



Triwulan I
Tahun 2019

LAPORAN PROGRAM PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN

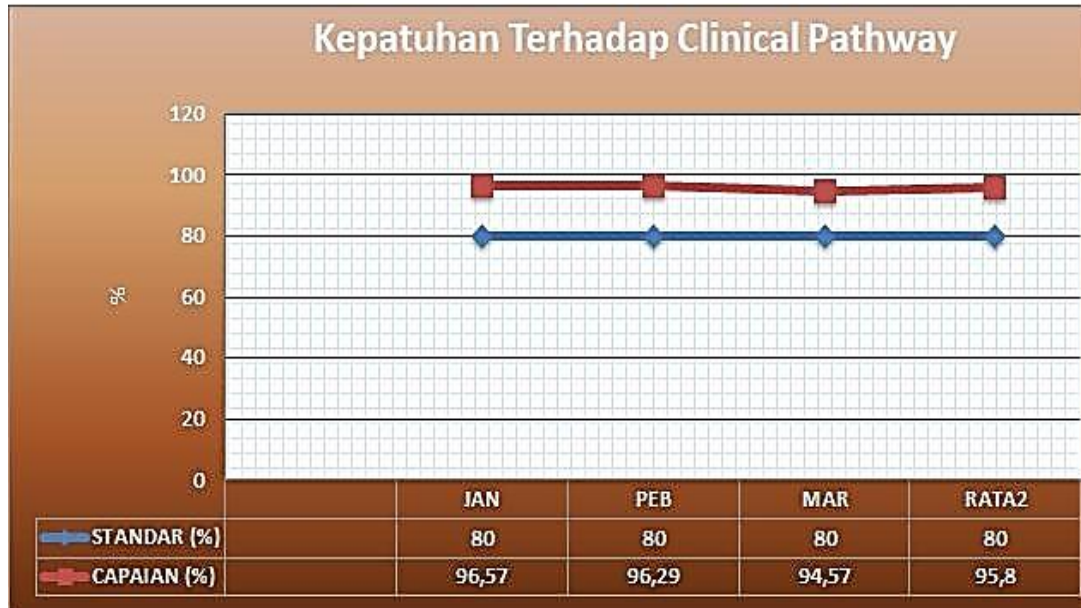


RSUD ULIN

PROVINSI KALIMANTAN SELATAN

CAPAIAN INDIKATOR MUTU DAN KESELMATAN PASIEN

1. Kepatuhan Terhadap *Clinical Pathway*



Rekomendasi :

Mempertahankan capaian indikator dengan selalu melaksanakan asuhan pasien sesuai dengan *clinical pathway* yang ditetapkan rumah sakit.

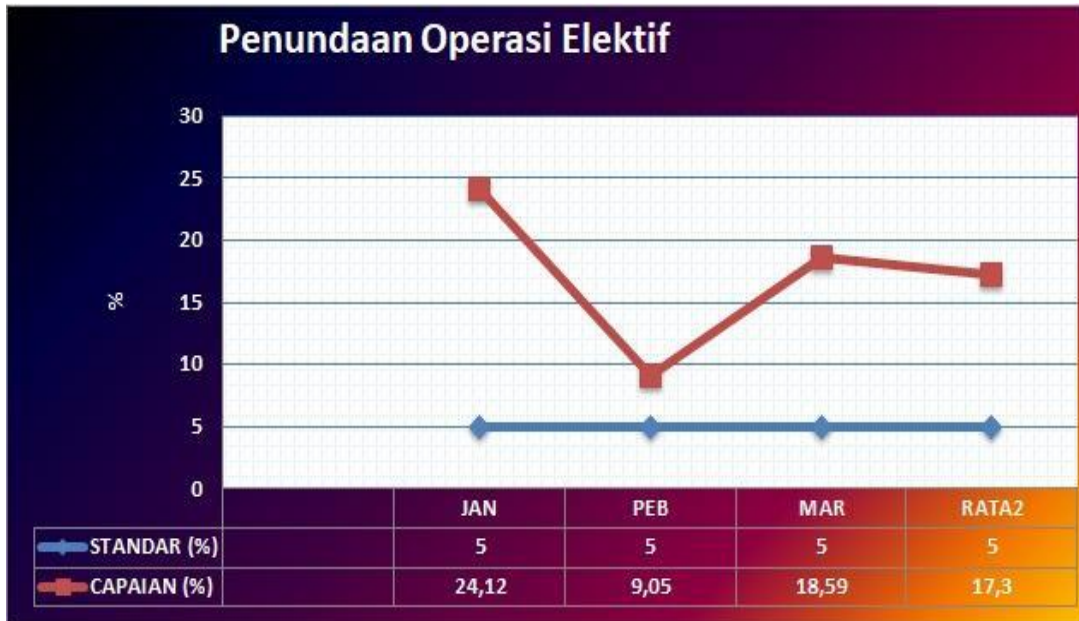
2. Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis



Rekomendasi :

- Melakukan sosialisasi tentang ketentuan jam visite kepada para DPJP
- Mengupayakan formasi penambahan dokter sub spesialis sehingga mampu melayani sesuai kasus yang ada

3. Penundaan Operasi Elektif



Rekomendasi :

- a. Pemenuhan sarana :
 - Optimalisasi alat dan tenaga Instalasi CSSD dan Instalasi Laundry sehingga sarana operasi (linen,duk,alat operasi) siap digunakan.
 - Instalasi Farmasi melakukan pengaturan order obat sehingga tidak terjadi kekosongan stok obat anestesi
- b. Sumber Daya Manusia Pemenuhan sumber daya manusia Instalasi Bedah Sentral
 - Menambah jumlah tenaga dokter sub spesialis, perawat bedah dan penata anestesi
- c. Prosedur:
 - Sosialisasi SPO Penundaan waktu operasi elektif
 - . Penjadwalan operasi terintegrasi dari ruang rawat inap

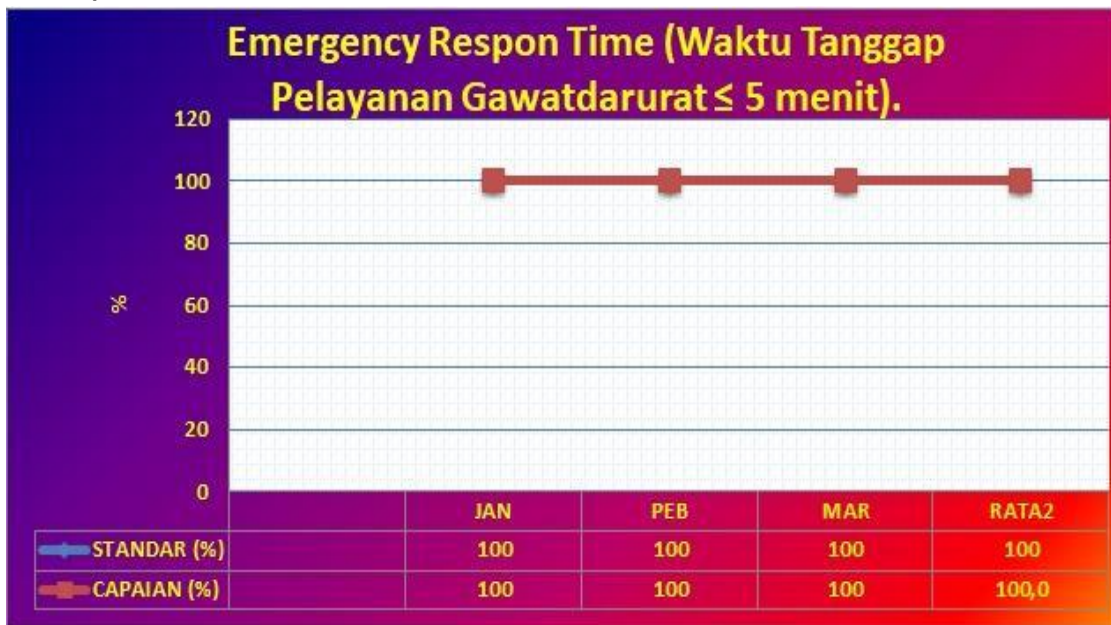
4. Waktu Tunggu Rawat Jalan



Rekomendasi :

Mempertahankan capaian indikator dengan selalu melaksanakan pelayanan pendaftaran pasien rawat jalan sesuai SPO, melakukan asuhan pasien rawat jalan sesuai SPO dan melakukan inovasi prosedur pendaftaran menggunakan teknologi informasi terkini.

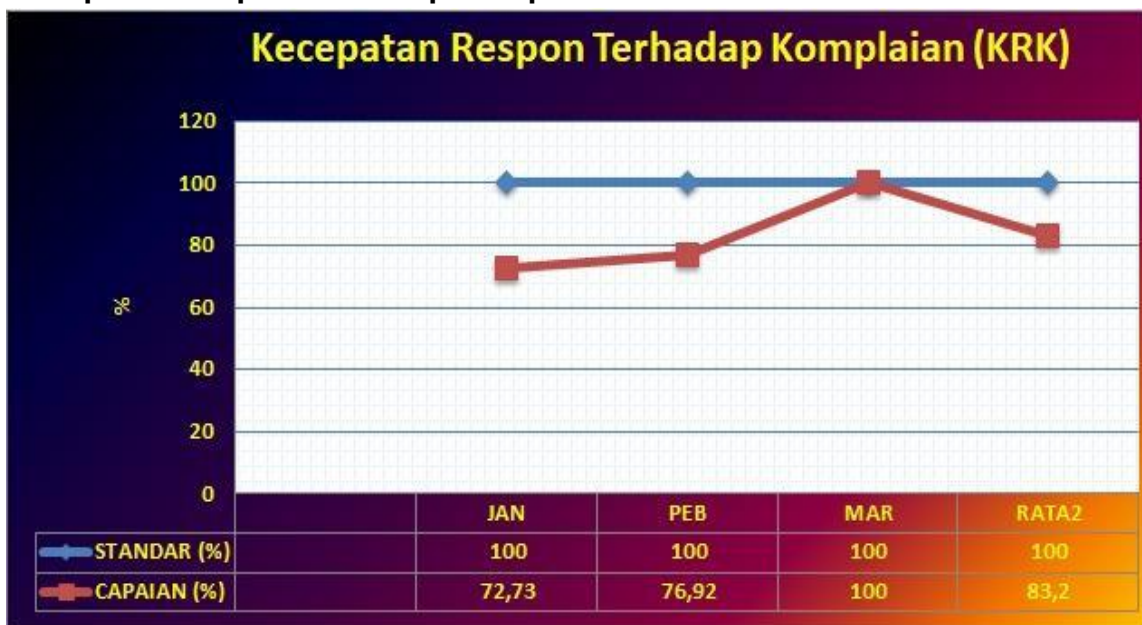
5. Emergency Respon Time (Waktu Tanggap Pelayanan Gawat Darurat ≤ 5 menit)



Rekomendasi :

Mempertahankan capaian indikator dengan selalu melaksanakan asuhan pasien IGD sesuai dengan SPO yang ditetapkan rumah sakit.

6. Kecepatan Respon Terhadap Komplain



Rekomendasi :

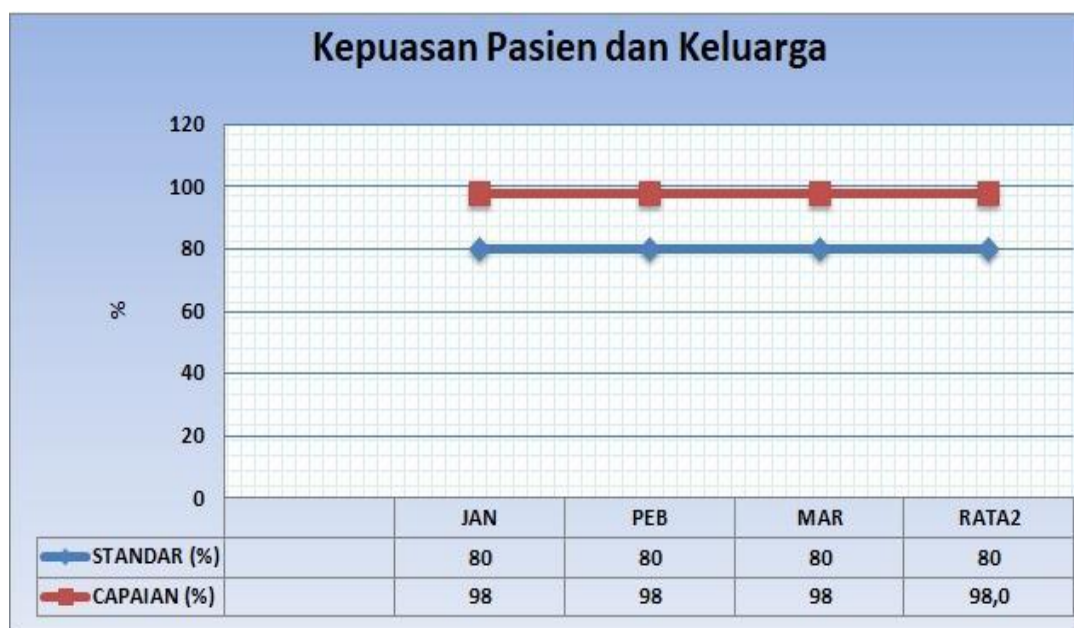
a. Sarana

- Peningkatan sarana Instalasi Pengaduan Masyarakat berupa penyediaan buku atau formulir komplain
- Peningkatan sarana untuk meningkatkan kenyamanan pasien di ruang pengaduan masyarakat.
- Penyediaan sarana rumah sakit untuk pasien berkebutuhan khusus
- Monitoring lingkungan rumah sakit sehingga tercipta suasana lingkungan yang nyaman dan aman untuk pasien/keluarga

b. Sumber Daya Manusia

- Peningkatan kapasitas sumber daya manusia di Instalasi Pengaduan Masyarakat melalui pendidikan dan pelatihan sehingga petugas penanganan komplain mempunyai kompetensi :
 - Bersikap netral, tidak memihak pasien, keluarga pasien maupun rumah sakit
 - Berpenampilan rapi , bersikap ramah, komunikatif dan agresif dalam koordinasi.
 - Mendengarkan dan menghargai pendapat pasien /keluarga pasien
 - Melakukan komunikasi dan informasi efektif dengan pendekatan persuasive pada pasien dan keluarga
 - Koordinasi segera dengan bidang terkait materi komplain
 - Jaga kerahasiaan pasien
- c. Prosedur :
 - Kepatuhan pelaksanaan SPO Penanganan Pengaduan Pasien/Keluarga
 - Sosialisasi panduan manajemen komplain
 - Pelaksanaan alur penyampaian dan penyelesaian komplain yang berjenjang
 - Pembentukan tim reaksi cepat penanganan komplain
 - Membuka jalur penyampaian komplain dengan teknologi informasi dan elektronik lainnya.
 - Melakukan edukasi prosedur dan peraturan yang berlaku kepada pasien dan keluarga untuk mempercepat pemahaman

7. Kepuasan Pasien dan Keluarga



Rekomendasi :

- Mempertahankan capaian indikator dengan selalu melaksanakan pelayanan sesuai SPO.
- Instalasi Pengaduan Masyarakat menambah indikator mutu dalam Standar Pelayanan Minimal yang belum tercapai

8. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional Bagi RS Provider BPJS



Rekomendasi :

- Mempertahankan capaian indikator dengan selalu melaksanakan pelayanan sesuai SPO.
- Instalasi Farmasi menambah indikator mutu dalam Standar Pelayanan Minimal yang belum tercapai

9. Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Cedera Akibat Pasien Jatuh pada Pasien Rawat Inap



Rekomendasi :

a. Sarana :

- Perbaiki tempat tidur masih ada yang rusak/tidak Pagar pengamannya
- Perbaiki roda tempat tidur/brankar yang sudah aus/lepas bantalan karetnya

b. Sumber daya manusia

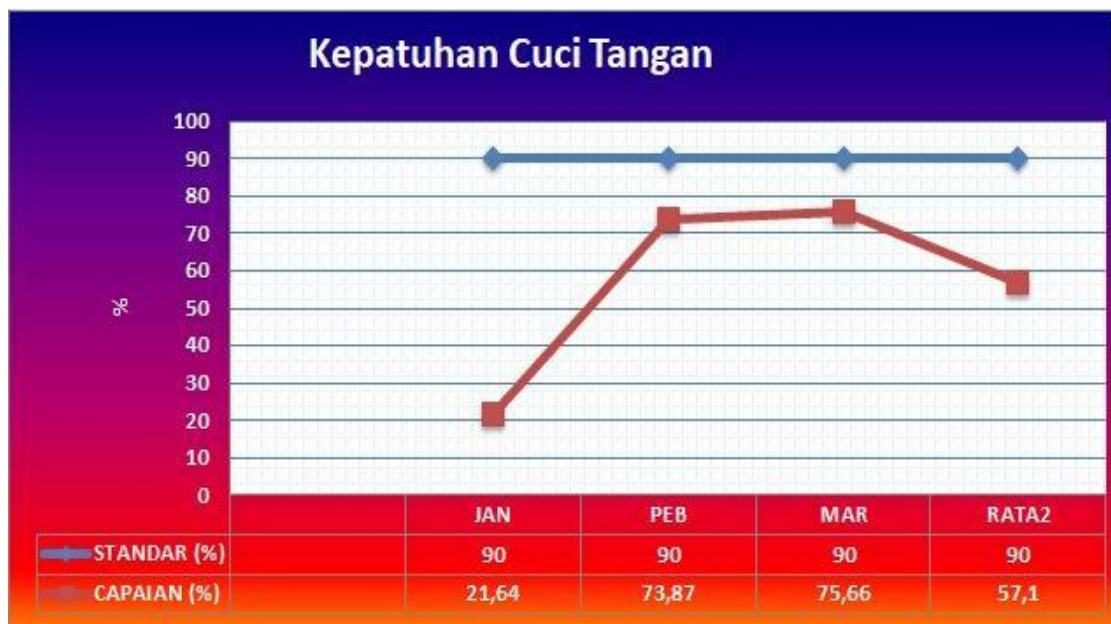
- Peningkatan kesadaran perawat terhadap skrining pasien resiko jatuh

- Peranan Kepala unit kerja / ruangan untuk memonitor pelaksanaan skrining pasien resiko jatuh

c. Prosedur :

- Peningkatan koordinasi unit kerja dengan Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit untuk perbaikan pagar pengaman dan roda tempat tidur/brankar
- Peningkatan koordinasi unit kerja dengan dengan Instalasi Kesehatan dan keselamatan Kerja Rumah Sakit untuk manajemen faktor-faktor resiko di lingkungan rumah sakit.
- Monitoring kepatuhan pelaksanaan skrining pasien resiko jatuh di semua unit pelayanan
- Edukasi kepada petugas dan keluarga pasien di setiap unit kerja tentang pencegahan pasien resiko jatuh
- Edukasi petugas kepada keluarga pasien untuk meningkatkan pemahaman dan kesadaran keluarga untuk berperan serta dalam pencegahan cedera pada pasien resiko jatuh
- Monitor kualitas pagar pengaman/roda tempat tidur/brankar

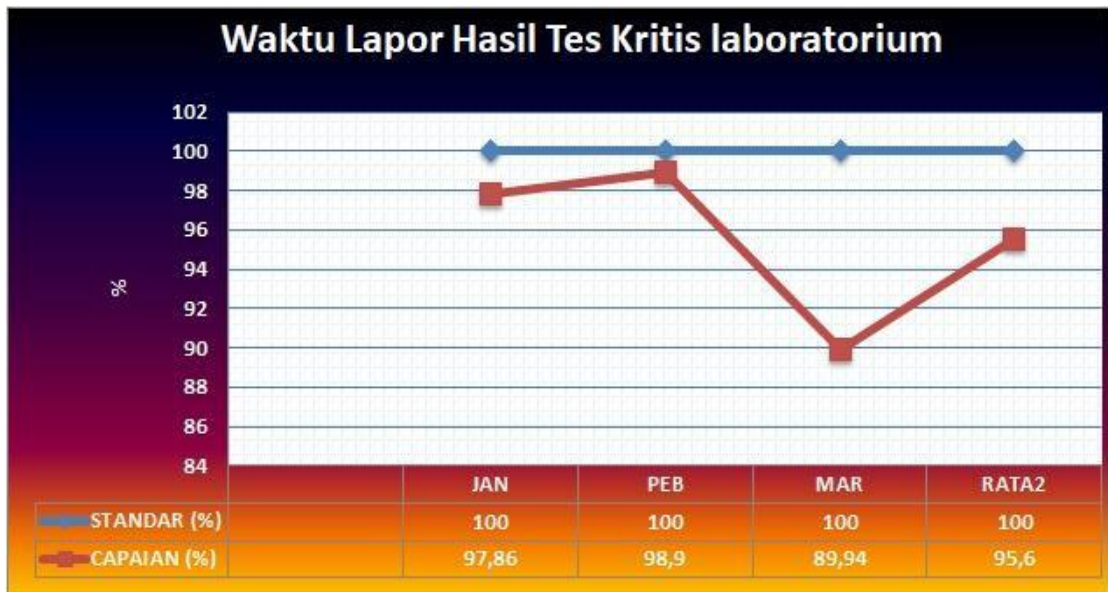
10. Kepatuhan Cuci Tangan



Rekomendasi :

- Sarana
 - Pemeliharaan dan perbaikan wastafel secara berkala sehingga dapat berfungsi baik.
 - Penyediaan hand rub secara berkala oleh Instalasi Farmasi sehingga hand rub terjamin kecukupannya.
 - Penyediaan tissue di setiap wastafel.
 - Penyediaan banner dan poster cuci tangan untuk meningkatkan kepatuhan cuci tangan.
- Sumber daya manusia
 - Peningkatan pemahaman, kepedulian dan kesadaran pentingnya cuci tangan
 - Peningkatan kepedulian individu di setiap unit kerja untuk segera mengganti botol handrub yang kosong dengan yang terisi
- Prosedur
 - Sosialisai dan momitoring pelaksanaan SPO *hand hygiene*
 - Audit kepatuhan pelaksanaan SPO *hand hygiene* oleh IPCN dan IPCLN

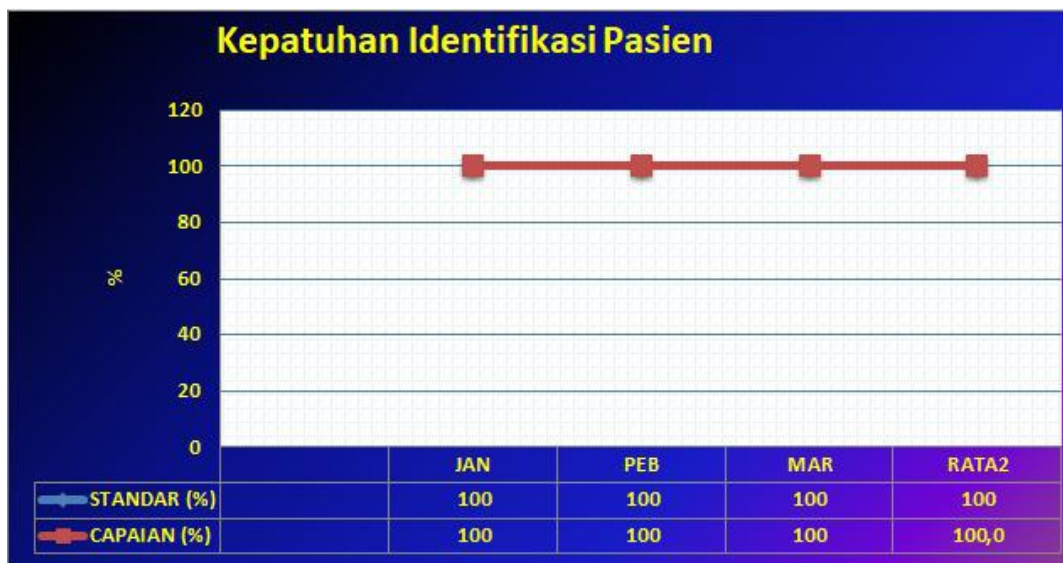
11. Waktu Lapor Hasil Test Kritis Laboratorium



Rekomendasi :

- Sarana
 - Penyediaan kelengkapan alat laboratorium.
 - Penyediaan buku register untuk mencatat hasil test kritis laboratorium.
- Sumber Daya Manusia :
 - Review jumlah tenaga laboratorium patologi klinik sesuai beban kerja
- Prosedur :
 - Review SPO pelaporan hasil test kritis laboratorium oleh analis kesehatan ke dokter penanggung jawab laboratorium
 - Review SPO pelaporan hasil test kritis laboratorium ke DPJP
 - Review regulasi tentang pelaporan hasil test kritis laboratorium
 - Ada bukti tindak lanjut pelaporan hasil test kritis laboratorium secara kolaboratif
 - Penetapan standar waktu pelaporan nilai kritis hasil pemeriksaan laboratorium maksimal 15 mnt.
 - Penentuan hasil test kritis laboratorium oleh Instalasi Laboratorium Patologi Klinik melalui kesepakatan atau diskusi bersama klinisi
 - Monitoring kepatuhan pelaporan hasil test kritis laboratorium melalui audit rekam medis.

12. Kepatuhan Identifikasi Pasien



Rekomendasi :

- Mempertahankan capaian indikator dengan selalu melaksanakan pelayanan sesuai SPO.
- Instalasi rawat inap menambah indikator mutu lain dalam Standar Pelayanan Minimal untuk meningkatkan mutu pelayanan.