

LAPORAN DATA INDIKATOR MUTU YANG AKAN DIPUBLIKASI



KOMITE MUTU

RSUD H. ABDUL MANAP KOTA JAMBI

TAHUN 2023

LAPORAN PENGESAHAN

LAPORAN DATA INDIKATOR MUTU YANG AKAN DIPUBLIKASI

RSUD H. ABDUL MANAP KOTA JAMBI

TAHUN 2023

Jambi, 10 Oktober 2023

Direktur

**DIREKTUR RUMAH SAKIT
UMUM DAERAH H. ABDUL
MANAP KOTA JAMBI**

dr. Rudi Maruli H. Pardede

Pembina IV/a

Nip. 19770818201001 1 009

Kata Pengantar

Puji syukur kita panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, karena berkat rahmatnya penyusunan Laporan Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien Tahun 2023 Semester I, ini dapat disusun dan diselesaikan tepat waktu sehingga dapat dilaporkan kepada pemilik rumah sakit umum daerah H. Abdul Manap Kota Jambi.

Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien dilakukan berdasarkan ketersediaan data, penggunaan data secara efektif dapat dilakukan secara evidence-based praktek klinik dan terbatas, maka rumah sakit tidak dapat mengumpulkan data untuk semua hal yang diinginkan. Jadi rumah sakit memilih proses dan hasil outcome praktik klinik dan manajemen yang harus dinilai atau diukur dengan mengacu pada misi rumah sakit, kebutuhan pasien dan jenis pelayanan. Penilaian sering terfokus pada proses yang berimplikasi resiko tinggi, diberikan dalam volume besar atau cenderung menimbulkan masalah. Pimpinan rumah sakit memiliki peranan kunci untuk memastikan rencana mutu dan keselamatan pasien membentuk budaya organisasi rumah sakit dan memberi dampak pada setiap aspek kegiatan serupa berupa Standar Pelayanan Minimal dan pencapaiannya sesuai indikator yang dipergunakan di setiap unit pelayanan di Rumah Sakit Umum Daerah H. Abdul Manap Kota Jambi.

Dengan tersusunnya Laporan Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien ini, kami mengucapkan terima kasih kepada tim yang telah membantu terselesaikannya laporan ini sehingga dapat dipergunakan untuk pendekatan sistemik dalam hal aplikasi proses dan pengetahuan yang seragam dalam melaksanakan semua kegiatan mutu dan keselamatan pasien rumah sakit.

Penyusun

Tim PMKP

BAB I

PENDAHULUAN

I. LATAR BELAKANG

Tujuan Pembangunan Kesehatan adalah tercapainya kemampuan untuk hidup sehat bagi setiap penduduk agar dapat mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Pelayanan Rumah Sakit ikut bertanggung jawab dalam mewujudkan derajat kesehatan masyarakat dengan meningkatkan mutu pelayanan yang menjadi prioritas utama di pelayanan Rumah Sakit.

Perkembangan IPTEK Kedokteran yang semakin pesat dimana pelayanan spesialisik dan subspesialisik cenderung semakin berkembang, selain itu dengan semakin meningkatnya pendidikan dan keadaan social ekonomi masyarakat maka system nilai dan orientasi dalam masyarakat mulai berubah. Masyarakat mulai cenderung menuntut pelayanan yang lebih baik, lebih ramah dan lebih bermutu termasuk pelayanan kesehatan. Maka Rumah Sakit secara bertahap perlu terus meningkatkan mutu agar dapat memberi kepuasan terhadap pasien, keluarga maupun masyarakat.

Upaya-upaya untuk meningkatkan mutu pelayanan RSUD H. Abdul Manap Kota Jambi sebenarnya sudah dilaksanakan namun dalam pelaksanaannya masih ditemukan kendala, sehingga dibutuhkan evaluasi program peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang telah dilakukan. Program peningkatan mutu melibatkan seluruh unit di RSUD H. Abdul Manap Kota Jambi dengan berbagai pelayanan yang diberikan dan tenaga 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 agar dapat diambil langkah-langkah tindak lanjutnya rangka meningkatkan mutu pelayanan.

II. TUJUAN

- Untuk mengetahui kendala-kendala yang terjadi dalam pelaksanaan program
- Sebagai evaluasi kesesuaian jadwal pelaksanaan program
- Sebagai masukan dalam merencanakan program selanjutnya

- Sebagai informasi kepada pimpinan tentang pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien rumah sakit.

BAB III

INDIKATOR MUTU

A. Indikator Mutu Nasional

No	Indikator
1	Kepatuhan Kebersihan Tangan
2	Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri
3	Kepatuhan Identifikasi Pasien
4	Waktu tanggap seksio sesarea emergensi
5	Waktu tunggu rawat jalan
6	Penundaan operasi elektif
7	Kepatuhan waktu visite dokter
8	Pelaporan hasil kritis laboratorium
9	Kepatuhan penggunaan Formularium Nasional
10	Kepatuhan terhadap clinical pathway
11	Kepatuhan upaya pencegahan resiko pasien jatuh
12	Kecepatan waktu tanggap komplain
13	Kepuasan Pasien

BAB III

HASIL PENCAPAIAN DATA MUTU INDIKATOR

A. Indikator Mutu Nasional

1. Kepatuhan Kebersihan Tangan

Indikator Mutu	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Ags	Sep
Capaian	90,74 %	91,67 %	88,89 %	89,81 %	88,43 %	86,57 %	87,50 %	87,96 %	89,81 %
Target	≥85 %	≥85 %	≥85 %	≥85 %	≥85 %	≥85 %	≥85 %	≥85 %	≥85 %

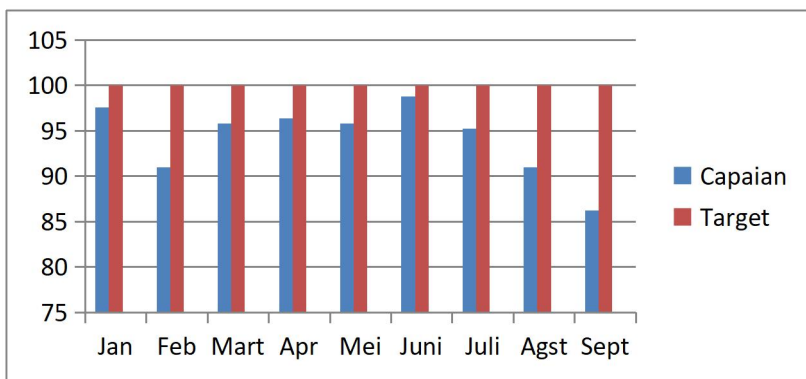


Analisa

Capaian Kepatuhan Kebersihan Tangan rata-rata sudah memenuhi target.

2. Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri

Indikator Mutu	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Ags	Sep
Capaian	97,60 %	97,01 %	95,81 %	96,41 %	95,81 %	98,80 %	95,21 %	91,02 %	86,23 %
Target	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

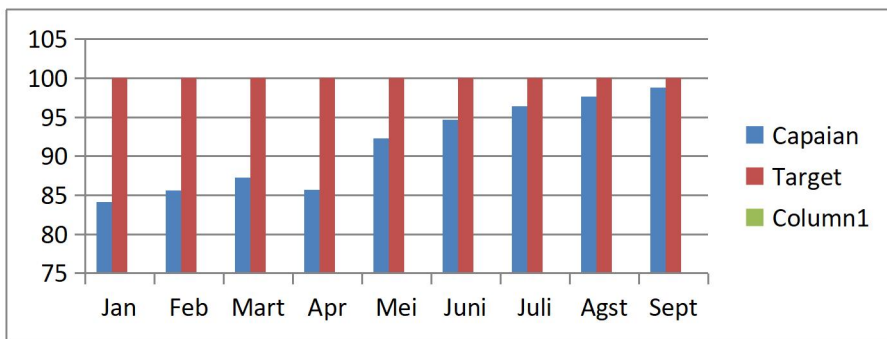


Analisa

Capaian Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri rata-rata belum mencapai target

3. Kepatuhan Identifikasi Pasien

Indikator Mutu	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Ags	Sep
Capaian	84,13 %	85,64 %	87,23 %	85,71 %	92,26 %	94,64 %	96,43 %	97,62 %	98,81 %
Target	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

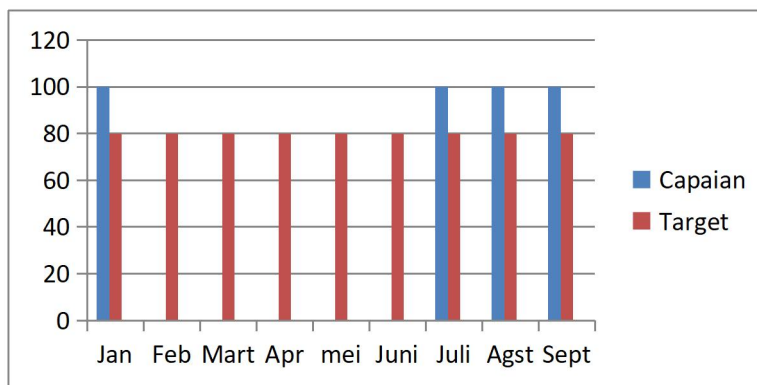


Analisa

Capaian Kepatuhan Identifikasi Pasien rata-rata belum mencapai target

4. Waktu Tanggap Seksio Sesarea Emergansi

Indikator Mutu	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Ags	Sep
Capaian	100%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	100%	100%
Target	80 %	80 %	80 %	80 %	80 %	80 %	80 %	80 %	80 %

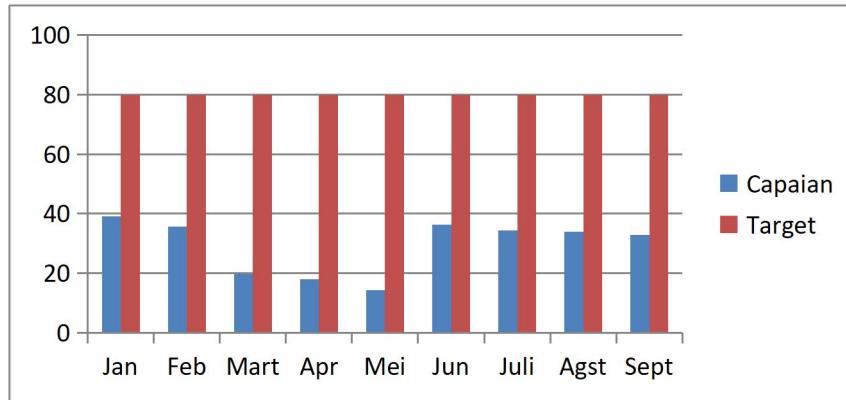


Analisa

Capaian Waktu Tanggap Seksio Sesarea Emergansi rata-rata sudah mencapai target

5. Waktu Tunggu Rawat Jalan

Indikator Mutu	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Ags	Sep
Capaian	39,11 %	35,64 %	19,61 %	17,95 %	14,17 %	36,21 %	34,44 %	33,98 %	32,87 %
Target	80 %	80 %	80 %	80 %	80 %	80 %	80 %	80 %	80 %

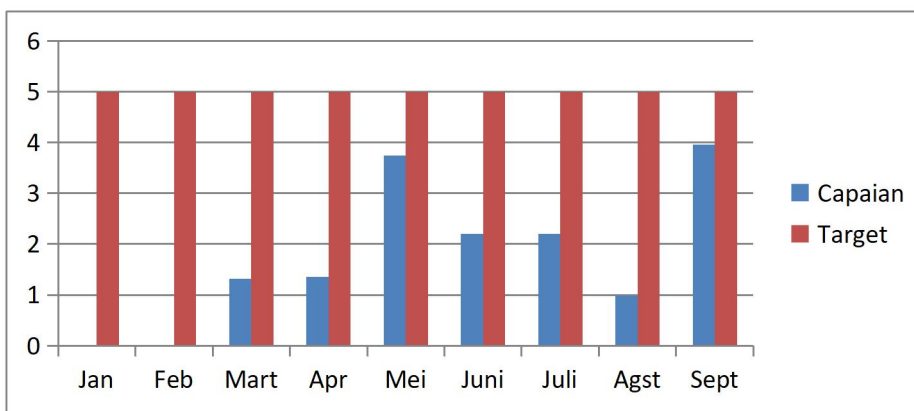


Analisa

Capaian Waktu Tunggu Rawat Jalan rata-rata belum mencapai target

6. Penundaan Operasi Elektif

Indikator Mutu	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Ags	Sep
Capaian	0.00 %	0.00 %	1,32 %	1,35 %	3,75 %	2,20 %	2,20 %	0,99 %	3,96 %
Target	≤ 5%	≤ 5%	≤ 5%	≤ 5%	≤ 5%	≤ 5%	≤ 5%	≤ 5%	≤ 5%

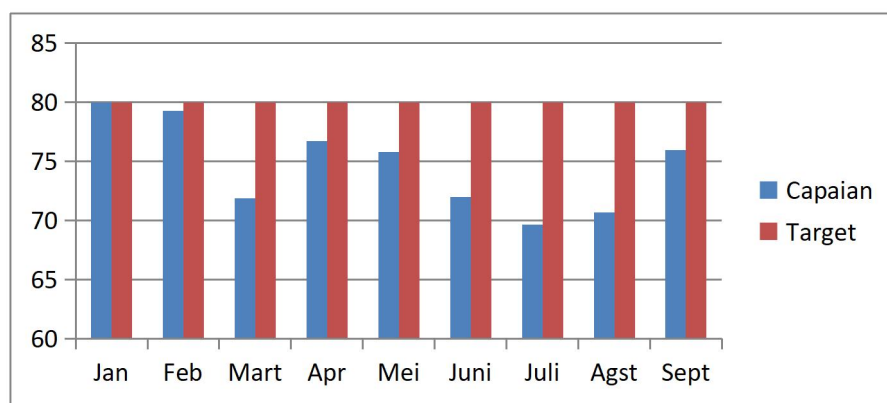


Analisa

Capaian Penundaan Operasi Elektif rata-rata sudah mencapai target

7. Kepatuhan Waktu Visite Dokter

Indikator or Mutu	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Ags	Sep
Capaian	80,00 %	79,29 %	71,89 %	76,70 %	75,77 %	72%	69,61 %	70,67 %	75,96 %
Target	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%

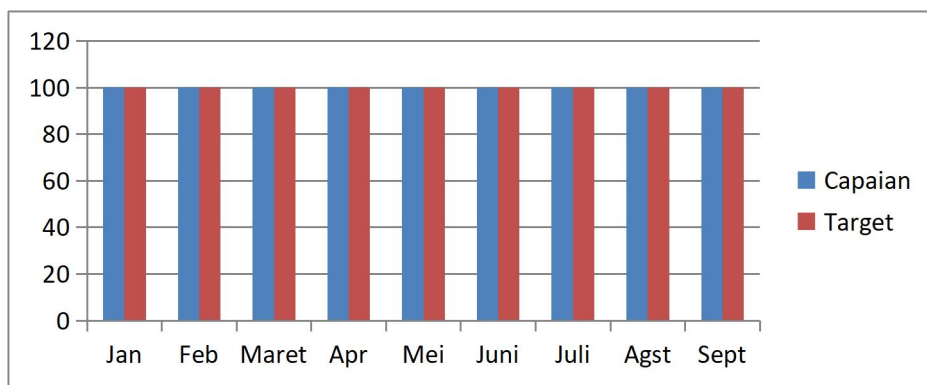


Analisa

Capaian Kepatuhan Waktu Visite Dokter rata-rata belum mencapai target

8. Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium

Indikator r Mutu	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Ags	Sep
Capaian	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Target	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

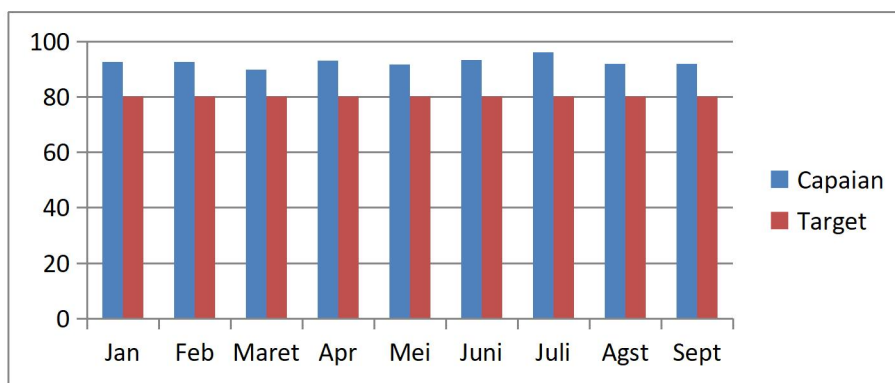


Analisa

Capaian Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium rata-rata sudah mencapai target

9. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional

Indikator Mutu	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Ags	Sep
Capaian	92,58 %	92,58 %	89,82 %	93,16 %	91,76 %	93,28 %	96,14 %	91,97 %	91,84 %
Target	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %

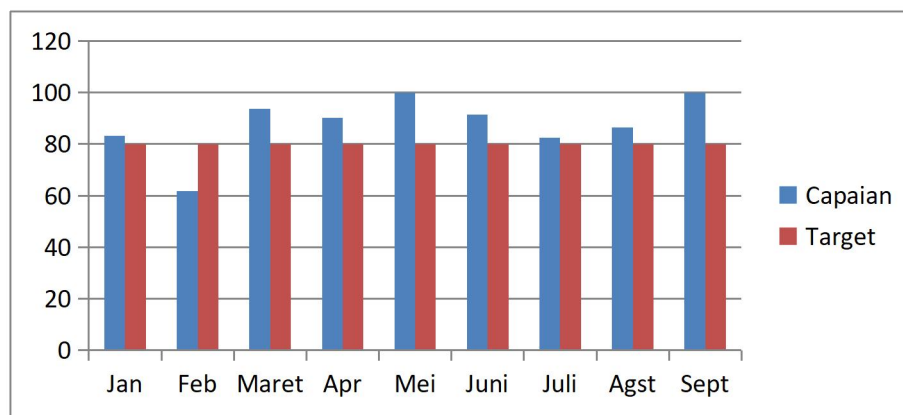


Analisa

Capaian Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional rata-rata sudah sesuai standar nasional.

10. Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway

Indikator Mutu	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Ags	Sep
Capaian	83,33 %	61,90 %	93,75 %	90,24 %	100 %	91,53 %	82,49 %	86,44 %	100 %
Target	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %

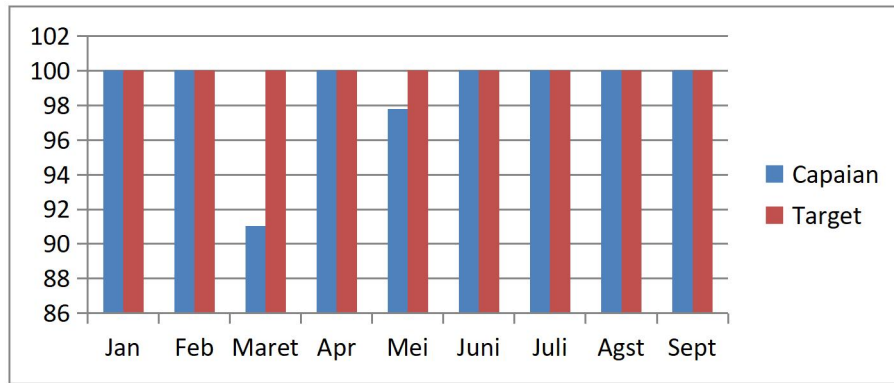


Analisa

Capaian Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway sudah sesuai standar nasional dan memenuhi target, akan tetapi pada bulan februari capaian masih dibawah target.

11. Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh

Indikator Mutu	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Ags	Sep
Capaian	100 %	100 %	91,04 %	100 %	97,80 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Target	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

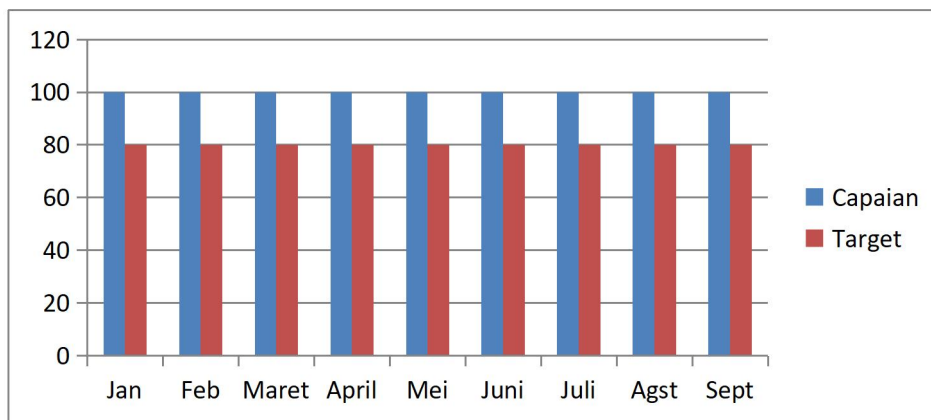


Analisa

Pada periode ini mencapai target, tetapi pada bulan maret dan mei belum mencapai target.

12. Kepatuhan Waktu Tanggap Komplain

Indikator Mutu	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Ags	Sep
Capaian	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Target	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %

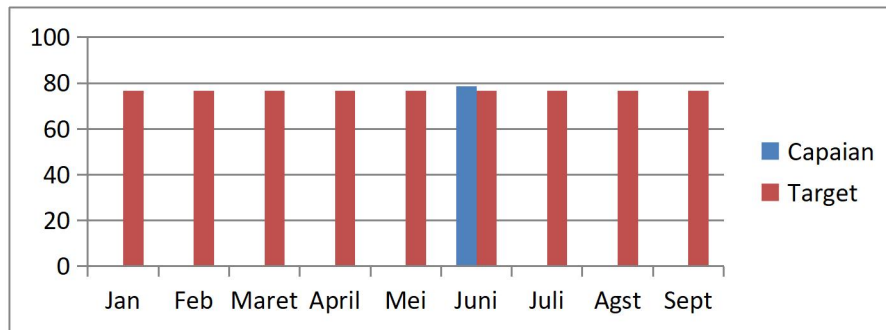


Analisa

Capaian Kepatuhan Waktu Tanggap Komplain sudah mencapai target standar nasional.

13. Kepuasan Pasien

Indikat or Mutu	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Ags	Sep
Capaian	-	-	-	-	-	78,55 %	-	-	-
Target	76.6 %	76.6 %	76.6 %	76.6 %	76.6 %	76.6 %	76.6 %	76.6 %	76.6 %



Analisa

Capaian Kepuasan Pasien rata-rata sudah mencapai target. Kepuasan pasien dievaluasi setiap 6 bulan sekali.

BAB IV

KESIMPULAN

Evaluasi indikator mutu PMKP ini diharapkan digunakan sebagai acuan dalam perencanaan, pelaksanaan dan penilaian upaya Peningkatan Mutu Pelayanan dan Keselamatan Pasien di RSUD H. Abdul Manap Kota Jambi.

Pencapaian indikator Area Klinis (IAK), Indikator Area Manajemen (IAM) dan Indikator Sasaran Keselamatan Pasien (ISKP) ini dilakukan sedemikian rupa sehingga hasil pencapaiannya dapat diukur dan dipergunakan sebagai bahan Evaluasi program ini telah dilakukan agar dapat diketahui adanya kendala-kendala dalam pelaksanaannya agar dapat diambil langkah-langkah tindak lanjutnya dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan di rumah sakit.

Kepada semua pihak yang terlibat dalam pengumpulan data indikator mutu Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien ini disampaikan penghargaan yang setinggi-tingginya. Tentunya Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien bermanfaat jika dapat berpengaruh terhadap keselamatan pasien, keluarga dan karyawan, ini dapat dilaksanakan dan mencapai tujuannya, bila yang dianut dan dijunjung tinggi oleh setiap rumah sakit dalam pemenuhan akreditasi yang paripurna diharapkan dapat memacu semangat dan memberi pelayanan yang terbaik tentunya oleh dukungan pemilik rumah sakit yakni dukungan Pemerintah Daerah.