

PENCAPAIAN PROGRAM PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN SEBAGAI BUKTI UPAYA RSJK DALAM MEMBERIKAN PELAYANAN TERBAIK BAGI MASYARAKAT

Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) merupakan program wajib bagi setiap Rumah Sakit yang mempunyai komitmen dalam memberikan pelayanan terbaik bagi masyarakat. Begitupun Rumah Sakit Jasa Kartini dalam melaksanakan program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) mendapatkan dukungan penuh dari berbagai pihak, terutama dari pihak manajemen dan karyawan yang mempunyai komitmen tinggi dalam pelaksanaannya. Peningkatan mutu dan keselamatan pasien menjadi tanggung jawab bersama dalam perwujudannya sebagaimana yang telah termaktub dalam Depkes RI Dirjen Pelayanan Medis Direktorat Rumah Sakit Khusus dan Swasta Tahun 1994 Tentang Pedoman Upaya Peningkatan Mutu Pelayanan Rumah Sakit, Permenkes no 11 tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien, dan juga tercantum dalam pedoman pelayanan PMKP RSJK No 004B/PD/007-100/I/2018.

Pencapaian program PMKP akan menjadi informasi penting bagi RSJK dan masyarakat pengguna jasa dalam rangka evaluasi mutu dan program yang dikembangkan dari waktu ke waktu. Hal ini sangat penting mengingat setiap Instansi pelayanan jasa kesehatan terutama Rumah Sakit sangat *intens* berhubungan dengan pasien, maka dalam pengelolaannya-pun harus didasari *evidence based* yang jelas dan dapat dipertanggung jawabkan sehingga setiap mutu pelayanan dapat terstandar dengan baik dan setiap pihak dapat menjadi *control agent* dalam perjalanan operasional Rumah Sakit.

Dalam pelaksanaannya, program PMKP dikelola oleh Komite PMKP RSJK yang selanjutnya menjadi kepentingan laporan internal eksternal. Salah satu program PMKP yang dilaksanakan secara periodik adalah pengukuran indikator mutu yang tersebar di 3 area besar, yaitu :

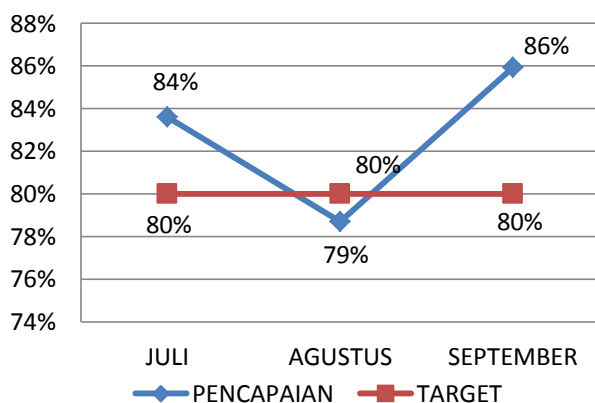
- Indikator Area Klinis
- Indikator Area Manajemen
- Indikator Sasaran Keselamatan Pasien

Berikut pencapaian program PMKP dalam pengukuran indikator mutu periode Juli – September 2018 :

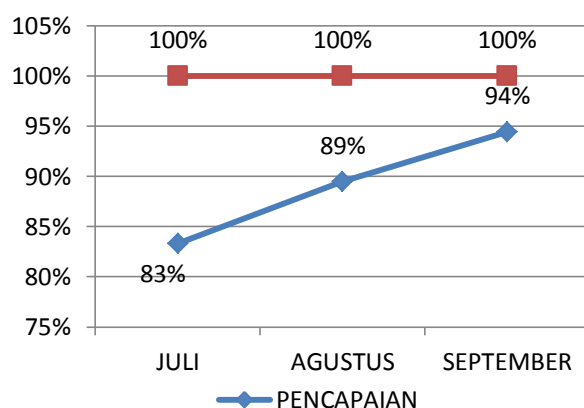
NO	INDIKATOR MUTU	STANDAR	PENCAPAIAN			Rata-rata
			Juli	Agustus	September	
	Area Klinis					
1	Angka Pelaporan Nilai Kritis Laboratorium Pasien Kurang Dari 30 Menit	>80%	84%	79%	86%	83%
2	Angka Respon Time Seluruh Pemeriksaan Radiologi Kasus Kegawatan Dari IGD.	100%	83%	89%	94%	89%

3	Angka Infeksi Jarum Infus / Phlebitis.	<50‰	16‰	10‰	11.2‰	11.2‰
Area Manajemen						
1	Ketepatan Waktu Pelaporan Mutu Dari Unit Kerja Sesuai Jadwal Maksimal Tanggal 10 Pada Bulan Berikutnya.	80%	76%	76%	80%	77%
2	Angka Ketepatan Pelaporan IKP dalam 2 X 24 Jam.	80%	100%	100%	100%	100%
3	Angka Kepatuhan Penggunaan APD Berdasarkan Risiko Transmisi Pada Perawat.	>90%	87%	85%	88%	87%
Sasaran Keselamatan Pasien						
1	Kepatuhan Pelaksanaan Identifikasi Pasien Rawat Inap.	100%	88%	95%	96%	93%
2	Angka Kepatuhan Komunikasi Efektif Dengan Metode SBAR dan TBaK Oleh Dokter dan Perawat di Rawat Inap.	80%	94%	96%	98%	96%
3	Angka Kepatuhan Pelabelan Obat High Alert Farmasi.	100%	100%	100%	100%	100%
4	Angka Kepatuhan Kebersihan Tangan Perawat Profesional Pemberi Asuhan.	90%	86%	88%	89.0%	88%
5	Angka Kepatuhan Pelaksanaan Resiko Jatuh.	90%	100%	100%	100%	100%

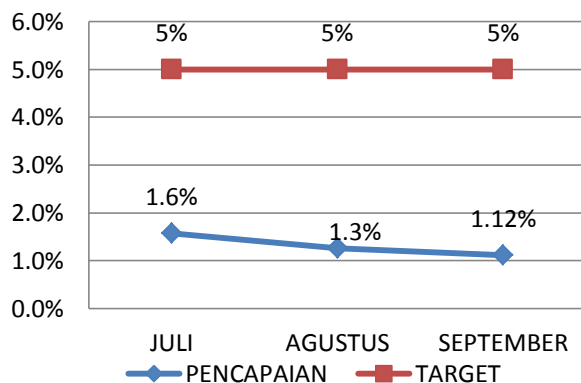
Angka Pelaporan Nilai Kritis Laboratorium Pasien Kurang Dari 30 Menit



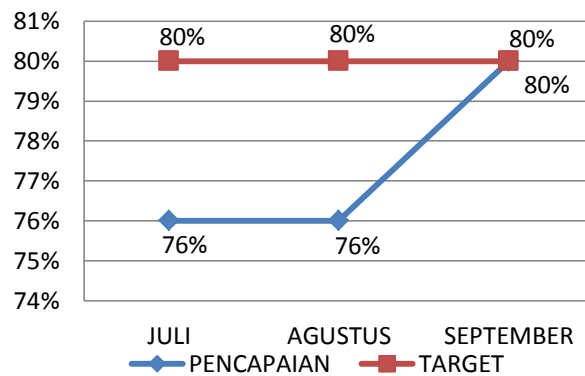
Angka Respon Time Seluruh Pemeriksaan Radiologi Kasus Kegawatan Dari IGD.



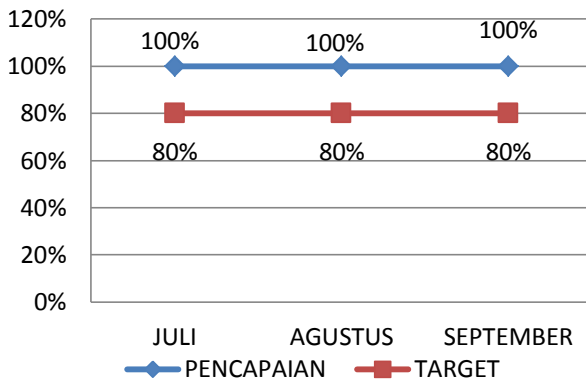
Angka Infeksi Jarum Infus / Phlebitis.



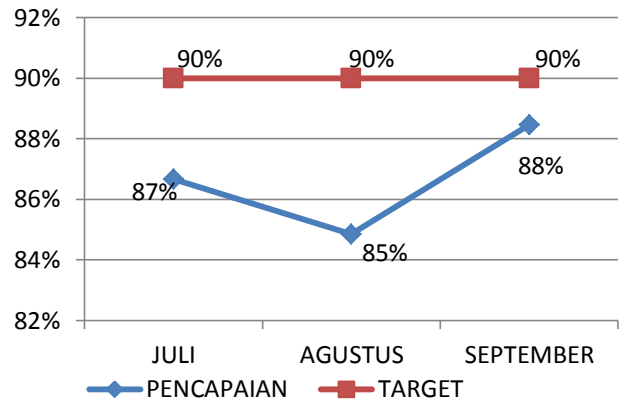
Ketepatan Waktu Pelaporan Mutu Dari Unit Kerja Sesuai Jadwal Maksimal Tanggal 10 Pada Bulan Berikutnya.



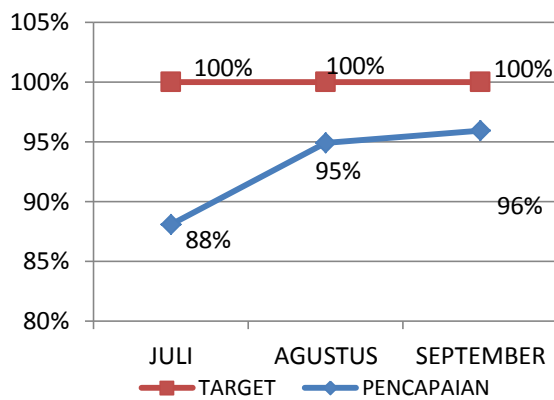
Angka Ketepatan Pelaporan IKP dalam 2 X 24 Jam.



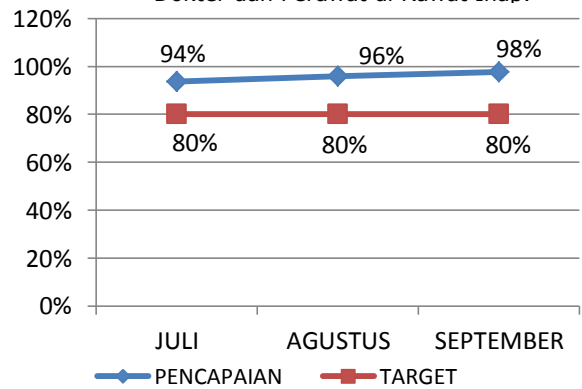
Angka Ketepatan Penggunaan APD Berdasarkan Risiko Transmisi Pada Perawat.



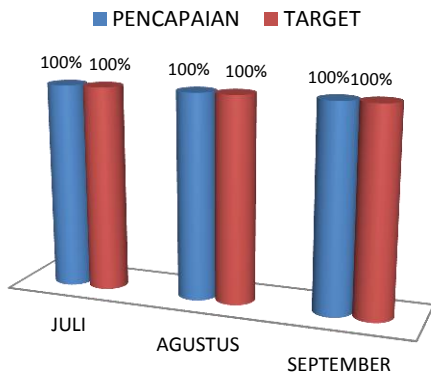
Kepatuhan Pelaksanaan Identifikasi Pasien Rawat Inap.



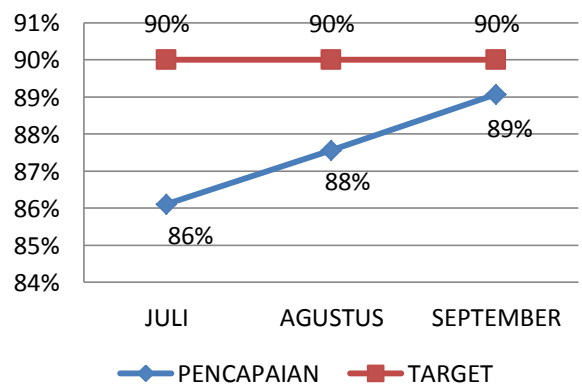
Angka Kepatuhan Komunikasi Efektif Dengan Metode SBAR dan TBaK Oleh Dokter dan Perawat di Rawat Inap.



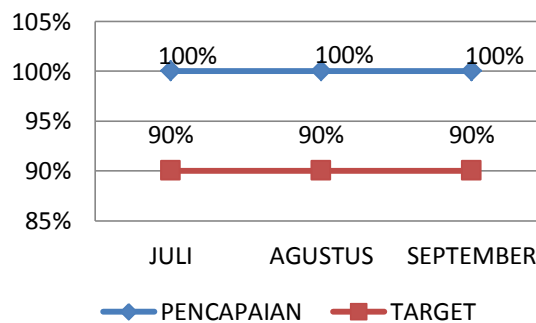
Angka Kepatuhan Pelabelan Obat High Alert Farmasi.



Angka Kepatuhan Kebersihan Tangan Perawat Profesional Pemberi Asuhan.



Angka Kepatuhan Pelaksanaan Resiko Jatuh.



METODE PENELITIAN

Rancangan penelitian yang digunakan untuk pengeolahan data pada indikator mutu Prioritas yang telah ditentukan adalah jenis penelitian **deskriptif kuantitatif** dan metode penelitian yang digunakan adalah **survey research method**, karena penelitian ini tidak dilakukan terhadap seluruh objek yang diteliti atau populasi, tetapi hanya mengambil sebagian dari populasi tersebut (*sample*) dalam jangka waktu tertentu.

Adapun metode pengolahan data yang akan disajikan menggunakan metode **distribusi frekuensi**, karena objek penelitian hanya terdiri dari satu variabel dan tidak untuk dicari korelasi atau penghubung antar satu indikator dengan indikator lainnya

POPULASI DAN SAMPLE

1. Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas objek/subjek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulan (Sugiyono, 2014).

Adapun kategori populasi yang menjadi patokan dalam penelitian ini adalah ketegori populasi yang disesuaikan dengan profil indikator pada setiap indikator mutu Prioritas yang telah ditentukan.

Jumlah populasi pada penelitian ini adalah disesuaikan dengan jumlah populasi pada rata-rata jumlah populasi pada 3 bulan sebelumnya sehingga jumlah sample setiap bulan penelitian mempunyai potensi yang sama untuk berubah dan dapat dilakukan perbandingan data

2. Sampel

Sampel adalah sebagian dari keseluruhan objek yang diteliti yang dianggap mewakili seluruh populasi yang diteliti, Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Sugiyono, 2014).

Adapun metode sampling yang digunakan dalam penelitian ini dilakukan dengan menggunakan 3 pendekatan tehnik sampling yaitu :

a. Total sampling (probability sampling)

Total sampling digunakan pada beberapa indikator mutu sehingga jumlah populasi dijadikan jumlah sample pada penelitiannya.

b. Simple Random sampling (probability sampling)

Beberapa tehnik sampling yang digunakan pada indikator mutu Prioritas menggunakan pendekatan *simple random sampling*, karena anggota populasi pada beberapa indikator mutu Prioritas bersifat homogen, hal ini berarti setiap anggota populasi mempunyai kesempatan yang sama untuk diambil sebagai sample. Adapun rumus untuk menentukan jumlah sample pada pendekatan simple random sampling menggunakan rumus **slovin** dan dengan CI 95% atau tingkat kepercayaan 0,05 :

$$n = \frac{N}{1 + N(d^2)}$$

Keterangan :

N = Jumlah populasi

n = Jumlah sample

d = Tingkat kepercayaan / ketepatan yang diinginkan

c. *Purposive Sampling (non-probability sampling)*

Pengambilan sample secara purposive dilakukan pada penentuan sample beberapa indikator mutu Prioritas dan didasarkan pada suatu pertimbangan tertentu yang dibuat dalam penelitian ini. Berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi yang telah ditentukan pada profil indikator mutu RSJK.

d. *Accidental Sampling (non-probability sampling)*

Pengambilan sample secara accidental sampling dilakukan dengan mengambil kasus atau responden yang kebetulan ada atau tersedia sesuai kebutuhan penelitian dan sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi pada profil indikator yang telah ditentukan.

ANALISA

Dari diagram di atas dapat diketahui meskipun sebagian besar indikator mutu yang dimonitoring belum mencapai target standar tetapi **Progresifitas** RSJK dalam mengupayakan peningkatan mutu dapat terlihat dengan jelas, yaitu dapat terlihat dari beberapa diagram indikator mutu dengan *trend linier* yang meningkat dari waktu ke waktu. Hal ini membuktikan bahwa RSJK sangat berkomitmen dalam meningkatkan pelayanan yang bermutu demi terciptanya budaya keselamatan pasien yang baik, sehingga menjadi rumah sakit kebanggaan masyarakat pengguna jasa.

Demi meningkatnya pencapaian mutu diberbagai area, RSJK membuat beberapa terobosan baru diantaranya adalah :

1. **Pembuatan Sistem Informasi Manajemen**, untuk pengelolaan program PMKP, PPI, dan Pengelolaan sasaran Keselamatan Pasien, diharapkan setiap data yang didapatkan akan semakin cepat terkelola dan dapat diakses langsung oleh berbagai pihak.
2. **Pembentukan Penanggung Jawab Data**, sebagai bukti bahwa RSJK membuka jenjang karir yang jelas maka setiap karyawan diajak untuk berpartisipasi secara terbuka dalam pengelolaan mutu di unitnya masing masing.
3. **Pembuatan Discuss Group berbasis WhatsApp**, Grup yang di prakarsai dan dikelola oleh Direksi RSJK dan Komite PMKP RSJK, dibuat semenarik mungkin untuk diskusi kasus yang terjadi di lapangan, ataupun pembahasan contoh kasus untuk bahan diskusi sehingga diharapkan seluruh karyawan

memahami dan ikut terlibat dalam pengelolaan mutu di unitnya masing masing.

KESIMPULAN

Pencapaian Indikataor mutu yang dikelola oleh komite PMKP terlihat ***Progresifitas*** ke arah yang lebih baik, hal ini merupakan salah satu pencapaian Rumah Sakit Jasa Kartini dalam mewujudkan peningkatan kualitas pelayanan yang bermutu dan berkualitas. Selain itu, hal ini menjadi bukti bahwa RSJK sangat memiliki komitmen tinggi dalam upaya peningkatan Mutu dan Keselamatan pasien yang didukung oleh berbagai pihak, baik manajemen maupun karyawan, karena kami sangat berkomitmen terhadap motto ***“because we CARE”***.