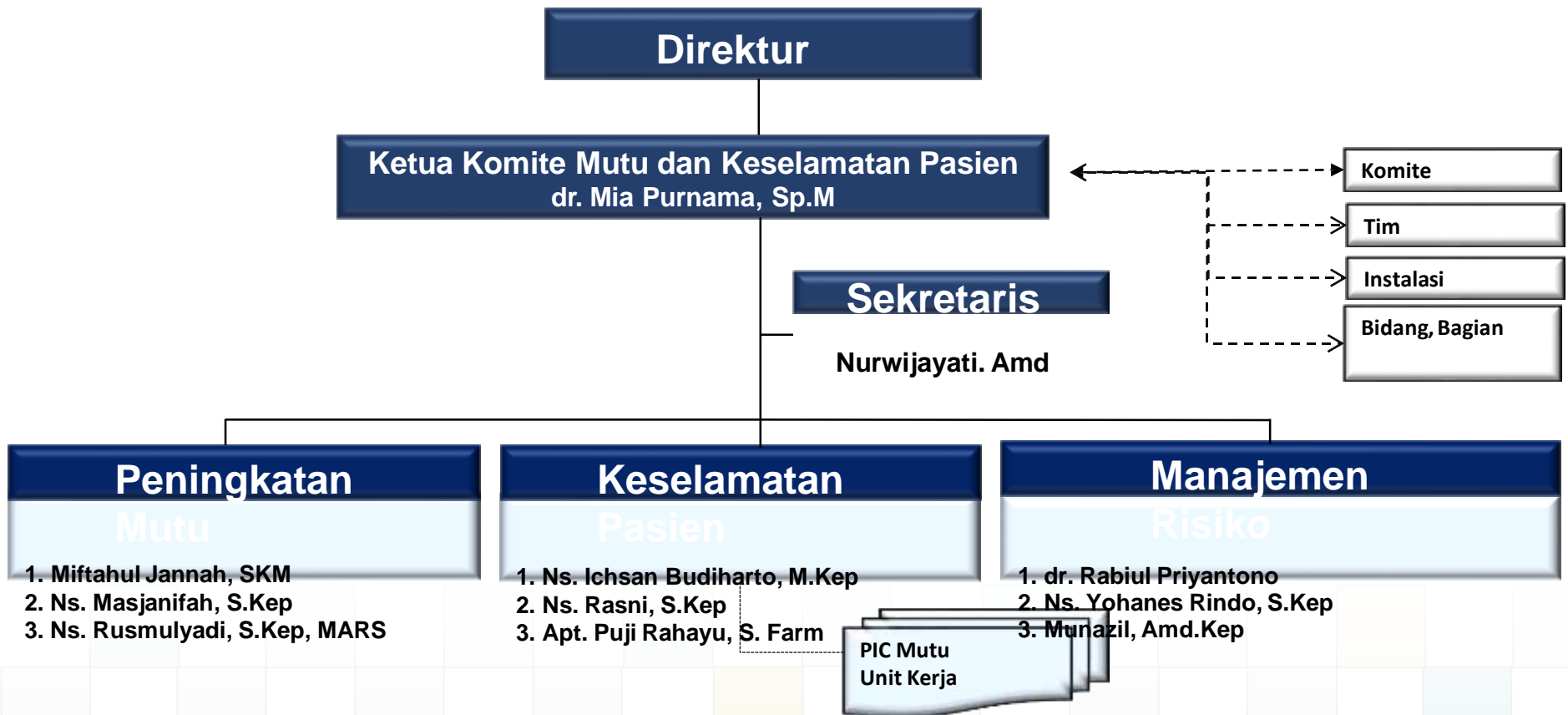
- Memvalidasi dan menganalisis data adalah konsep kunci lain. Bab ini membutuhkan:
 1. Data yang dikumpulkan di validasi ? – Data IAK dan terutama jika data akan dipublikasikan
 2. Untuk melakukan analisis dan validasi data diperlukan staf yang terlatih/sudah mengikuti pelatihan.
 3. Analisa data meliputi :
 - Membandingkan data di dalam RS, dng RS lain, dan praktik terbaik sangat penting
 - Melakukan analisis akar penyebab kejadian sentinel
 - Melakukan analisis semua KTD
 - Pemantauan nyaris salah/KNC



FOKUS AREA

1. Pengelolaan Kegiatan Peningkatan Mutu Dan Keselamatan Pasien
2. Pemilihan, Pengumpulan, Validasi, Analisis Data Indikator Mutu
3. Pelaporan Dan Analisis Insiden Keselamatan Pasien
4. Pencapaian Dan Mempertahankan Perbaikan
5. Manajemen Risiko

Struktur Organisasi Komite Mutu dan Keselamatan Pasien





INDIKATOR MUTU NASIONAL

No	Indikator Mutu	Unit	Standar
1	Kepatuhan Kebersihan Tangan	Komite PPI	100%
2	Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)	Komite PPI	100%
3	Kepatuhan Identifikasi Pasien	IRNA	100%
4	Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi	IMP	$\geq 80\%$
5	Waktu Tunggu Rawat Jalan	IRJ	$\geq 80\%$
6	Penundaan Operasi Elektif	IBS	$< 5\%$
7	Kepatuhan Jam Visite Dokter	IRNA	$\geq 80\%$
8	Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium	Laboratorium	100%
9	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional	Farmasi	$\geq 80\%$
10	Kepatuhan Terhadap Alur Klinis (CP)	Komite Medis	$\geq 80\%$
11	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh	IRNA	100%
12	Kecepatan Waktu Tanggap Komplain	Humas	$\geq 80\%$
13	Kepuasan Pasien	Humas	$\geq 76,61$

Indikator area klinis

Unit/Instalasi/Bagian/KSM	Nomor	Judul Indikator	Standar
Rumah Sakit	1	Indikator mutu rumah sakit fokus dengan kasus SNH	100 %
Instalasi Gawat Darurat	3	Waktu Laporan hasil nilai kritis Radiologi < 60 menit	100 %
Instalasi Gawat Darurat	4	Kemampuan menangani Life Saving	100 %
Instalasi Bedah Sentral	5	Kelengkapan Assesment Pra Operasi	100 %
IRNA Khusus	6	Waktu Laporan Hasil nilai kritis Laboratorium < 60 menit	100 %
IRNA Khusus	7	Waktu Laporan Hasil nilai kritis Radiologi < 60 menit	100 %
IRNA A	8	Kelengkapan pengisian Assesment Dokter	100 %
IRNA B	9	Kelengkapan pengisian Assesment Dokter	100 %

Indikator area klinis lanjutan

Instalasi Radiologi	10	Pembacaan foto oleh ekspertisi 1 x 24 jam	100 %
Instalasi Farmasi	11	Waktu tunggu Resep Jadi < 60 menit	100 %
Instalasi Rehab Medik	12	Kelengkapan Status Rekam Medik < 15 menit	100 %
Instalasi gizi	13	Sisa porsi makanan < 20 %	100 %
Instalasi Laboratorium	14	Kepatuhan pasien terhadap SPO pemeriksaan Gula darah puasa	100 %
Kebidanan Kandungan	15	Kelengkapan pemberian pelayanan tindakan SC oleh dokter SpOG, Sp. A, dan Sp Anestesi	100 %

Indikator area manajemen

Unit/Instalasi/Bagian/KSM	nomor	Judul Indikator	Standar
Rumah Sakit	2	Pengembalian rekam medis lengkap dalam waktu 2x24 jam	100 %
Instalasi Gawat Darurat	3	Index Kepuasan Pasien	100 %
Instalasi Rawat Jalan	4	Waktu tunggu Pelayanan < 60 menit	100 %
Instalasi Bedah Sentral	5	Penundaan Operasi Elektif	100 %
IRNA Khusus	6	Index Kepuasan Pasien	100 %
IRNA A	7	Kepatuhan Pengisian Form Pengkajian Nyeri	100 %
IRNA B	8	Kepatuhan Pengisian Form Pengkajian Nyeri	100 %
Instalasi Radiologi	9	Ketersediaan film sesuai usulan permintaan	100 %
Instalasi Farmasi	10	Kejadian Kesalahan Obat pada fase penulisan Resep Obat pasien R.I	100 %
Instalasi Rehab Medik	11	Index Kepuasan Pasien	100 %
Instalasi gizi	12	Kelengkapan Assesment Awal Gizi 1 x 24 jam	100 %
Instalasi Laboratorium	13	Wkatu lama puasa pada pemeriksaan GDP <8 jam	100 %
Instalasi Laboratorium	14	Pembatalan labu darah yang sudah di cross check	100 %
Kebidanan/Kandungan	15	Ketersediaan darah sesuai permintaan ruangan kebidanan dan kandungan di bank darah	100 %
Instalasi perparkiran dan taman	16	Index Kepuasan Pasien	100 %
Instalasi Pemeliharaan Fasilitas Sarana RS	17	Kecepatan Respon terhadap komplain	100 %
Sanitasi dan Pemulasaran jenazah	18	Kecepatan Respon terhadap Komplain	100 %
Sterilisasi dan binatu	19	Kepatuhan Penggunaan APD pada petugas	100 %
Logistik	20	Waktu tunggu Relevanan Logistik	100 %

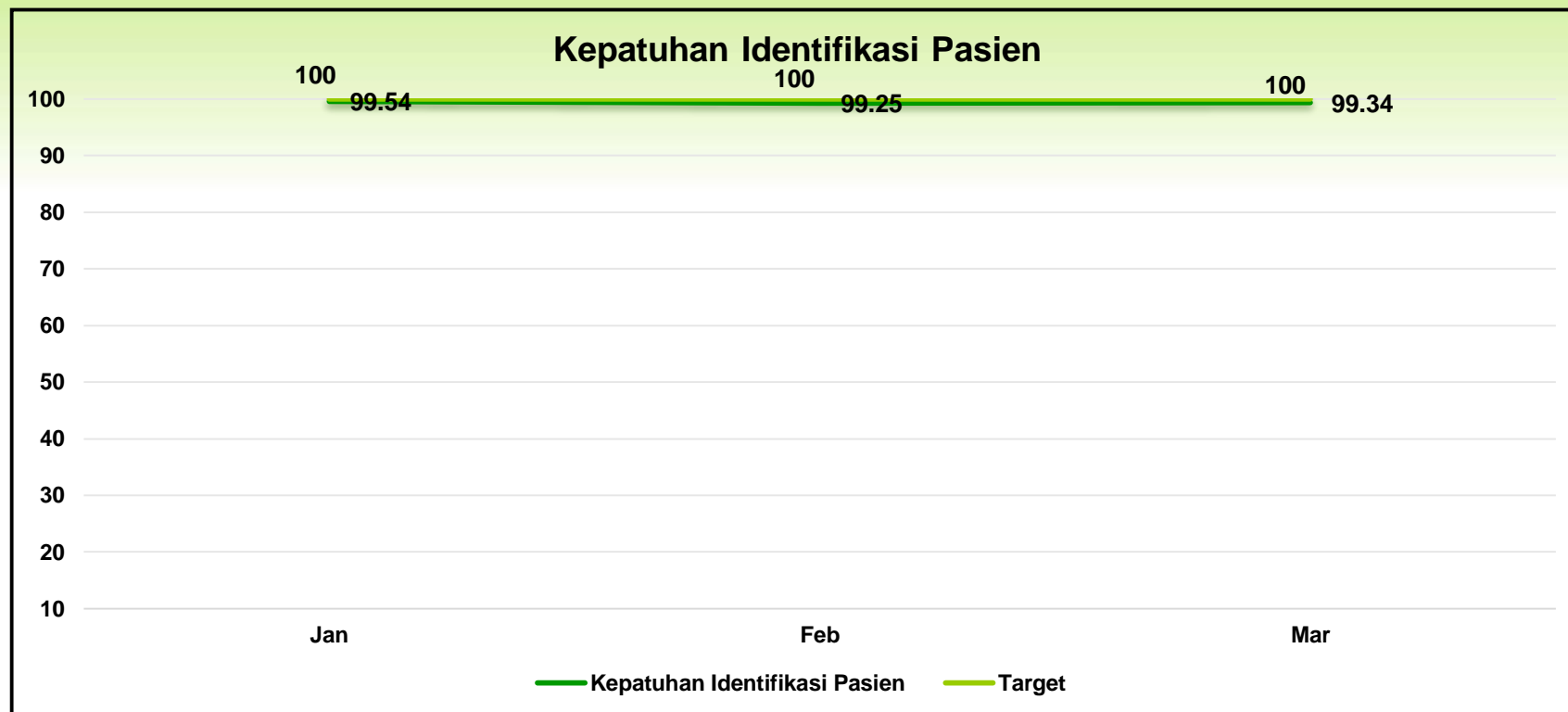
INDIKATOR AREA KESELAMATAN PASIEN

ISKP 1	Kepatuhan Petugas RS dalam melakukan identifikasi pasien secara benar dengan menanyakan nama dan tanggal lahir pasien
ISKP 2	Kepatuhan Dokter/Perawat dalam menggunakan TBaK pada saat pelayanan
ISKP 3	Kepatuhan Dokter/Perawat dalam melakukan double check pada saat penggunaan High Alert
ISKP 4	Kepatuhan membuat marking atau tanda sisi Lokasi Operasi berupa tanda panah oleh dokter bedah
ISKP 5	Kepatuhan Petugas Kesehatan dalam melakukan Hand Hygiene pada 5 moment
ISKP 6	Kepatuhan Perawat dalam melakukan Asessment resiko tinggi jatuh dalam 24 jam setelah menerima pasien

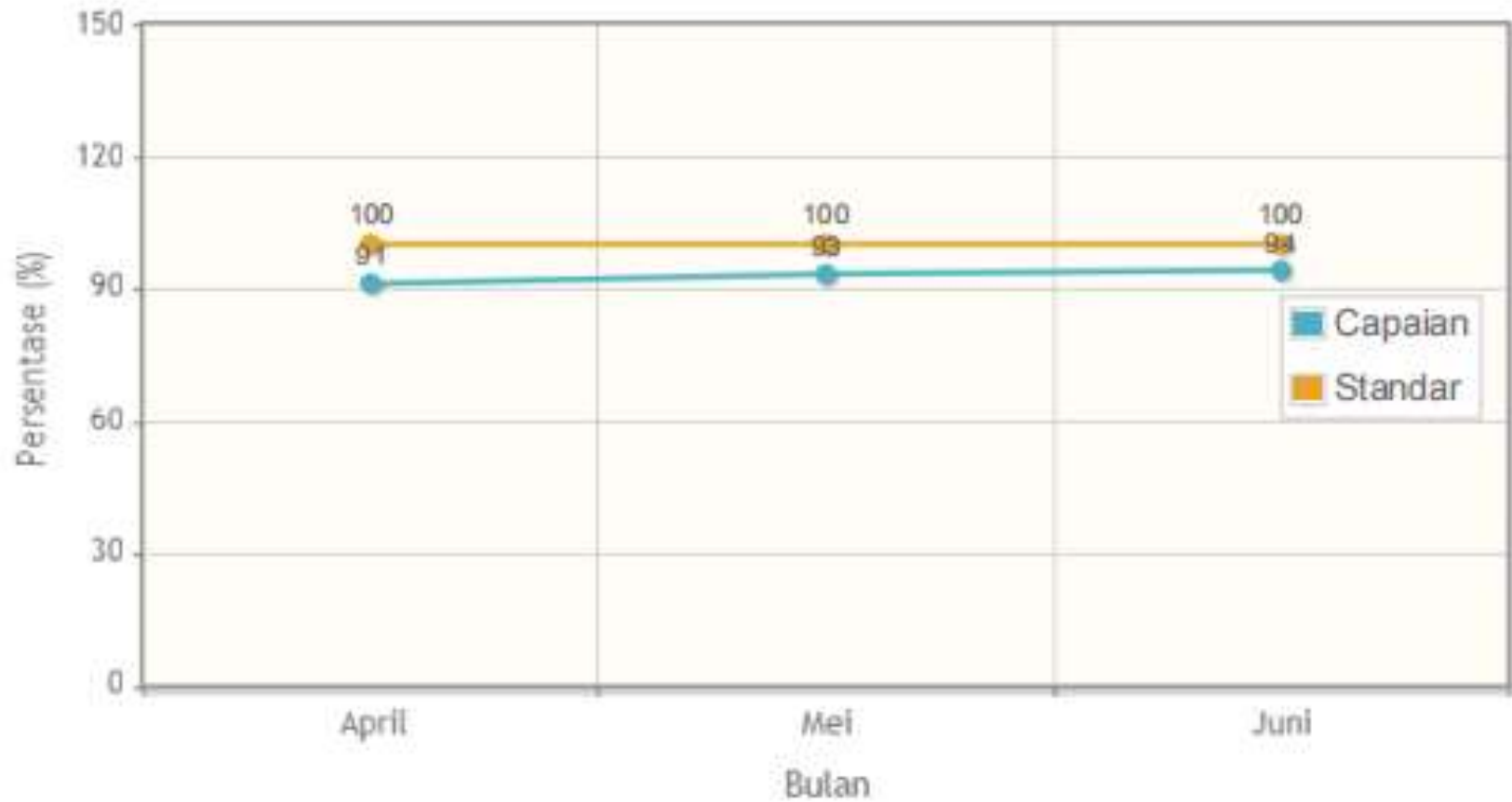
KEJADIAN TIDAK DIINGINKAN

Kode Indikator	Area Indikator	Nama Indikator	Target
IT 1	Semua reaksi transfusi yang sudah dikonfirmasi, jika sesuai untuk RS	Kejadian reaksi transfusi	$\leq 0,01\%$
IT 2	Semua kejadian serius akibat efek samping obat jika sesuai dan sebagaimana yang didefinisikan oleh RS	Insiden serius akibat efek samping obat	0
IT 3	Semua kesalahan obat yang signifikan, jika sesuai dan sebagaimana yang didefinisikan oleh RS	Kesalahan dispensing obat oleh depo farmasi rawat jalan	$< 0,5\%$
IT 4	Semua perbedaan besar antara diagnosis pra operasi dan pasca operasi	Ketidaksesuaian diagnosis pre operasi dan post operasi di Instalasi Bedah Sentral (IBS)	0%
IT 5	Efek samping atau pola efek samping selama sedasi moderat atau mendalam dan pemakaian anestesi	Kejadian desaturasi pada pasien yang dilakukan sedasi sedang dalam	0%
IT 6	Kejadian-kejadian lain seperti wabah penyakit menular	Kejadian infeksi ruang rawat inap	0%

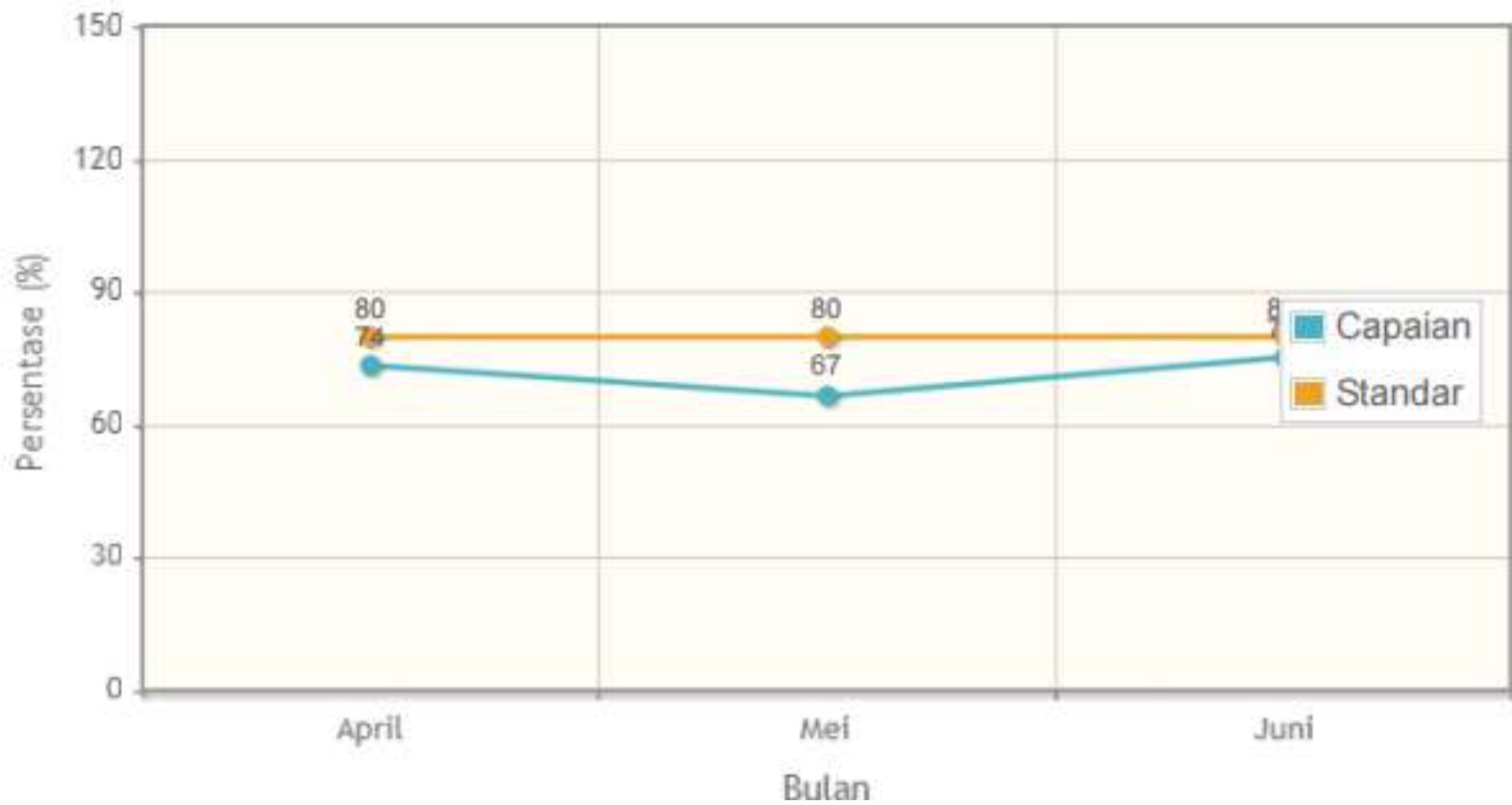
KEPATUHAN IDENTIFIKASI PASIEN



KEPATUHAN MENCUCI TANGAN

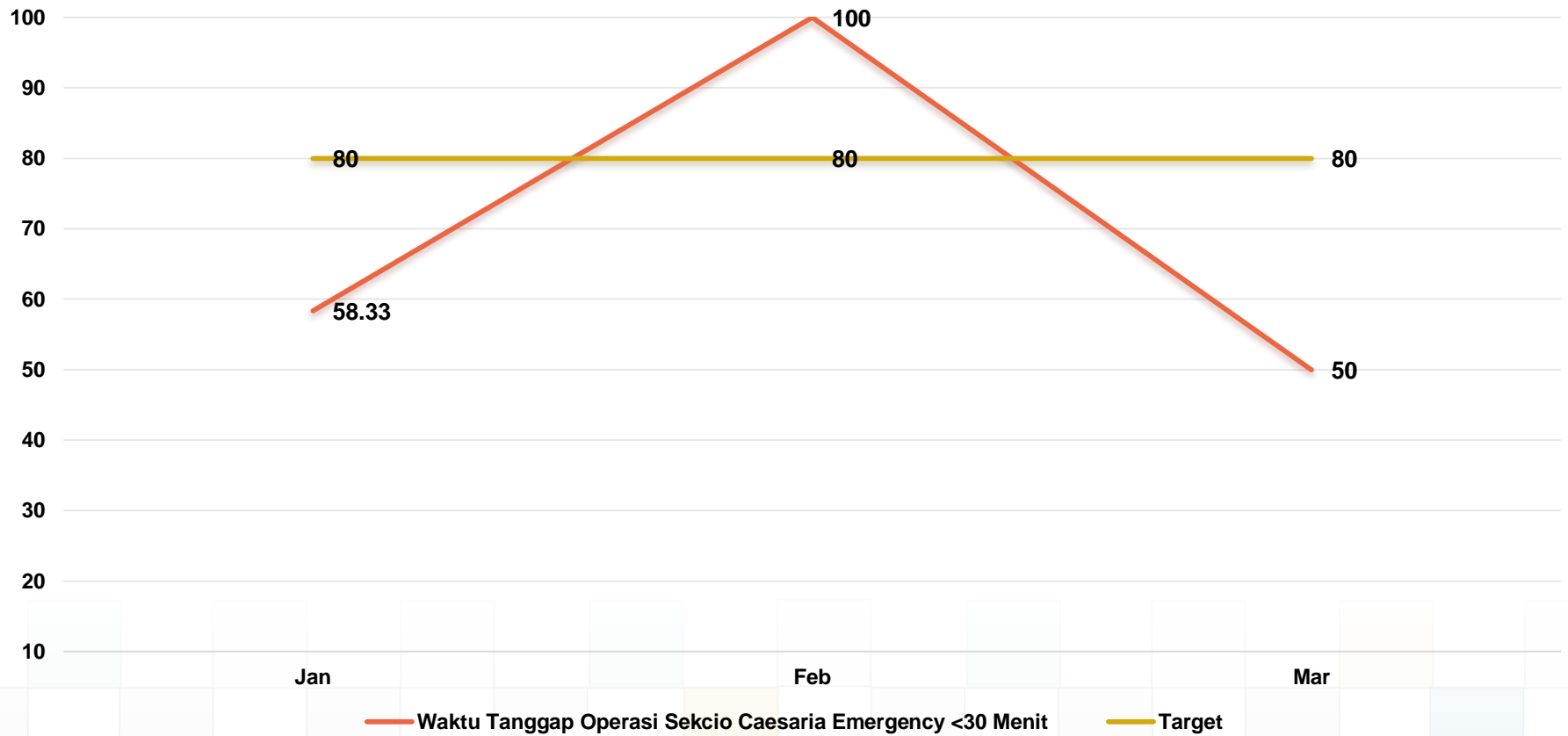


KEPATUHAN JAM VISITE DOKTER SPESIALIS



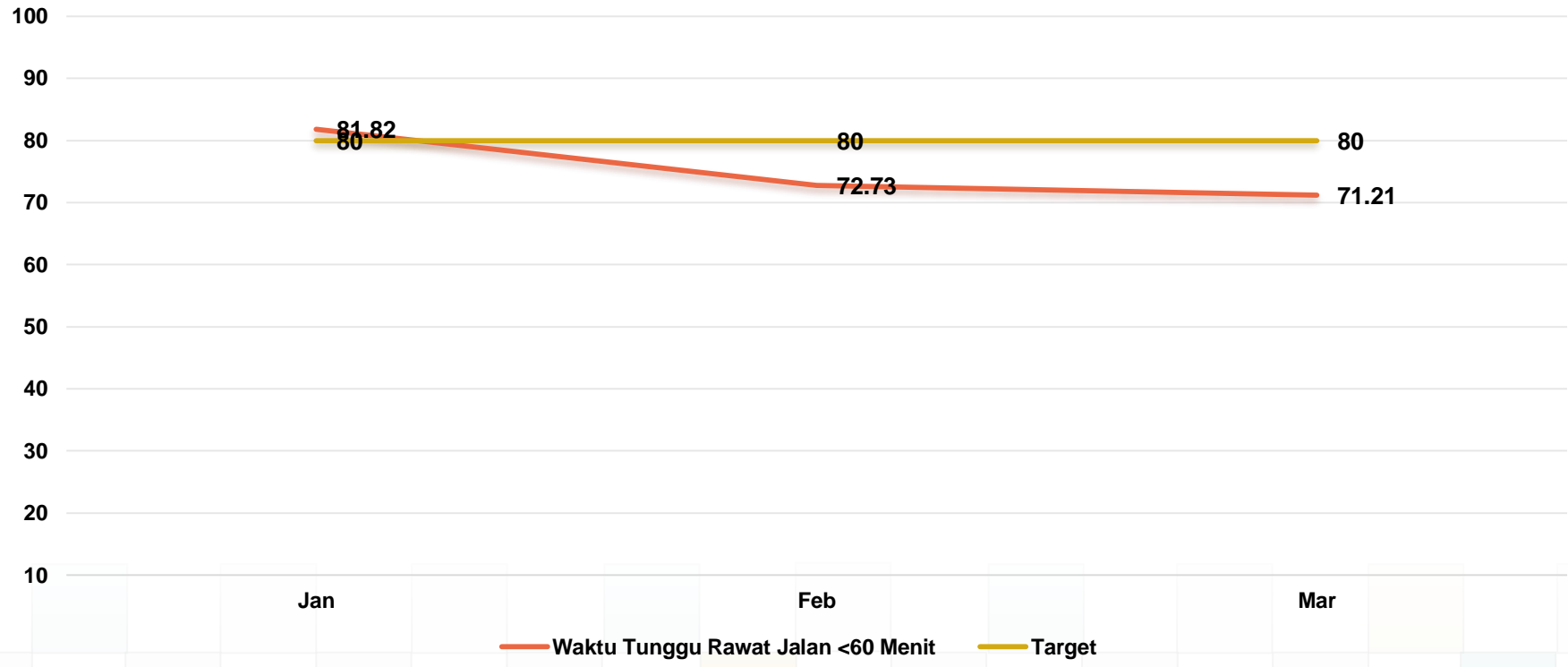


Waktu Tanggap Operasi Sekcio Caesaria Emergency <30 Menit



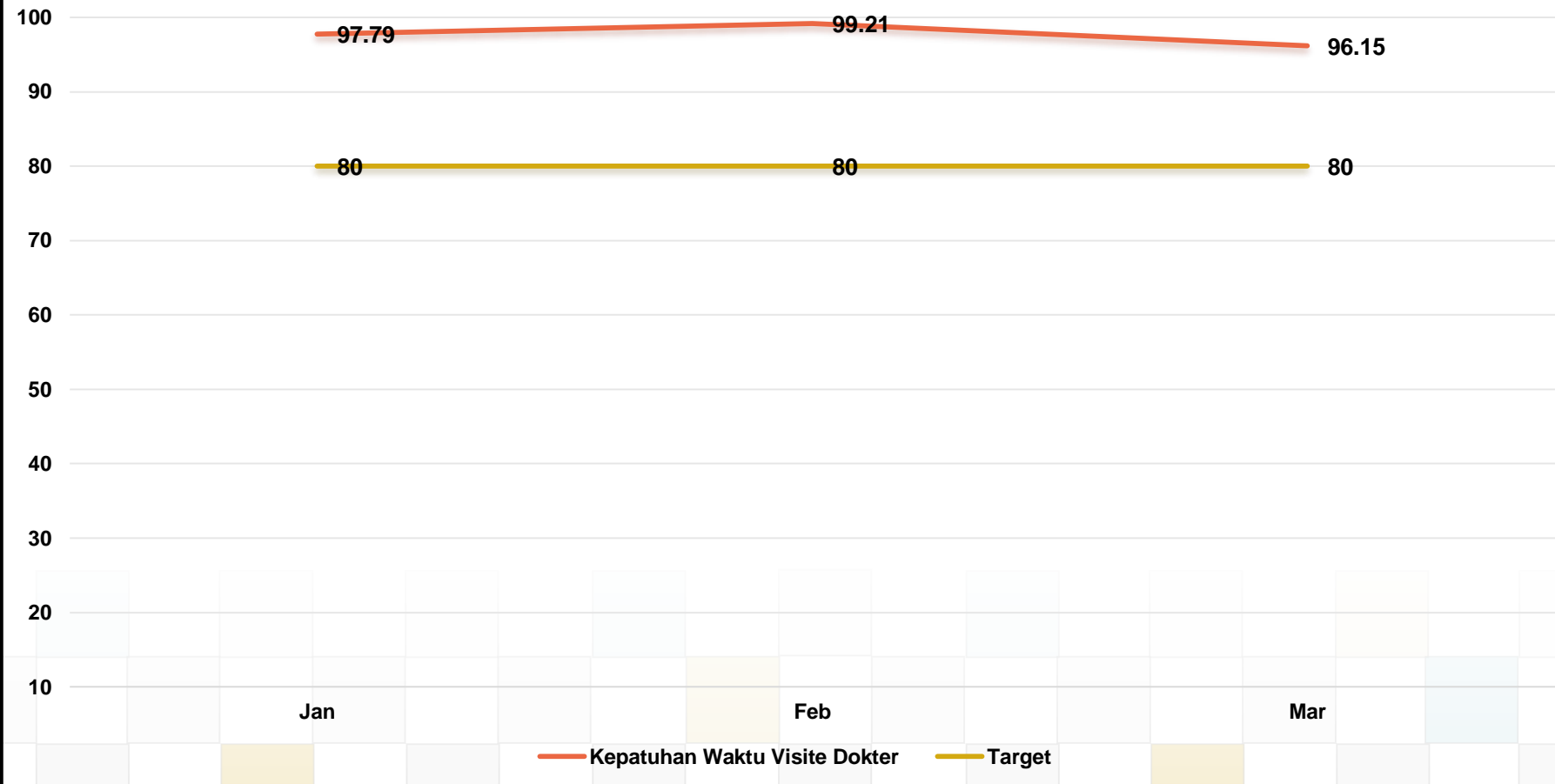


Waktu Tunggu Rawat Jalan <60 Menit



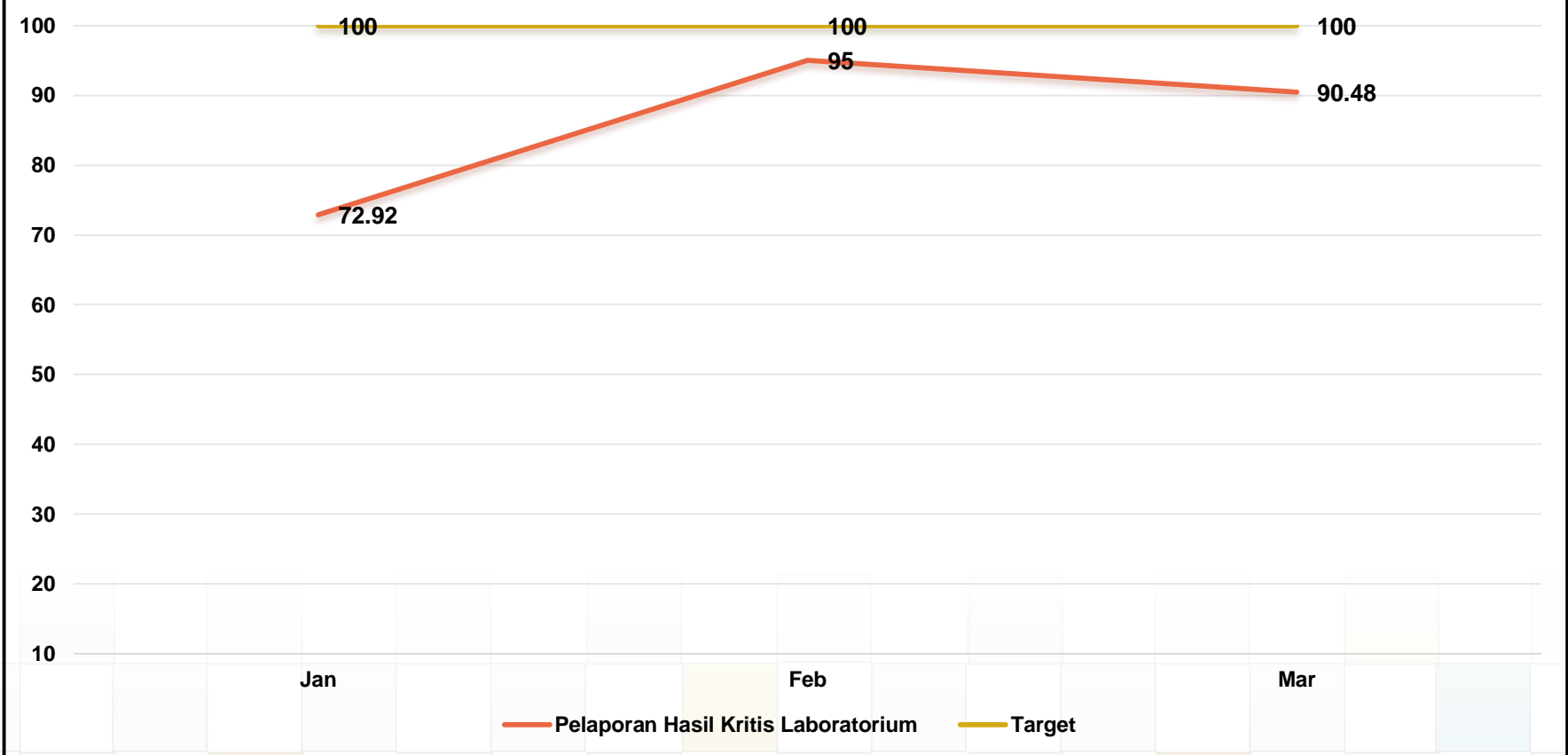


Kepatuhan Waktu Visite Dokter

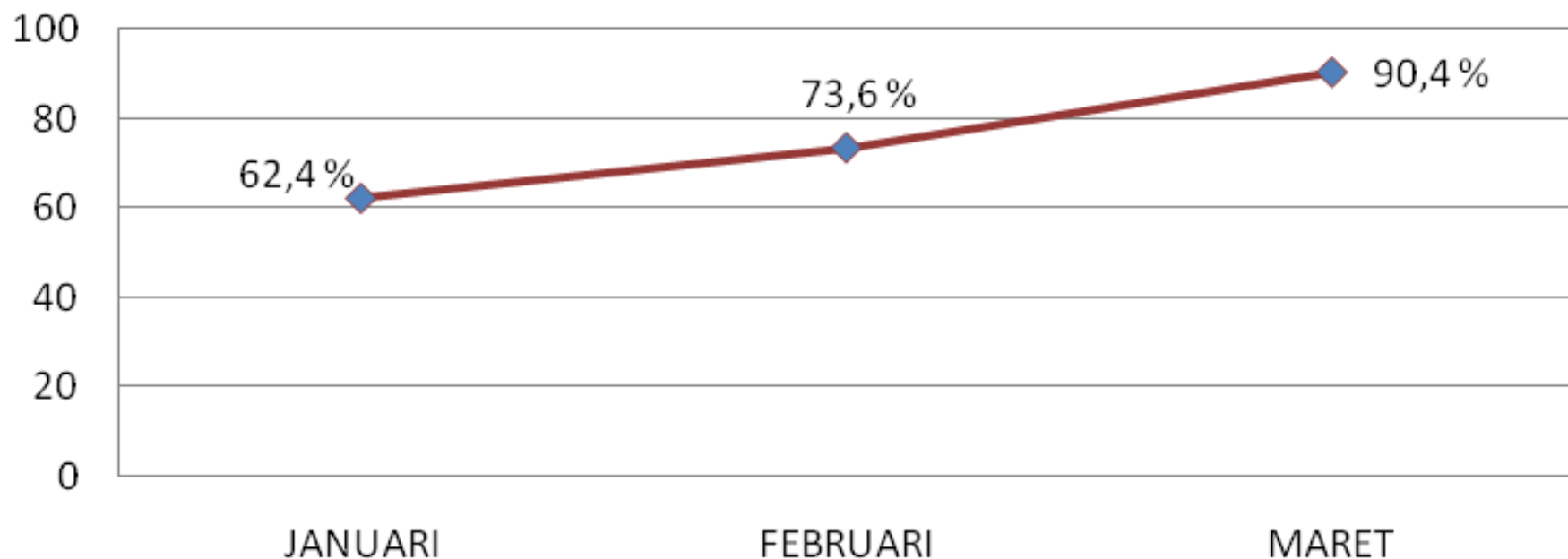




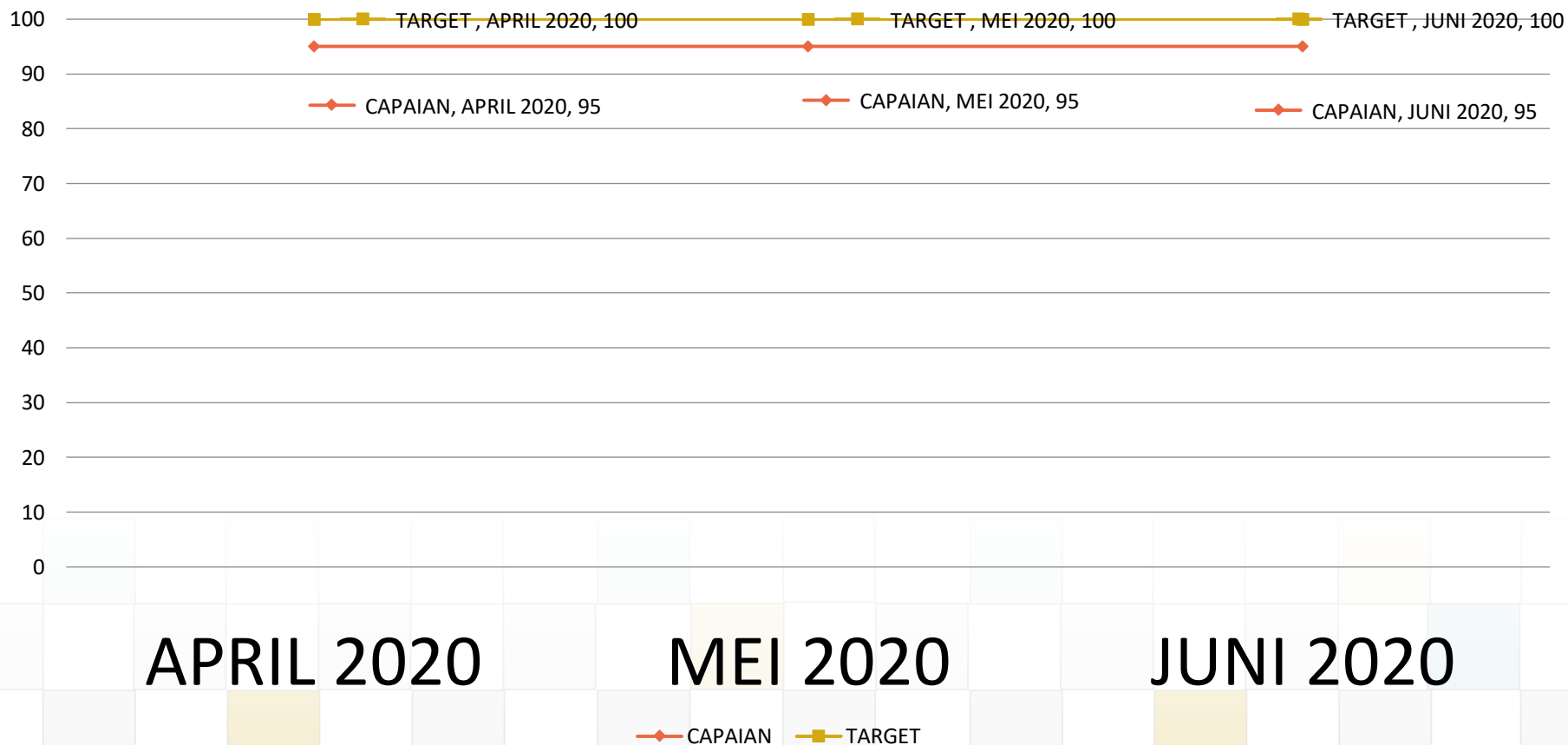
Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium



HASIL KEPATUHAN CUCI TANGAN PETUGAS BULAN JANUARI-MARET 2020

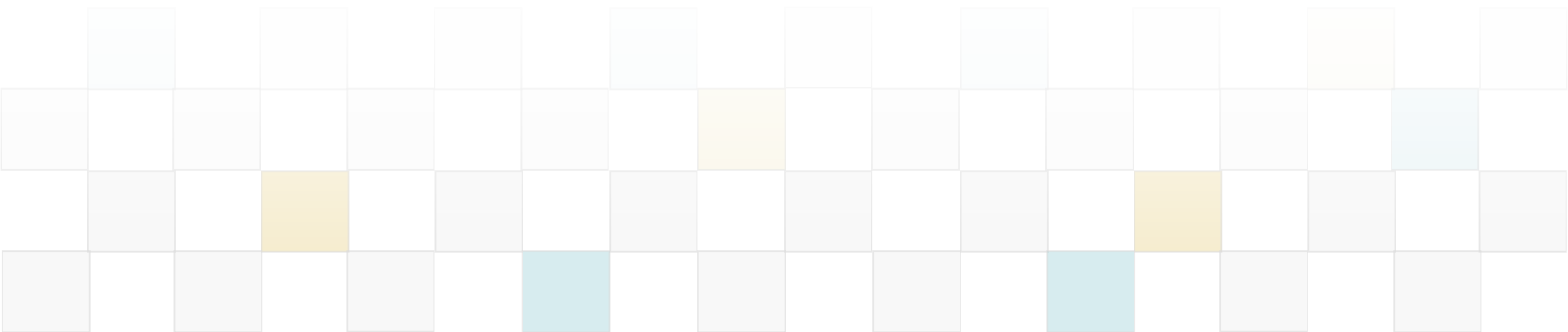


Waktu Tunggu Penerimaan Obat Racikan Pasien Rawat Jalan < 60 Menit





BULAN	KPCS	KNC	KTC	KTD	SENTINEL
JANUARI	0	0	1	2	0
FEBRUARI	1	0	0	1	0
MARET	0	0	1	1	0
TOTAL	1	0	2	4	0





TERIMA KASIH

