

**PROGRAM PENINGKATAN MUTU DAN
KESELAMATAN PASIEN INSTALASI
RAWAT INAP
RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH
PEKALONGAN**



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

2016

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadiran Allah SWT atas upaya Instalasi Rawat Inap yang telah berhasil menyusun Program PMKP di Rawat Inap. Program ini digunakan sebagai acuan dan petunjuk dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan rawat inap dan bertujuan memberikan asuhan keperawatan atau layanan kesehatan dengan sebaik-baiknya kepada pasien sehingga selalu memberikan pelayanan yang komprehensif.

Harapan kita bersama, bahwa Program PMKP di Instalasi Rawat Inap ini dapat membantu kita dalam rangka menuju kebaikan bersama dalam hubungannya dengan peningkatan mutu pelayanan rawat inap secara keseluruhan.

Semoga Program PMKP ini bermanfaat dan digunakan dengan baik, sehingga dapat meningkatkan mutu pelayanan, meningkatkan keselamatan pasien serta meningkatkan kepuasan pasien.

Pekalongan, Mei 2016

Penyusun

*Program Peningkatan Mutu Dan Keselamatan Pasien Unit Instalasi Rawat Inap
Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan*

DAFTAR ISI

KataPengantar ii

Daftar Isi.....iii

Bab I Pendahuluan 1

Bab II LatarBelakang 2

Bab III Tujuan

 A. Tujuan Umum.....2

 B. Tujuan Khusus2

Bab IV Kegiatan Pokok Dan Rincian Kegiatan.....3

Bab V Cara melaksanakan kegiatan.....3-4

Bab VI Sasaran4

Bab VII Jadwal pelaksanaan.....5-6

Bab VIII Evaluasi Pelaksanaan Kegiatan dan pelaporannya.....6

Bab IX Pencatatan, pelaporan dan evaluasi kegiatan..... .6-7

PROGRAM KERJA MUTU UNIT INSTALASI RAWAT INAP RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN TAHUN 2016

I. PENDAHULUAN

Tuntutan pelayanan rumah sakit yang bermutu dan berfokus pada keselamatan pasien menjadi gaung yang harus ada dalam pelayanan rumah sakit. Sistem manajemen mutu harus dibangun untuk memenuhi standar tersebut. Namun dalam pelaksanaannya bukanlah hal yang mudah dan belum menjadi budaya dalam penerapan pelayanan di Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan. 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.

II. LATAR BELAKANG

Upaya peningkatan mutu pelayanan rumah sakit merupakan kegiatan yang bertujuan memberikan asuhan atau pelayanan sebaik - baiknya kepada pasien sesuai standar. Tuntutan pasien akan pelayanan yang baik dan memuaskan serta pemenuhan hak pasien dalam pelayanan kesehatan membuat rumah sakit harus senantiasa berbenah untuk dapat memberikan pelayanan sesuai tuntutan pasien.

Upaya peningkatan mutu merupakan kegiatan yang dinamis dan senantiasa dilaksanakan Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan untuk mewujudkan pelayanan yang bermutu dan berorientasi pada keselamatan pasien. Upaya peningkatan mutu dilakukan secara terus menerus berkesinambungan di semua unit pelayanan. Instalasi Rawat Inap merupakan bagian inti dari pelayanan di Rumah Sakit wajib melakukan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

III. TUJUAN

A. Tujuan Umum

Meningkatkan mutu dan keselamatan pasien di Instalasi Rawat Inap

B. Tujuan Khusus

1. Meningkatkan mutu pelayanan di Instalasi rawat inap
2. Meningkatkan kepatuhan pencatatan dan pelaporan indikator mutu di Rawat Inap
3. Meningkatkan pemenuhan sasaran keselamatan pasien (SKP)
4. Meningkatkan kepatuhan pelaporan insiden keselamatan pasien
5. Meningkatkan kompetensi SDI

*Program Peningkatan Mutu Dan Keselamatan Pasien Unit Instalasi Rawat Inap
Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan*

IV. KEGIATAN POKOK dan RINCIAN KEGIATAN

1. Meningkatkan kepatuhan pencatatan dan pelaporan indikator mutu di Rawat Inap
 - a. Memilih indikator mutu unit kerja di Instalasi rawat inap
 - Indikator area klinis (IAK) yang dipilih meliputi :
 - 1) Assesmen awal medis rawat inap lengkap dalam 24 jam pertama
 - 2) Kelengkapan asesmen pra anestesi sebelum operasi elektif
 - 3) Angka reaksi transfusi darah
 - 4) Angka kejadian dekubitus
 - Indikator International Library Measure (ILM) :
 - 1) Angka kejadian pasien jatuh
 - Indikator sasaran keselamatan pasien (ISKP) yang dipilih meliputi:
 - 1) Angka kepatuhan petugas dalam identifikasi pasien sebelum melakukan tindakan injeksi
 - 2) Kepatuhan petugas dalam melakukan cuci tangan.sesuai WHO
 - 3) Kepatuhan melakukan CABAKO saat menerima instruksi verbal saat menerima telpon
 - Indikator Area Manajemen (IAM) yang dipilih meliputi :
 - 1) Kejadian pasien pulang paksa (APS)
 - 2) Ketepatan waktu laporan indikator mutu unit ke Komite PMKP (Maksimal tanggal 5)
 - b. Sosialisasi tentang pencatatan dan pelaporan Insiden Keselamatan pasien
2. Meningkatkan kepatuhan pelaporan insiden keselamatan pasien
 - a. Sosialisasi tentang Keselamatan Pasien
 - b. Sosialisasi tentang pencatatan dan pelaporan Insiden Keselamatan pasien
3. Meningkatkan kompetensi SDI di Rawat Inap
 - a. Orientasi karyawan baru
 - b. in house Training
 - c. Pengiriman pelatihan diluar rumahsakit
4. Penilaian kinerja staf / individu
5. Penilaian kinerja unit
6. Menerapkan PPK dan CP diarea prioritas (Apendicitis Akut, Sectio Cesarea, Demam Tifoid, Demam berdarah Dengue dan Stroke Non haemoragik)

V. CARA MELAKSANAKAN KEGIATAN

- a. Melakukan pertemuan seluruh staf Rawat Inap sebulan sekali
- b. Mengisi sensus harian untuk pencatatan indikator mutu yang dipilih.
- c. Melakukan analisa dengan metoda PDSA serta melakukan upaya perbaikan.

*Program Peningkatan Mutu Dan Keselamatan Pasien Unit Instalasi Rawat Inap
Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan*

- d. Mengisi form *Clinical Pathway* sesuai jenis penyakit yang telah ditetapkan.
- e. Melaporkan Insiden keselamatan pasien setiap ada insiden yang berhubungan dengan keselamatan pasien, dibuat pelaporan insiden untuk dilaporkan kepada Komite PMKP
- f. Melakukan orientasi khusus pada setiap karyawan baru
- g. Melakukan mapping kebutuhan pelatihan pada staf Rawat Inap dan mengusulkan kepada Bagian Diklat
- h. Menilai kinerja staf/individu setiap bulan dan dilakukan rekapitulasi setiap 6 bulan, dilaporkan kepada Koordinator Urusan Kepegawaian Humas dan RM
- i. Menilai kinerja unit berdasarkan indikator mutu unit kerja, indikator area klinis dan sasaran Keselamatan Pasien yang dilakukan setiap bulan dan dilakukan rekapitulasi setiap 6 bulan , dilaporkan kepada Manajer Pelayanan.

VI. SASARAN

- a. Pencatatan, analisa dan pelaporan data indikator mutu tercapai 100%
- b. pelaporan insiden keselamatan pasien 100%
- c. orientasi khusus karyawan baru 100%
- d. realisasi pelatihan yang direncanakan 75%
- e. penilaian kinerja individu 100%
- f. penilaian kinerja unit 100%

VII. JADWAL PELAKSANAAN

| No | Kegiatan | Jan | Feb | Mar | Apr | Mei | Jun | Jul | Ags | Sep | Okt | Nop | Des |
|-----|--|--------------------------|-----|-----|--------|-----|-------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 1. | Melakukan pertemuan seluruh staf Rawat Inap | | | | | | | | | | | | |
| 2. | Membuat sensus harian | | | | | | | | | | | | |
| 3. | Melaporkan hasil sensus harian mutu | | | | | | | | | | | | |
| 4. | Mempelajari, Memonitor dan menganalisa indikator mutu, indikator area klinis, indikator Sasaran Keselamatan Pasien | | | | | | | | | | | | |
| 5. | Melaporkan Insiden keselamatan pasien | | | | setiap | ada | inside n | | | | | | |
| 6. | Mengisi Form <i>Clinical Pathway</i> | | | | | | | | | | | | |
| 7. | Melakukan orientasi khusus kepada setiap karyawan baru | Setiap Ada karyawan baru | | | | | | | | | | | |
| 8. | Melakukan mapping kebutuhan pelatihan | | | | | | | | | | | | |
| 9. | Menilai kinerja staf/individu | | | | | | | | | | | | |
| 10. | Menilai kinerja unit | | | | | | | | | | | | |

VIII. EVALUASI PELAKSANAAN KEGIATAN DAN PELAPORANNYA

Evaluasi terhadap pencapaian kegiatan berdasarkan laporan kegiatan setiap bulan yang dilakukan bersama oleh Koordinator Rawat Inap 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. Jika pencapaian tidak sesuai dengan target yang ditetapkan, maka akan dilakukan perbaikan dan pengambilan tindakan untuk koreksi sesuai kebutuhan.

IX. PENCATATAN, PELAPORAN DAN EVALUASI KEGIATAN

a. Pencatatan

Pencatatan indikator mutu dilakukan melalui sensus harian indikator mutu yang dicatat oleh petugas yang ditunjuk. Pencatatan indikator kinerja individu dilakukan oleh masing-masing Koordinator Rawat Inap melalui pengamatan staf terhadap indikator yang ditetapkan setiap bulan. Pencatatan insiden keselamatan pasien dilakukan setiap terjadi kejadian baik KNC, KTD maupun Sentinel.

b. Pelaporan

- Pelaporan indikator mutu unit dilaporkan oleh masing-masing Koordinator Rawat Inap kepada Komite PMKP setiap bulan melalui sensus harian.
- Pelaporan Insiden keselamatan Pasien dilaporkan maksimal sesuai ketentuan kepada komite PMKP.
- Penilaian Kinerja Staf/Individu dilaporkan oleh masing-masing Koordinator Rawat Inap kepada Koordinator Urusan Kepegawaian Humas dan RM setiap tahun pada bulan november.
- Penilaian Kinerja Unit dilaporkan masing-masing Koordinator Rawat Inap kepada Manager Pelayanan dan Komite PMKP setiap 6 bulan.

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

c. Evaluasi

Evaluasi Pencapaian Indikator mutu unit dan indikator mutu kunci serta Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien dilakukan oleh Komite PMKP dan dibahas tindaklanjutnya bersama semua masing-masing Koordinator Rawat Inap. 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,

Direktur RS. Siti Khodijah

Pekalongan, 2016

Kepala Instalasi Rawat Inap

drg. Said Hassan, Mkes

dr. M. Nur Zulkarnaen