

LAPORAN DATA MUTU PRIORITAS RS PERIODE TRIWULAN II

I. PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Sejalan dengan perubahan sosial budaya masyarakat dan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, peningkatan pengetahuan masyarakat tentang kesehatan dan perkembangan informasi yang demikian cepat dan diikuti oleh tuntutan masyarakat akan pelayanan kesehatan yang lebih baik mengharuskan sarana pelayanan kesehatan untuk mengembangkan diri secara terus menerus seiring dengan perkembangan yang ada pada masyarakat tersebut. Pengembangan yang dilaksanakan tahap demi tahap berusaha untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit tetap dapat mengikuti perubahan yang ada.

Mutu Pelayanan Rumah Sakit merupakan derajat kesempurnaan pelayanan Rumah Sakit untuk memenuhi kebutuhan masyarakat/konsumen akan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar profesi dan standar pelayanan profesi dengan menggunakan potensi sumber daya yang tersedia di rumah sakit secara wajar, efisien dan efektif serta diberikan secara aman dan memuaskan sesuai norma, etika, hukum dan sosio budaya, dengan memperhatikan keterbatasan dan kemampuan pemerintah dan masyarakat sebagai konsumen.

Upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien merupakan wujud komitmen rumah sakit dalam memberikan pelayanan yang semakin baik disamping juga agar rumah sakit tetap bertahan diantara makin banyaknya kompetitor bidang pelayanan kesehatan. Upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien di semua unit pelayanan, baik pada unit pelayanan medik, pelayanan penunjang medik, ataupun pada unit pelayanan administrasi dan manajemen melalui program penjaminan mutu.

Untuk pemenuhan kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien th 2018 maka dilakukan pelaksanaan penilaian indikator mutu prioritas layanan rs yang telah dipilih ,terdiri dar indikator mutu area klinisi ,area manajemen ,sasaran keselamatan pasien

Telah ditetapkan indikator mutu prioritas area klinis ,manajemen dan sasaran keselamatan pasien layanan Hemodialisa yang menjadi prioritas peningkatan mutu RSUD RD Mattaher jambi untuk tahun 2018 .

Pengumpulan data dilakukan di unit kerja yang terkait layanan prioritas mutu .

Selain pemantauan yang dilakukan oleh unit kerja masing masing ,pemantauan juga dilakukan melalui program validasi data ,valid data merupakan alat penting untuk memahami mutu dari data mutu dan untuk mencapai tingkat dimana data tersebut cukup menyakinkan bagi para pembuat keputusan .hitungan keakuratan dilakukan dengan membandingkan hasil data orang pertama dengan orang kedua , hasil nya harus $\geq 90\%$ dari hasil data orang pertama untuk dinyatakan sebagai valid .

Laporan mutu triwula kedua th 2018 ini dibuat untuk mengevaluasi perkembangan hasil pemantauan indikator mutu prioritasi yang dilakukan unit .

B. TUJUAN

1. TUJUAN UMUM

Diketuinya pekembangan mutu layanan prioritas dan penerapan keselamatan pasien di Rumah Sakit Raden Mattaher pada triwulan 2 , 2018

2. Tujuan khusus .

- a. Dievaluasi peningkatan mutu prioritas RSUD Raden Mattaher jambi melalau pemantauan indikator mutu dan keselamatan pasien yang telah di tetapkan berdasarkan standar PMPK SNAR tahun 2018 di tiap tiap unit,serta didapatkan analisa dan rencana tindak lanjut pelaksanaan pemantaun mutu rumah sakit

- b. Di evaluasi program keselamatan pasien dengan pemantauan insiden keselamatan pasien rumah sakit (ikprs)
- c. Didapatkannya rekomendasi dari direktur dan dewan pengawas mengenai pelaksanaan program mutu pelayanan dan penerapan keselamatan pasien
- d. Didapat kan rekomendasi dari dewan representasi rumah sakit mengenai pelaksanaan program mutu pelayanan dan penerapan keselamatan pasien

**II. KEGIATAN PEMANTAUAN INDIKATOR PMKP
PADA BULAN TRIWULAN II
TH 2018**

A. Kegiatan pokok

Seperti telah dijelaskan diatas kegiatan pemantuan indikator mutu dan keselamatan pasien pada bulan april ,mei ,juni 2018 , adapun indikator yang dipantau adalah

NO	INDIKATOR	sasaran	standar
	INDIKATOR KLINIS		
1	kegagalan insersi akses femoralis	HD	≤ 20%
2	tingkat infeksi pada akses CDL	HD	≤ 20%
3	tingkat memar dan hematoma pada cimino	HD	≤ 20%
4	kelengkapan asesmen keperawatan dalam waktu 24 jam	IRIN	95%
5	kelengkapan asesmen medis dalam waktu 24 jam	IRIN	95%
6	penulisan resep sesuai formularium	FARMASI	100%
7	angka kejadian infeksi pasca operasi	PPI	%
8	Respon time dr igd	IGD	< 5 menit
	INDIKATOR MANAJEMEN		
1	penundaan layanan HD karena alat HD rusak	HD	< 1%
2	ketepatan wakt kalibrasi alat medis di rs	SAPRAS	100%
3	kepuasaan pasien dan keluarga hemodialisa	HD	90%
4	kecepatan respon komplain	UPPRS	100%
	INDIKATOR KESELAMATAN PASIEN		
1	Kepatuhan identifikasi pasien	IRIN	100%
2	persentase pendokumentasian Tubalkon	IRIN	100%
3	angka kelengkapan pengisian surgical check list di kamar operasi	OK	100%
4	kepatuhan penyimpanan obat yang perlu di waspadai	FARMASI	100%
5	kepatuhan penerapan cuci tangan	PPI	95%
6	kepatuhan upaya pencegahan resio cedera akibar pasien jatuh : asesmen resiko jatuh pasien rawat inap	IRIN	100%

B. DATA MUTU CAPAIAN 3 BULAN KEDUA TH 2018

NO	INDIKATOR	sasaran	standar	april	mei	juni
INDIKATOR KLINIS						
1	kegagalan insersi akses femoralis	HD	≤ 20%	0	20%	20%
2	tingkat infeksi pada akses CDL	HD	≤ 20%	0	0	6,60%
3	tingkat memar dan hematoma pada cimino	HD	≤ 20%	0	0	0
4	kelengkapan asesmen keperawatan dalam waktu 24 jam	IRIN	95%	96	96	96
5	kelengkapan asesmen medis dalam waktu 24 jam	IRIN	95%	94	95	95
6	penulisan resep sesuai formularium	FARMASI	100%	91.97	92	97.61
7	angka kejadian infeksi pasca operasi	PPI	%	1.1	0	0.6
8	Respon time dr igd	IGD	< 5 menit	1.78	0.8	1.2
INDIKATOR MANAJEMEN						
1	penundaan layanan HD karena alat HD rusak	HD	< 1%	0	0	0
2	ketepatan wakt kalibrasi alat medis di rs	SAPRAS	100%			
3	kepuasaan pasien dan keluarga hemodialisa	HD	90%			79.37
4	kecepatan respon komplain	UPPRS	100%	100%	100%	100%
INDIKATOR KESELAMATAN PASIEN						
1	Kepatuhan identifikasi pasien	IRIN	100%	98	98	98
2	persentase pendokumentasian Tubalkon	IRIN	100%	97	97	97
3	angka kelengkapan pengisian surgical check list di kamar operasi	OK	100%	98	98	98
4	kepatuhan penyimpanan obat yang perlu di waspadai	FARMASI	100%			
5	kepatuhan penerapan cuci tangan	PPI	95%	72.39	74.95	73.54
6	kepatuhan upaya pencegahan resiko cedera akibar pasien jatuh : asesmen resiko jatuh pasien rawat inap	IRIN	100%	100	100	100

C. REKAPITULASI DATA MUTU PRIORITAS SEMESTER 1 TH 2018

NO	INDIKATOR	sasaran	standar	januari	feb	maret	april	mei	juni
INDIKATOR KLINIS									
1	kegagalan insersi akses femoralis	HD	≤ 20%	0	0	0	0	20%	20%
2	tingkat infeksi pada akses CDL	HD	≤ 20%	0	0	0	0	0	6,60%
3	tingkat memar dan hematoma pada cimino	HD	≤ 20%	0	0	0	0	0	0
4	kelengkapan asesmen keperawatan dalam waktu 24 jam	IRIN	95%	92	93	95	96	96	96
5	kelengkapan asesmen medis dalam waktu 24 jam	IRIN	95%	90	92	94	94	95	95
6	penulisan resep sesuai formularium	FARMASI	100%	98.99	99.02	98.96	91.97	92	97.61
7	angka kejadian infeksi pasca operasi	PPI	%	1.1	3.4	1.1	1.1	0	0.6
8	Respon time dr igd	IGD	< 5 menit	1.3	1.06	1.06	1.78	0.8	1.2
INDIKATOR MANAJEMEN									
1	penundaan layanan HD karena alat HD rusak	HD	< 1%	20%	0	0	0	0	0
2	ketepatan wakt kalibrasi alat medis di rs	SAPRAS	100%						
3	kepuasaan pasien dan keluarga hemodialisa	HD	90%						79.37
4	kecepatan respon komplain	UPPRS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
INDIKATOR KESELAMATAN PASIEN									
1	Kepatuhan identifikasi pasien	IRIN	100%	90	94	96	98	98	98

2	persentase pendokumentasian Tubalkon	IRIN	100%	95	96	97	97	97	97
3	angka kelengkapan pengisian surgical check list di kamar operasi	OK	100%	96	98	98	98	98	98
4	kepatuhan penyimpanan obat yang perlu di waspadai	FARMASI	100%						
5	kepatuhan penerapan cuci tangan	PPI	95%	71.52	72.82	74.98	72.39	74.95	73.54
6	kepatuhan upaya pencegahan resiko cedera akibat pasien jatuh : asesmen resiko jatuh pasien rawat inap	IRIN	100%	99.9	99.9	100	100	100	100