

**PROGRAM PENINGKATAN MUTU
KESELAMATAN PASIEN UNIT
LABORATORIUM
RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH
PEKALONGAN**



**Yayasan Al-Irsyad Al-Islamiyyah
Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan**

2016

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, kami ucapkan puji dan syukur kehadiran Allah SWT, atas segala rahmat, taufiq dan hidayah-Nya sehingga kami dapat menyusun Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien Unit Laboratorium Tahun 2016. Program ini kami susun sebagai tolak ukur dalam meningkatkan mutu dan keselamatan pasien Unit Laboratorium Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan.

Dengan meningkatnya keselamatan pasien, diharapkan dapat mengurangi terjadinya suatu Kejadian Tidak Diinginkan sehingga kepercayaan masyarakat terhadap mutu pelayanan Rumah Sakit kembali meningkat. Mengingat issue keselamatan pasien sudah menjadi issue global dan tuntutan masyarakat, maka penyusunan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien Unit Laboratorium menjadi prioritas yang perlu dilakukan.

Semoga program peningkatan mutu dan keselamatan pasien Unit Laboratorium dapat digunakan sebagaimana mestinya dan dapat terealisasi dengan baik.

Pekalongan, Juni 2016

Koordinator Unit Laboratorium

Syarif Hakim,Amd AK

*Program Peningkatan Mutu Keselamatan Pasien Unit Laboratorium
Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan*

DAFTAR ISI

	Halaman
1. Kata Pengantar.....	2
2. Daftar Isi.....	3
3. Pendahuluan.....	4
4. Latar Belakang.....	4
5. Tujuan.....	4
6. Kegiatan Pokok & Rincian Kegiatan.....	5
7. Cara Melaksanakan Kegiatan.....	5
8. Sasaran.....	6
9. Jadwal Pelaksanaan Kegiatan.....	6
10. Evaluasi Pelaksanaan Kegiatan & Pelaporan..	7
11. Pencatatan ,Pelaporan & Evaluasi Kegiatan ..	7

PROGRAM KERJA PENINGKATAN MUTU KESELAMATAN PASIEN UNIT LABORATORIUM RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH TAHUN 2016

I . PENDAHULUAN

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.

Pelayanan laboratorium sangatlah penting karena selain untuk menegakkan diagnosa penyakit juga bertujuan untuk melihat perkembangan penyakit bagi pasien yang diperiksa di laboratorium. Upaya - upaya untuk meningkatkan mutu pelayanan laboratorium Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan terus dilakukan untuk memberikan pelayanan yang optimal.

II. LATAR BELAKANG

Upaya peningkatan mutu pelayanan laboratorium di Rumah Sakit Siti Khodijah merupakan kegiatan yang bertujuan memberikan hasil pemeriksaan yang cepat, tepat, akurat bagi pemeriksaan yang di lakukan sehingga diagnosa penyakit pasien bisa di tegakkan dengan tepat, cepat, akurat. Untuk menjaga kualitas mutu pelayanan laboratorium harus ada standar indikator mutu.

III . TUJUAN

A. Tujuan Umum

Meningkatkan mutu pelayanan laboratorium secara cepat, tepat, akurat dan keselamatan pasien di Unit Laboratorium

B. Tujuan Khusus

1. Meningkatnya kepatuhan pencatatan dan pelaporan indikator mutu di Laboratorium
2. Meningkatnya pemenuhan SKP
3. Meningkatnya kepatuhan pelaporan insiden keselamatan pasien
4. Meningkatnya kompetensi SDI
5. Meningkatnya kepuasan pasien
6. Memberikan Pelayanan kesehatan dengan tepat, benar, cepat dan akurat sesuai pemeriksaan yang di periksa dan kondisi pasien guna tegaknya diagnosa sehingga kepercayaan masyarakat menjadi meningkat terhadap pelayanan laboratorium di RS Siti Khodijah

IV. KEGIATAN POKOK DAN RINCIAN KEGIATAN

1. Meningkatkan kepatuhan pencatatan dan pelaporan indikator mutu di laboratorium.
 - a. Memilih indikator mutu unit kerja (dari SPM)
 - Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium (*Output*)
 - Kepuasan Pelanggan (*Outcome*)
 - b. Memilih indikator Area Klinis
 - Pelaporan nilai Kritis laboratorium
2. Meningkatkan pemenuhan SKP
Memilih Indikator Sasaran Keselamatan Pasien di laboratorium yaitu :
 - Kepatuhan petugas dalam melakukan cuci tangan sesuai WHO
3. Meningkatkan kepatuhan pelaporan insiden keselamatan pasien
4. Meningkatkan kompetensi SDI Laboratorium
 - a. Orientasi karyawan baru
 - b. Inhouse Training
 - c. Pengiriman pelatihan di luar Rumah sakit
5. Penilaian kinerja unit
6. Penilaian kinerja staf
7. Pemantauan indikator mutu alat KSO dengan para rekanan
 - a. Alat Hematologi (Analiser Sysmex Xs 800 i)
 - b. Alat Kimia (Analiser ABX Pentra 400)
 - c. Alat Ichroma

V. CARA MELAKSANAKAN KEGIATAN

1. Melakukan pertemuan rutin.
2. Mengisi sensus harian untuk pencatatan indikator mutu yang dipilih.
3. Melakukan analisa dengan metoda PDSA serta melakukan upaya perbaikan.
4. Melakukan orientasi khusus kepada setiap karyawan baru.
5. Melakukan Mapping kebutuhan pelatihan pada staf laboratorium dan mengusulkan kepada Bagian Diklat.
6. Melakukan penilaian kinerja staf setahun sekali pada bulan November dan dilaporkan ke Koordinator Urusan Kepegawaian Humas dan RM.
7. Menilai kinerja unit berdasarkan indikator mutu unit kerja dan indikator Area klinis, yang dilakukan setiap bulan dan dilakukan rekapitulasi setiap 6 bulan serta dilaporkan kepada Manager Pelayanan.
8. Memantau service report bulanan.

VI. SASARAN

1. Pencatatan dan analisa data indikator mutu unit tercapai 100%
2. Pelaporan incident keselamatan pasien 100%
3. Orientasi Khusus Karyawan Baru : 100 %
4. Realisasi Pelatihan Yang di rencanakan : 80 %
5. Penilaian Kinerja Individu : 100 %
6. Penilaian Kinerja Unit : 100 %
7. Pemantauan Indikator Mutu Alat KSO Dengan Para Rekanan : 100 %

VII. JADWAL PELAKSANAAN KEGIATAN

[illegible]

VIII. EVALUASI PELAKSANAAN KEGIATAN DAN PELAPORANNYA.

Evaluasi terhadap pencapaian kegiatan berdasarkan laporan kegiatan setiap bulan yang dilakukan bersama oleh kepala Unit laboratorium dan Komite PMKP rumah sakit. Apabila terdapat kegiatan yang belum sesuai dengan jadwal akan dilakukan penjadwalan kembali sehingga semua kegiatan yang direncanakan dapat direalisasikan secara maksimal.

IX. PENCATATAN ,PELAPORAN DAN EVALUASI KEGIATAN.

1. Pencatatan

- a. Pencatatan indikator area klinis dan indikator mutu unit dilakukan melalui sensus harian indikator mutu dan indikator area klinis yang dicatat oleh petugas yang ditunjuk.
- b. Kepuasan pasien dicatat setiap pagi oleh petugas yang ditunjuk dengan melakukan rekapitulasi persepsi pasien tentang pelayanan melalui alat yang sudah disiapkan.
- c. Pencatatan indikator kinerja individu dilakukan oleh koordinator laboratorium melalui pengamatan staf terhadap indikator yang ditetapkan setiap bulan.
- d. Pencatatan insiden keselamatan pasien dilakukan setiap terjadi kejadian baik KNC, KTD maupun Sentinel .

2. Pelaporan.

- a. Pelaporan indikator mutu unit dan indikator area klinis dilaporkan oleh Koordinator laboratorium kepada Komite PMKP setiap bulan.
- b. Pelaporan Insiden keselamatan Pasien dilakukan setiap ada kejadian.
- c. Pelaporan Kinerja Individu dilaporkan oleh kepala laboratorium kepada Koordinator Urusan Kepegawaian, Humas dan RM setiap tahun sekali pada bulan November.
- d. Pelaporan Kinerja Unit dilaporkan Koordinator laboratorium kepada Manager Pelayanan dan Komite PMKP setiap 6 bulan.

Semua pelaporan setelah dihimpun sesuai ketentuan akan dilaporkan kepada Direktur rumah sakit.

3. Evaluasi.

- a. Evaluasi Pencapaian Indikator mutu unit dan indikator area klinis serta Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien dilakukan oleh Komite PMKP dan dibahas tindak lanjutnya bersama Koordinator unit laboratorium dan unit terkait.
- b. Evaluasi Penilaian Kinerja Individu dan Indikator kinerja Unit dilakukan oleh Bagian Kepegawaian dan Komite PMKP untuk bahan pembinaan karyawan dan pembinaan unit yang bersangkutan.

Mengetahui

Pekalongan, Juni 2016

Direktur RS. Siti Khodijah

Koordinator Unit Laboratorium

drg. Said Hassan, M.Kes

Syarif Hakim,Amd AK