



**PEMERINTAH KABUPATEN PESISIR SELATAN  
RSUD Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN**

Jalan Dr. A. Rivai Painan (Kode Pos 25611)  
Telp. (0756) 21428 Fax. (0756) 21398 Email. rsudpainan@ymail.com



**KEPUTUSAN DIREKTUR  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN  
NOMOR : 800/09.2 /RSUD-SK/1/2019**

**TENTANG  
PEDOMAN PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN  
(PMKP)  
DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN**

Menimbang : a bahwa kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien memerlukan regulasi yang didasarkan pada referensi ilmiah terkini.

b bahwa pedoman peningkatan mutu dan keselamatan pasien (PMKP) perlu ditetapkan dengan keputusan Direktur RSUD Dr. Muhammad Zein Painan.

Mengingat : 1 Undang Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan.

2 Undang Undang Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2009 Tentang Rumah Sakit.

3 Undang Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan.

4 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes /SK/II/2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.

5 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 66 tahun 2016 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit.

6 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien.

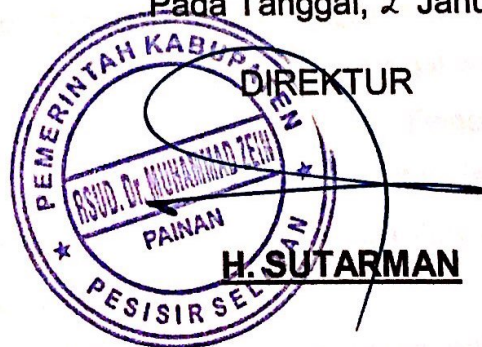
7 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 34 Tahun 2017 tentang Akreditasi Rumah Sakit.

8 Peraturan Daerah Kabupaten Pesisir Selatan Nomor 5 Tahun 2014 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Lembaga Teknis Daerah Kabupaten Pesisir Selatan.

**MEMUTUSKAN :**

- Menetapkan :**
- KESATU :** Keputusan Direktur RSUD Dr. Muhammad Zein Painan Tentang Rumah Sakit Mempunyai Pedoman dan Referensi Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien.
- KEDUA :** Rumah sakit wajib menyediakan referensi sesuai perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi yang dapat digunakan untuk mendukung pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
- KETIGA :** Referensi dan informasi yang diperoleh rumah sakit dalam meningkatkan mutu dan keselamatan pasien meliputi :
- a) Literatur ilmiah dan informasi lain yang dapat digunakan untuk mendukung asuhan pasien terkini.
  - b) Peraturan perundang-undangan terkait dengan mutu dan keselamatan pasien di rumah sakit termasuk pedoman-pedoman yang dikeluarkan oleh pemerintah.
  - c) Literatur ilmiah dan informasi yang dapat digunakan untuk mendukung penelitian (khusus rumah sakit pendidikan).
  - d) Literatur ilmiah dan informasi yang dapat dipergunakan untuk mendukung terselenggaranya manajemen yang baik.
- KEEMPAT :** Rumah sakit mempunyai pedoman peningkatan mutu dan keselamatan pasien sebagai acuan dalam peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang terlampir pada lampiran keputusan ini
- KELIMA :** Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan, akan dilakukan perubahan apabila dikemudian hari terdapat kekeliruan.

Ditetapkan di Painan  
Pada Tanggal, 2 Januari 2019



# Pedoman

---

## Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP)



**Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Muhammad Zein Painan**

Jl. Dr. A. Rivai, Painan 25611  
Phone : (0756) 21428-21518, Fax. 0756- 21398

LAMPIRAN : KEPUTUSAN DIREKTUR RSUD Dr MUHAMMAD ZEIN PAINAN  
NOMOR : 800/09.02 /RSUD-SK/1/2019  
TANGGAL : 02 JANUARI 2019  
TENTANG : REVISI PEDOMAN PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN

## **BAB I PENDAHULUAN**

### **A. LATAR BELAKANG**

Salah satu unsur kesejahteraan umum dari tujuan nasional adalah terwujudnya derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Tujuan nasional tersebut akan dapat dipenuhi apabila kemampuan hidup sehat bagi setiap penduduk dapat tercapai. Oleh karena itu pelayanan kesehatan yang bermutu akan menjadi salah satu kebutuhan dasar yang diperlukan oleh setiap orang. Meningkatnya pendidikan dan keadaan sosial ekonomi masyarakat akan merubah sistem nilai dan orientasi dalam masyarakat. Masyarakat mulai cenderung menuntut pelayanan umum yang lebih baik, lebih ramah dan lebih bermutu, sehingga perlu upaya peningkatan mutu pelayanan terutama di bidang kesehatan.

Sesuai visi, misi dan tujuan Rumah Sakit banyak kegiatan Rumah Sakit yang harus dilaksanakan, baik yang bersifat pelayanan medis, maupun pelayanan umum bagi pasien sebagai pelanggan utama. RSUD Dr. Muhammad Zein Painan sebagai pusat rujukan untuk Pesisir Selatan akan terus melaksanakan upaya peningkatan mutu pelayanan di semua satuan kerja, sehingga pelayanan yang diberikan akan menjawab tuntutan masyarakat.

### **B. PENGERTIAN**

#### **1. Mutu**

Pengertian mutu beraneka ragam dan di bawah ini ada beberapa pengertian yang secara sederhana melukiskan apa hakekat mutu.

- a) Mutu merupakan perwujudan atau gambaran hasil yang mempertemukan kebutuhan dari pelanggan dan oleh karena itu memberikan kepuasan (Juran, 1988).
- b) Mutu merupakan keseluruhan karakteristik produk dan jasa dari pemasaran rekayasa, pembuatan dan pemeliharaan yang membuat produk dan jasa yang digunakan memenuhi harapan-harapan pelanggan. (Feigenbaum, 1996).
- c) Mutu adalah tingkat kesempurnaan suatu produk atau jasa.
- d) Mutu adalah *expertise*, atau keahlian dan keterikatan (*commitment*) yang selalu dicurahkan pada pekerjaan.
- e) Mutu adalah kegiatan tanpa salah dalam melakukan pekerjaan.

## 2. Mutu Pelayanan Kesehatan

Adalah derajat kesempurnaan pelayanan untuk memenuhi kebutuhan masyarakat konsumen akan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar profesi dan standar pelayanan dengan menggunakan potensi sumber daya yang tersedia di rumah sakit secara wajar, efisien dan efektif serta diberikan secara aman dan memuaskan sesuai dengan norma, etika, hukum dan sosio budaya dengan memperhatikan keterbatasan dan kemampuan rumah sakit dan masyarakat konsumen.

## 3. Keselamatan Pasien

Suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut meliputi assesmen resiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan resiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya resiko. Sistem tersebut diharapkan dapat mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak melakukan tindakan yang seharusnya dilakukan.( Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit tahun 2015).

## 4. Dimensi Mutu

Kegiatan menjaga mutu dapat menyangkut satu atau beberapa dimensi sebagai berikut adalah :

### a. Kompetensi teknis (*Technical Competence*)

Kompetensi teknis berkaitan dengan keterampilan, kemampuan dan penampilan petugas, manajer, dan staf pendukung. Kompetensi teknis berhubungan dengan bagaimana cara petugas mengikuti standar pelayanan yang telah ditetapkan dalam hal: kepatuhan, ketepatan, kebenaran, dan konsistensi.

### b. Akses terhadap pelayanan (*Access to Service*)

Akses berarti bahwa pelayanan kesehatan tidak terhalang oleh keadaan geografis, sosial, ekonomi, budaya, organisasi atau hambatan bahasa. Akses geografis dapat diukur dengan jenis transportasi, jarak, waktu perjalanan dan hambatan fisik lain yang dapat menghalangi seseorang untuk memperoleh pelayanan kesehatan. Akses ekonomi berkaitan dengan kemampuan pasien untuk membayar pelayanan yang diberikan. Akses social atau budaya berkaitan dengan diterimanya pelayanan yang berkaitan dengan nilai budaya, kepercayaan, dan perilaku. Akses organisasi berkaitan dengan sejauh mana pelayanan diatur untuk kenyamanan pasien. Akses bahasa berarti bahwa pelayanan diberikan dalam bahasa atau dialek setempat yang dipahami pasien.

### c. Efektifitas (*Effectiveness*)

Kualitas pelayanan kesehatan tergantung dari efektivitas yang menyangkut norma pelayanan kesehatan dan petunjuk klinis sesuai standar yang ada.

### d. Efisiensi(*Efficiency*)

Efisiensi pelayanan kesehatan merupakan dimensi yang penting dari kualitas karena efisiensi akan mempengaruhi hasil pelayanan kesehatan, apalagi sumberdaya pelayanan kesehatan pada umumnya terbatas. Pelayanan yang efisien akan memberikan perhatian yang optimal kepada pasien dan masyarakat.

Petugas akan memberikan pelayanan yang terbaik dengan sumberdaya yang dimiliki. Peningkatan kualitas memerlukan tambahan sumberdaya. Tetapi dengan menganalisis efisiensi, manajer program kesehatan dapat memilih intervensi yang paling *cost-effective*.

e. Kontinuitas (*Continuity*)

Kelangsungan pelayanan berarti klien akan menerima pelayanan yang lengkap yang dibutuhkan (termasuk rujukan) tanpa mengurangi prosedur diagnose dan terapi yang tidak perlu. Klien harus mempunyai akses terhadap pelayanan rutin dan preventif yang diberikan oleh petugas kesehatan yang mengetahui riwayat penyakitnya. Klien juga harus mempunyai akses rujukan untuk pelayanan yang spesialisasi dan menyelesaikan pelayanan lanjutan yang diperlukan.

f. Keamanan (*Safety*)

Keamanan berarti mengurangi resiko, cedera, infeksi, atau bahaya lain yang berkaitan dengan pelayanan. Keamanan pelayanan melibatkan petugas dan pasien. Misalnya, pasien harus dilindungi dari infeksi, dan petugas yang bertugas harus dilindungi dengan prosedur yang aman.

g. Hubungan antar manusia (*Interpersonal Relation*)

Hubungan antar manusia yang baik menanamkan kepercayaan dan kredibilitas dengan cara: menghargai, menjaga rahasia, menghormati, responsive, dan memberikan perhatian. Hubungan antar manusia yang baik akan mempunyai andil yang besar dalam konseling yang efektif. Hubungan antar manusia yang kurang baik akan mengurangi efektivitas dan kompetensi teknis pelayanan kesehatan.

h. Kenyamanan (*Amenities*)

Kenyamanan berkaitan dengan pelayanan kesehatan yang tidak berhubungan langsung dengan efektivitas klinis, tetapi dapat mempengaruhi kepuasan pasien dan bersedianya untuk kembali ke fasilitas kesehatan untuk memperoleh pelayanan berikutnya.

## 5. Konsep Mutu

### Trias Mutu

- a. Frame work Donabedian sebagai dasar membangun standar: Struktur (SDM, Fasilitas), membangun standar Proses, dan menilai *Outcome*.  
Setelah menetapkan pengukuran mutu, dilengkapi dengan profil indikator maka dilakukan proses pengumpulan data. Pengumpulan data dilakukan berbasis IT oleh pengumpul data di ruangan masing-masing.
- b. Setiap bulan akan mendapatkan capaian mutu di unit, yang dibandingkan terhadap standar. Jika tercapai, maka dipertahankan. Jika tidak tercapai, maka dicari akar permasalahan dengan menggunakan fish bone diagram (ishikawa) dan dianalisis dari struktur dan proses.
- c. Dibuat plan untuk redesign. Selanjutnya untuk peningkatan mutu dengan menggunakan PDSA

## 6. Mutu Terkait dengan Input, Proses, Output

Pengukuran mutu pelayanan kesehatan dapat diukur dengan menggunakan 3 variabel, yaitu:

- a. Input, ialah segala sumber daya yang diperlukan untuk melakukan pelayanan

kesehatan, seperti tenaga, dana, obat, fasilitas, peralatan, bahan, teknologi, organisasi, informasi, dan lain-lain. Pelayanan kesehatan yang bermutu memerlukan dukungan input yang bermutu pula. Hubungan struktur dengan mutu pelayanan kesehatan adalah dalam perencanaan dan penggerakan pelaksanaan pelayanan kesehatan.

- b. Proses, merupakan aktivitas dalam bekerja, adalah merupakan interaksi profesional antara pemberi pelayanan dengan konsumen (pasien/masyarakat). Proses ini merupakan variabel penilaian mutu yang penting.
- c. Output, ialah hasil pelayanan kesehatan, merupakan perubahan yang terjadi pada konsumen (pasien/masyarakat), termasuk kepuasan dari konsumen tersebut. Rumah sakit adalah suatu institusi pelayanan kesehatan yang kompleks, padat pakar dan padat modal. Kompleksitas ini muncul karena pelayanan di rumah sakit menyangkut berbagai fungsi pelayanan, serta mencakup berbagai tingkatan maupun jenis disiplin. Agar rumah sakit mampu melaksanakan fungsi yang demikian kompleks, harus memiliki sumber daya manusia yang profesional baik di bidang teknis medis maupun administrasi kesehatan. Upaya menjaga dan meningkatkan mutu, rumah sakit harus mempunyai suatu ukuran yang menjamin peningkatan mutu di semua tingkatan.

Pengukuran mutu pelayanan kesehatan dan kinerja rumah sakit diawali dengan penilaian akreditasi rumah sakit yang mengukur dan memecahkan masalah pada tingkat input dan proses. Pada kegiatan ini rumah sakit harus menetapkan standar input, proses dan output, serta membakukan seluruh standar prosedur yang telah ditetapkan. Rumah sakit dipacu untuk dapat menilai diri (*self assesment*) dan memberikan pelayanan sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan. Sebagai kelanjutan untuk mengukur hasil kerjanya perlu ada latar ukur yang lain, yaitu instrumen mutu pelayanan rumah sakit yang menilai dan memecahkan masalah pada hasil (output). Tanpa mengukur hasil kinerja rumah sakit tidak dapat diketahui apakah input dan proses yang baik telah menghasilkan output yang baik pula. Indikator rumah sakit yang disusun dengan tujuan untuk dapat mengukur kinerja mutu rumah sakit secara nyata.

## **7. Mutu Pelayanan Rumah Sakit**

Upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan dapat diartikan keseluruhan upaya dan kegiatan secara komprehensif dan integratif memantau dan menilai mutu pelayanan rumah sakit, memecahkan masalah-masalah yang ada dan mencari jalan keluarnya, sehingga mutu pelayanan rumah sakit akan menjadi lebih baik.

Upaya peningkatan mutu pelayanan dan kinerja di rumah sakit adalah kegiatan yang bertujuan memberikan asuhan atau pelayanan sebaik-baiknya kepada pasien. Upaya peningkatan mutu pelayanan rumah sakit akan sangat berarti dan efektif bilamana upaya peningkatan mutu menjadi tujuan sehari-hari dari setiap unsur di rumah sakit termasuk pimpinan, pelaksana pelayanan langsung dan staf penunjang.

Upaya peningkatan mutu termasuk kegiatan yang melibatkan mutu asuhan atau pelayanan dengan penggunaan sumber daya secara tepat dan efisien. Walaupun disadari bahwa mutu memerlukan biaya, tetapi tidak berarti mutu yang lebih baik selalu memerlukan biaya lebih banyak atau mutu rendah biayanya lebih sedikit.

Indikator mutu rumah sakit meliputi indikator area klinis, indikator area manajerial, dan indikator sasaran keselamatan pasien yang berdasarkan pada efektifitas (*effectiveness*), efisiensi (*efficiency*), keselamatan (*safety*) dan kelayakan (*appropriateness*).

Strategi untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan rumah sakit adalah sebagai berikut:

- a. Setiap petugas harus memahami dan menghayati konsep dasar dan prinsip mutu pelayanan rumah sakit sehingga dapat menerapkan langkah-langkah upaya peningkatan mutu di masing-masing unit kerjanya.
- b. Memberi prioritas kepada peningkatan kompetensi sumber daya manusia di rumah sakit, serta upaya meningkatkan kesejahteraan karyawan.
- c. Menciptakan budaya mutu di rumah sakit Termasuk di dalamnya menyusun program mutu rumah sakit dengan pendekatan *PDSA cycle*.

Pendekatan pemecahan masalah merupakan suatu proses siklus yang berkesinambungan. Langkah pertama dalam proses siklus ini adalah identifikasi masalah. Identifikasi masalah merupakan bagian sangat penting dari seluruh proses siklus, karena akan menentukan kegiatan-kegiatan selanjutnya dari pendekatan pemecahan masalah ini. Masalah akan timbul apabila:

- a. Hasil yang dicapai dibandingkan dengan standar yang ada terdapat penyimpangan
- b. Merasa tidak puas akan penyimpangan tersebut.
- c. Merasa bertanggung jawab atas penyimpangan tersebut.

Dengan telah jelasnya cara memecahkan masalah maka bisa dilakukan tindakan perbaikan. Namun agar pemecahan masalah bisa tuntas, setelah diadakan tindakan perbaikan perlu dinilai kembali apakah masih ada yang tertinggal. Dari penilaian kembali maka akan didapatkan masalah yang telah terpecahkan dan masalah yang masih tetap merupakan masalah sehingga proses siklus akan berulang mulai tahap pertama.

Prinsip dasar upaya peningkatan mutu pelayanan adalah pemilihan aspek yang akan ditingkatkan dengan menetapkan indikator, kriteria serta standar yang digunakan untuk mengukur mutu pelayanan rumah sakit

## **8. Indikator, Kriteria, Dan Standar**

### 1) Indikator :

Adalah ukuran atau cara mengukur sehingga menunjukkan suatu indikasi. Indikator merupakan suatu variabel yang digunakan untuk bisa melihat perubahan. Indikator yang baik adalah yang sensitif tapi juga spesifik.

### 2) Kriteria :

Adalah spesifikasi dari indikator.

3) Standar :

- a. Tingkat kinerja atau keadaan yang dapat diterima oleh seseorang yang berwenang dalam situasi tersebut, atau oleh mereka yang bertanggung jawab untuk mempertahankan tingkat kinerja atau kondisi tersebut.
- b. Suatu norma atau persetujuan mengenai keadaan atau prestasi yang sangat baik.
- c. Sesuatu ukuran atau patokan untuk mengukur kuantitas, berat, nilai atau mutu.

## 9. Prinsip Upaya Peningkatan Mutu

Dalam melaksanakan upaya peningkatan mutu pelayanan maka harus memperhatikan prinsip dasar sebagai berikut:

1) Aspek yang dipilih untuk ditingkatkan

- a. Keprofesian
- b. Efisiensi
- c. Keamanan pasien
- d. Kepuasan pasien
- e. Sarana dan lingkungan fisik

2) Indikator yang dipilih

- a. Indikator lebih diutamakan untuk menilai output daripada input dan proses
- b. Bersifat umum, yaitu lebih baik indikator untuk situasi dan kelompok daripada untuk perorangan.
- c. Dapat digunakan untuk membandingkan dengan Rumah Sakit lain, baik di dalam maupun luar negeri.
- d. Dapat mendorong intervensi sejak tahap awal pada aspek yang dipilih untuk dimonitor
- e. Didasarkan pada data yang ada.

3) Kriteria yang digunakan

Kriteria yang digunakan harus dapat diukur dan dihitung untuk dapat menilai indikator, sehingga dapat sebagai batas yang memisahkan antara mutu baik dan mutu tidak baik.

4) Standar yang digunakan

Standar yang digunakan ditetapkan berdasarkan :

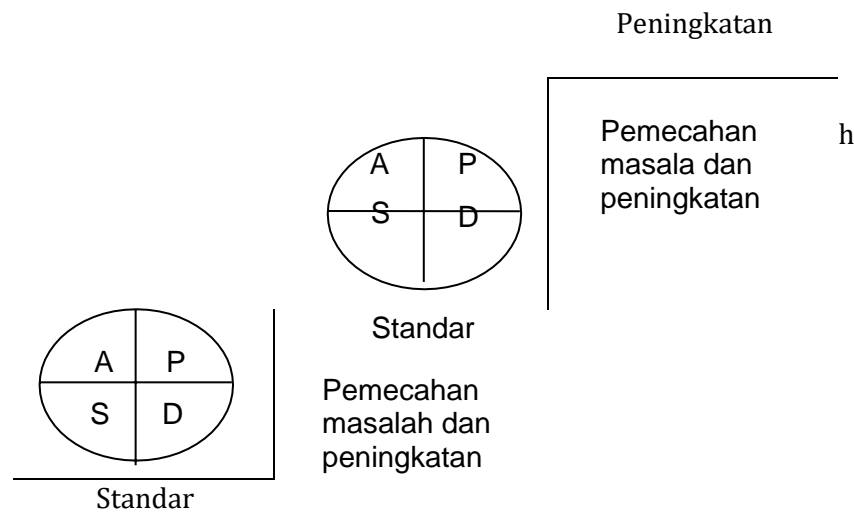
- a. Acuan dari berbagai sumber
- b. *Benchmarking* dengan rumah sakit yang setara
- c. Berdasarkan trend yang menuju kebaikan

## 10. Pengendalian Kualitas Pelayanan

Pengendalian adalah keseluruhan fungsi atau kegiatan yang harus dilakukan untuk menjamin tercapainya sasaran perusahaan dalam hal kualitas produk dan jasa pelayanan yang diproduksi. Pengendalian kualitas pelayanan pada dasarnya adalah pengendalian kualitas kerja dan proses kegiatan untuk menciptakan kepuasan pelanggan (*quality os customer's satisfaction*) yang dilakukan oleh setiap orang dari setiap bagian di rumah sakit.

Pengertian pengendalian kualitas pelayanan di atas mengacu pada siklus pengendalian (*control cycle*) dengan memutar siklus “*Plan-Do-Study-Action*” (*P-D-S-A*) = Relaksasi (rencanakan – laksanakan – periksa –aksi). Pola P-D-S-A ini dikenal sebagai “siklus Shewart”, karena pertama kali dikemukakan oleh Walter Shewhart beberapa puluh tahun yang lalu. Namun dalam perkembangannya, metodologi analisis P-D-S-A lebih sering disebut “siklus Deming”. Hal ini karena Deming adalah orang yang mempopulerkan penggunaannya dan memperluas penerapannya. Dengan nama apapun itu disebut, P-D-S-A adalah alat yang bermanfaat untuk melakukan perbaikan secara terus menerus (*continous improvement*) tanpa berhenti.

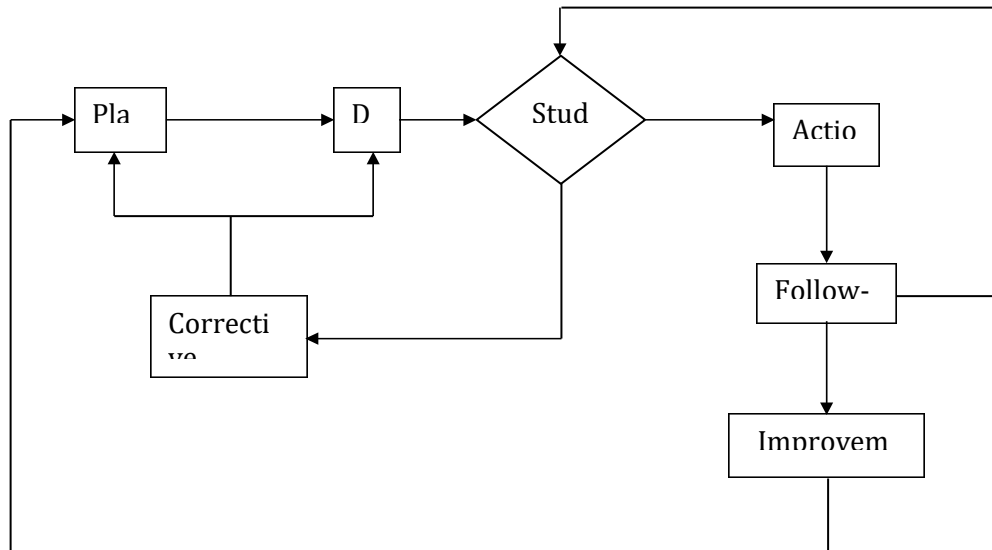
Konsep P-D-S-A tersebut merupakan panduan bagi setiap manajer untuk proses perbaikan kualitas (*quality improvement*) secara terus menerus tanpa berhenti tetapi meningkat ke keadaan yang lebih baik dan dijalankan di seluruh bagian organisasi, seperti tampak pada gambar 1.



Gambar 1. Siklus dan Proses Peningkatan PDSA

Dalam gambar 1 tersebut, pengidentifikasian masalah yang akan dipecahkan dan pencarian sebab-sebabnya serta penentuan tindakan koreksinya, harus selalu didasarkan pada fakta. Hal ini dimaksudkan untuk menghindari adanya unsur subyektivitas dan pengambilan keputusan yang terlalu cepat serta keputusan yang bersifat emosional. Selain itu, untuk memudahkan identifikasi masalah yang akan dipecahkan dan sebagai patokan perbaikan selanjutnya perusahaan harus menetapkan standar pelayanan.

Hubungan pengendalian kualitas pelayanan dengan peningkatan perbaikan berdasarkan siklus P-D-S-A (*Relationship between Control and Improvement*

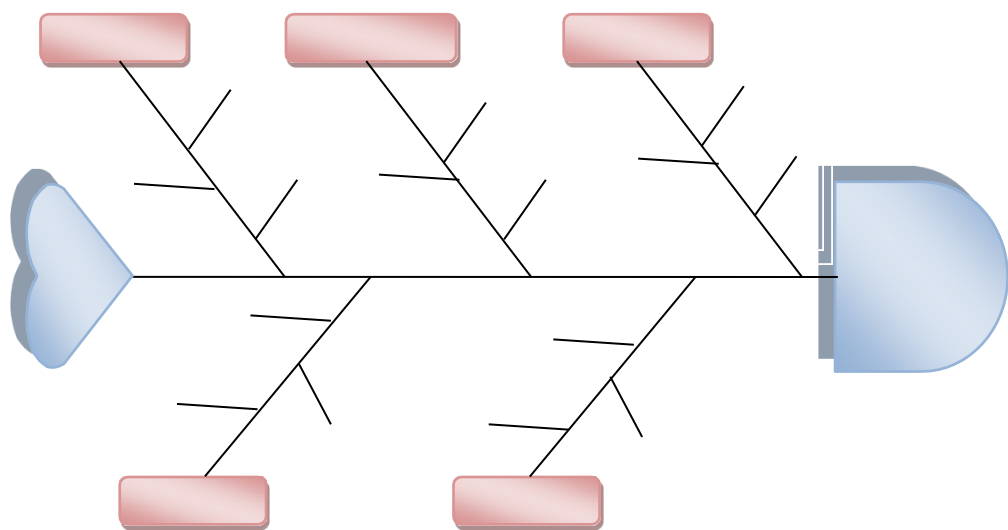


under P-D-S-A Cycle) diperlihatkan dalam gambar 2. Pengendalian kualitas berdasarkan siklus P-D-S-A hanya dapat berfungsi jika sistem informasi

Gambar 2. Relationship Between Control and Improvement Under P-D-S-A Cycle

berjalan dengan baik.

Identifikasi masalah dapat dilakukan dengan menggambarkan diagram sebab akibat atau diagram tulang ikan (*fish-bone*). Diagram tulang ikan adalah alat untuk menggambarkan penyebab-penyebab suatu masalah secara rinci. Diagram tersebut memfasilitasi proses identifikasi masalah sebagai langkah awal menentukan fokus perbaikan, mengembangkan ide pengumpulan data, mengenali penyebab terjadinya masalah dan menganalisa masalah tersebut (Koentjoro, 2007).

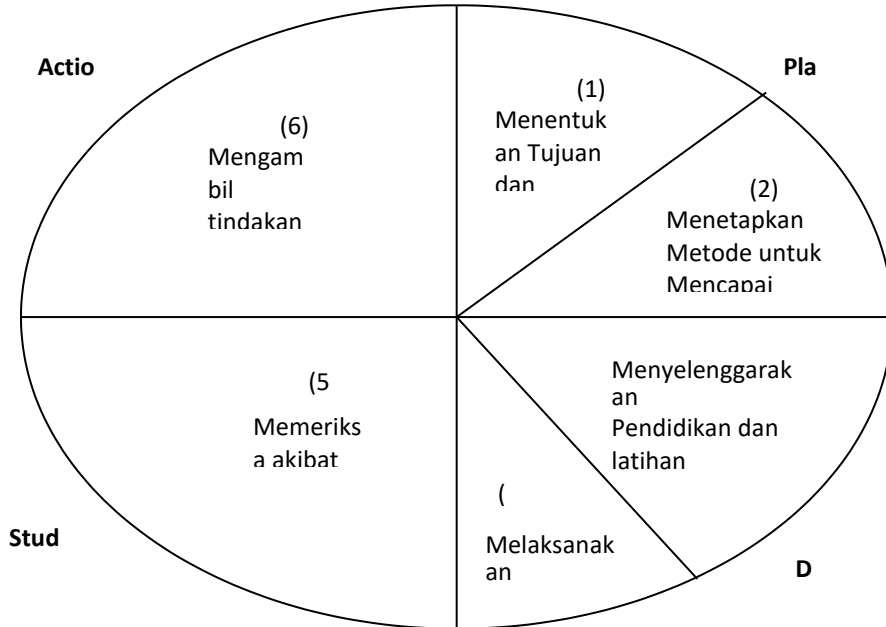


Gambar 3. Analisis Fishbone

Langkah-langkah menggambarkan diagram tulang ikan :

- Masalah yang akan dianalisis diletakkan disebelah kanan (kepala tulang ikan)
- Komponen struktur dan proses masalah diletakan pada sirip ikan
- Kemudian dilakukan diskusi untuk menganalisa penyebab masalah pada setiap komponen struktur dan proses tersebut

Gambar 4. Siklus PDSA



Keenam langkah P-D-S-A yang terdapat dalam gambar 4 di atas dapat dijelaskan sebagai berikut :

*Langkah 1. Menentukan tujuan dan sasaran → Plan*

Tujuan dan sasaran yang akan dicapai didasarkan pada kebijakan yang ditetapkan. Penetapan sasaran tersebut ditentukan oleh Direktur rumah sakit atau Kepala Instalasi. Penetapan sasaran didasarkan pada data pendukung dan analisis informasi.

Sasaran ditetapkan secara konkret dalam bentuk angka, harus pula diungkapkan dengan maksud tertentu dan disebarkan kepada semua karyawan. Semakin rendah tingkat karyawan yang hendak dicapai oleh penyebaran kebijakan dan tujuan, semakin rinci informasi.

*Langkah 2. Menentukan metode untuk mencapai tujuan → Plan*

Penetapan tujuan dan sasaran dengan tepat belum tentu akan berhasil dicapai tanpa disertai metode yang tepat untuk mencapainya. Metode yang ditetapkan harus rasional, berlaku untuk semua karyawan dan tidak menyulitkan karyawan untuk menggunakannya. Oleh karena itu dalam menetapkan metode yang akan digunakan perlu pula diikuti dengan penetapan standar kerja yang dapat diterima dan dimengerti oleh semua karyawan.

*Langkah 3. Menyelenggarakan pendidikan dan latihan → Do*

Metode untuk mencapai tujuan yang dibuat dalam bentuk standar kerja. Agar dapat dipahami oleh petugas terkait, dilakukan program pelatihan para karyawan untuk memahami standar kerja dan program yang ditetapkan.

*Langkah 4. Melaksanakan pekerjaan → Do*

Dalam pelaksanaan pekerjaan, selalu terkait dengan kondisi yang dihadapi dan standar kerja mungkin tidak dapat mengikuti kondisi yang selalu dapat berubah. Oleh karena itu, ketrampilan dan pengalaman para karyawan dapat dijadikan modal dasar untuk mengatasi masalah yang timbul dalam pelaksanaan pekerjaan karena ketidaksempurnaan standar kerja yang telah

ditetapkan.

*Langkah 5: Memeriksa akibat pelaksanaan → Study*

Manajer atau atasan perlu memeriksa apakah pekerjaan dilaksanakan dengan baik atau tidak. Jika segala sesuatu telah sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan dan mengikuti standar kerja, tidak berarti pemeriksaan dapat diabaikan. Hal yang harus disampaikan kepada karyawan adalah atas dasar apa pemeriksaan itu dilakukan. Agar dapat dibedakan manakah penyimpangan dan manakah yang bukan penyimpangan, maka kebijakan dasar, tujuan, metode (standar kerja) dan pendidikan harus dipahami dengan jelas baik oleh karyawan maupun oleh manajer. Untuk mengetahui penyimpangan, dapat dilihat dari akibat yang timbul dari pelaksanaan pekerjaan dan setelah itu dapat dilihat dari penyebabnya.

*Langkah 6 : Mengambil tindakan yang tepat → Action*

Pemeriksaan melalui akibat yang ditimbulkan bertujuan untuk menemukan penyimpangan. Jika penyimpangan telah ditemukan, maka penyebab timbulnya penyimpangan harus ditemukan untuk mengambil tindakan yang tepat agar tidak terulang lagi penyimpangan. Menyingkirkan faktor-faktor penyebab yang telah mengakibatkan penyimpangan merupakan konsepsi yang penting dalam pengendalian kualitas pelayanan.

Konsep PDSA dengan keenam langkah tersebut merupakan sistem yang efektif untuk meningkatkan kualitas pelayanan. Untuk mencapai kualitas pelayanan yang akan dicapai diperlukan partisipasi semua karyawan, semua bagian dan semua proses. Partisipasi semua karyawan dalam pengendalian kualitas pelayanan diperlukan kesungguhan (*sincerety*), yaitu sikap yang menolak adanya tujuan yang semata-mata hanya berguna bagi diri sendiri atau menolak cara berfikir dan berbuat yang semata-mata bersifat pragmatis. Dalam sikap kesungguhan tersebut yang dipentingkan bukan hanya sasaran yang akan dicapai, melainkan juga cara bertindak seseorang untuk mencapai sasaran tersebut.

Partisipasi semua pihak dalam pengendalian kualitas pelayanan mencakup semua jenis kelompok karyawan yang secara bersama-sama merasa bertanggung jawab atas kualitas pelayanan dalam kelompoknya. Partisipasi semua proses dalam pengendalian kualitas pelayanan dimaksudkan adalah pengendalian tidak hanya terhadap *output*, tetapi terhadap hasil setiap proses. Proses pelayanan akan menghasilkan suatu pelayanan berkualitas tinggi, hanya mungkin dapat dicapai jika terdapat pengendalian kualitas dalam setiap tahapan dari proses. Di mana dalam setiap tahapan proses dapat dijamin adanya keterpaduan, kerjasama yang baik antara kelompok karyawan dengan manajemen, sebagai tanggung jawab bersama untuk menghasilkan kualitas hasil kerja dari kelompok, sebagai mata rantai dari suatu proses.

## **BAB II**

### **RUANG LINGKUP**

Pedoman Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien ini digunakan di lingkup RSUD Dr Muhammad Zein Painan, yaitu :

1. Bagian Tata Usaha
2. Bidang Pelayanan Medis
3. Bidang Penunjang Medis
4. Bidang Keuangan
5. Instalasi Gawat Darurat
6. Instalansi Rawat Jalan
7. Instalasi Farmasi
8. Instalasi Radiologi
9. Instalasi Gizi
10. Instalasi Fisioterapi
11. Instalasi Laboratorium
12. Instalasi Kamar Operasi
13. Unit Anastesi dan RR
14. Irna Bedah
15. Irna Penyakit Dalam
16. Irna Kebidanan dan Penyakit Kandungan
17. Irna Anak
18. Unit Perinatology
19. Vip
20. Kelas Mande Rubiah
21. Unit Neurology
22. Unit Paru
23. ICU
24. Instalasi Rekam Medik
25. Unit Casemic
26. Unit Pendaftaran
27. Instalasi PKRS
28. Unit Laundry
29. Unit Patology Anatomi
30. Unit Data Layanan

### BAB III KEBIJAKAN

- A. Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) adalah organisasi yang ditetapkan oleh RSUD Dr Muhammad Zein bertugas mengarahkan, mengatur, serta mengkoordinasikan pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
- B. Direktur, Kepala Bidang, Kepala Instalasi, Kepala Ruangan dan seluruh Ketua Komite, RSUD Dr Muhammad Zein merencanakan dan mengembangkan program peningkatan mutu serta keselamatan pasien;
- C. Pelaksanaan
- D. program pendidikan dan pelatihan (diklat) Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP)
- E. Direktur, Kepala Bidang, Kepala Instalasi, Kepala Ruangan dan seluruh Ketua Komite, RSUD Dr Muhammad Zein berperan dalam memilih area prioritas sebagai area fokus untuk perbaikan;
- F. Direktur, Kepala Bidang, Kepala Instalasi, Kepala Ruangan dan seluruh Ketua Komite, RSUD Dr Muhammad Zein berperan dalam pemilihan indikator mutu di tingkat rumah sakit (indikator area klinik, area manajemen, dan sasaran keselamatan pasien) serta terlibat dalam menindaklanjuti capaian indikator yang masih rendah;
- G. Direktur RSUD Dr Muhammad Zein menetapkan penanggung jawab, waktu dan cara pelaksanaan monitoring program peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
- H. Direktur RSUD Dr Muhammad Zein menetapkan proses pengumpulan data, analisis, *feedback*, dan pemberian informasi kepada staf;
- I. Direktur RSUD Dr Muhammad Zein menetapkan alur laporan pelaksanaan pengukuran mutu rumah sakit, mulai dari unit sampai kepada Dewan Pengawas;
- J. Direktur RSUD Dr Muhammad Zein menetapkan bantuan teknologi/sistem informasi rumah sakit yang akan diterapkan untuk pengumpulan dan analisis data mutu, keselamatan pasien, dan *surveillance* infeksi.
- K. Direktur dan jajaran Manajemen berkoordinasi dengan seluruh Kepala Instalasi/Kepala Ruangan dalam memilih dan menetapkan prioritas pengukuran mutu pelayanan klinis yang akan dievaluasi.
- L. Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) memfasilitasi Direktur dan jajaran Manajemen untuk melakukan rapat koordinasi dengan seluruh Kepala Instalasi/Kepala Ruangan dalam memilih dan menetapkan prioritas pengukuran mutu pelayanan klinis yang akan dievaluasi.
- M. Prioritas pengukuran mutu pelayanan tersebut meliputi pengukuran mutu dengan menggunakan indikator area klinis (IAK), indikator area manajemen (IAM), indikator area sasaran keselamatan pasien (ISKP), dan 5 Panduan Praktek Klinis (PPK) yang dievaluasi.
- N. Dasar pemilihan prioritas pengukuran mutu pelayanan klinis mengacu kepada standar yang ada.
- O. Direktur dan jajaran Manajemen menetapkan prioritas pengukuran mutu pelayanan klinis meliputi indikator area klinis (IAK), indikator area manajemen (IAM), indikator area sasaran keselamatan pasien (ISKP), dan 5 Panduan Praktek Klinis (PPK) yang

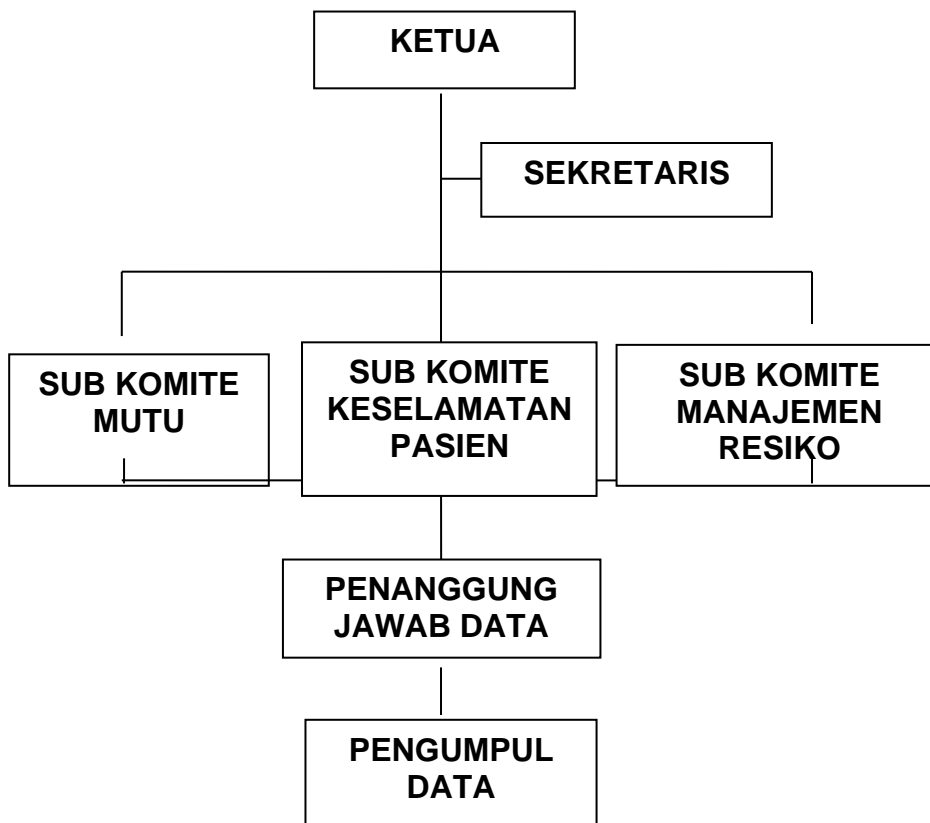
dievaluasi

- P. Setiap unit kerja harus mempunyai pengukuran mutu di unit kerja masing-masing.
- Q. Dalam memilih indikator, pimpinan unit kerja agar memperhatikan:
  - a. Prioritas pengukuran mutu pelayanan klinis di rumah sakit. Indikator mutu yang dipergunakan untuk mengukur mutu di prioritas pengukuran mutu rumahsakit
  - b. Fokus mengukur hal hal yang ingin diperbaiki
  - c. Melakukan koordinasi dengan komite medis
- R. Pimpinan unit kerja memilih indikator mutu unit dengan mempertimbangkan dasar pemilihan.
- S. Pimpinan unit kerja mengusulkan indikator mutu yang sudah dipilih diunit masing masing ke Direktur rumah sakit untuk ditetapkan.
- T. Setiap indikator yang ditetapkan dilengkapi dengan profil indikator
- U. Direktur dan Jajaran Manajemen serta PMKP melakukan supervisi terhadap proses pengumpulan data dengan menggunakan formulir supervisi yang telah disediakan
- V. Pimpinan unit kerja melakukan upaya perbaikan mutu berdasarkan hasil capaian indikator mutu dengan metode PDSA
- W. Setiap tahun Kelompok Staf Medis (KSM) memilih 5 (lima) panduan praktik klinis, alur, atau protokol klinis prioritas untuk dievaluasi sesuai dengan kriteria yang dimaksud dengan melibatkan kepala bidang pelayanan medik, komite medik dan unit pelayanan.
- X. Kelompok staf medis menyusun panduan praktik klinis dengan melibatkan kepala bidang dan komite medik.
- Y. Komite Medik melakukan monitoring dan evaluasi penerapan panduan praktik klinik, alur, dan atau protokol klinis sehingga berhasil menekan keberagaman proses dan hasil.
- Z. Rumah sakit menetapkan evaluasi pelayanan kedokteran dengan panduan praktik klinis, alur klinis, atau protokol.
- AA. Hasil evaluasi dapat menunjukkan perbaikan variasi dalam lima fokus area pada pemberian pelayanan.
- AA. Rumah sakit melaksanakan audit klinis dan atau audit medis pada panduan praktik klinis/alur klinis prioritas di tingkat rumah sakit.
- BB. Rumah Sakit melaksanakan Manajemen resiko berkelanjutan digunakan untuk melakukan identifikasi dan mengurangi cedera dan mengurangi resiko lain terhadap keselamatan pasien dan staf.

## BAB IV TATA LAKSANA

A. Komite Mutu dan Keselamatan Pasien adalah organisasi yang ditetapkan oleh RSUD Dr Muhammad Zein bertugas mengarahkan, mengatur, serta mengoordinasikan pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien;

### 1. Struktur Organisasi dan Tata Kerja PMKP



Gambar 4. 1 Struktur Organisasi Komite Mutu dan Keselamatan Pasien

Tugas Pokok dan Fungsi Komite Mutu dan Keselamatan Pasien :

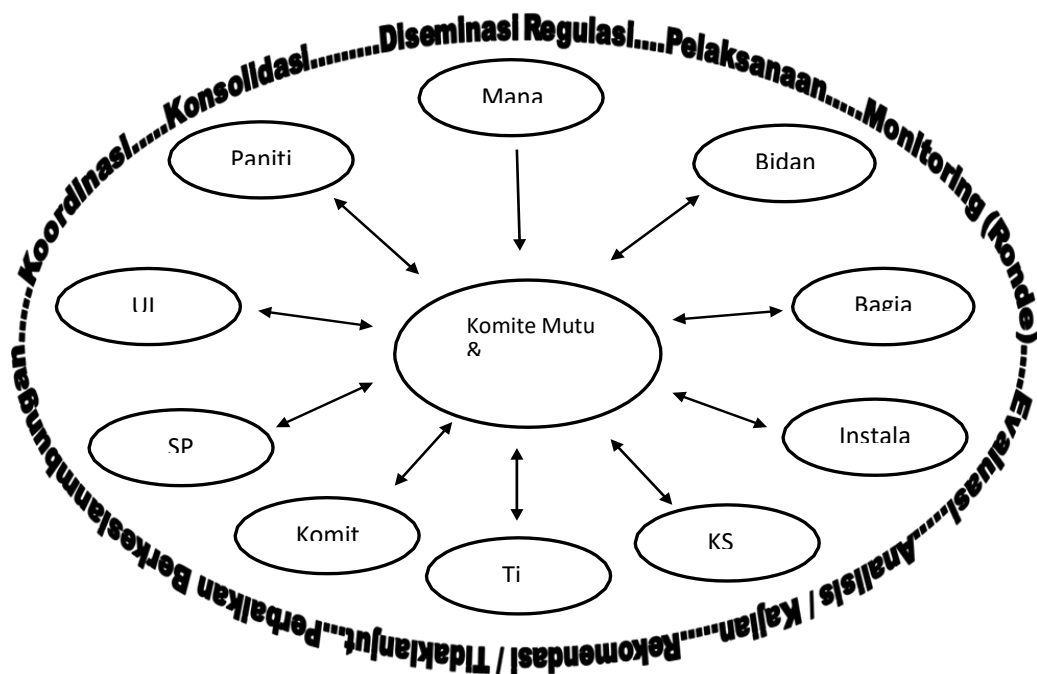
- a) Sebagai motor penggerak penyusunan program PMKP RSUD Dr Muhammad Zein Painan.
- b) Melakukan monitoring dan memandu penerapan program PMKP di unit kerja
- c) Membantu dan melakukan koordinasi dengan pimpinan unit pelayanan dalam memilih prioritas perbaikan, pengukuran mutu / indikator mutu, dan menindaklanjuti hasil capaian indikator
- d) Melakukan koordinasi dan pengorganisasian pemilihan prioritas program di tingkat unit kerja serta menggabungkan menjadi prioritas rumah sakit secara keseluruhan. Prioritas program rumah sakit ini harus terkoordinasi dengan baik dalam pelaksanaannya.
- e) Melakukan pengawasan mutu pelayanan klinis dan dilengkapi dengan tata hubungan kerja
- f) Menentukan profil indikator mutu, metode analisis, dan validasi data dari data indikator mutu yang dikumpulkan dari seluruh unit kerja di rumah sakit
- g) Menyusun formulir untuk mengumpulkan data, menentukan jenis data, serta bagaimana alur data dan pelaporan dilaksanakan.
- h) Menjalin komunikasi yang baik dengan semua pihak terkait serta

menyampaikan masalah terkait pelaksanaan program mutu dan keselamatan pasien.

- i) Terlibat secara penuh dalam kegiatan pendidikan dan pelatihan PMKP
- j) Bertanggung jawab untuk mengomunikasikan masalah-masalah mutu secara rutin kepada semua staf
- k) Menyusun regulasi terkait dengan pengawasan dan penerapan program PMKP.
- l) Memberikan saran/pertimbangan strategis kepada Direktur mengenai upaya peningkatan mutu rumah sakit, pengelolaan manajemen resiko (resiko terhadap pasien dan resiko terhadap institusi/rumah sakit serta upaya penerapan budaya keselamatan pasien) dan upaya peningkatan kinerja satuan kerja di RSUD Dr Muhammad Zein Painan.
- m) Merekomendasikan sarana, prasarana dan fasilitas terkait mutu, manajemen resiko dan penilaian kinerja satuan kerja sesuai perkembangan lptek terkini.
- n) Memfasilitasi penyelenggaraan Akreditasi Rumah Sakit Nasional
- o) Melakukan koordinasi dengan seluruh satuan kerja tentang penerapan dan monitoring evaluasi keselamatan pasien.

## 2. Tata Hubungan Kerja PMKP

Gambar 4. 2 Tahubja PMKP



### Keterangan:

Pada dasarnya hubungan kerja antara Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien dengan satuan kerja lain terkait dengan upaya peningkatan mutu, pengelolaan manajemen resiko (resiko terhadap pasien dan resiko terhadap institusi/rumah sakit serta upaya penerapan budaya keselamatan pasien melalui tatalaksana:

- a) Diseminasi regulasi
- b) Pelaksanaan monitoring (ronde)

- c) Evaluasi, analisis/kajian
- d) Rekomendasi/tindak lanjut
- e) Perbaikan berkesinambungan (PDSA).

Hubungan antara PMKP dengan unit lain dapat dijelaskan sebagai berikut.

- a) Direktur  
Komite PMKP memberikan laporan PMKP secara berkala kepada Direktur, Direktur memberikan instruksi sebagai tindak lanjut dari laporan yang diberikan oleh Komite PMKP
- b) Bidang, Bagian, Instalasi, KSM, Komite-Komite, SPI, ULP, Panitia-Panitia, dan Tim :
  - 1) Melakukan pengumpulan data, validasi data, dan analisa data
  - 2) Melakukan pelaporan data PMKP ke Komite PMKP setiap bulan
  - 3) Komite PMKP memfasilitasi unit kerja dalam pemilihan indikator dan pelaksanaan Program PMKP
  - 4) Komite PMKP melakukan monev kepada unit kerja terkait PMKP

B. Direktur, Manajemen, seluruh Ketua Komite, Kepala Instalasi, Kepala Ruangan RSUD Dr Muhammad Zein merencanakan dan mengembangkan program peningkatan mutu serta keselamatan pasien;

- 1. Perencanaan Program PMKP disusun oleh Komite PMKP setiap tahun.
- 2. Program PMKP dibahas dan dirumuskan dalam rapat antara Direktur, Manajemen, seluruh Ketua Komite, Kepala Instalasi, Kepala Ruangan dengan difasilitasi oleh Komite PMKP.
- 3. Program PMKP selanjutnya dibahas pada rapat Direktur dengan Dewan Pengawas.
- 4. Program PMKP ditetapkan oleh Direktur yang di sahkan oleh Dewan Pengawas.

C. Pelaksanaan program pendidikan dan pelatihan (diklat) peningkatan mutu dan keselamatan pasien (PMKP)

- 1. Diklat PMKP untuk Dewan Pengawas
- 2. Diklat PMKP untuk Direktur dan jajaran Manajemen
- 3. Diklat PMKP untuk Komite Medis dan Komite Keperawatan
- 4. Diklat PMKP untuk staf PMKP
- 5. Diklat PMKP untuk Kepala Unit Kerja, penanggung jawab dan pengumpul data
- 6. Diklat PMKP untuk seluruh staf

NO	JABATAN	LOKASI DIKLAT	MATERI
1	Direktur/Ka PMKP	Eksternal	Konsep dan Prinsip PMKP Sistem Manajemen Data
2	Kepala Bidang/Kepala Unit	Eksternal/Internal	Konsep dan Prinsip PMKP
3	Komite Medik dan Keperawatan	Eksternal/Internal	Konsep dan Prinsip PMKP
4	Staf Komite PMKP	Eksternal/Internal	Konsep dan Prinsip PMKP
5	Penanggungjawab data dan pengumpul Data	Internal	Sistem Manajemen Data
6	Staf Klinis	Eksternal/Internal	Konsep dan Prinsip PMKP Standar berfokus pada pasien

D. Direktur, Kepala Bidang, Kepala Instalasi, Kepala Ruangan dan seluruh Ketua Komite RSUD Dr Muhammad Zein berperan dalam memilih area prioritas sebagai area fokus untuk perbaikan. Penetapan prioritas pelayanan rumah sakit mempertimbangkan:

1. Misi rumah sakit dan tujuan strategi RS
2. Data permasalahan di rumah sakit
3. Sistem dan proses yang bervariasi dalam penerapan
4. Sistem yang klinis kompleks yang perlu efisiensi
5. Dampak perbaikan sistem ke seluruh unit di rumah sakit
6. Riset klinis dan pendidikan profesi kesehatan

E. Direktur, Kepala Bidang, Kepala Instalasi, Kepala Ruangan dan seluruh Ketua Komite RSUD Dr Muhammad Zein berperan dalam pemilihan indikator mutu di tingkat rumah sakit (indikator area klinik, area manajemen, dan sasaran keselamatan pasien) serta terlibat dalam menindaklanjuti capaian indikator yang masih rendah. Pemilihan Indikator Mutu di Tingkat Rumah Sakit dilaksanakan setiap tahun. Tindak lanjut capaian indikator yang masih rendah akan dilaksanakan sekali tiga bulan berdasarkan hasil laporan triwulan

F. Direktur RSUD Dr Muhammad Zein menetapkan pelaksanaan monitoring program peningkatan mutu dan keselamatan pasien, meliputi siapa, kapan, dan bagaimana dilakukan;

Pelaksanaan monitoring Program PMKP adalah menjadi tanggung jawab :

1. Indikator Mutu Unit  
Pengawasan dilakukan oleh pimpinan unit kerja, minimal dilaksanakan sekali dalam sebulan dengan menggunakan form supervisi (terlampir)
2. Indikator Mutu Prioritas  
Pengawasan dilakukan oleh Direktur dan PMKP, minimal dilaksanakan sekali dalam sebulan dengan menggunakan form supervisi (terlampir)

G. Direktur RSUD Dr Muhammad Zein menetapkan proses pengumpulan data, validasi, analisis, *feedback*, dan pemberian informasi kepada staf

1. Pengumpulan Data

Pengumpulan data merupakan salah satu kegiatan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien untuk mendukung asuhan pasien dan manajemen rumah sakit lebih baik. *Entry* data berbasis IT dan melalui system menggunakan aplikasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) dan atau Sistem Manajemen

Data Akreditasi (SISMADAK).

a) Pelaksana Pengumpulan Data Mutu

Pengumpulan data dilaksanakan oleh pengumpul data di masing-masing unit kerja dengan kualifikasi :

- 1) Ditunjuk di dalam SK Penetapan pengumpul data dari masing-masing unit kerja
- 2) Telah mengikuti pelatihan PMKP

b) Langkah-langkah pengumpulan data :

Setiap data yang akan dikumpulkan harus berpedoman pada masing-masing kamus/ profil indikator

- 1) Tentukan besar sampel dari setiap indikator yang akan dikumpulkan datanya dengan melihat Tabel Isaac Michael sesuai dengan ketentuan sampel yang tertera di dalam kamus/ profil indikator (poin 17)
- 2) Kumpulkan data setiap indikator dari sumber data yang sudah ditentukan pada kamus/ profil indikator (poin 7)
- 3) Catat/entry data dalam form pengumpulan data (form ceklis harian), kamus/ profil indikator (poin 28)
- 4) Sampel yang telah terpenuhi, dijumlahkan masing-masing data numerator dan denominator
- 5) Tentukan capaian indikator sesuai formula perhitungan yang tertera pada kamus/ profil indikator (poin 23).
- 6) Catat nilai capaian pada form rekap data indikator mutu

2. Validasi

Validasi data merupakan alat penting untuk memahami mutu data dan untuk menetapkan tingkat kepercayaan (*confidence level*) para pengambil keputusan terhadap data itu sendiri. Validasi data merupakan proses mengukur keakuratan data. Keabsahan dan kepercayaan pengukuran adalah inti dari semua perbaikan dalam program peningkatan mutu. Proses validasi data secara internal perlu dilakukan karena program mutu dianggap valid jika data yang dikumpulkan sudah sesuai, benar, dan bermanfaat. Rumah sakit menetapkan regulasi validasi data antara lain meliputi :

a) Pelaksana Validasi Data

Validasi data dilaksanakan oleh Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien Validator ditetapkan dengan SK Direktur RSUD Dr M. Zein Painan

- b) Setiap data harus divalidasi, jika :
- 1) Merupakan pengukuran area klinik baru;
  - 2) Bila ada perubahan sistem pencatatan pasien dari manual ke elektronik sehingga sumber data berubah;
  - 3) Bila data dipublikasi ke masyarakat baik melalui *web site* rumah sakit atau media lain;
  - 4) Bila ada perubahan pengukuran;
  - 5) Bila ada perubahan data pengukuran tanpa diketahui sebabnya;
  - 6) Bila ada perubahan subjek data seperti perubahan umur rata-rata pasien, protokol riset diubah, panduan praktik klinik baru diberlakukan, serta terdapat teknologi dan metodologi pengobatan baru.
- c) proses validasi data mencakup, namun tidak terbatas sebagai berikut:
- 1) mengumpulkan ulang data oleh orang kedua yang tidak terlibat dalam proses pengumpulan data sebelumnya (data asli);
  - 2) menggunakan sampel tercatat, kasus, dan data lainnya yang sah secara statistik. Sampel 100% hanya dibutuhkan jika jumlah pencatatan, kasus, atau data lainnya sangat kecil jumlahnya;
  - 3) membandingkan data asli dengan data yang dikumpulkan ulang;
  - 4) menghitung keakuratan dengan membagi jumlah elemen data yang ditemukan dengan total jumlah data elemen dikalikan dengan 100. Tingkat akurasi 90% adalah patokan yang baik;
  - 5) jika elemen data yang diketemukan ternyata tidak sama dengan catatan alasannya (misalnya data tidak jelas definisinya) dan dilakukan tindakan koreksi; koleksi sampel baru setelah semua tindakan koreksi dilakukan untuk memastikan tindakan menghasilkan tingkat akurasi yang diharapkan.
- d) Adapun langkah-langkah melakukan validasi data, yaitu:
- 1) Validator mengumpulkan ulang data sesuai dengan cara mengumpulkan data sesuai dengan profil indikator. Sampel 100% hanya dibutuhkan jika jumlah pencatatan, kasus, atau data lainnya sangat kecil jumlahnya;
  - 2) Membandingkan data asli dengan data yang dikumpulkan ulang;
  - 3) Menghitung keakuratan dengan membagi jumlah elemen data yang ditemukan dengan total jumlah data elemen dikalikan dengan 100. Tingkat akurasi 90% adalah patokan yang baik, Jika kesamaan hasil yang didapatkan  $\geq 90$  maka akurasi data dapat disimpulkan baik;

- 4) Jika kesamaan hasil yang didapatkan  $\leq 90\%$  , maka validator bersama pengumpul data mencari tahu alasannya dan didiskusikan untuk menyamakan persepsi. jika elemen data yang ditemukan ternyata tidak sama dengan catatan alasannya (misalnya data tidak jelas definisinya) dan dilakukan tindakan koreksi; koleksi sampel baru setelah semua tindakan koreksi dilakukan untuk memastikan tindakan menghasilkan tingkat akurasi yang diharapkan.
- 5) Hasil validasi didokumentasikan dalam bentuk laporan validasi sesuai dengan form validasi data mutu yang telah ditetapkan.

### 3. Analisa

Analisis data merupakan salah satu kegiatan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien untuk mendukung asuhan pasien dan manajemen rumah sakit

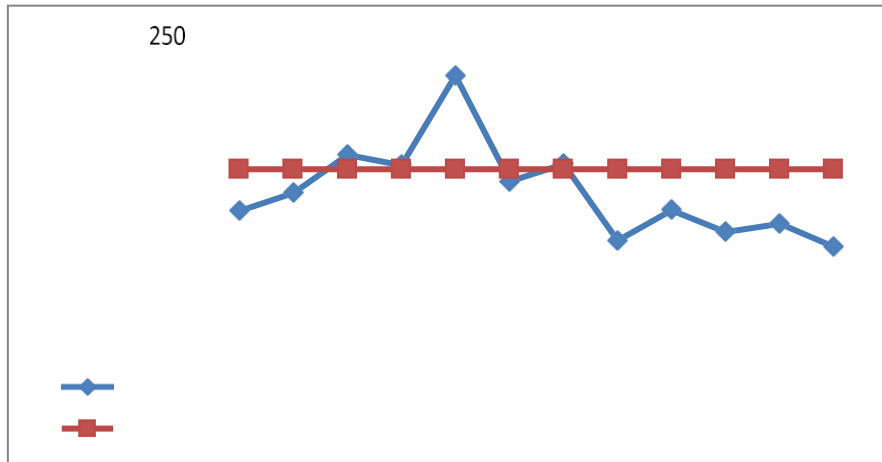
a) Analisis data yang dilakukan, yaitu :

- 1) Membandingkan data di rumah sakit dari waktu ke waktu data (analisis *trend*), misalnya dari bulanan ke bulan atau dari tahun ke tahun;
- 2) Membandingkan dengan rumah sakit lain bila mungkin yang sejenis seperti melalui *database* eksternal baik nasional maupun internasional;
- 3) Membandingkan dengan standar seperti yang ditentukan oleh badan akreditasi atau organisasi profesional ataupun standar yang ditentukan oleh peraturan perundang-undangan;
- 4) Membandingkan dengan praktik yang diinginkan yang dalam literatur digolongkan sebagai *best practice* (praktik terbaik) atau *better practice* (praktik yang lebih baik) atau *practice guidelines* (panduan praktik klinik).

b) RSUD Dr Muhammad Zein Painan menggunakan metode atau teknik statistik sebagai berikut untuk mendukung pelaksanaan analisis data, yaitu :

- 1) *run chart* : juga dikenal sebagai grafik garis adalah grafik sederhana yang menggambarkan data dari waktu ke waktu  
Digunakan untuk :
  - memahami gambaran umum suatu proses
  - trend dan shift/pergeseran dalam proses
  - variasi dari waktu ke waktu
  - untuk mengidentifikasi penurunan atau peningkatan proses dari waktu ke waktu

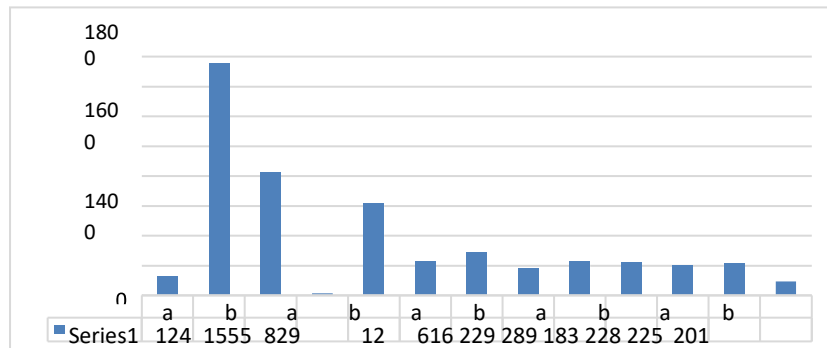
	menit											
	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Agus	Sep	Ok	Nov	Des
Capaian	79.7	96.8	134	124	211	108	125	50.8	80.5	59	67	44.7
Target	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120



Gambar 4.3 Run Chart

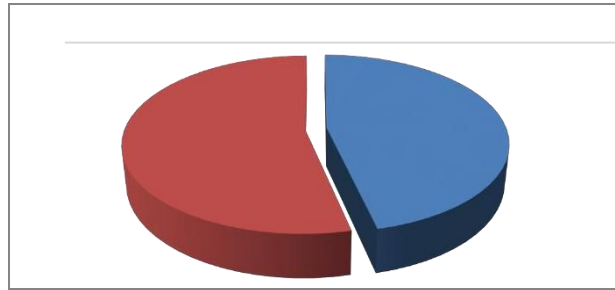
2) histogram

- Data ditampilkan dalam grafik.
- Mudah utk melihat *trend*
- Easy to “eye-ball”
- Tidak ideal untuk analisis statistik.



Gambar 4. 4 Histogram

3) diagram *pie*



Gambar 4.5 Diagram Pie

Langkah-langkah melakukan analisis data di tingkat unit :

- a) Penanggung jawab data menampilkan data dalam bentuk *runchart*, atau *control charts*, atau *histograms*
- b) Penanggung jawab data menganalisa kecenderungan data yang terjadi dengan perbandingan dari waktu ke waktu secara internal, dan perbandingan dengan standar.
- c) Penanggung jawab data menuliskan penyebab dan rekomendasi dari hasil analisa yang diperoleh

Langkah-langkah melakukan analisis data di tingkat rumah sakit :

- a) Komite PMKP merekap seluruh data mutu dengan indikator yang sama.
- b) Data dianalisa dalam bentuk *trend*, kecenderungan data yang terjadi dengan perbandingan dari waktu ke waktu secara internal, dan perbandingan dengan standar.
- c) Komite PMKP membuat penyebab dan rekomendasi dari hasil analisa yang diperoleh
- d) Komite PMKP setiap triwulan melakukan analisa data dalam bentuk *runchart*, atau *control charts*, atau *histograms*

Pimpinan unit kerja melakukan upaya perbaikan mutu berdasarkan hasil capaian indikator mutu dengan metode PDSA. Metode mutu yang digunakan di RSUD Dr Muhammad Zein Painan adalah Trias Mutu.

- a) *Frame work Donabedian* sebagai dasar membangun standar: Struktur (SDM, Fasilitas), membangun standar Proses, dan menilai *Outcome*. Setelah menetapkan pengukuran mutu, dilengkapi dengan profil indikator maka dilakukan proses pengumpulan data. Pengumpulan data dilakukan berbasis IT oleh pengumpul data di ruangan masing-masing. Setiap bulan akan mendapatkan capaian mutu di unit, yang dibandingkan terhadap standar. Jika data mencapai standar, maka dipertahankan.

- b) Jika data tidak mencapai standar 3 bulan berturut-turut, maka dicari akar permasalahan dengan menggunakan fish bone diagram *ischikawa* dan dianalisis dari struktur dan proses.
- c) Selanjutnya untuk peningkatan mutu dengan menggunakan PDSA

Adapun tahap dari pelaksanaan PDSA dijelaskan berikut ini :

Berikut dijelaskan tahapan PDSA :

- 1) *Plan* (PDSA) pada tahap ini tim akan membuat rencana untuk perbaikan dengan berdasarkan 5 W ( dan pelaksanaan solusi dengan metode SMART
  - S : Spesifik
  - M : Measurable
  - A : Achievable
  - R : Realistic
  - T : Time Specific
- 2) *Do* (PDSA) Tahapan melaksanakan apa yang telah direncanakan guna menguji perubahan. Pada tahap ini bisa dipertimbangkan apakah pelaksanaan sudah sesuai dengan rencana ataukah akan memodifikasi rencana yang telah dibuat.
- 3) *Study* (PDSA) pelaksanaan monitoring, check hasil dan ukur perubahan Cek Hasil :
  - a. Bila *outcome* yang diinginkan tercapai, lakukan perbaikan yang diharapkan
  - b. Bandingkan data yang dikumpulkan dari proses
  - c. Cek dampak atau outcome yang tidak diharapkan
- 4) *Action* (PDSA), Implementasikan
  - a. Jika *improvement* tercapai, standarisasi proses, misalnya :
    - 1) Buat SPO
    - 2) Buat dokumen dan berdayakan
    - 3) Latih staf (sosialisasi / pelatihan)
  - b. Jika *improvement* tidak tercapai, ulang kembali siklus PDSA
  - c. Untuk kedua situasi di atas, lanjutkan monitor proses untuk identifikasi *improvement* lebih lanjut

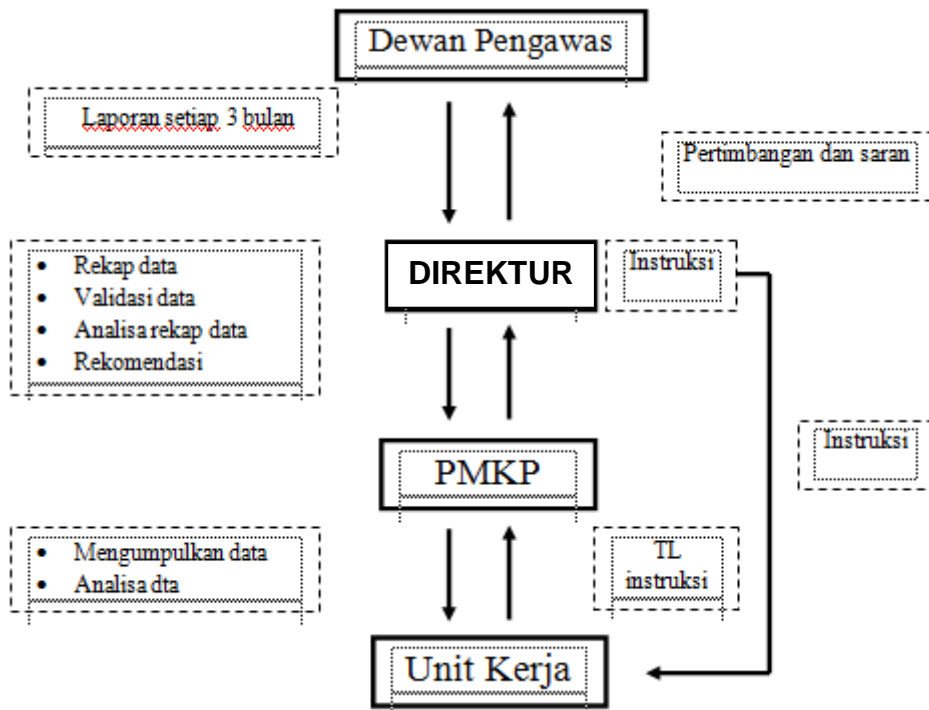
4. Publikasi indikator mutu

Data Indikator Mutu di RSUD Dr Muhammad Zein Painan dipublikasikan dengan beberapa cara yaitu :

- a) Penyampaian data mutu ke unit kerja adalah proses menginformasikan/ mensosialisasikan capaian data indikator mutu kepada unit kerja. Dilakukan pada rapat rutin Komite PMKP dengan seluruh pimpinan unit kerja setiap tiga bulan.
- b) Penyampaian data mutu ke staf di unit kerja. Bentuk informasi yang diberikan berupa grafik dan analisa datanya. Waktu penyampaian data dilaksanakan setiap triwulan. Grafik analisa data di tempelkan di *story board* dan disampaikan dalam rapat staf oleh pimpinan unit kerja.
  - 1) Data mutu dalam bentuk grafik yang sudah dianalisa oleh Komite PMKP disampaikan ke unit kerja terkait.
  - 2) Data mutu dijelaskan oleh Komite PMKP kepada pimpinan unit sesuai dengan jumlah dan jenis indikator yang ada di unit kerja tersebut.
  - 3) Pimpinan unit kerja menjelaskan hasil capaian data indikator mutu kepada staf dalam rapat staf.
  - 4) Pimpinan unit menindaklanjuti rekomendasi yang diberikan oleh Komite PMKP
  - 5) Pimpinan unit kerja menempelkan grafik tersebut di *story board*.
- c) Publikasi melalui *website* RSUD Dr. Muhammad. Zein Painan yang dilaksanakan setiap semester.
- d) Data Indikator Mutu yang dilaporkan Ke Kementerian Terkait setiap tiga Bulan

Proses pengumpulan data, analisis, validasi, dan pemberian informasi kepada staf dilaksanakan sebagaimana telah tercantum pada panduan Sistem Manajemen Data.

d. Direktur RSUD Dr M Zein Painan menetapkan alur laporan pelaksanaan



Gambar 4. 3 Pelaporan Data

Unit kerja melakukan pengumpulan data dan analisa data. Data dilaporkan ke Komite PMKP setiap bulannya sebelum tanggal 7. Komite PMKP akan melakukan rekapitulasi data dari unit kerja dan memvalidasi data-data yang butuh divalidasi oleh Komite PMKP. Hasil rekap data akan dianalisis dan dilengkapi dengan penyebab terjadinya trend data dan rekomendasi, hasil analisis ini dilaporkan kepada Direktur sekali tiga bulan. Direktur akan memberikan laporan kepada Dewan Pengawas, dimana nantinya Dewan Pengawas akan memberikan pertimbangan dan saran bagi rumah sakit berdasarkan laporan yang telah diterima kepada Direktur.

Laporan ke Dewan Pengawas meliputi :

1. Laporan capaian indikator dan analisisnya setiap tiga bulan
2. Laporan kejadian tidak diharapkan (KTD) setiap enam bulan
3. Laporan kejadian sentinel setiap ada kejadian, dan laporan ulang setelah kejadian sentinel. Selesai dilakukan analisis dengan menggunakan metode *root cause analysa* (RCA)

Berdasarkan hasil pertimbangan dan saran dari Dewan Pengawas, Direktur akan memberikan instruksi kepada unit kerja sebagai bentuk tindak lanjut dari data yang dilaporkan oleh unit kerja terkait dan Komite PMKP. Direktur, Bidang, Bagian beserta Komite PMKP akan melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan Program PMKP di unit kerja.

- e. Direktur RSUD Dr M Zein menetapkan bantuan teknologi/sistem informasi rumah sakit yang akan diterapkan untuk pengumpulan dan analisis data mutu, keselamatan pasien, dan *surveillance* infeksi. Aplikasi yang digunakan adalah aplikasi SISMAKAD dan berbasis IT. Pengumpul data di setiap unit kerja akan melaksanakan input data dari komputer yang tersedia di unit kerja.
- f. Penetapan Prioritas Pengukuran Mutu Pelayanan
  1. Setiap tahun Direktur beserta jajaran Manajemen menetapkan pelayanan prioritas pengukuran mutu
  2. Direktur beserta jajaran Manajemen berkoordinasi dengan seluruh Kepala Bidang/Kepala Bagian/ Ka Instalasi dalam memilih dan menetapkan prioritas pengukuran mutu pelayanan klinis yang akan dievaluasi.
  3. Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) menyediakan data capaian mutu yang ada pada tahun sebelumnya meliputi data indikator mutu: IAK, IAM, dan ISKP dan berpartisipasi dalam memberikan saran dan pertimbangan kepada Direktur berdasarkan data data yang ada
  4. Komite PMKP memfasilitasi dalam memilih dan menetapkan prioritas pengukuran mutu pelayanan klinis yang akan dievaluasi tersebut.
  5. Pemilihan dan penetapan prioritas pelayanan dengan berpedoman pada data hasil capaian mutu tahun sebelumnya.
- g. Dasar pemilihan prioritas pengukuran mutu pelayanan klinis mengacu kepada standar yang ada, yaitu:
  1. Misi dan strategi tujuan rumah sakit  
Penetapan prioritas pengukuran mutu harus mempertimbangkan misi dan strategi tujuan rumah sakit  
Contoh : Bila RSUD Dr Muhammad Zein Painan ditetapkan sebagai rumah sakit pusat rujukan jantung regional maka Direktur akan fokus meningkatkan mutu layanan terkait Pelayanan Jantung sehingga RSUD Dr Muhammad Zein Painan mampu menjadi rujukan di tingkat regional.
  2. Data data permasalahan yang ada di rumah sakit., misalnya :
    - a. Komplain pasien, data diperoleh dari Instalasi Humas rumah sakit
    - b. Capaian indikator mutu yang masih rendah, data diperoleh dari Sub Mutu PMKP
    - c. Adanya kejadian yang tidak diharapkan, data diperoleh dari dari Sub Keselamatan pasien PMKP

3. Sistem dan proses yang memperlihatkan variasi proses penerapan pelayanan dan hasil pelayanan yang paling banyak, data diperoleh dari evaluasi *clinical pathway*
  4. Perbaikan yang berdampak pada efisiensi.
    - a. Dampak perbaikan efisiensi dari suatu proses klinis yang kompleks pada pelayanan jantung (*high cost*)
    - b. Perbaikan suatu proses mengidentifikasi pengurangan biaya dan sumber daya yang digunakan
    - c. Hasil evaluasi dari dampak perbaikan tersebut dapat menunjang pemahaman tentang biaya relatif yang dikeluarkan demi investasi mutu dan sumber daya manusia, finansial, dan keuntungan lain dari investasi tersebut. Oleh karena itu perlu pembuatan program (*tool*) sederhana untuk menghitung sumber daya yang digunakan pada proses yang lama dan pada proses yang baru
  5. Dampak pada perbaikan sistem, sehingga efek dari perbaikan dapat terjadi di seluruh rumah sakit, misalnya sistem manajemen obat di rumah sakit
  6. Riset klinik dan program pendidikan profesi kesehatan merupakan prioritas untuk rumah sakit pendidikan
- h. Indikator Mutu Prioritas

Indikator mutu prioritas ditentukan dalam rapat koordinasi antara Direktur, pelayanan prioritas, para kepala bidang/bagian, dan seluruh pimpinan unit kerja dengan difasilitasi oleh Komite PMKP. Setelah didapatkan kesepakatan maka indikator mutu prioritas disusun profil/ kamus indikator. Kemudian Komite PMKP akan mengusulkan untuk ditetapkan oleh Direktur.

Penetapan Indikator prioritas pengukuran mutu pelayanan klinis meliputi:

1. Indikator area klinis
2. Indikator area manajemen
3. Indikator area sasaran keselamatan pasien
4. Panduan Praktek Klinis (PPK) yang dievaluasi

Rumah sakit menetapkan evaluasi pelayanan kedokteran dengan panduan praktik klinis (PPK), alur klinis atau protokol, jumlah setiap tahunnya tidak berubah yaitu 5 PPK. Yang bisa berubah adalah jenis, mengikuti prioritas mutu yang akan diperbaiki di rumah sakit

1. Indikator area klinis

Pemilihan indikator terkait area klinis yang penting meliputi:

- a. Asesmen terhadap area klinik

- b. Pelayanan laboratorium
- c. Pelayanan radiologi dan diagnostik imaging
- d. Prosedur bedah
- e. Penggunaan antibiotika dan obat lainnya
- f. Kesalahan medis (medication error) dan Kejadian Nyaris Cidera (KNC)
- g. Anestesi dan penggunaan sedasi
- h. Penggunaan darah dan produk darah
- i. Ketersediaan, isi dan penggunaan catatan medik
- j. Pencegahan dan kontrol infeksi, surveilans dan pelaporan
- k. Riset klinik

2. Indikator area manajemen

Pemilihan indikator terkait area manajemen yang penting meliputi:

- a. Pengadaan rutin peralatan kesehatan dan obat untuk memenuhi kebutuhan pasien
- b. Pelaporan yang diwajibkan oleh peraturan perundang-undangan
- c. Manajemen resiko
- d. Manajemen penggunaan sumber daya
- e. Harapan dan kepuasan pasien dan keluarga
- f. Harapan dan kepuasan staf
- g. Demografi pasien dan diagnosis klinik
- h. Manajemen keuangan
- i. Pencegahan dan pengendalian dari kejadian yang dapat menimbulkan masalah bagi keselamatan pasien, keluarga pasien dan staf.

3. Indikator area sasaran keselamatan pasien

Pemilihan indikator sasaran keselamatan pasien yang penting meliputi:

- a. Identifikasi pasien dengan benar
- b. Komunikasi yang efektif
- c. Keamanan obat-obat yang harus diwaspadai (*high alert medications*)
- d. Kepastian lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang benar
- e. Mengurangi resiko infeksi terkait pelayanan kesehatan
- f. Mengurangi resiko cedera pasien akibat jatuh

4. Lima Panduan Praktek Klinis (PPK) yang dievaluasi.
  - a. Kelompok Staf Medis (KSM) di area pelayanan prioritas dengan difasilitasi oleh Komite Medik memberikan pertimbangan kepada Direktur Utama dalam penetapan lima PPK yang akan dievaluasi.
  - b. Dilakukan evaluasi proses pelaksanaan panduan praktek klinik, dan atau alur klinis (*clinical pathway*) dan atau protokol klinis dan atau prosedur dan atau standing order di area prioritas pengukuran mutu pelayanan klinis.

i. Pemilihan indikator mutu unit

Setiap unit kerja memilih dan menetapkan indikator mutu di unit kerjanya masing masing, mengacu pada:

1. Indikator mutu Nasional
2. Indikator Mutu Keselamatan Pasien
3. Indikator mutu prioritas rumah sakit (bila ada), yang meliputi
  - a) Indikator Area Klinis (IAK)
  - b) Indikator Area Manajemen (IAM)
  - c) Indikator Area sasaran Keselamatan Pasien (ISKP)
4. Indikator mutu prioritas unit

Setiap kepala unit kerja mempertimbangkan empat hal berikut ini dalam menentukan Indikator Mutu Prioritas dari unit kerja yang dibawahinya :

- a) Mengurangi variasi
- b) Meningkatkan Keselamatan untuk Tindakan/Tata Laksana Beresiko Tinggi
- c) Meningkatkan tingkat kepuasan pasien
- d) Meningkatkan efisiensi

5. Indikator mutu layanan yang dikontrakkan (bila ada)
6. Evaluasi kepatuhan DPJP terhadap PPK (bila ada)
7. Data untuk OPPE para PPA (bila ada)

j. Pimpinan unit kerja mengusulkan indikator mutu yang sudah dipilih di unit masing masing ke Direktur rumah sakit untuk ditetapkan dengan SK Direktur.

Setiap unit kerja mengusulkan PMKP memfasilitasi usulan dari semua unit kerja, melakukan rekapitulasi, dan mengusulkan ke Direktur untuk dibuatkan SK pemberlakuannya.

k. Profil/ Kamus Indikator

Setiap indikator yang ditetapkan dilengkapi dengan profil indikator yang meliputi :

1. Nama indikator
2. Kode indikator
3. Jenis indikator
4. Tujuan
5. Kepustakaan/panduan/referensi indikator
6. Sumber data
7. Definisi operasional
8. Numerator
9. Denominator
10. Dimensi
11. Kriteria inklusi
12. Kriteria eksklusi
13. Tipe indikator
14. Metode pengumpulan data
15. Populasi
16. Sampel
17. Pengumpul data
18. Penanggung jawab data
19. Periode pengumpulan data
20. Periode waktu pelaporan
21. Tempat pengumpulan data
22. Formula
23. Target
24. Periode analisis data
25. Analisa data
26. Diseminasi data ke staf
27. Formulir pengumpulan data

I. Supervisi

Direktur rumah sakit RSUD Dr Muhammad Zein Painan dan Komit PMKP melakukan supervisi terhadap proses pengumpulan data dengan menggunakan formulir supervisi yang telah disediakan

Supervisi dilakukan oleh :

1. Direktur Rumah Sakit dan Komite PMKP melakukan supervisi terhadap indikator mutu pelayanan prioritas, indikator mutu tingkat rumah sakit (IKI, IKT, Mutu Nasional, Kinerja BLU)
2. Pimpinan unit kerja : melakukan supervisi terhadap indikator mutu di unit kerja masing masing

m. Pimpinan unit kerja melakukan upaya perbaikan mutu berdasarkan hasil capaian indikator mutu dengan metode PDSA

Adapun tahap dari pelaksanaan PDSA dijelaskan berikut ini :

- 1) *Plan* (**PDSA**) pada tahap ini tim akan membuat rencana untuk perbaikan dengan berdasarkan 5 W ( dan pelaksanaan solusi dengan metode SMART  
S : *Specific*  
M : *Measurable*  
A : *Achievable*  
R : *Realistic*  
T : *Time Specific*
- 2) *Do* (**PDSA**) Tahapan melaksanakan apa yang telah direncanakan guna menguji perubahan. Pada tahap ini bisa dipertimbangkan apakah pelaksanaan sudah sesuai dengan rencana ataukah akan memodifikasi rencana yang telah dibuat.
- 3) *Study* (**PDSA**) pelaksanaan monitoring, check hasil dan ukur perubahan  
Cek Hasil :
  - a. Bila *outcome* yang diinginkan tercapai, lakukan perbaikan yang diharapkan
  - b. Bandingkan data yang dikumpulkan dari proses
  - c. Cek dampak atau *outcome* yang tidak diharapkan
- 4) *Action* (**PDSA**), Implementasikan
  - a. Jika *improvement* tercapai, standarisasi proses, misalnya :
    1. Buat SPO
    2. Buat dokumen dan berdayakan
    3. Latih staf (sosialisasi / pelatihan)
  - b. Jika *improvement* tidak tercapai, ulang kembali siklus PDSA
  - c. Untuk kedua situasi di atas, lanjutkan monitor proses untuk identifikasi *improvement* lebih lanjut

- n. RSUD Dr Muhammad Zein Painan menetapkan bahwa setiap ketua kelompok staf medis menentukan secara bersama 5 (lima) panduan praktik klinis untuk di evaluasi di unit pelayanan setiap tahun.
1. Panduan Praktek klinik yang ditetapkan oleh setiap ketua kelompok staf medis dengan memenuhi kriteria :
    - a) Sesuai dengan populasi pasien yang ada dan misi RS
    - b) Disesuaikan dengan teknologi, obat, lain sumber daya di RS atau norma profesional yang berlaku secara nasional.
    - c) Dilakukan asesmen terhadap bukti ilmiahnya dan disahkan oleh pihak yang berwenang
    - d) Disetujui resmi atau digunakan oleh RS
    - e) Dilaksanakan dan diukur terhadap efektivitasnya.
    - f) Dijalankan oleh staf yang terlatih menerapkan pedoman atau pathways
    - g) Secara berkala diperbaharui berdasarkan bukti dan evaluasi dari proses dan hasil proses.
  2. Penetapan 5 (lima) Panduan Praktik Klinik dilakukan melalui rapat setiap tahun dengan melibatkan kepala bidang, komite medik, kepala unit pelayanan dan KSM dikoordinasi oleh kepala bidang pelayanan medik.
  3. Pemilihan dilakukan dapat berdasarkan :
    - a. Penyakit atau kondisi yang paling sering atau banyak terjadi.
    - b. penyakit atau kondisi yang memiliki resiko tinggi.
    - c. penyakit atau kondisi yang memerlukan biaya tinggi
    - d. penyakit atau kondisi yang terdapat variasi/keragaman dalam pengelolaannya.
  4. Format Panduan Praktik Klinik (PPK) mencakup :
    - a. Pengertian
    - b. Anamnesis
    - c. Pemeriksaan fisik
    - d. Kriteria iagnosis
    - e. Diagnosis Banding
    - f. Pemeriksaan penunjang
    - g. Terapi
    - h. Edukasi
    - i. Prognosis
    - j. Kepustakaan

5. Format *clinical Pathway* mencakup:

**I. Judul *Clinical Pathway***

**II. Identitas Pasien**

- 1) Nama Pasien
- 2) Jenis Kelamin
- 3) Tanggal lahir
- 4) Nomor rekam medik
- 5) Diagnosa masuk, tanggal masuk & jam masuk rumah sakit
- 6) Penyakit utama
- 7) Penyakit penyerta
- 8) Komplikasi
- 9) Tindakan
- 10) Berat badan
- 11) Tinggi badan
- 12) Tanggal & jam keluar rumah sakit
- 13) Lama rawat
- 14) Rencana rawat
- 15) Ruang rawat/kelas
- 16) Rujukan

**III. Isi *Clinical Pathway***

**A. Baris**

- 1) Asesmen awal
  - a. Asesmen awal medis
  - b. Asesmen awal keperawatan
- 2) Laboratorium
- 3) Radiologi/*imaging*
- 4) Konsultasi
- 5) Asesmen Lanjutan
  - a. Asesmen medis
  - b. Asesmen keperawatan
  - c. Asesmen gizi
  - d. Asesmen farmasi
- 6) Diagnosis
  - a. Diagnosis medis
  - b. Diagnosis keperawatan
  - c. Diagnosis gizi

- 7) *Discharge Planning*
- 8) Edukasi Terintegrasi
  - a. Edukasi/informasi Medis
  - b. Edukasi Gizi
  - c. Edukasi keperawatan
  - d. Edukasi Farmasi
  - e. Pengisian Formulir Informasi dan Edukasi Terintegrasi
- 9) Terapi/Medikamentosa
  - a. Injeksi
  - b. Cairan infus
  - c. Obat Oral
  - d. Obat Anestesi
- 10) Tata Laksana/intervensi
  - a. Tata laksana/intervensi medis
  - b. Tata laksana/intervensi keperawatan
  - c. Tata laksana/intervensi gizi
  - d. Tata laksana/intervensi farmasi
- 11) Monitoring dan evaluasi
  - a. Dokter DPJP
  - b. Keperawatan
  - c. Gizi
  - d. Farmasi
- 12) Mobilisasi/Rehabilitasi
  - a. Medis
  - b. Keperawatan
  - c. Fisioterapi
- 13) Outcome/hasil
  - a. Medis
  - b. Keperawatan
  - c. Gizi
  - d. Farmasi
- 14) Kriteria pulang
- 15) Rencana Pulang/Edukasi pelayanan Lanjutan
- 16) Variant

**B. Kolom**

- 1) Kegiatan
- 2) Uraian Kegiatan
- 3) Hari Penyakit dan hari rawat (hari/jam)
- 4) Keterangan

**IV. Penanggung jawab**

- 1) Dokter penanggung jawab
- 2) Perawat Penanggung jawab
- 3) Pelaksana Verifikasi

**V. Keterangan**

Arsir kotak : Wajib dilaksanakan

Arsir lurus : Boleh dilakukan/boleh tidak dilakukan

(√) : *Checklist*

- o. Kegiatan Evaluasi Implementasi *Clinical Pathway* dilaksanakan berdasarkan koordinasi komite medik, komite mutu dan manajemen resiko dan komite keperawatan.
- p. RSUD Dr Muhammad Zein Painan mengevaluasi implementasi *clinical pathway* dengan menilai beberapa indikator, yakni:
  - 1). Indikator proses meliputi asesmen awal, pemeriksaan penunjang, tindakan diagnostik, obat, nutrisi, konsultasi, tindakan terapeutik dan asesmen pulang kritis.

<b>NO</b>	<b>INDIKATOR</b>	<b>DEFENISI OPERASIONAL</b>
<b>1</b>	<b>Indikator Proses</b>	
	a. Assesmen awal	Pemeriksaan yang dilakukan oleh DPJP sebelum 24 jam pasien masuk rumah sakit
	b. Pemeriksaan penunjang, tindakan diagnostik	Pemeriksaan atau tindakan yang dilakukan untuk menegakkan diagnosa berdasarkan hasil pemeriksaan fisik, dapat berupa pemeriksaan laboratorium, radiologi dan tindakan lain di IDT
	c. Obat	Terapi yang direkomendasikan oleh DPJP sesuai kebutuhan pasien
	d. Nutrisi	Diet yang diberikan oleh nutrisisionis sesuai kebutuhan pasien
	e. Konsultasi	Proses koordinasi profesional pemberi asuhan pada profesional lain atau sub spesialisasi lain
	f. Tindakan terapeutik	Tindakan yang dilakukan oleh profesional pemberi asuhan sesuai kebutuhan pengobatan pasien.
	g. Assesmen pulang kritis	Pengkajian yang dilakukan oleh DPJP terkait pemeriksaan fisik, penunjang pada pasien kritis yang pulang atas permintaan keluarga.

2). Indikator outcome meliputi keluhan, pemeriksaan klinis dan lama rawat

<b>NO</b>	<b>INDIKATOR</b>	<b>DEFENISI OPERASIONAL</b>
<b>2</b>	<b>Indikator Outcome</b>	
	a. Keluhan	Kondisi yang dirasakan oleh pasien setelah mendapatkan asuhan pelayanan seperti bebas keluhan.
	b. Pemeriksaan klinis	Kondisi pasien setelah dilakukan asuhan pelayanan, seperti: luka kering, pasien tidak membutuhkan oksigen lain.
	c. Lama dirawat	Jumlah hari perawatan pasien sesuai Panduan Praktik Klinik (PPK)

3). Varians meliputi variasi sistem, asuhan klinis, pasien;

NO	INDIKATOR	DEFENISI OPERASIONAL
3	<b>Indikator Varian</b>	
	a.Variasi system	Penempatan ruangan perawatan pasien apakah sesuai dengan kebutuhan pelayanan, contoh penempatan pasien yang membutuhkan perawatan diruangan intensif, di ruang perawatan biasa (ICU penuh).
	b.Variasi Asuhan	Preferensi DPJP (berdasarkan kondisi pasien diperlukan DPJP tambahan dalam penatalaksanaan asuhan medis)
	c.Variasi pasien	Perubahan kondisi pasien dalam tatalaksana asuhan medis, seperti kondisi pasien memburuk

- U. Evaluasi pelaksanaan implementasi *clinical pathway* meliputi kepatuhan profesional pemberi asuhan (PPA) terdiri dari Dokter, Perawat, Farmasi, dan Nutrisionis.
- V. Perbaikan kualitas pelayanan dilakukan berdasarkan Evaluasi Implementasi *Clinical Pathway* dengan metode *Plan, Do, Study, dan Action* (PDSA).
- W. Rumah Sakit melaksanakan Manajemen resiko berkelanjutan digunakan untuk melakukan identifikasi dan mengurangi cedera dan mengurangi resiko lain terhadap keselamatan pasien dan staf.
  - 1. Identifikasi resiko; adalah usaha untuk menemukan atau mengetahui resiko-resiko yang mungkin terjadi dalam kegiatan yang dilakukan.  
Berdasarkan pedoman pelaporan insiden keselamatan pasien (IKP) Penilaian matriks resiko adalah suatu metode analisa kualitatif untuk menentukan derajat resiko suatu insiden berdasarkan Dampak dan Probabilitasnya.
    - 1) Dampak (Consequences)  
Penilaian dampak / akibat suatu insiden adalah seberapa berat akibat yang dialami pasien mulai dari tidak ada cedera sampai meninggal
    - 2) Probabilitas / Frekuensi //Likelihood  
Penilaian tingkat probabilitas / frekuensi resiko adalah seberapa seringnya insiden tersebut terjadi.

Penilaian Dampak Klinis / Konsekuensi / Severity

Tingkat Risiko	Deskripsi	Dampak
1	Tidak signifikan	Tidak ada cedera
2	Minor	- Cedera ringan mis. Luka lecet - Dapat diatasi dengan pertolongan pertama,
3	Moderat	- Cedera sedang mis. Luka robek - Berkurangnya fungsi motorik/sensorik/ psikologis atau intelektual ( <i>reversibel</i> ), tidak berhubungan dengan penyakit. - Setiap kasus yang memperpanjang perawatan
4	Mayor	- Cedera luas / berat misal cacat, lumpuh - Kehilangan fungsi motorik/sensorik/psikologis atau intelektual ( <i>irreversibel</i> ), tidak berhubungan dengan penyakit.
5	Katastropik	Kematian yang tidak berhubungan dengan perjalanan penyakit

Penilaian Probabilitas / Frekuensi

TINGKAT RISIKO	
1	Sangat jarang / <i>Rare</i> (>5 thn/kali)
2	Jarang / <i>Unlikely</i> (>2-5 thn/kali)
3	Mungkin / <i>Possible</i> (1-2 thn/kali)
4	Sering / <i>Likely</i> (Bebrp kali /thn)
5	Sangat sering / <i>Almost certain</i> (Tiap minggu /bulan)

- Skor Resiko

**Skor resiko= Dampak X probabilitas**

Cara menghitung skor resiko : Untuk menentukan skor resiko digunakan matriks grading resiko (tabel 3)

- Tetapkan frekuensi pada kolom kiri
- Tetapkan dampak pada baris ke arah kanan
- Tetapkan warna bandsnya, berdasarkan pertemuan antara frekuensi dan dampak.

- Bands Resiko

Bands resiko adalah derajat resiko yang digambarkan dalam empat warna yaitu : Biru, Hijau, Kuning dan Merah. Warna "bands" akan menentukan Investigasi yang akan dilakukan: Bands BIRU dan HIJAU : Investigasi sederhana Bands KUNING dan MERAH : Investigasi Komprehensif / RCA

Warna bands: hasil pertemuan antara nilai dampak yang diurut kebawah dan nilai probabilitas yang diurut ke samping kanan

Matriks Grading Risiko

Probabilitas	Tdk Signifikan 1	Minor 2	Moderat 3	Mayor 4	Katastropik 5
Sangat sering terjadi (Tiap minggu /bulan) 5	Moderat	Moderat	Tinggi	Ekstrim	Ekstrim
Sering terjadi (beberapa kali/thn) 4	Moderat	Moderat	Tinggi	Ekstrim	Ekstrim
Mungkin terjadi (1-<2 thn/kali) 3	Rendah	Moderat	Tinggi	Ekstrim	Ekstrim
Jarang terjadi (>2-<5 thn/kali) 2	Rendah	Rendah	Moderat	Tinggi	Ekstrim
Sangat jarang terjadi (>5 thn/kali) 1	Rendah	Rendah	Moderat	Tinggi	Ekstrim

2. Prioritas resiko;

Memprioritaskan resiko menggunakan tabel risk grading matrix . Tingkat grading dari yang rendah sampai tinggi :

1. Warna biru (*Low*) : Bisa di manage dengan SPO oleh ka. Unit/ ka. Instalasi/ kabag
2. Warna hijau (*Moderat*) : Kepala unit harus menilai akibat terhadap biaya dalam menangani resiko
3. Warna kuning (*High*) : Review mendalam dan tindakan segera oleh manajemen (lakukan pertemuan antara ka. Unit dengan bidang terkait)
4. Warna Merah (*Extreme*) : Tindakan segera oleh doreksi. Direktur diberitahu. (Ka. Unit/ka. Instalasi mengadakan pertemuan dengan direktur)

Contoh : Dari jenis resiko dampak yang akan ditimbulkan jatuh pada level angka (4), dan frekuensi yang akan terjadi jatuh pada level angka (5), maka angka (4) pada dampak ditarik vertikal kemudian angka (5) pada frekuensi ditarik horizontal sampai bertemu pada satu titik warna merah (extreme). Diberi tanda √ pada kolom (6).

3. Pelaporan resiko;
4. Manajemen resiko;
5. Invesigasi kejadian yang tidak diharapkan (KTD);
6. Manajemen terkait tuntutan (klaim).

Dalam menyusun daftar resiko diharapkan rumah sakit agar memperhatikan ruang lingkup manajemen resiko rumah sakit yang meliputi beberapa hal, namun tidak terbatas pada :

1. pasien;
2. staf medis;
3. tenaga kesehatan dan tenaga lainnya yang bekerja di rumah sakit;
4. fasilitas rumah sakit;
5. lingkungan rumah sakit; dan
6. bisnis rumah sakit.

**BAB V**  
**DOKUMENTASI**

**Pemilihan Indikator Mutu Prioritas Unit**

	Ya	Tidak
Mengurangi variasi		
Meningkatkan Keselamatan untuk Tindakan /Tata Laksana Beresiko Tinggi		
Meningkatkan Tingkat Kepuasan Pasien		
Meningkatkan Efisiensi		


Indikator dapat ditetapkan bila minimal ada satu jawaban : Ya

Profil Indikator

		<p><b>PETUNJUK PENGISIAN KAMUS INDIKATOR</b></p>
1	Nama Indikator	Diisi lengkap, berisi tentang topik yang akan diamati, waktu/periode dan lokasi pengamatan.
2	Kode Indikator	Diisi oleh PMKP
3	Jenis Indikator	Pilih indikator dengan memberi tanda ceklis (√): <input type="checkbox"/> Indikator mutu Nasional <input type="checkbox"/> Indikator Mutu Prioritas RS <input type="checkbox"/> Indikator Mutu Prioritas Unit <input type="checkbox"/> Indikator Mutu Pelayanan yang dikontrakan <input type="checkbox"/> Evaluasi Kepatuhan DPJP terhadap PPK <input type="checkbox"/> Data untuk OPPE-PPA
4	Alasan Pemilihan Indikator	Jelaskan dengan singkat latar belakang mengapa indikator tersebut perlu diukur dan apa akibatnya jika capaian indikator tersebut rendah. Gunakan data berupa data kuantitatif untuk mendukung latar belakang tersebut. Bisa juga menggunakan <i>score</i> pembobotan ( <i>grading/scoring</i> )
5	Tujuan	Jelaskan untuk apa indikator di unit kerja anda itu dikerjakan
6	Kepustakaan/ Panduan/ /Referensi Indikator	Sumber referensi penyusunan indikator
7	Sumber Data	Asal atau tempat memperoleh data (primer atau sekunder), atau sumber bahan nyata / keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan langsung dengan persoalan. Pilih dengan memberi ceklis (√) data indikator yang dikumpulkan bersumber dari : <input type="checkbox"/> Rekam Medik <input type="checkbox"/> Catatan Data <input type="checkbox"/> Laporan Kepuasan pasien <input type="checkbox"/> Sistem Pelaporan <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan
8	Definisi Operasional	Penjelasan tentang hal-hal penting dalam pengukuran indikator yang memerlukan penjelasan secara rinci, spesifik, tegas, dan pasti
9	Numerator	Besaran nilai pembilang dalam rumus indikator kinerja
10	Denominator	Besaran nilai penyebut dalam rumus indikator kinerja
11	Dimensi	Pandangan dalam menentukan penilaian terhadap jenis dan mutu pelayanan yang diberikan, berdasarkan standar WHO dilihat dari, pilih dengan memberi tanda ceklis (√):

		<input type="checkbox"/> Kelayakan <input type="checkbox"/> Ketersediaan (tingkat perawatan dan pelayanan yang tepat, tersedia sesuai kebutuhan) <input type="checkbox"/> Kesenambungan (tingkat perawatan dan pelayanan dikoordinasi antar disiplin ilmu, antar organisasi sepanjang waktu) <input type="checkbox"/> Ketepatan Waktu (tingkat perawatan dan pelayanan diberikan sesuai waktu yang diperlukan) Keselamatan (tingkat perawatan dan pelayanan dimana resiko intervensi dan resiko di lingkungan direduksi untuk pasien, keluarga, residen, termasuk petugas kesehatan) <input type="checkbox"/> Kehormatan dan Harga Diri (tingkat perawatan dan pelayanan diberikan dengan menghargai kebutuhan, harapan, dan keinginan individu, dimana individu dilibatkan dalam keputusan perawatan dan pelayanan mereka) <input type="checkbox"/> Manfaat (perawatan dan pelayanan yang diterima pasien bermanfaat) <input type="checkbox"/> Efektifitas (tingkat perawatan dan pelayanan sesuai pengetahuan untuk mencapai outcome yang diinginkan) <input type="checkbox"/> Efisiensi (hubungan antara outcome (hasil perawatan dan pelayanan) dan sumber daya yang digunakan untuk memberikan perawatan dan pelayanan) <input type="checkbox"/> Lainnya,
12	Kriteria Inklusi	Sampel yang akan diamati, yang memenuhi kriteria yang telah ditentukan untuk dianalisa
13	Kriteria Ekslusi	Mengeluarkan sampel yang tidak memenuhi kriteria yang telah ditentukan untuk dianalisa
14	Tipe Indikator	Indikator yang diukur dapat diambil dengan memberi tanda ceklis(√): <input type="checkbox"/> Struktur (mengukur sarana prasarana / sumber daya) <input type="checkbox"/> Proses (mengukur proses kegiatan) <input type="checkbox"/> Outcome (mengukur hasil dari suatu proses kegiatan) <input type="checkbox"/> Proses dan outcome
15	Metode Pengumpulan Data	Pilih salah satu dengan memberi tanda ceklist (√), metodologi yang digunakan untuk mengumpulkan data indikator: <input type="checkbox"/> Retrospektif (data diambil dari kegiatan yang telah lalu) <input type="checkbox"/> Concurrent (data diambil dari kegiatan yang baru dimulai / akan dilakukan)
16	Populasi	Keseluruhan obyek atau totalitas subyek yang memiliki karakteristik tertentu yang akan diamati/diobservasi
17	Sampel	Jumlah bagian kecil yang diambil dari populasi sesuai dengan prosedur tertentu (lihat table Isaac dan Michael)
18	Pengumpul Data	Orang yang bertanggung jawab penuh terhadap pengumpulan data di unit kerja
19	PIC Data	Penanggung Jawab data di unit kerja
20	Periode Pengumpulan data	Pilih salah satu dengan memberi tanda ceklist (√), periode waktu data dilaporkan: <input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Mingguan <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Lainnya...
21	Periode Waktu Pelaporan	Pilih salah satu dengan memberi tanda ceklist (√), periode waktu data dilaporkan:

		<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Tahunan
22	Tempat Pengumpulan Data	PMKP
23	Formula Pengukuran	Formula yang digunakan untuk mengukur capaian indikator
24	Target	Nilai atau ukuran pencapaian mutu/kinerja tertentu yang telah ditetapkan dan harus dicapai langsung atau bertahap berdasarkan kemampuan unit kerja
25	Periode Analisis Data	Jangka waktu data dianalisis. Pilih salah satu dengan memberi tanda ceklist (√), periode waktu data dilaporkan: <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Tahunan
26	Analisa Data	Bagaimana data yang dikumpulkan akan dianalisis. Pilih salah satu dengan memberi tanda ceklist (√), analisis data yang dilakukan: <input type="checkbox"/> Run Chart <input type="checkbox"/> Bar Diagram <input type="checkbox"/> Pie Diagram <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan
27	Diseminasi Data ke Staf	Bagaimana data disampaikan ke staf
28	Formulir Pengumpulan Data	Form yang digunakan sesuai dengan indikator mutu yang dikumpulkan

 <b>KAMUS INDIKATOR</b>		
1	Nama Indikator	
2	Kode Indikator	
3	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Indikator mutu Nasional <input type="checkbox"/> Indikator Mutu Prioritas RS <input type="checkbox"/> Indikator Mutu Prioritas Unit <input type="checkbox"/> Indikator Mutu Pelayanan yang dikontrakan <input type="checkbox"/> Evaluasi Kepatuhan DPJP terhadap PPK <input type="checkbox"/> Data untuk OPPE-PPA
4	Alasan Pemilihan Indikator	
5	Tujuan	
6	Kepustakaan/Panduan/ /Referensi Indikator	
7	Sumber Data	<input type="checkbox"/> Rekam Medik <input type="checkbox"/> Catatan Data <input type="checkbox"/> Laporan Kepuasan Pasien <input type="checkbox"/> Sistem Pelaporan (jelaskan), <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan
8	Definisi Operasional	
9	Numerator	
10	Denominator	
11	Dimensi	<input type="checkbox"/> Kelayakan <input type="checkbox"/> Kehormatan dan Harga Diri <input type="checkbox"/> Ketersediaan <input type="checkbox"/> Manfaat <input type="checkbox"/> Kestinambungan <input type="checkbox"/> Efektifitas <input type="checkbox"/> Ketepatan Waktu <input type="checkbox"/> Efisiensi <input type="checkbox"/> Keselamatan <input type="checkbox"/> Lainnya,
12	Kriteria Inklusi	
13	Kriteria Eksklusi	
14	Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses dan Outcome
15	Metode Pengumpulan Data	<input type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Concurrent
16	Populasi	
17	Sampel	
18	Pengumpul Data	
19	Penanggung jawab Data	
20	Periode Pengumpulan Data	<input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Mingguan <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Lainnya...
21	Periode Waktu Pelaporan	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Tahunan
22	Tempat Pengumpulan Data	
23	Formula Pengukuran	
24	Target	
25	Periode Analisis Data	<input type="checkbox"/> Mingguan <input type="checkbox"/> Bulanan

		<input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Tahunan
26	Analisis Data	<input type="checkbox"/> Run Chart <input type="checkbox"/> Pie Diagram <input type="checkbox"/> Bar Diagram <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan
27	Diseminasi Data ke Staf	-Hasil Analisis dalam bentuk informasi dan run chart, disampaikan dari PMKP ke Unit Kerja terkait setiap tiga bulan di tempelkan di papan informasi -Disampaikan oleh unit kerja dalam rapat rutin bersama staf terkait
28	Formulir Pengumpulan Data	

CEKLIST SUPERVISI INDIKATOR PRIORITAS RSUD DR MUHAMMAD ZEIN PAINAN

NO	NAMA INDIKATOR	UNIT KERJA	JENIS INDIKATOR			PROFIL INDIKATOR	PENGUMPULAN DATA	ANALISA	VALIDASI	RENCANA PERBAIKAN
			IAK	IAM	ISKP					

Keterangan

<b>PROFIL INDIKATOR</b> A. Ada dan lengkap B. Ada sebagian besar, tapi tidak lengkap C. Tidak ada	<b>PENGUMPULAN DATA</b> A. Sudah dikumpulkan minimal 3 bulan/12 bulan B. Sebagian besar sudah dikumpulkn C. Pengumpulan data kurang dari 3 bulan	<b>ANALISA DATA</b> A. Ada dan lengkap B. Ada, tidak lengkap C. Tidak ada	<b>VALIDASI DATA</b> A. Ada dan lengkap B. Ada, tidak lengkap C. Tidak ada	<b>RENCANA PERBAIKAN</b> A. Ada dan lengkap B. Ada, tidak lengkap C. Tidak ada
------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------

Bila perlu tambahkan catatan pada setiap kolom



RSUP DR MUHAMMAD ZEIN PAINAN CEKLIST TELUSUR SUPERVISI INDIKATOR MUTU UNIT UNIT PELAYANAN:

NO	NAMA INDIKATOR	JENIS INDIKATOR			PROFIL INDIKATOR	PENGUMPULAN DATA	ANALISA	VALIDASI	RENCANA PERBAIKAN	TINDAK LANJUT
		IAK	IAM	ISKP						

KETERANGAN

PROFIL INDIKATOR	PENGUMPULAN DATA	ANALISA DATA	VALIDASI DATA	RENCANA PERBAIKAN
D. Ada dan lengkap E. Ada sebagian besar, tapi tidak lengkap F. Tidak ada	D. Sudah dikumpulkan minimal 3 bulan/12 bulan E. Sebagian besar sudah dikumpulkn F. Pengumpulan data kurang dari 3 bulan	D. Ada dan lengkap E. Ada, tidak lengkap F. Tidak ada	D. Ada dan lengkap E. Ada, tidak lengkap F. Tidak ada	D. Ada dan lengkap E. Ada, tidak lengkap F. Tidak ada

Bila perlu tambahkan catatan pada setiap kolom

RSUD DR MUHAMMAD ZEIN PAINAN  
LAPORAN VALIDASI DATA METODE MRA

Bulan : .....

Indikator : .....

JUDUL INDIKATOR	
NUMERATOR	
DENUMERATOR	
SUMBER DATA	
CAPAIAN INDIKATOR	
JUMLAH PASIEN RAWAT INAP DEWASA	
JASTIFIKASI PERLU VALIDASI	
METODE PENGUMPULAN DATA VALIDASI	
HASIL VALIDASI	
HASIL ANALISA	
KESIMPULAN	
RENCANA TINDAK LANJUT	

### LAPORAN KEGIATAN PDSA

Judul :  
Instalasi :  
Bulan – Tahun :

	<p><b>FISH BONE</b></p> <p>The diagram is a fishbone (Ishikawa) diagram. At the top, three boxes labeled 'FASILITAS', 'LINGKUNGAN', and 'SDM' are connected to a central horizontal line. Below this line, three boxes are connected to it. At the bottom, two boxes labeled 'PELANGGAM' and 'PROSEDUR' are connected to the line. A large box on the right side of the diagram is labeled 'MASALAH'. On the left side, two boxes are connected to the line, labeled 'a.' and 'b.'.</p>
<p><b>P (Plan)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Saya berencana untuk</b> :Tulis pernyataan singkat tentang apa yg akan anda rencanakan dalam uji ini. Rencana ini lebih fokus dan lebih kecil. Rencana ini merupakan sebagian kecil dari implementasi tool</li><li>• <b>Saya berharap</b> : Tulis ukuran atau outcome yg akan anda capai . Anda bisa memiliki data kuantitatif atau kualitatif</li><li>• <b>Langkah-langkah</b> : Tulis langkah-langkah yg anda akan lakukan dalam siklus, termasuk hal berikut :<ul style="list-style-type: none"><li>a) Populasi dimana anda bekerja – apakah anda mengamati perilaku pasien, dokter atau perawat</li><li>b) Batas waktu yg anda lakukan utk studi ini</li></ul></li></ul>

<b>D</b> <b>(Do)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Apa yang anda amati ?</b></li><li>- Bagaimana melakukan apa yang telah direncanakan/dicanangkan/menguji perubahan</li></ul>
-------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>- Tulis hasil observasi selama implementasi termasuk bagaimana reaksi misalnya pasien, dokter, perawat. Bagaimana PLAN sesuai dengan sistem atau alur visit pasien. Anda bisa bertanya, “ Apakah semuanya berjalan sesuai rencana ?” Apakah saya harus modifikasi PLAN</p>
<b>S (Study)</b>	<b>Apa yang dapat dipelajari dan diamati ? Apakah mencapai target yang diinginkan</b>
<b>A (Action)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Apa yang dapat anda simpulkan dari siklus ini ?</b></li><li>• Standarisasi hasil perbaikan sehingga dapat digunakan secara berkesinambungan</li><li>• Disini anda dapat menulis kesimpulan dari implementasi ini, apakah berhasil atau tidak. Bila tidak berhasil, apa yg akan anda lakukan selanjutnya pada siklus berikut agar implementasi berhasil, Jika berhasil, apakah anda siap untuk menyebarkan ke seluruh orang ?</li></ul>

**Form Evaluasi PPK**

No	Konten	Ya	Tdk	Keterangan
1	Penegakan diagnosis			
2	Pemeriksaan penunjang			
3	Terapi			

**Contoh Form Evaluasi PPK Diare Akut**

No	Konten	Ya	Tdk	Keterangan
1	Penegakan Diagnosis			
2	Pemeriksaan Penunjang			
3	Terapi Rehidrasi			
4	Terapi Antibiotik			
5	Terapi Mikronutrient			

**Contoh Form Evaluasi PPK Hipertensi**

No	Konten	Ya	Tdk	Keterangan
1	Penegakan Diagnosis			
2	Klasifikasi			
2	Pemeriksaan Penunjang Faktor resiko			
3	Terapi a. Ace Inhibitor + angiotestin b. Beta Blocker c. Ca Antagonis d. Diuretik e. A+B+C+D			
4	Edukasi Diet			



**PEMERINTAH KABUPATEN PESISIR SELATAN**  
**RSUD Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN**  
*Jl. Dr. A. Rivai Painan (kode Pos 25611)*  
 Telp. (0756) 21428 Fax. (0756) 21398 Email. [rsudpainan@gmail.com](mailto:rsudpainan@gmail.com)



**EVALUASI IMPLEMENTASI *CLINICAL PATHWAY***  
**DI RSUD DR MUHAMMAD ZEIN PAINAN**

NAMA PASIEN : \_\_\_\_\_  
 NO RM : \_\_\_\_\_  
 DIAGNOSA : \_\_\_\_\_  
 TANGGAL : \_\_\_\_\_

**A. INDIKATOR**

NO	INDIKATOR	KESESUAIAN		KETERANGAN
		SESUAI	BELUM SESUAI	
1	INDIKATOR PROSES			
	Assesmen awal			
	Pemeriksaan penunjang, Tindakan diagnostic			
	Obat			
	Nutrisi			
	Konsultasi			
	Tindakan Terapeutik			
	Assesmen Pulang Kritis			
2	INDIKATOR <i>OUTCOME</i>			
	Keluhan			
	Pemeriksaan Klinis			
	Lama dirawat			

**B. VARIANS**

NO	VARIASI	URAIAN
1	SISTEM	
2	ASUHAN /KLINIS	
3	PASIEN	

**C. EVALUASI IMPLEMENTASI *CLINICAL PATHWAY***

NO	ASPEK	KEPATUHAN	
		PATUH	TIDAK PATUH
1	KEPATUHAN PPA :		
	DOKTER		
	PERAWAT		
	FARMASIS		
	NUTRISIONIS		
2	KENDALA/HAMBATAN		

AUDITOR	KOMITE	NAMA	TANDA TANGAN
1	Komite Medik		
2	Komite Mutu Manajemen Resiko		
3	Komite Keperawatan		