

Pedoman

Peningkatan Mutu Keselamatan Pasien dan Manajemen Risiko Rumah Sakit Tahun 2022



Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Muhammad Zein Painan

Jl. Dr. A. Rivai, Painan 25611

Phone : (0756) 21428-21518, Fax. 0756- 21398



PEMERINTAH KABUPATEN PESISIR SELATAN
RSUD Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN

Jalan Dr. A. Rivai Painan (Kode Pos 25611)
Telp. (0756) 21428–21518 Fax. (0756) 21398, email : rsudpainan@ymail.com



KEPUTUSAN DIREKTUR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN
NOMOR : SK/003/PMKP/RSUD/2022

TENTANG
PEDOMAN PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN DAN
MANAJEMEN RISIKO
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN
TAHUN 2022

DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN,

- Menimbang : a bahwa dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Muhammad Zein Painan, maka diperlukan suatu Pedoman Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien dan Manajemen Risiko.
- b bahwa untuk standarisasi penatalaksanaan pelayanan, maka dipandang perlu Pedoman Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien dan Manajemen Risiko.
- c bahwa berdasarkan pertimbangan sebagai mana dimaksud point a dan b, perlu Pedoman Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien dan Manajemen Risiko di Rumah Sakit Umum Daerah 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 Menteri Kesehatan Nomor 80 Tahun 2020 tentang Komite Mutu Rumah Sakit
- 9 Peraturan Daerah Pesisir Selatan Nomor 15 tahun 2012 Tentang Perubahan Atas Peraturan Daerah Pesisir Selatan Nomor 17 tahun 2008 Tentang Pembentukan Organisasi Dan Tata Kerja Inspektorat, Badan Perencanaan Pembangunan Daerah dan Lembaga Teknis Daerah.

MEMUTUSKAN :

- Menetapkan :**
- KESATU : KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN TENTANG RUMAH SAKIT MEMPUNYAI PEDOMAN PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN DAN MANAJEMEN RISIKO.
- KEDUA : Kebijakan Pedoman Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien dan Manajamen Risiko di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Muhammad Zein Painan sebagaimana tercantum dalam Lampiran Keputusan ini.
- KETIGA : Dengan dikeluarkannya Peraturan Direktur ini, maka apabila terdapat peraturan yang bertentangan dengan Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Muhammad Zein Painan ini maka peraturan-peraturan yang terdahulu dinyatakan tidak berlaku. Referensi dan informasi yang diperoleh rumah sakit dalam meningkatkan mutu dan keselamatan pasien meliputi.
- KEEMPAT : Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan, akan dilakukan perubahan apabila dikemudian hari terdapat kekeliruan.

Ditetapkan di Painan
Pada Bulan Januari 2022

DIREKTUR



HAREFA

LAMPIRAN : KEPUTUSAN DIREKTUR RSUD Dr MUHAMMAD ZEIN
PAINAN
NOMOR : SK/003/PMKP/RSUD/2022
BULAN : JANUARI 2022
TENTANG : PEDOMAN PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN
PASIEN DAN MANAJEMEN RISIKO

BAB I

PENDAHULUAN

1. 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.

Mutu pelayanan rumah sakit merupakan derajat kesempurnaan pelayanan rumah sakit untuk memenuhi kebutuhan masyarakat/konsumen akan pelayanan kesehatan yang sesuai standar profesi dengan menggunakan potensi sumber daya yang tersedia di rumah sakit secara wajar, efisien, dan efektif serta diberikan secara aman dan memuaskan sesuai norma, etika, hukum dan sosial budaya dengan memperhatikan keterbatasan dan kemampuan pemerintah dan masyarakat sebagai konsumen. Dengan semakin meningkatnya tuntutan masyarakat akan mutu pelayanan rumah sakit maka fungsi pelayanan rumah sakit secara bertahap perlu terus ditingkatkan, agar tercapainya peningkatan keselamatan pasien dan memberi kepuasan kepada pasien, keluarga maupun masyarakat.

Dalam peningkatan mutu dan keselamatan pasien, terdapat risiko-risiko yang harus diatasi guna mendapat hasil yang diinginkan, untuk itu rumah sakit perlu melakukan manajemen risiko. Manajemen risiko berhubungan erat dengan pelaksanaan keselamatan pasien dan keselamatan kerja di rumah sakit serta berdampak kepada pencapaian mutu rumah sakit.

Agar upaya peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien di rumah sakit dapat seperti yang diharapkan maka perlu disusun Pedoman Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien dan Manajemen Risiko. Pedoman tersebut disusun sebagai acuan bagi pengelola rumah sakit dalam melaksanakan upaya peningkatan mutu pelayanan Rumah Sakit.

2. TUJUAN

A. Tujuan Umum

Sebagai acuan atau panduan bagi rumah sakit dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan, dan pengendalian serta pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan mutu pelayanan rumah sakit. Pedoman ini disusun dengan tujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, peningkatan

keselamatan pasien serta manajemen risiko di rumah sakit secara efektif, efisien dan berkesinambungan.

B. Tujuan Khusus

- a. Terlaksananya sistem pelayanan yang mengutamakan keselamatan pasien, dan petugas yang memberi pelayanan;
- b. Terbentuknya budaya organisasi serta motivasi yang tinggi terhadap peningkatan mutu dan keselamatan pasien secara kontinyu;
- c. Terlaksananya pencacatan dan pelaporan semua indikator mutu pelayanan dan indikator keselamatan pasien;
- d. Sebagai acuan yang jelas bagi manajemen Rumah Sakit dalam mengambil keputusan terhadap manajemen risiko;
- e. Terlaksananya program-program pencegahan risiko secara sistematis dan terarah sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian tidak diharapkan;
- f. Menurunnya Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) di rumah sakit.

BAB II

KEBIJAKAN DAN DASAR HUKUM

1. KEBIJAKAN

- 1) Komite Mutu adalah organisasi yang ditetapkan oleh RSUD Dr Muhammad Zein Painan bertugas mengarahkan, mengatur, serta mengkoordinasikan pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
- 2) Direktur, Kepala Bidang, Kepala Instalasi, Kepala Ruangan dan seluruh Ketua Komite, RSUD Dr Muhammad Zein Painan merencanakan dan mengembangkan program peningkatan mutu serta keselamatan pasien;
- 3) Pelaksanaan program pendidikan dan pelatihan (diklat) Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP);
- 4) Direktur, Kepala Bidang, Kepala Instalasi, Kepala Ruangan dan seluruh Ketua Komite, RSUD Dr Muhammad Zein Painan berperan dalam memilih area prioritas sebagai area fokus untuk perbaikan;
- 5) Direktur, Kepala Bidang, Kepala Instalasi, Kepala Ruangan dan seluruh Ketua Komite, RSUD Dr Muhammad Zein Painan 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;
- 6) Direktur RSUD Dr Muhammad Zein Painan menetapkan penanggung jawab, waktu dan cara pelaksanaan monitoring program peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
- 7) Direktur RSUD Dr Muhammad Zein Painan menetapkan proses pengumpulan data, analisis, *feedback*, dan pemberian informasi kepada staf;
- 8) Direktur RSUD Dr Muhammad Zein Painan menetapkan alur laporan pelaksanaan pengukuran mutu rumah sakit, mulai dari unit sampai kepada Dewan Pengawas;
- 9) Direktur RSUD Dr Muhammad Zein Painan menetapkan bantuan teknologi/sistem informasi rumah sakit yang akan diterapkan untuk pengumpulan dan analisis data mutu, keselamatan pasien, dan *surveillance* infeksi;
- 10) Direktur dan jajaran Manajemen berkoordinasi dengan seluruh Kepala Instalasi/Kepala Ruangan dalam memilih dan menetapkan prioritas pengukuran mutu pelayanan klinis yang akan dievaluasi;
- 11) Komite Mutu 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;
- 12) Prioritas pengukuran mutu pelayanan tersebut meliputi pengukuran mutu dengan menggunakan indikator area klinik (IAK), indikator area manajemen (IAM), indikator area sasaran keselamatan pasien (ISKP), dan 5 Panduan Praktik Klinis (PPK) yang dievaluasi;
- 13) Dasar pemilihan prioritas pengukuran mutu pelayanan klinis mengacu kepada standar yang ada;
- 14) Direktur dan jajaran Manajemen menetapkan prioritas pengukuran mutu pelayanan klinis meliputi indikator area klinik (IAK), indikator area manajemen (IAM), indikator area sasaran keselamatan pasien (ISKP), dan 5 Panduan Praktik Klinis (PPK)

- yang dievaluasi;
- 15) Setiap unit kerja harus mempunyai pengukuran mutu di unit kerja masing-masing;
 - 16) 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 rumah sakit;
 - b. Fokus mengukur hal hal yang ingin diperbaiki;
 - c. Melakukan koordinasi dengan komite medis;
 - 17) Pimpinan unit kerja memilih indikator mutu unit dengan mempertimbangkan dasar pemilihan;
 - 18) Pimpinan unit kerja mengusulkan indikator mutu yang sudah dipilih di unit masing masing ke Direktur rumah sakit untuk ditetapkan;
 - 19) Setiap indikator yang ditetapkan dilengkapi dengan profil indikator;
 - 20) Direktur dan Jajaran Manajemen serta Komite Mutu melakukan supervisi terhadap proses pengumpulan data dengan menggunakan formulir supervisi yang telah disediakan;
 - 21) Pimpinan unit kerja melakukan upaya perbaikan mutu berdasarkan hasil capaian indikator mutu dengan metode PDSA;
 - 22) 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;
 - 23) Kelompok staf medis menyusun panduan praktik klinis dengan melibatkan kepala bidang dan komite medik;
 - 24) Komite Medik melakukan monitoring dan evaluasi penerapan panduan praktik klinik, alur, dan atau protokol klinis sehingga berhasil menekan keberagaman proses dan hasil;
 - 25) Rumah sakit menetapkan evaluasi pelayanan kedokteran dengan panduan praktik klinis, alur klinis, atau protokol;
 - 26) Hasil evaluasi dapat menunjukkan perbaikan variasi dalam lima fokus area pada pemberian pelayanan;
 - 27) Rumah sakit melaksanakan audit klinis dan atau audit medis pada panduan praktik klinis/alur klinis prioritas di tingkat rumah sakit;
 - 28) Rumah Sakit melaksanakan Manajemen resiko berkelanjutan digunakan untuk melakukan identifikasi dan mengurangi cedera dan mengurangi resiko lain terhadap keselamatan pasien dan staf;
 - 29) Direktur RS menciptakan dan mendukung upaya keselamatan pasien di seluruh area di RS sesuai peraturan perundang-undangan;
 - 30) Direktur RS mendorong staf klinis pemberi asuhan bekerja sama dalam tim yang efektif dan mendukung proses kolaborasi interprofesional dalam asuhan berfokus pada pasien;
 - 31) Keselamatan dan mutu berkembang dalam suatu lingkungan yang mendukung kerja sama dan rasa hormat terhadap sesama, tanpa melihat jabatan mereka dalam rumah sakit;
 - 32) Rumah Sakit menyusun program manajemen risiko berkelanjutan digunakan untuk

- melakukan identifikasi dan mengurangi risiko;
- 33) Rumah sakit mempunyai daftar risiko di tingkat unit dan tingkat rumah sakit
- 34) Setiap satuan kerja harus membuat dan menetapkan daftar risiko dan menyusun rencana perlakuan risiko;

2. DASAR HUKUM

- 1) Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1691/Menkes/Per/VIII/2011 Tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit;
- 2) Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien;
- 3) Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2019 Tentang Penerapan Manajemen Risiko Terintegrasi di Lingkungan Kementrian Kesehatan;
- 4) Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 80 Tahun 2020 Tentang Komite Mutu Rumah Sakit;
- 5) Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP), Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS) Tahun 2015;
- 6) Pedoman Manajemen Risiko Terintegrasi RSUD Dr. Moewardi Tahun 2021
- 7) Manajemen Risiko Klinis dalam Standar Akreditasi Rumah Sakit, KARS,
- 8) Panduan Manajemen Risiko RS Unand Tahun 2018;
- 9) Badan Mutu Nasional. 2016. Penerapan SNI Manajemen Risiko ISO 31000 Upaya Membangun Kepercayaan Publik. Jakarta: Badan Mutu Nasional

BAB III

PENGERTIAN PMKP DAN MANAJEMEN RISIKO

1. PENGERTIAN PENINGKATAN MUTU

A. 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

B. 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

2. PENGERTIAN KESELAMATAN PASIEN

Suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut meliputi assesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko. 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).

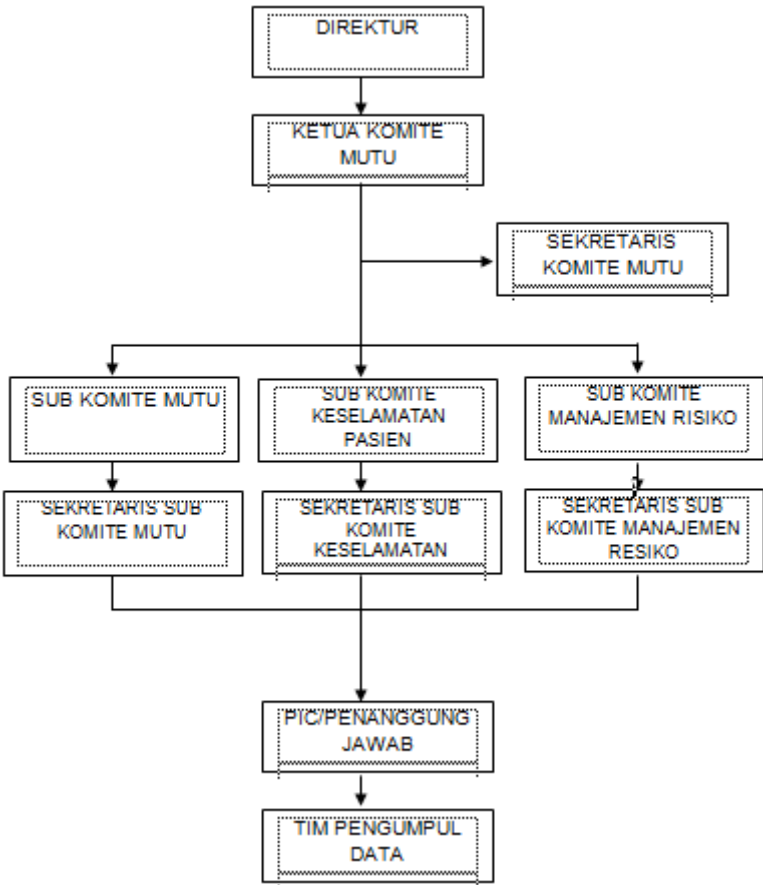
3. PENGERTIAN MANAJEMEN RISIKO

Risiko adalah suatu ketidakpastian yang berdampak bagi keberlangsungan suatu organisasi dalam mencapai tujuannya, risiko dapat dikaji dari frekuensi terjadinya (occurrence), dampak yang diakibatkannya (severity) serta mudah sulitnya suatu risiko teridentifikasi (detectable) (Jones, 2013). Manajemen Risiko adalah proses yang proaktif dan kontinu meliputi identifikasi, analisis, evaluasi, pengendalian, informasi komunikasi, pemantauan, dan pelaporan Risiko, termasuk berbagai strategi yang dijalankan untuk mengelola Risiko dan potensinya.

4. STRUKTUR ORGANISASI KOMITE MUTU

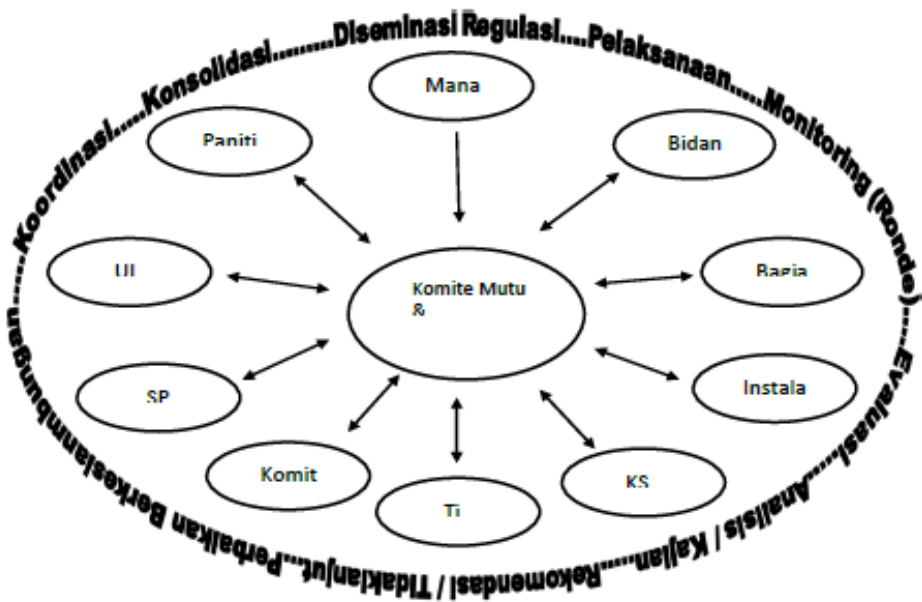
A. Struktur Organisasi Komite Mutu

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



Gambar 1. Struktur Organisasi Komite Mutu

B. Tata Hubungan Kerja Komite Mutu



Gambar 2. Tata Hubungan Komite Mutu

Keterangan:

Pada dasarnya hubungan kerja antara Komite Mutu dengan satuan kerja lain terkait dengan upaya peningkatan mutu, pengelolaan manajemen risiko (risiko terhadap pasien dan risiko terhadap institusi/rumah sakit serta upaya penerapan keselamatan pasien melalui tata laksana:

- a) Diseminasi regulasi
- b) Pelaksanaan monitoring (ronde)
- c) Evaluasi, analisis/kajian
- d) Rekomendasi/tindak lanjut
- e) Perbaikan berkesinambungan (PDSA).

Hubungan antara Komite Mutu dengan unit lain dapat dijelaskan sebagai berikut.

a) Direktur

Komite Mutu memberikan laporan PMKP secara berkala kepada Direktur, Direktur memberikan instruksi sebagai tindak lanjut dari laporan yang diberikan oleh Komite Mutu

b) Bidang, Bagian, Instalasi, KSM, Komite-Komite, SPI, ULP, Panitia-Panitia, dan Tim :

- Melakukan pengumpulan data, validasi data, dan analisa data
- Melakukan pelaporan data PMKP ke Komite Mutu setiap bulan
- Komite Mutu memfasilitasi unit kerja dalam pemilihan indikator dan pelaksanaan Program PMKP
- Komite Mutu melakukan monev kepada unit kerja terkait PMKP

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

- a) Perencanaan Program PMKP disusun oleh Komite Mutu setiap tahun.
- b) Program PMKP dibahas dan dirumuskan dalam rapat antara Direktur, Manajemen, seluruh Ketua Komite, Kepala Instalasi, Kepala Ruangan dengan difasilitasi oleh Komite Mutu.
- c) Program PMKP selanjutnya dibahas pada rapat Direktur dengan Dewan Pengawas.
- d) Program PMKP ditetapkan oleh Direktur yang disahkan oleh Dewan Pengawas.

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

- a) Diklat PMKP untuk Dewan Pengawas
- b) Diklat PMKP untuk Direktur dan jajaran Manajemen
- c) Diklat PMKP untuk Komite Medis dan Komite Keperawatan
- d) Diklat PMKP untuk staf PMKP
- e) Diklat PMKP untuk Kepala Unit Kerja, penanggung jawab dan pengumpul data
- f) 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

5. TUGAS POKOK DAN FUNGSI KOMITE MUTU

Tugas

Komite Mutu bertugas membantu Kepala atau Direktur Rumah Sakit dalam pelaksanaan dan evaluasi peningkatan mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko di Rumah Sakit

Fungsi

a. Dalam melaksanakan tugas pelaksanaan dan evaluasi peningkatan mutu, Komite Mutu memiliki fungsi :

- 1) Penyusunan kebijakan, pedoman dan program kerja terkait pengelolaan dan penerapan program mutu pelayanan Rumah Sakit;
- 2) Pemberian masukan dan pertimbangan kepada Kepala atau Direktur Rumah Sakit terkait perbaikan mutu tingkat Rumah Sakit;
- 3) Pemilihan prioritas perbaikan tingkat Rumah Sakit dan pengukuran indikator tingkat Rumah Sakit serta menindaklanjuti hasil capaian indikator tersebut;
- 4) Pemantauan dan memandu penerapan program mutu di unit kerja;
- 5) Pemantauan dan memandu unit kerja dalam memilih prioritas perbaikan, pengukuran mutu/indikator mutu, dan menindaklanjuti hasil capaian indikator mutu;
- 6) Fasilitasi penyusunan profil indikator mutu dan instrumen untuk pengumpulan data;
- 7) Fasilitasi pengumpulan data, analisis capaian, validasi dan pelaporan data dari seluruh unit kerja;
- 8) Pengumpulan data, analisis capaian, validasi, dan pelaporan data indikator prioritas Rumah Sakit dan indikator Mutu Nasional Rumah Sakit;
- 9) Koordinasi dan komunikasi dengan komite medis dan komite lainnya, satuan pemeriksaan internal, dan unit kerja lainnya yang terkait, serta staf;
- 10) Pelaksanaan dukungan untuk implementasi budaya mutu di Rumah Sakit;
- 11) Pengkajian standar mutu pelayanan di Rumah Sakit terhadap pelayanan, pendidikan, dan penelitian;
- 12) Penyelenggaraan pelatihan peningkatan mutu; dan
- 13) Penyusunan laporan pelaksanaan program peningkatan mutu.

- b. Dalam melaksanakan tugas pelaksanaan dan evaluasi keselamatan pasien, Komite Mutu memiliki fungsi :
 - 1) Penyusunan kebijakan, pedoman, dan program kerja terkait keselamatan pasien rumah Sakit;
 - 2) Pemberian masukan dan pertimbangan kepada Kepala atau Direktur Rumah Sakit dalam rangka pengambilan kebijakan keselamatan pasien;
 - 3) Pemantauan dan memandu penerapan keselamatan pasien di unit kerja;
 - 4) Motivasi, edukasi, konsultasi, pemantauan dan penilaian tentang penerapan program keselamatan pasien;
 - 5) Pencatatan, analisis, dan pelaporan insiden, termasuk melakukan *Root Cause Analysis* (RCA), dan pemberian solusi untuk meningkatkan keselamatan pasien;
 - 6) Pelaporan insiden secara kontinu sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - 7) Penyusunan laporan pelaksanaan program keselamatan pasien.
- c. Dalam melaksanakan tugas pelaksanaan dan evaluasi manajemen risiko, Komite Mutu memiliki fungsi
 - 1) Penyusunan kebijakan, pedoman dan program kerja terkait manajemen risiko Rumah Sakit;
 - 2) Pemberian masukan dan pertimbangan kepada Kepala atau Direktur Rumah Sakit terkait manajemen risiko di Rumah Sakit;
 - 3) Pemantauan dan memandu penerapan manajemen risiko di unit kerja;
 - 4) Pemberian usulan atas profil risiko dan rencana penanganannya;
 - 5) Pelaksanaan dan pelaporan rencana penanganan risiko sesuai lingkup tugasnya;
 - 6) Pemberian usulan rencana kontingensi apabila kondisi yang tidak normal terjadi;
 - 7) Pelaksanaan penanganan risiko tinggi;
 - 8) Pelaksanaan pelatihan manajemen risiko;
 - 9) Penyusunan laporan pelaksanaan program manajemen risiko.
- d. Selain melaksanakan fungsi sebagaimana yang dijabarkan diatas, Komite Mutu juga melaksanakan fungsi persiapan dan penyelenggaraan akreditasi Rumah Sakit.

6. URAIAN TUGAS DAN JABATAN KOMITE MUTU

A. Dewan Pengawas

Melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap pengelolaan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) yang dilakukan pejabat pengelola sesuai dengan ketentuan perundang-undangan yang berlaku.

B. Pembina/Direktur

- a. Membentuk Komite Mutu/tim mutu Rumah Sakit atau bentuk organisasi lainnya untuk mengelola kegiatan sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- b. Menetapkan penanggung jawab data di tiap-tiap unit kerja.

- c. Mengarahkan, mengatur, dan mengkoordinasikan pelaksanaan program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien.
- d. Merencanakan dan mengembangkan program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien.
- e. Melakukan pemilihan indikator mutu di Rumah Sakit (indikator mutu area klinis, indikator mutu area manajemen, dan sasaran keselamatan pasien dan keterlibatannya dalam menindaklanjuti capaian indikator yang masih rendah.
- f. Memilih area prioritas sebagai area fokus perbaikan.
- g. Memonitoring pelaksanaan program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien, siapa saja yang melakukan monitoring, kapan dilakukan, dan bagaimana melakukan monitoring.
- h. Memonitoring proses pengumpulan data, analisis, feedback, dan pemberian informasi ke staf, bagaimana alur pelaporan pelaksanaan pengukuran mutu rumah sakit mulai dari unit sampai pemilik rumah sakit.
- i. Memfasilitasi Komite Mutu dan Unit dalam bantuan teknologi/Sistem Informasi Rumah Sakit yang akan diterapkan untuk pengumpulan dan analisis data Mutu, Keselamatan Pasien dan Surveilans infeksi.

C. Ketua Komite Mutu

- a. Pengertian Jabatan
Seorang profesional yang diberi tugas dan wewenang untuk dapat memimpin dalam menjalankan pelaksanaan program PMKP.
- b. Tanggung Jawab
 - Ketua Komite Mutu bertanggung jawab kepada Direktur RS
 - Secara administratif dan fungsional bertanggung jawab seluruhnya terhadap pelaksanaan program PMKP di RSUD Dr. Muhammad Zein Painan.
- c. Tugas Pokok
Mengkoordinasi semua pelaksanaan kegiatan program PMKP di rumah sakit.
- d. Uraian Tugas
 - Mengkoordinasi kegiatan dalam rangka penyusunan Kebijakan dan Strategi Manajemen Mutu dan Keselamatan Pasien
 - Menyusun dan merencanakan pelaksanaan kegiatan program kerja PMKP
 - Memimpin, mengkoordinasi, dan mengevaluasi pelaksanaan operasional PMKP secara efektif, efisien dan bermutu
 - Mengumpulkan data indikator pelayanan baik dari PMKP maupun dari unit kerja terkait
 - Menganalisa data indikator mutu pelayanan baik indikator mutu klinis RS maupun indikator mutu manajerial RS serta indikator keselamatan pasien
 - Mengevaluasi pelaksanaan 5 (lima) area prioritas yang sudah ditetapkan oleh direktur dengan fokus utama pada penggunaan PPK, *clinical pathway*, dan atau protokol klinis
 - Melaksanakan analisis terhadap data yang dikumpulkan dan diubah menjadi informasi

- Melakukan validasi data PMKP secara internal dan dilakukan secara periodik
 - Menyebarkan informasi tentang peningkatan mutu dan keselamatan pasien secara reguler melalui papan pengumuman, bulletin atau rapat staf
 - Meningkatkan pengetahuan anggota dengan memberikan pelatihan terhadap staf yang ikut serta dalam program PMKP
- e. Wewenang
- Memerintahkan dan menugaskan staf dalam melaksanakan Program PMKP
 - Menyusun Pedoman Upaya Peningkatan Mutu Pelayanan RS
 - Membuat Standar Prosedur Operasional PMKP
 - Memberikan penilaian kinerja anggota Komite Mutu

D. Sekretaris Komite Mutu

- a. Pengertian Jabatan
- Seorang yang membantu tugas Ketua Komite Mutu untuk dapat menjalankan program PMKP dalam bidang administratif
- c. Tanggung Jawab
- Sekretaris Komite Mutu secara administratif bertanggung jawab kepada Ketua Komite Mutu.
- d. Tugas Pokok
- Ikut berperan serta dalam pelaksanaan kegiatan program PMKP.
- e. Uraian Tugas
- Membuat agenda surat masuk dan keluar
 - Mengatur rapat dan jadwal rapat PMKP
 - Menyiapkan undangan, tempat, daftar hadir, ruang rapat dan perlengkapan yang diperlukan termasuk konsumsi
 - Membantu meminta laporan kepada unit terkait kerja untuk diinput
 - Mengumpulkan data indikator mutu klinis dan indikator mutu manajerial RS serta data yang terkait di seluruh unit termasuk indikator keselamatan pasien dari unit terkait
 - Menganalisis data PMKP bersama Ketua
 - Membuat dan menandatangani surat keluar serta melakukan pekerjaan administrasi termasuk pengarsipannya
 - Menyusun kesimpulan rapat dan notulen rapat
 - Memberikan pertimbangan/saran PMKP pada perencanaan, pengembangan program dan pelaksanaannya
 - Mengorganisir kebutuhan logistik
 - Melakukan komunikasi internal dan eksternal kepada unit terkait di lingkungan RS dan pihak luar melalui surat tertulis, email, dan telepon
 - Menganalisa hasil pencapaian pemantauan indikator keselamatan pasien
 - Melakukan monitoring 6 sasaran keselamatan pasien bersama-sama dengan penanggung jawab keselamatan pasien
 - Menganalisa hasil pencapaian pemantauan indikator keselamatan pasien

- Menyelenggarakan dan menyiapkan kegiatan sosialisasi internal RS tentang pencapaian pemantauan indikator keselamatan pasien
- Menerima rekap dan laporan evaluasi tindak lanjut rekomendasi dari unit terkait
- Melakukan koordinasi tentang program patient safety dengan unit terkait dalam pembuatan RCA dan FMEA
- Mendorong dan mengkoordinasikan pemenuhan sarana dan prasarana fisik sesuai standar keamanan dan berkenaan dengan menjaga keselamatan pasien
- Mengkoordinasikan pendokumentasian evaluasi dan upaya tindak lanjut atas kejadian nyaris cedera/kejadian tidak diinginkan/sentinel

E. Ketua Sub Komite Mutu

a. Pengertian Jabatan

Seorang yang membantu tugas Ketua Komite Mutu untuk dapat mengkoordinasikan terlaksananya monitoring dan evaluasi Indikator Mutu Rumah Sakit.

b. Tanggung Jawab

Penanggung jawab mutu secara administratif bertanggung jawab kepada Ketua Komite Mutu tentang pemantauan Indikator Mutu dan *Clinical Pathway*.

c. Tugas Pokok

Ikut berperan dalam pelaksanaan kegiatan program PMKP.

d. Uraian Tugas

- Membuat rencana Strategis Program Pengembangan Mutu Klinis dan Manajerial
- Menyusun panduan pemantauan Indikator Mutu dan *Clinical Pathway*
- Membuat matrix teknis dan metodologi pemantauan Indikator Mutu Klinis dan Manajerial
- Menyusun alat ukur pemantauan Indikator Mutu dan *Clinical Pathway*
- Berkoordinasi dengan unit terkait dalam penyelenggaraan pemantauan Indikator Mutu dan *clinical pathway*
- Membuat laporan periodik hasil pemantauan Indikator Mutu dan *Clinical Pathway*
- Menyelenggarakan dan menyiapkan kegiatan sosialisasi internal rumah sakit tentang pencapaian Indikator Mutu dan *clinical pathway*
- Membuat rekap dan laporan hasil evaluasi tindak lanjut rekomendasi dari unit terkait
- Menyusun panduan pelaksanaan validasi data internal khusus indikator mutu
- Menghadiri rapat, seminar/workshop terkait pemantauan Indikator Mutu dan *Clinical Pathway* indikator

e. Wewenang

Meminta laporan pelaksanaan pemantauan Program Indikator Mutu dan pelaksanaan *Clinical Pathway*.

F. Ketua Sub Komite Keselamatan Pasien

a. Pengertian Jabatan

Seorang yang membantu tugas Ketua Komite Mutu dalam melaksanakan fungsi manajerial dalam rangka kegiatan keselamatan pasien.

b. Tanggung Jawab

Terlaksananya program keselamatan pasien dan manajemen risiko klinis dan terpantaunya serta terevaluasinya seluruh kejadian/insiden yang terjadi di rumah sakit.

c. Tugas Pokok

Menyelenggarakan Upaya keselamatan pasien dan manajemen risiko klinis.

d. Uraian Tugas

- Memimpin penyusunan prosedur operasional kegiatan, baik yang terkait langsung/tidak langsung dengan layanan untuk menjamin keselamatan pasien
- Menyusun panduan pemantauan indikator keselamatan pasien
- Menyusun alat ukur pemantauan indikator keselamatan pasien
- Menganalisa hasil hasil pencapaian pemantauan indikator keselamatan pasien
- Menyelenggarakan dan menyiapkan kegiatan sosialisasi internal RS tentang pencapaian pemantauan indikator keselamatan pasien
- Menerima rekapan dan laporan evaluasi tindak lanjut, rekomendasi dari unit terkait
- Melaksanakan komunikasi secara internal dan eksternal tentang pencapaian program pemantauan indikator keselamatan pasien
- Membantu koordinasi dalam kegiatan internal dan eksternal program umum Komite Mutu
- Menghadiri rapat, seminar/workshop terkaprogit pemantauan indikator keselamatan pasien
- Memimpin upaya-upaya pencegahan dan perbaikan kondisi fisik dan non fisik yang dapat membahayakan keselamatan pasien dan meningkatkan risiko keselamatan bagi pasien
- Melakukan koordinasi tentang program patient safety dengan unit terkait dalam pembuatan RCA dan FMEA
- Mendorong dan mengkoordinasikan pemenuhan sarana dan prasarana fisik sesuai standar keamanan dan berkenaan dengan menjaga keselamatan pasien
- Mengkoordinasikan pendokumentasian evaluasi dan upaya tindak lanjut atas kejadian nyaris cedera /kejadian tidak diinginkan/sentinel

e. Wewenang

- Mengelola komite keselamatan pasien dan manajemen risiko klinis
- Melakukan pengawasan dan penilaian keselamatan pasien

G. Ketua Sub Komite Manajemen Risiko

a. Pengertian Jabatan

Seorang yang membantu tugas Ketua Komite Mutu dalam melaksanakan fungsi manajerial dalam rangka kegiatan manajemen risiko Rumah Sakit.

b. Tanggung Jawab

Terlaksananya program manajemen risiko klinis dan terpantaunya serta terevaluasinya pelaksanaan manajemen risiko di seluruh unit kerja di Rumah Sakit.

c. Tugas Pokok

Menyelenggarakan upaya manajemen risiko

d. Uraian Tugas

- Memimpin penyusunan prosedur operasional kegiatan baik yang terkait langsung/tidak langsung dengan layanan untuk menjamin keselamatan pasien
- Menyelenggarakan dan menyiapkan kegiatan sosialisasi internal rumah sakit tentang pencapaian pemantauan manajemen risiko, mendeseminasikan bahan rekomendasi hasil pemantauan pelaksanaan manajemen risiko ke unit terkait
- Menerima rekapitan dan laporan evaluasi tindak lanjut, serta rekomendasi dari unit terkait
- Melaksanakan komunikasi secara internal dan eksternal tentang pencapaian pelaksanaan manajemen risiko klinis
- Membantu berkoordinasi dalam kegiatan internal dan eksternal program Umum Komite Mutu
- Menghadiri rapat, seminar/workshop terkait pencapaian pelaksanaan manajemen risiko klinis
- Memimpin upaya-upaya pencegahan dan perbaikan kondisi fisik dan non fisik yang dapat membahayakan keselamatan pasien dan meningkatkan risiko keselamatan bagi pasien
- Melakukan koordinasi tentang program *patient safety* dan manajemen risiko klinis dengan unit terkait dalam pembuatan RCA dan FMEA
- Mendorong dan mengkoordinasikan pemenuhan sarana dan prasarana fisik sesuai standar keamanan dan berkenaan dengan menjaga keselamatan pasien dan meminimalkan risiko
- Menampung masukan dari masyarakat pengguna jasa dalam rangka mengantisipasi risiko keamanan dan menjaga keselamatan pasien

e. Wewenang

Mengelola manajemen risiko dan melakukan pengawasan dan penilaian pelaksanaan manajemen risiko diseluruh unit kerja di Rumah Sakit..

H. Pengumpul Data Mutu (PIC)

a. Pengertian Jabatan

Seorang yang membantu tugas Ketua Sub Komite Mutu untuk mengumpulkan data mutu rumah sakit.

b. Tanggung Jawab

Pengumpul data secara administratif bertanggung jawab kepada Ketua Mutu melalui Ketua Sub Komite Mutu terhadap pelaksanaan program PMKP di setiap unsur/unit kerja masing-masing

c. Tugas Pokok

Membantu mengumpulkan data mutu masing-masing unit kerjanya.

d. Uraian Tugas

Mengumpulkan dan mencatat data indikator mutu tiap unit dan melaporkan data tersebut kepada Ketua Sub Komite Mutu.

BAB IV

TATA LAKSANA PMKP

1. MANAJEMEN MUTU

Mutu adalah tingkat kesempurnaan penampilan dari sesuatu yang diamati atau derajat kepatuhan terhadap standar yang ditentukan terlebih dahulu.

Manajemen mutu adalah suatu upaya yang dilaksanakan secara berkesinambungan, sistematis, objektif dan terpadu dalam identifikasi dan menetapkan masalah dan penyebab masalah mutu pelayanan berdasarkan standar yang telah ditetapkan, menetapkan dan melaksanakan cara penyelesaian masalah sesuai dengan kemampuan yang tersedia, serta menilai hasil yang dicapai dan menyusun saran tindak lanjut untuk lebih meningkatkan mutu pelayanan.

Tujuan program manajemen mutu mencakup dua hal yang bersifat pokok, yaitu sebagai berikut:

a. Tujuan Awal

Tujuan utama yang hendak dicapai oleh manajemen mutu adalah diketahuinya mutu pelayanan melalui aktivitas kendali mutu (*quality control*) dan manajemen mutu (*quality assurance*).

b. Tujuan Akhir

Tujuan akhir yang hendak dicapai adalah semakin meningkatnya mutu pelayanan (*quality improvement*).

2. PRINSIP-PRINSIP MANAJEMEN MUTU

- a. Setiap orang dalam organisasi harus dilibatkan dalam penentuan, pengertian dan peningkatan proses yang berkelanjutan dengan masing-masing kontrol dan tanggung jawab dalam setiap mutu yang dihasilkan oleh masing-masing orang.
- b. Peningkatan mutu dilaksanakan dengan menggunakan metode ilmiah yaitu dengan menggunakan data untuk pengambilan keputusan, penggunaan alat-alat statistik, dan keterlibatan setiap orang yang terkait.
- c. adanya komitmen tentang pengembangan petugas melalui keterlibatan didalam pengambilan keputusan.
- d. Program pendidikan dan pelatihan dianggap sebagai suatu investasi/modal dalam rangka pengembangan kemampuan dan pengetahuan petugas untuk mencapai potensi.

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
 - f.

- 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

3. TAHAPAN MANAJEMEN MUTU

A. Menetapkan Masalah Mutu

Masalah mutu adalah kesenjangan antara penampilan masalah pelayanan kesehatan atau proses manajerial dengan standar yang telah ditetapkan.

Langkah-langkah yang perlu dilakukan yaitu:

- a) Menyusun daftar masalah
- b) Melakukan konfirmasi daftar masalah
- c) Menetapkan prioritas masalah
- d) Merumuskan pernyataan masalah
- e) Menetapkan sumber masalah

B. Menetapkan Penyebab Masalah Mutu

Penyebab masalah mutu adalah setiap kesenjangan yang ditemukan pada setiap unsur masukan, proses dan atau lingkungan .

Langkah-langkah yang perlu dilakukan yaitu:

- a) Menyusun daftar penyebab masalah
- b) Menyederhanakan daftar penyebab masalah
- c) Melakukan konfirmasi daftar penyebab masalah
- d) Melakukan urutan prioritas penyebab masalah
- e) Menyajikan urutan prioritas penyebab masalah

C. Menetapkan Cara Penyelesaian Masalah Mutu

Cara penyelesaian masalah mutu adalah setiap usaha yang dilakukan untuk meniadakan kesenjangan antara hasil akhir pelayanan kesehatan atau proses manajerial dengan standar yang telah ditetapkan.

Langkah-langkah yang perlu dilakukan:

- a) Menyusun daftar cara penyelesaian masalah

- b) Menetapkan prioritas cara penyelesaian masalah
- D. Melaksanakan Cara Penyelesaian Masalah Mutu

Metode penyelesaian masalah yang diterapkan oleh RSUD Dr. Muhammad Zein Painan adalah:

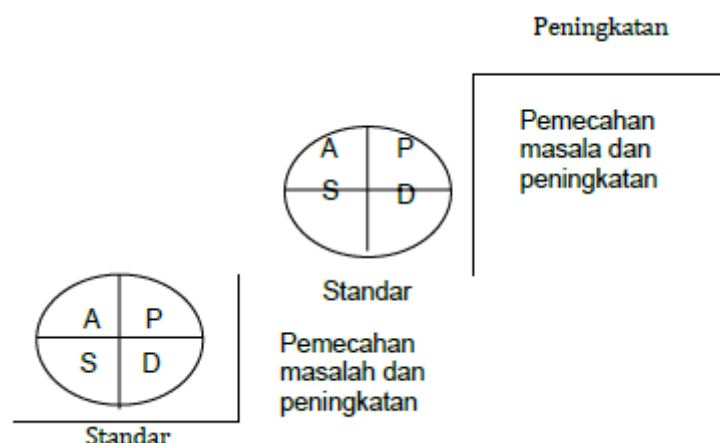
- a) *Planning*
- b) *Do*
- c) *Study*
- d) *Action*
- E. Melakukan Penilaian Tindak Lanjut

Penilaian tindak lanjut adalah penilaian terhadap pelaksanaan cara penyelesaian masalah dan penyusunan rekomendasi untuk tindak lanjut. Salah satu metode yang digunakan adalah analisa akar masalah (*Root Cause Analysis*). *Root Cause Analysis* (RCA) adalah suatu metode evaluasi terstruktur untuk mengidentifikasi penyebab dasar masalah dan tindakan-tindakan untuk mencegah terulangnya kembali masalah tersebut. Proses ini merupakan langkah penting dalam menjawab berbagai permasalahan dalam manajemen mutu, risiko dan keselamatan.

4. MODEL / METODE MUTU

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 (*continuous 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.

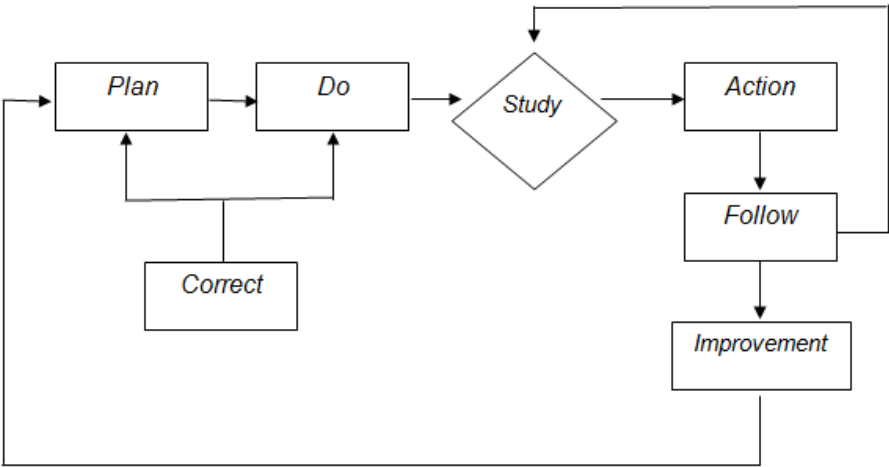


Gambar 3. Siklus dan Proses Peningkatan PDSA

Dalam gambar 3 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 subjektivitas dan pengambilan keputusan yang terlalu cepat serta keputusan yang

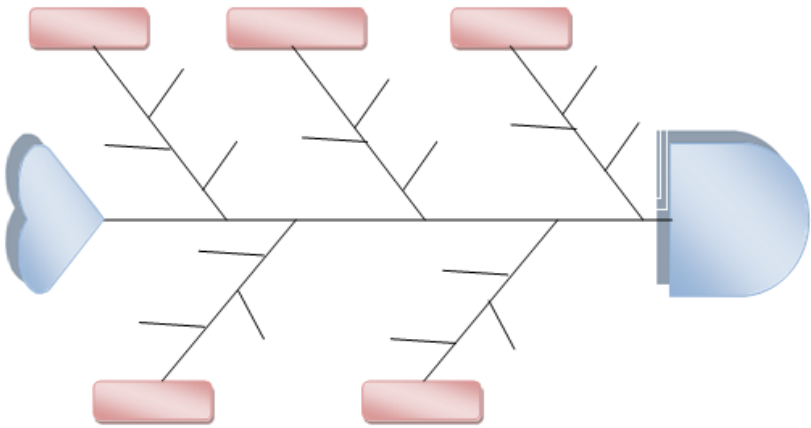
bersifat emosional. Selain itu, untuk memudahkan identifikasi masalah yang akan dipecahkan dan sebagai patokan perbaikan selanjutnya perusahaan harus menetapkan standar pelayanan.

Hubungan pengendalian kualitas pelayanan dengan 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 berjalan baik.



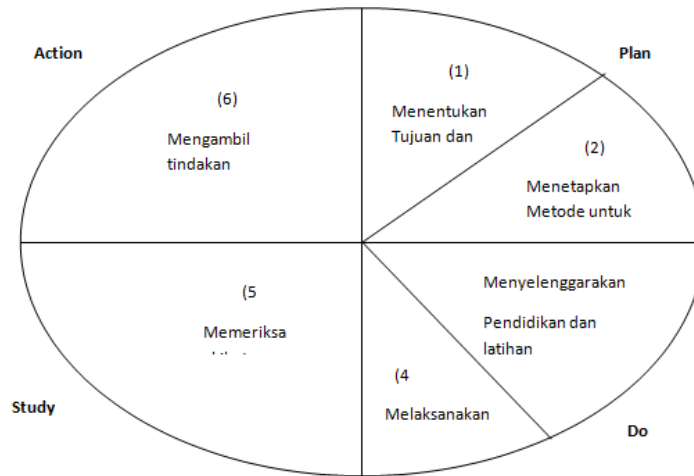
Gambar 4. *Relationship between Control and Improvement Under P-D-S-A Cycle*

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 5. *Analisa Fish Bone*

- Langkah-langkah menggambarkan diagram tulang ikan :
- a. Masalah yang akan dianalisis diletakkan disebelah kanan (kepala tulang ikan)
 - b. Komponen struktur dan proses masalah diletakkan pada sirip ikan
- Kemudian dilakukan diskusi untuk menganalisa penyebab masalah pada setiap komponen struktur dan proses tersebut



Gambar 6. Siklus PDSA

Keenam langkah P-D-S-A yang terdapat dalam gambar 6 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.

5. INDIKATOR MUTU

Indikator mutu adalah parameter yang dapat diukur, yang mewakili input proses maupun hasil akhir dari suatu pelayanan dan proses anajerial yang digunakan untuk mengukur mutu dari pelayanan dan proses manajerial tersebut.

Direktur, Kepala Bidang, Kepala Instalasi, Kepala Ruangan dan seluruh Ketua Komite RSUD Dr Muhammad Zein Painan 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



Gambar 7. Alur Pemilihan Indikator Mutu

Pengukuran Mutu Nasional

- 1. Kepatuhan kebersihan tangan (≥85%)
- 2. Kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) (100%)
- 3. Kepatuhan identifikasi pasien (100%)
- 4. Waktu tanggap seksio sesarea emergensi (≥80%)
- 5. Waktu tunggu rawat jalan (≥80%)
- 6. Penundaan operasi elektif (<5%)
- 7. Kepatuhan waktu visite dokter spesialis (≥80%)
- 8. Pelaporan hasil kritis labolatorium (100%)
- 9. Kepatuhan penggunaan Formularium Nasional (≥80%)
- 10. Kepatuhan terhadap *clinical pathway* (≥80%)
- 11. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh (100%)
- 12. Kecepatan waktu tanggap terhadap complain (≥80%)
- 13. Kepuasan pasien dan keluarga (76,6%)

Pengukuran Mutu Prioritas mengacu kepada

Dengan mengacu pada panduan praktik klinis yang dievaluasi, indikator area manajerial (IAM), indikator penerapan sasasaran keselamatan pasien (ISKP), kemudian didapatkan data dan dilakukan analisa data. Indikator prioritas dipilih

dengan mempertimbangkan dampak terhadap efektifitas dan efisiensi pelayanan (kendali mutu dan biaya).

Indikator Mutu Prioritas RSUD Dr. Muhammad Zein Painan

1. Kepatuhan identifikasi pasien
2. Konfirmasi SBAR saat serah terima antar shift
3. Kepatuhan pelaksanaan penyimpanan obat yang perlu diwaspadai di ruangan
4. Kelengkapan pengisian format *surgical safety check list*
5. Kepatuhan kebersihan tangan
6. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh
7. Kelengkapan asesmen awal medis pasien rawat inap ≤ 24 jam
8. Kelengkapan asesmen awal medis pasien IGD ≤ 120 menit
9. Kelengkapan asesmen awal keperawatan pasien rawat inap ≤ 24 jam
10. Kelengkapan asesmen awal keperawatan pasien IGD ≤ 120 menit
11. Kepuasan pasien dan keluarga
12. Waktu tunggu pelayanan resep obat racik rawat jalan ≤ 30 menit
13. Kejadian pasien jatuh

Pemilihan indikator mutu prioritas unit berdasarkan:

1. Prioritas pengukuran mutu pelayanan klinis di rumah sakit, indikator mutu yang dipergunakan untuk mengukur mutu di prioritas pengukuran mutu rumah sakit, sumber data umumnya dari unit dan menjadi indikator mutu unit.
2. Fokus mengukur hal-hal yang ingin diperbaiki
3. Melakukan koordinasi dengan komite medis, bila evaluasi penerapan panduan praktik klinis dan evaluasi penerapan panduan praktik klinik dan evaluasi kinerja dokter menggunakan indikator mutu
4. Langkah-langkah :
 - a. Setiap unit kerja dan unit pelayanan telah memilih dan menetapkan indikator mutu
 - b. Setiap indikator mutu dilengkapi profil indikator mutu
 - c. Data yang disediakan meliputi :
 - Indikator mutu unit sesuai dengan program mutu unit
 - Indikator mutu prioritas rumah sakit, bila unit tersebut sebagai tempat implementasi mutu prioritas rumah sakit
 - Indikator mutu nasional, bila bila sumber data ada di unit tersebut
 - Penilaian kinerja profesi klinis

Indikator Mutu Prioritas Unit RSUD Dr. Muhammad Zein Painan

1. IGD : *Emergency respon time*
2. Kamar Operasi : Kejadian tidak dilakukan penandaan lokasi operasi
3. Kamar Operasi : kesalahan diagnosa pre dan post operasi
4. Anastesi : kelengkapan asesmen pre anastesi dan pra sedasi
5. Anastesi : ketidaklengkapan monitoring status fisiologis selama anastesi
6. Anastesi : ketidaklengkapan monitoring proses pemulihan anastesi dan sedasi

7. Anastesi : ketidaklengkapan monitoring dan evaluasi ulang bila terjadi konversi tindakan dari lokal/regional ke general
8. ICU : jumlah pasien kembali ke ICU dalam waktu <24 jam
9. Ruang Kebidanan : angka kelengkapan pengisian form lir partograf
10. Ruang Perinatologi : kejadian tidak dilakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) pada Bayi Baru Lahir (BBL)
11. Ruang Bedah : Pelaksanaan Asesmen pra bedah
12. Ruang Neurologi : pasien stroke iskemik yang tidak mendapatkan terapi anti trombolitik
13. Ruang Neurologi : pasien stroke yang tidak mendapatkan edukasi selama perawatan di rumah sakit
14. Ruang Anak : kelengkapan asesmen awal keperawatan pasien rawat inap <24 jam
15. Ruang Interne : kelengkapan asesmen awal keperawatan pasien rawat inap <24 jam
16. Ruang VIP, Kelas 1 dan Kelas 2 Terpadu : Keterlambatan pemberian resume medis
17. Ruang Paru : Penanganan Pasien TB yang Tidak Sesuai dengan Strategi TB DOTS
18. Ruang Kelas 3 Terpadu : Kelengkapan Asesmen Awal Keperawatan Rawat Inap ≤ 24 Jam
19. Poliklinik : Kelengkapan Asesmen Awal Medis Rawat Jalan ≤ 60 Menit
20. Poliklinik : Kelengkapan Asesmen Awal Keperawatan Rawat Jalan ≤ 60 Menit
21. Farmasi : Kepatuhan Apoteker dalam Melakukan Asuhan Kefarmasian ≤ 48 Jam di CPPT
22. Laboratorium : Waktu Tunggu Hasil Pemeriksaan Laboratorium Rawat Jalan <120 menit
23. Laboratorium : Waktu Tunggu Hasil Pemeriksaan Laboratorium IGD <60 Menit
24. Radiologi : Angka Kerusakan Film Radiologi (*Reject Film*)
25. Gizi : Kepatuhan Ahli Gizi dalam Memberikan Asuhan kepada Pasien Beresiko Malnutrisi (MST >2 atau *Skor Strong Kids 4-5*) dalam Waktu 2x24 Jam
26. Gizi : Ketepatan Cita Rasa Makanan Pasien Rawat Inap
27. Gizi : Sisa Makanan yang Tidak Termakan Pasien
28. Gizi : Kesalahan Diet Pasien
29. IPLRS : Kecepatan Waktu Kunjungan Tenaga IPLRS terhadap Laporan Perbaikan Ruang dan Gangguan Jaringan Air Bersih dalam Waktu ≤ 24 Jam
30. IPSRS : Kecepatan Waktu Kunjungan Teknisi terhadap laporan Pemeriksaan Kerusakan/Gangguan Sarana dalam Waktu <24 Jam
31. CSSD : Kualitas Produk Sterilisasi dengan *Tape Indikator Steril*
32. CSSD : Kesalahan Proses *Packing* dan *Labelling* Alat Steril
33. Gas Medis : *Respon Time* Petugas Gas Medis
34. Laundry : Linen yang Dicuci Ulang
35. Fisioterapi : Waktu Tunggu Pelayanan Fisioterapi
36. Hemodialisa : Kepatuhan Pasien terhadap Jadwal Hemodialisa

37. UTDRS : Pemintaan Produk Darah yang Tidak Terpakai
38. UTDRS : Ketersediaan Darah dalam Waktu 60 Menit
39. PKRS : Pelaksanaan Penyuluhan Kesehatan
40. Penyimpanan : Kehilangan Rekam Medis
41. Casemix : Ketepatan Pengembalian Rekam Medis Lengkap 2x24 Jam Setelah Pasien Pulang
42. IT : Angka Respon Time Penanganan *Trouble Hardware*
43. Kepegawaian : Ketepatan Waktu Periode Proses Kenaikan Pangkat
44. Umum : Rerata Waktu Pendistribusian Surat Tepat Sasaran
45. Dikontrakkan : Persentase Kebersihan Ruangan Terhadap Kinerja *Cleaning Service* di Unit Kerja
46. Komite PPI : Angka Kejadian *Ventilator Associated Pneumonia* (VAP)
47. Komite PPI : Angka Kejadian *Hospital Acquired Pneumonia* (HAP)
48. Komite PPI : Angka Kejadian Infeksi Aliran Darah Primer (IADP)
49. Komite PPI : Infeksi Daerah Operasi (IDO)
50. Komite PPI : Angka Kejadian Infeksi Saluran Kemih (ISK)
51. Komite PPI : Angka Kejadian Infeksi Luka Infus (ILI) / Phlebitis
52. Komite Mutu : Ketepatan Waktu Penyampaian laporan Unit ke Komite Mutu
53. Komite Keperawatan : Angka Kredensial dan Re Kredensial Perawat dan Bidan
54. Komite K3RS : Ketepatan Pelaksanaan *Safety Patrol* Setiap Bulan
55. Timkordik : Kelengkapan Data Peserta Didik

Petunjuk Pengisian Profil Indikator

JUDUL INDIKATOR	
Judul Indikator	Diisi lengkap, berisi tentang topik yang akan diamati, waktu/periode dan lokasi pengamatan.
Dasar Pemikiran	1. Regulasi/peraturan yang mengatur tentang indikator (Undang-Undang/Peraturan Menteri/Keputusan Meteri, dsb); 2. Jelaskan dengan singkat latar belakang mengapa indikator tersebut perlu diukur dan apa akibatnya jika capaian indikator tersebut rendah.
Dimensi Mutu	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"/> Kesiambungan (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,
Tujuan	Jelaskan untuk apa indikator di unit kerja anda itu dikerjakan
Definisi operasional	Penjelasan tentang hal-hal penting dalam pengukuran indikator yang memerlukan penjelasan secara rinci, spesifik, tegas, dan pasti
Jenis Indikator	Indikator yang diukur dapat diambil dengan memberi tanda ceklis (√): <input type="checkbox"/> Struktur (mengukur sarana prasarana / sumber daya)

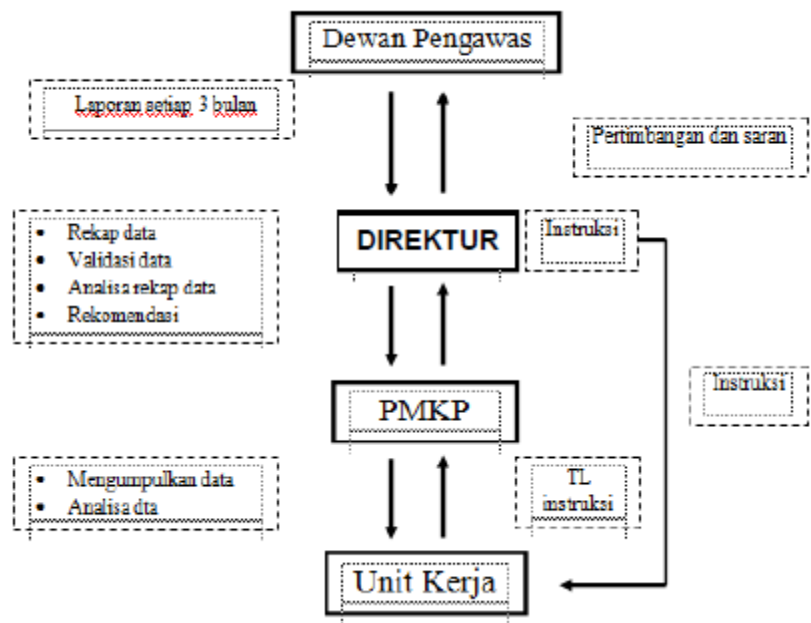
	<input type="checkbox"/> Proses (mengukur proses kegiatan) <input type="checkbox"/> <i>Outcome</i> (mengukur hasil dari suatu proses kegiatan) <input type="checkbox"/> Proses dan <i>outcome</i>
Satuan Pengukuran	Jenis satuan pengukuran yang digunakan (persentase, menit, jumlah)
Numerator (Pembilang)	Besaran nilai pembilang dalam rumus indikator kinerja
Denominator (Penyebut)	Besaran nilai penyebut dalam rumus indikator kinerja
Target Pencapaian	Besaran target yang ingin dicapai dari suatu indikator
Kriteria Inklusi	Sampel yang akan diamati, yang memenuhi kriteria yang telah ditentukan untuk dianalisa
Kriteria Eksklusi	Mengeluarkan sampel yang tidak memenuhi kriteria yang telah ditentukan untuk dianalisa
Formula	Formula yang digunakan untuk mengukur capaian indikator
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)
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 Lainnya, sebutkan
Instrumen Pengambilan Data	Form yang digunakan sesuai dengan indikator mutu yang dikumpulkan
Besar Sampel	Jumlah bagian kecil yang diambil dari populasi dengan prosedur tertentu (lihat tabel isaac dan michael)
Periode Pengumpulan Data	Pilih salah satu dengan memberi tanda ceklist (√), periode waktu data dikumpulkan: <input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Lainnya
Periode Pelaporan Data	Pilih salah satu dengan memberi tanda ceklist (√), periode waktu data dilaporkan: <input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Lainnya
Periode Analisa Data	Pilih salah satu dengan memberi tanda ceklist (√), periode waktu data dikumpulkan: <input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Lainnya

Penyajian Data	Bagaimana data yang dikumpulkan akan dianalisis. Pilih salah satu dengan memberi tanda ceklist (✓), analisis data yang dilakukan: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Run Chart<input type="checkbox"/> Bar Diagram<input type="checkbox"/> Pie Diagram<input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan
Penanggung Jawab	Penanggung Jawab data di unit kerja

Profil Indikator

JUDUL INDIKATOR	
Judul Indikator	
Dasar Pemikiran	
Dimensi Mutu	<div><div><input type="checkbox"/> Kelayakan</div><div><input type="checkbox"/> Ketersediaan</div><div><input type="checkbox"/> Kesinambungan</div><div><input type="checkbox"/> Ketepatan Waktu</div><div><input type="checkbox"/> Keselamatan</div></div> <div><div><input type="checkbox"/> Kehormatan dan harga diri</div><div><input type="checkbox"/> Manfaat</div><div><input type="checkbox"/> Efektifitas</div><div><input type="checkbox"/> Efisiensi</div><div><input type="checkbox"/> Fokus pada pasien</div></div>

Alur Pelaporan Data Mutu



Gambar 8. Alur Pelaporan Data Mutu

6. SISTEM MANAJEMEN DATA MUTU

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

A. 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 (SIDOKAR).

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
- 2) Kumpulkan data setiap indikator dari sumber data yang sudah ditentukan pada kamus/ profil indikator
- 3) Catat/*entry* data dalam form pengumpulan data (form ceklis harian), kamus/ profil indikator
- 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
- 6) Catat nilai capaian pada form rekap data indikator mutu

B. 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 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.

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 ≥ 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 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.
 - 5) Hasil validasi didokumentasikan dalam bentuk laporan validasi sesuai dengan form validasi data mutu yang telah ditetapkan.

C. 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
- 2) *Histogram*
 - Data ditampilkan dalam grafik
 - Mudah untuk melihat trend
 - *Easy to "eye-ball"*
 - Tidak ideal untuk analisis statistik

3) Diagram Pie

Langkah-langkah melakukan analisis data di tingkat unit :

- a) Penanggung jawab data menampilkan data dalam bentuk *run chart*, 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 Mutu 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 Mutu membuat penyebab dan rekomendasi dari hasil analisa yang diperoleh
- d) Komite Mutu setiap triwulan melakukan analisa data dalam bentuk *run chart*, 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 *ishikawa* 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 : *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
 - 1) Bila *outcome* yang diinginkan tercapai, lakukan perbaikan yang diharapkan
 - 2) Bandingkan data yang dikumpulkan dari proses
 - 3) Cek dampak atau outcome yang tidak diharapkan
- 4) *Action* (PDSA), Implementasikan
 - a. Jika *improvement* tercapai, standarisasi proses, misalnya :
 - Buat SPO
 - Buat dokumen dan berdayakan
 - 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

D. Pelaporan Data

Unit kerja melakukan pengumpulan data dan analisa data. Data dilaporkan ke Komite Mutu setiap bulannya sebelum tanggal 5. Komite Mutu akan melakukan rekapitulasi data dari unit kerja dan memvalidasi data-data yang butuh divalidasi oleh Komite Mutu. Hasil rekapan 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 analisa* (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 Mutu. Direktur, Bidang, Bagian beserta Komite Mutu akan melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan Program PMKP di unit kerja.

E. Publikasi Data

Data capaian 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 Mutu 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.

- Data mutu dalam bentuk grafik yang sudah dianalisa oleh Komite Mutu disampaikan ke unit kerja terkait.
 - Data mutu dijelaskan oleh Komite Mutu kepada pimpinan unit sesuai dengan jumlah dan jenis indikator yang ada di unit kerja tersebut.
 - Pimpinan unit kerja menjelaskan hasil capaian data indikator mutu kepada staf dalam rapat staf.
 - Pimpinan unit menindaklanjuti rekomendasi yang diberikan oleh Komite Mutu
 - Pimpinan unit kerja menempelkan grafik tersebut di *story board*.
- c. Publikasi Eksternal
- Terdapat data PMKP yang wajib dilaporkan kepada Kementrian Kesehatan RI setiap bulannya, yaitu:
- Data capaian Indikator Nasional Mutu dilaporkan melalui *website* :
<http://mutufasyankes.kemkes.go.id//simar>
 - Data Insiden Keselamatan Pasien dilaporkan melalui *website* :
<http://mutufasyankes.kemkes.go.id>
- d. Melalui *website* RSUD Dr. Muhammad. Zein Painan yang dilaksanakan setiap semester.

BAB V

KESELAMATAN PASIEN

1. TUJUAN KESELAMATAN PASIEN

- a. Terlaksananya program keselamatan pasien rumah sakit secara sistematis dan terarah.
- b. Terlaksananya pencatatan insiden di rumah sakit dan pelaporannya
- c. Sebagai acuan penyusunan instrumen akreditasi rumah sakit
- d. Sebagai acuan bagi pusat, provinsi dan kabupaten/kota dalam melakukan pembinaan rumah sakit
- e. Tercapainya *Internasional Patient Safety Goals* di RSUD Dr. Muhammad Zein Painan

2. MANFAAT KESELAMATAN PASIEN

- a. Budaya keselamatan meningkat dan berkembang
- b. Komunikasi dengan pasien menjadi berkembang
- c. Kejadian tidak diharapkan (KTD) menurun, peta KTD selalu ada dan terkini
- d. Risiko klinis menurun
- e. Keluhan berkurang
- f. Mutu pelayanan rumah sakit meningkat
- g. Citra rumah sakit dan kepercayaan masyarakat meningkat, diikuti dengan kepercayaan diri yang meningkat

3. RUANG LINGKUP

Keselamatan pasien diterapkan pada semua proses pelayanan baik klinis maupun non klinis.

4. STANDAR KESELAMATAN PASIEN RUMAH SAKIT

Setiap Rumah Sakit wajib menerapkan Standar Keselamatan Pasien. Standar Keselamatan Pasien sebagaimana dimaksud meliputi:

- a. Hak pasien;
- b. Mendidik pasien dan keluarga;
- c. Keselamatan pasien dalam kesinambungan pelayanan;
- d. Penggunaan metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien;
- e. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien;
- f. Mendidik staf tentang keselamatan pasien;
- g. Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien.

5. TUJUH LANGKAH MENUJU KESELAMATAN PASIEN

Tujuh langkah keselamatan pasien di rumah sakit merupakan panduan yang komprehensif untuk menuju keselamatan pasien. Langkah-langkah ini perlu dilakukan oleh rumah sakit dan unit kerja/tim demi tercapainya keselamatan pasien. Langkah-langkah tersebut yaitu:

a. Membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien

Bagi Rumah Sakit

Pastikan rumah sakit memiliki kebijakan yang menjabarkan apa yang harus dilakukan staf segera setelah terjadi insiden, bagaimana langkah-langkah pengumpulan fakta harus dilakukan dan dukungan apa yang harus diberikan kepada staf, pasien dan keluarga.

- Pastikan rumah sakit memiliki kebijakan yang menjabarkan peran dan akuntabilitas individual bilamana ada insiden.
- Tumbuhkan budaya pelaporan dan belajar dari insiden yang terjadi di rumah sakit.
- Lakukan asesmen dengan menggunakan survei penilaian keselamatan pasien.

Bagi Unit/Tim:

- Pastikan rekan sekerja anda merasa mampu untuk berbicara mengenai kepedulian mereka dan berani melaporkan bilamana ada insiden.
- Demonstrasikan kepada tim anda ukuran-ukuran yang dipakai di rumah sakit anda untuk memastikan semua laporan dibuat secara terbuka dan terjadi proses pembelajaran serta pelaksanaan tindakan/solusi yang tepat.

b. Memimpin dan mendukung staf

Memimpin dan mendukung staf untuk berkomitmen pada peningkatan keselamatan pasien. Membangun komitmen dan fokus yang kuat dan jelas tentang Keselamatan Pasien di rumah sakit.

Langkah penerapan:

Untuk Rumah Sakit:

- Pastikan ada anggota Direksi atau Pimpinan yang bertanggung jawab atas Keselamatan Pasien
- Identifikasi di tiap bagian rumah sakit, orang-orang yang dapat diandalkan untuk menjadi “penggerak” dalam gerakan Keselamatan Pasien
- Prioritaskan Keselamatan Pasien dalam agenda rapat Direksi/Pimpinan maupun rapat-rapat manajemen rumah sakit
- Masukkan Keselamatan Pasien dalam semua program latihan staf rumah sakit anda dan pastikan pelatihan ini diikuti dan diukur efektivitasnya.

Untuk Unit/Tim:

- Nominasikan “penggerak” dalam tim anda sendiri untuk memimpin Gerakan Keselamatan Pasien
- Jelaskan kepada tim anda relevansi dan pentingnya serta manfaat bagi mereka dengan menjalankan gerakan Keselamatan Pasien
- Tumbuhkan sikap ksatria yang menghargai pelaporan insiden.

c. Mengintegrasikan aktivitas pengelolaan risiko

Mengembangkan sistem dan proses pengelolaan risiko, serta lakukan identifikasi dan asesmen hal yang potensial bermasalah. Langkah penerapan:

Untuk Rumah Sakit:

- Telaah kembali struktur dan proses yang ada dalam manajemen risiko klinis dan nonklinis, serta pastikan hal tersebut mencakup dan terintegrasi dengan Keselamatan Pasien dan staf;
- Kembangkan indikator-indikator kinerja bagi sistem pengelolaan risiko yang dapat dimonitor oleh direksi/pimpinan rumah sakit;
- Gunakan informasi yang benar dan jelas yang diperoleh dari sistem pelaporan insiden dan asesmen risiko untuk dapat secara proaktif meningkatkan kepedulian terhadap pasien.

Untuk Unit/Tim:

- Bentuk forum-forum dalam rumah sakit untuk mendiskusikan isu-isu Keselamatan Pasien guna memberikan umpan balik kepada manajemen yang terkait;
- Pastikan ada penilaian risiko pada individu pasien dalam proses asesmen risiko rumah sakit;
- Lakukan proses asesmen risiko secara teratur, untuk menentukan akseptabilitas setiap risiko, dan ambillah langkahlangkah yang tepat untuk memperkecil risiko tersebut;
- Pastikan penilaian risiko tersebut disampaikan sebagai masukan ke proses asesmen dan pencatatan risiko rumah sakit.

d. Mengembangkan sistem pelaporan di rumah sakit

Memastikan staf dapat melaporkan kejadian/ insiden, serta rumah sakit mengatur pelaporan kepada Komite Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Langkah penerapan:

Untuk Rumah Sakit:

- Lengkapi rencana implementasi sistem pelaporan insiden ke dalam maupun ke luar, yang harus dilaporkan ke Komite Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit.

Untuk Unit/Tim:

- Berikan semangat kepada rekan sekerja anda untuk secara aktif melaporkan setiap insiden yang terjadi dan insiden yang telah dicegah tetapi tetap terjadi juga, karena mengandung bahan pelajaran yang penting.

e. Melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien

Mengembangkan cara-cara komunikasi yang terbuka dengan pasien. Langkah penerapan:

Untuk Rumah Sakit:

- Pastikan rumah sakit memiliki kebijakan yang secara jelas menjabarkan cara-cara komunikasi terbuka selama proses asuhan tentang insiden dengan para pasien dan keluarganya.
- Pastikan pasien dan keluarga mereka mendapat informasi yang benar dan jelas bilamana terjadi insiden.
- Berikan dukungan, pelatihan dan dorongan semangat kepada staf agar selalu terbuka kepada pasien dan keluarganya.

Untuk Unit/Tim:

- Pastikan tim anda menghargai dan mendukung keterlibatan pasien dan keluarganya bila telah terjadi insiden
- Prioritaskan pemberitahuan kepada pasien dan keluarga bilamana terjadi insiden, dan segera berikan kepada mereka informasi yang jelas dan benar secara tepat
- Pastikan, segera setelah kejadian, tim menunjukkan empati kepada pasien dan keluarganya.

f. Belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien

Mendorong staf untuk melakukan analisis akar masalah untuk belajar bagaimana dan mengapa kejadian itu timbul. Langkah penerapan:

Untuk Rumah Sakit:

- Pastikan staf yang terkait telah terlatih untuk melakukan kajian insiden secara tepat, yang dapat digunakan untuk mengidentifikasi penyebab.
- Kembangkan kebijakan yang menjabarkan dengan jelas criteria pelaksanaan Analisis Akar Masalah (root cause analysis/RCA) yang mencakup insiden yang terjadi dan minimum satu kali per tahun melakukan Failure Modes and Effects Analysis (FMEA) untuk proses risiko tinggi.

Untuk Unit/Tim:

- Diskusikan dalam tim anda pengalaman dari hasil analisis insiden.
- Identifikasi unit atau bagian lain yang mungkin terkena dampak di masa depan dan bagilah pengalaman tersebut secara lebih luas.

g. Mencegah cedera dengan implementasi keselamatan pasien

Menggunakan informasi yang ada tentang kejadian/masalah untuk melakukan perubahan pada sistem pelayanan.

Langkah penerapan:

Untuk Rumah Sakit:

- Gunakan informasi yang benar dan jelas yang diperoleh dari sistem pelaporan, asesmen risiko, kajian insiden, dan audit serta analisis, untuk menentukan solusi setempat.
- Solusi tersebut dapat mencakup penjabaran ulang sistem (struktur dan proses), penyesuaian pelatihan staf dan/atau kegiatan klinis, termasuk penggunaan instrumen yang menjamin keselamatan pasien.
- Lakukan asesmen risiko untuk setiap perubahan yang direncanakan.
- Sosialisasikan solusi yang dikembangkan oleh Komite Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit. 5) Beri umpan balik kepada staf tentang setiap tindakan yang diambil atas insiden yang dilaporkan.

Untuk Unit/Tim :

- Libatkan tim anda dalam mengembangkan berbagai cara untuk membuat asuhan pasien menjadi lebih baik dan lebih aman.
- Telaah kembali perubahan-perubahan yang dibuat tim anda dan pastikan pelaksanaannya.

- Pastikan tim anda menerima umpan balik atas setiap tindak lanjut tentang insiden yang dilaporkan.

6. SASARAN KESELAMATAN PASIEN

Terdapat 6 sasaran keselamatan pasien, sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1691/Menkes/Per/VIII/2011, yaitu:

a. Ketepatan Identifikasi pasien

Standar SKP I Rumah sakit mengembangkan pendekatan untuk memperbaiki/meningkatkan ketelitian identifikasi pasien

Elemen Penilaian Sasaran I :

- Pasien diidentifikasi menggunakan dua identitas pasien, tidak boleh menggunakan nomor kamar atau lokasi pasien.
- Pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah atau produk darah.
- Pasien diidentifikasi sebelum mengambil darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis.
- Pasien diidentifikasi sebelum pemberian pengobatan dan tindakan/prosedur.

b. Peningkatan komunikasi efektif

Standar SKP II Rumah sakit mengembangkan pendekatan untuk meningkatkan efektifitas komunikasi antar para pemberi pelayanan

Elemen Penilaian Sasaran II :

- Perintah lengkap secara lisan dan yang melalui telepon atau hasil pemeriksaan dituliskan secara lengkap oleh penerima perintah.
- Perintah lengkap secara lisan dan yang melalui telepon atau hasil pemeriksaan dibacakan secara lengkap oleh penerima perintah.
- Perintah atau hasil pemeriksaan dikonfirmasi oleh pemberi perintah atau yang menyampaikan hasil pemeriksaan.
- Kebijakan dan prosedur mengarahkan pelaksanaan verifikasi keakuratan komunikasi lisan atau melalui telepon secara konsisten

c. Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (*High Alert*)

Standar SKP III Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk memperbaiki keamanan obat-obat yang perlu diwaspadai (*high alert*)

Elemen Penilaian Sasaran III :

- Kebijakan dan atau prosedur dikembangkan agar memuat proses identifikasi, menetapkan lokasi, pemberian label dan penyimpanan elektrolit konsentrat.
- Implementasi kebijakan dan prosedur.
- Elektrolit konsentrat tidak berada di unit pelayanan pasien kecuali jika dibutuhkan secara klinis dan tindakan diambil untuk mencegah pemberian yang kurang hati-hati di area tersebut sesuai kebijakan

d. Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi

Standar SKP IV Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk memastikan tepat-lokasi, tepat-prosedur dan tepat-pasien.

Elemen Penilaian Sasaran IV :

- Rumah sakit menggunakan suatu tanda yang jelas dan dimengerti untuk identifikasi lokasi operasi dan melibatkan pasien didalam proses penandaan.
- Rumah sakit menggunakan suatu *checklist* atau proses lain untuk memverifikasi saat pre operasi tepat-lokasi, tepat-prosedur, dan tepat-pasien dan semua dokumen serta peralatan yang diperlukan tersedia, tepat dan fungsional.
- Tim operasi yang lengkap menerapkan dan mencatat prosedur sebelum “*incisi/time out*” tepat sebelum dimulainya suatu prosedur tindakan pembedahan.
- Kebijakan dan prosedur dikembangkan untuk mendukung suatu proses yang seragam untuk memastikan tepat lokasi, tepat-prosedur, dan tepat-pasien, termasuk prosedur medis dan dental yang dilaksanakan di luar kamar operasi

e. Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan

Standar SKP V Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk mengurangi risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.

Elemen Penilaian SasaranV :

- Rumah sakit mengadopsi atau mengadaptasi pedoman *hand hygiene* terbaru yang diterbitkan dan sudah diterima secara umum (a.l dari *WHO Guidelines on Patient Safety*).
- Rumah sakit menerapkan program *hand hygiene* yang efektif.
- Kebijakan dan atau prosedur dikembangkan untuk mengarahkan pengurangan secara berkelanjutan risiko dari infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.

f. Pengurangan risiko pasien jatuh

Standar SKP VI Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk mengurangi risiko pasien dari cedera karena jatuh.

Elemen Penilaian Sasaran VI :

- Rumah sakit menerapkan proses asesmen awal atas pasien terhadap risiko jatuh dan melakukan asesmen ulang bila pasien diindikasikan terjadi perubahan kondisi atau pengobatan dan lain-lain.
- Langkah-langkah diterapkan untuk mengurangi risiko jatuh bagi mereka yang pada hasil asesmen dianggap berisiko jatuh.
- Langkah-langkah dimonitor hasilnya, baik keberhasilan, pengurangan cedera akibat jatuh dan dampak dari kejadian yang tidak diharapkan.
- Kebijakan dan atau prosedur dikembangkan untuk mengarahkan pengurangan berkelanjutan risiko pasien cedera akibat jatuh di rumah sakit.

7. SISTEM PELAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN, ANALISIS DAN SOLUSI

Insiden keselamatan pasien yang selanjutnya disebut insiden adalah setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien, terdiri dari Kejadian Tidak Diharapkan, Kejadian Nyaris Cedera, Kejadian Tidak Cedera dan Kejadian Potensial Cedera.

- a. Kejadian Tidak Diharapkan, selanjutnya disingkat KTD adalah insiden yang mengakibatkan cedera pada pasien.
- b. Kejadian Tidak Cedera, selanjutnya disingkat KTC adalah insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak timbul cedera.
- c. Kejadian Nyaris Cedera, selanjutnya disingkat KNC adalah terjadinya insiden yang belum sampai terpapar ke pasien.
- d. Kondisi Potensial Cedera Signifikan, selanjutnya disingkat KPCS adalah suatu kondisi (selain dari proses penyakit atau kondisi pasien itu sendiri) yang berpotensi menyebabkan kejadian sentinel.
- e. Kejadian sentinel adalah suatu kejadian yang tidak berhubungan dengan perjalanan penyakit pasien atau penyakit yang mendasarinya yang terjadi pada pasien. Kejadian sentinel merupakan salah satu jenis insiden keselamatan pasien yang harus dilaporkan yang menyebabkan terjadinya hal-hal seperti kematian, cedera permanen, dan cedera berat yang bersifat sementara/*reversible*.

Sistem Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien

Pelaporan insiden keselamatan pasien yang selanjutnya disebut pelaporan insiden adalah suatu sistem untuk mendokumentasikan laporan insiden keselamatan pasien, analisis dan solusi untuk pembelajaran.

Sistem pelaporan insiden dilakukan di internal rumah sakit dan kepada Komite Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit.

1) Pelaporan Internal Rumah Sakit

Adalah pelaporan secara tertulis setiap kondisi potensial cedera dan insiden keselamatan, baik KNC, KTC, KTD, maupun kejadian sentinel yang menimpa pasien, keluarga, penunjang, maupun petugas Rumah sakit.

Alur pelaporan internal insiden di Rumah Sakit:

- Kecelakaan yang dilaporkan mulai dari KPC, KNC, KTC, KTD dan Sentinel
- Karyawan RSUD dr. Muhammad Zein Painan yang terlibat atau pertama menemukan insiden keselamatan pasien wajib segera melapor kepada atasan
- Setelah ditindak lanjuti, karyawan tersebut segera membuat laporan insidennya dengan mengisi formulir laporan insiden dan meneruskannya kepada atasan langsung sebelum akhir jam kerja yang bersangkutan (paling lambat 1x24 jam setelah kejadian)
- Atasan langsung (koordinator/supervisor) yang menerima laporan akan melakukan penilaian *grading* risiko
- Formulir laporan insiden yang telah dilengkapi dengan hasil *grading* resiko dari atasan langsung kemudian diserahkan kepada Komite Mutu Sub Komite Keselamatan Pasien (paling lambat 2x24 jam setelah kejadian)

- Komite Mutu Sub Komite Keselamatan Pasien akan memeriksa laporan dan melakukan *re-grading* risiko terhadap insiden yang dilaporkan
- Komite Mutu Sub Komite Keselamatan Pasien menginformasikan hasil dari *re-grading* kepada unit yang melaporkan:
 - Bila hasil *grading* biru, maka perlu dilakukan investigasi sederhana oleh atasan langsung (koordinator atau supervisor), waktu maksimal 1 minggu dan hasil dilaporkan ke Komite Mutu Sub Komite Keselamatan Pasien.
 - Bila hasil *grading* hijau, maka perlu dilakukan investigasi sederhana oleh manajer, waktu maksimal 2 minggu dan hasil dilaporkan ke Komite Mutu Sub Komite Keselamatan Pasien.
 - Bila hasil *grading* kuning, maka perlu dilakukan investigasi komprehensif atau RCA oleh Komite Mutu Sub Komite Keselamatan Pasien dengan melibatkan senior manajer, waktu maksimal 45 hari.
 - Bila hasil *grading* merah, maka perlu dilakukan investigasi komprehensif atau RCA oleh Komite Mutu Sub Komite Keselamatan Pasien dengan melibatkan direksi, waktu maksimal 45 hari.
- Komite Mutu Sub Komite Keselamatan Pasien memonitor pelaksanaan hasil investigasi sederhana
- Komite Mutu Sub Komite Keselamatan Pasien melaporkan hasil investigasi komprehensif (RCA) kepada direksi untuk ditindak lanjuti
- Rekomendasi untuk perbaikan dan pembelajaran diberikan umpan balik kepada unit kerja terkait.

2) Pelaporan Insiden Eksternal

- Pelaporan insiden kepada Komite Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit mencakup KTD, KNC, dan KTC, dilakukan setelah analisis dan mendapatkan rekomendasi dan solusi dari TKPRS.
- Sistem pelaporan insiden kepada Komite Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit harus dijamin keamanannya, bersifat rahasia, anonim (tanpa identitas), tidak mudah diakses oleh yang tidak berhak.
- Pelaporan insiden sebagaimana ditujukan untuk menurunkan insiden dan mengoreksi sistem dalam rangka meningkatkan keselamatan pasien dan tidak untuk menyalahkan orang (*non blaming*).
- Setiap insiden harus dilaporkan secara internal kepada TKPRS dalam waktu paling lambat 2x24 jam sesuai format laporan
- TKPRS melakukan analisis dan memberikan rekomendasi serta solusi atas insiden yang dilaporkan
- TKPRS melaporkan hasil kegiatannya kepada kepala rumah sakit
- Rumah sakit harus melaporkan insiden, analisis, rekomendasi dan solusi Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) secara tertulis kepada Komite Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit sesuai format laporan
- Komite Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit melakukan pengkajian dan memberikan umpan balik (*feedback*) dan solusi atas laporan.

8. ANALISIS MATRIKS GRADING RISIKO

Penilaian matriks risiko adalah suatu metode analisa kualitatif untuk menentukan derajat risiko suatu insiden berdasarkan dampak dan probabilitasnya.

a. Dampak (Consequences)

Penilaian dampak atau akibat suatu insiden adalah seberapa berat akibat yang dialami pasien mulai dari tidak ada cedera sampai meninggal.

Tabel 1. Penilaian Dampak Klinis/Konsekuensi /Severity

	1	2	3	4	5
	Tidak signifikan	Minor	Moderat	Mayor	Katastropik
Cedera	Tidak ada cedera	Dapat diatasi dengan pertolongan pertama	Berkurangnya fungsi motorik/sensorik memperpanjang perawatan	Cedera luas, kehilangan fungsi utama permanen	Kematian
Pelayanan/operasional	Terhenti <8 jam	Terhenti 8-24 jam	Terhenti 24 jam-68 jam	Terhenti >168 jam	Terhenti permanen
Biaya/keuangan	Kerugian sangat ringan <Rp.100.000	Kerugian ringan Rp. 1.000.000-Rp. 1.000.000	Kerugian sedang Rp. 1.000.000-Rp.10.000.000	Keluarga besar Rp. 10.000.000-Rp.100.000.000	Kerugian sangat besar/Extensive >Rp.100.000.000

b. Probabilitas / Frekuensi / Likelihood

Penilaian tingkat probabilitas atau frekuensi risiko adalah seberapa seringnya insiden tersebut terjadi.

Tabel 2. Penilaian Probabilitas/Frekuensi

Tingkat Risiko	Deskriptif
1	Sangat Jarang (>5 tahun/kali)
2	Jarang (>2-5 tahun/kali)
3	Mungkin (1-2 tahun/kali)
4	Sering (beberapa kali/tahun)
5	Sangat Sering (tiap minggu/bulan)

Setelah dampak dan probability diketahui dimasukkan dalam Tabel Matriks Grading Risiko untuk menghitung skor risiko dan mencari warna *bands* risiko.

Skor Risiko

Skor Risiko = Dampak x Probability

Cara menghitung skor risiko :

Untuk menentukan skor risiko digunakan Matriks Grading Risiko

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

Tabel 3. Matriks Grading Risiko

Probabilitas	Tidak Signifikan 1	Minor 2	Moderat 3	Mayor 4	Katastropik 5
Sangat Sering (tiap minggu/bulan) 5	Moderat	Moderat	Tinggi	Ektrim	Ektrim
Sering (beberapa kali/tahun) 4	Moderat	Moderat	Tinggi	Ektrim	Ektrim
Mungkin (1-2 tahun/kali) 3	Rendah	Moderat	Tinggi	Ektrim	Ektrim
Jarang (>2-5 tahun/kali) 2	Rendah	Rendah	Moderat	Tinggi	Ektrim
Sangat Jarang (>5 tahun/kali) 1	Rendah	Rendah	Moderat	Tinggi	Ektrim

Bands Risiko

Bands risiko adalah derajat risiko 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

Warna *bands*, hasil pertemuan antara nilai dampak yang diurut ke bawah dan nilai probabilitas yang diurut ke kanan

Tabel 4. *Bands* Risiko

Level/ <i>Bands</i>	Tindakan
Ekstrim Sangat Tinggi)	Risiko ekstrim paling lama dilakukan RCA 45 hari, membutuhkan tindakan segera, perhatian sampai ke Direktur
<i>High</i> (Tinggi)	Risiko tinggi, dilakukan RCA paling lama 45 hari, kai dengan detail dan perlu tindakan segera serta membutuhkan perhatian top manajemen
<i>Moderate</i> (Sedang)	Risiko sedang, dilakukan investigasi paling lama 2 minggu. Manajer/Pimpinan Klinis sebaiknya menilai dampak terhadap biaya dan kelola risiko
<i>Low</i> (Rendah)	Risiko rendah, dilakukan investigasi sederhana paling lama 1 minggu, diselesaikan dengan prosedur rutin

9. INVESTIGASI

a. Investigasi Sederhana

Adalah proses yang terstruktur bertujuan untuk membantu mengidentifikasi akar masalah suatu kejadian dengan matriks *grading* biru atau hijau.

b. Investigasi Komprehensif/RCA/*Root Cause Analysis*

Adalah suatu proses untuk mengidentifikasi faktor penyebab atau faktor yang berpengaruh terhadap terjadinya penyimpangan kinerja, termasuk kejadian tidak diharapkan.

Langkah-langkah RCA

- Identifikasi dan merumuskan masalah
- Melakukan investigasi
- Petakan kronologi kejadian
- Menganalisis akar masalah
- Analisis barrier dan mendesain proses pencegahan
- Uji coba proses perbaikan
- Rekomendasi dan rencana

c. FMEA (*Failure Mode and Effect Analysis*)

Adalah metode perbaikan kinerja yang dilakukan secara proaktif dengan melakukan identifikasi dan mencegah potensi kegagalan sebelum terjadi yang bertujuan untuk meningkatkan keselamatan pasien.

FMEA bisa dilakukan pada :

- Proses yang telah dilakukan saat ini misAL proses pengadaan dan penyimpanan gas medis di rumah sakit
- Proses yang belum dilakukan / baru mis. Implementasi Elektronik Rekam Medis atau Pembelian alat baru
- Proses klinis mis. proses pemeriksaan darah di laboratorium
- Proses non klinis misal. proses mengkomunikasikan hasil pemeriksaan (lab) kepada dokter atau proses Identifikasi pasien yang berisiko jatuh

Langkah-langkah FMEA:

➤ **Tetapkan topik FMEA dan bentuk tim**

Pilih proses yang berisiko tinggi dan bentuk tim

Tim terdiri dari 5 hingga 9 anggota

- *Expertise* FMEA (bertindak sebagai fasilitator)
- Pimpinan RS yang berwenang untuk membuat keputusan
- *Expert* / memiliki pengetahuan ttg proses yg akan dianalisis dalam pengujian proses
- Sedikitnya satu orang yang tidak familiar dengan proses yang akan diuji –
- Mewakili Bidang yg akan dianalisis

Tim harus memiliki:

- Dukungan kepemimpinan
- Individu yang dihormati
- Kejujuran
- Kreativitas

➤ **Gambarkan alur proses**

Buat Flowchart untuk Diagram Alur Proses, bila perlu dibuat Sub proses

Bila Proses Baru: Bagaimana seharusnya

Bila Proses Lama: Bagaimana saat ini

Tergambarnya alur / langkah2 PROSES dan SUBPROSES pelayanan yang dipilih dalam suatu bagan yang jelas

➤ **Identifikasi modus kegagalan dan dampaknya (*Hazard analysis*)**

- Menentukan kemungkinan Dampak jika kegagalan terjadi dengan Brainstorming / Diskusi
- Dampak : langsung / tidak langsung, jangka panjang / jangka pendek, mungkin / tidak mungkin terjadi.
- Tingkat keparahan dampak bisa sangat bervariasi.
- Setiap modus kegagalan mungkin memiliki satu atau beberapa dampak

➤ **Identifikasi prioritas modus kegagalan**

Beberapa Metode yang digunakan untuk menilai peringkat Modus kegagalan :

- *Risk Priority number* (RPN) : FMEA
- Fokus pada *severity*, *probability* dan *detectability*

RPN : Severity x Probability x Detectability

- *Hazard score* : HFMEA
- Fokus pada kegawatan *severity*, *probability*.

Hazard Score : Severity x Probability Decision tree

➤ **Identifikasi akar penyebab modus kegagalan**

- Mencari kemungkinan penyebab Modus Kegagalan
- Prinsipnya adalah Kegagalan dimasa datang bisa dicegah.
- Walaupun tidak dapat dicegah, pasien harus di proteksi terhadap dampak kegagalan tsb atau Dampak di mitigasi.
- Dalam konteks FMEA, RCA digunakan untuk menganalisis apa yang bisa salah dengan proses dan sistem perawatan kesehatan

➤ **Desain ulang proses**

Brainstorm tindakan yang bisa mengatasi moda kegagalan dengan Angka Prioritas Risiko (APR) tertinggi

- Eliminasi risiko jika memungkinkan
- Minimalkan/mitigasi risiko jika tidak bisa dieliminasi
- Cari peluang untuk “bukti kegagalan”

➤ **Analisis dan tes proses baru**

- Setelah proses yang baru dikembangkan, lakukan FMEA lainnya, periksa risiko-risiko potensial.

- Untuk moda kegagalan dengan— APR tinggi, cari cara tambahan untuk mengeliminasi atau memitigasi risiko.

➤ **Implementasi dan monitor proses baru**

- Implementasi proses redesain adalah mengenalkan perubahan kedalam proses pelayanan kesehatan saat ini
- Sustaining the Redesigned Process / Pertahankan proses redesain

BAB VI

MANAJEMEN RESIKO

1. TUJUAN MANAJEMEN RISIKO

- a. Meminimalkan kemungkinan terjadinya cedera pada pasien, pengunjung dan karyawan RSUD Dr. Muhammad Zein Painan.
- b. Menciptakan lingkungan yang aman bagi karyawan dan pengunjung RSUD Dr. Muhammad Zein Painan.
- c. Memberikan pelayanan yang efektif dan efisien.
- d. Mempertahankan reputasi RSUD Dr. Muhammad Zein Painan.

2. MANFAAT MANAJEMEN RISIKO

- a. Untuk lebih meningkatkan efektivitas pelayanan kesehatan. Peningkatan efektivitas yang dimaksud adalah pelayanan dapat diselenggarakan secara baik dan benar.
- b. Untuk lebih meningkatkan efisiensi pelayanan. Peningkatan efisiensi yang dimaksud erat hubungannya dengan dapat dicegahnya penyelenggaraan pelayanan yang membahayakan pasien, sehingga tidak ada biaya tambahan akibat tindakan yang merugikan.
- c. Dapat meningkatkan penerimaan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan, ini erat hubungannya dengan timbulnya rasa aman dari masyarakat untuk mau berobat ke RSUD Dr. Muhammad Zein Painan.
- d. Dapat melindungi pemberi pelayanan kesehatan dari kemungkinan munculnya gugatan hukum. Dengan terselenggaranya pelayanan kesehatan yang aman, akan berdampak pada peningkatan kepuasan para pemakai jasa pelayanan kesehatan. Dan ini tentu akan melindungi kemungkinan munculnya gugatan hukum dari masyarakat yang tidak puas terhadap pelayanan kesehatan.

3. JENIS DAN RUANG LINGKUP RISIKO

- a. Risiko Klinis
Semua isu yang dapat berdampak terhadap pencapaian pelayanan pasien yang bermutu, aman dan efektif.
- b. Risiko Nonklinis / *Corporate Risk*
Semua isu yang dapat berdampak terhadap tercapainya tugas pokok dan kewajiban hukum dari RS sebagai korporasi.

Manajemen risiko diterapkan pada semua proses pelayanan baik klinis maupun non klinis, meliputi:

- a. Risiko yang berhubungan dengan perawatan pasien
- b. Risiko yang berhubungan dengan tenaga medis
- c. Risiko yang berhubungan dengan karyawan
- d. Risiko yang berhubungan dengan properti
- e. Risiko keuangan
- f. Risiko-risiko lainnya

4. TATA LAKSANA MANAJEMEN RISIKO

a. Identifikasi Risiko

Identifikasi dilakukan pada: Sumber risiko, area risiko, peristiwa dan penyebabnya dan potensi akibatnya. Metode identifikasi risiko dilakukan dengan proaktif melalui *self asesment*, *incident reporting sistem* and *clinical audit* dan dilakukan menyeluruh terhadap medis dan non medis.

Instrumen yang dapat digunakan untuk menidentifikasi resiko antara lain:

- Laporan kejadian
- Review rekam medik
- Pengaduan pelanggan
- Survei
- *Self assesment*
- *Brainstorming*

b. Analisa Risiko

Dilakukan pembahasan secara rinci dan pencatatan selengkap mungkin segala sesuatu tentang semua resiko yang teridentifikasi, meliputi bagaimana hal itu bisa terjadi, akibat yang ditimbulkan, tingkat keparaha, frekuensi kejadian, cara pencegahannya atau rencana tindakan untuk mengatasi risiko tersebut.

Salah satu tools yang digunakan oleh RSUD Dr. Muhammad Zein Painan untuk menganalisa suatu risiko adalah dengan Analisa Modus Dampak dan Kegagalan (FMEA). FMEA adalah metode perbaikan kinerja dengan mengidentifikasi dan mencegah potensi kegagalan sebelum hal tersebut terjadi.

c. Evaluasi Risiko

Pada tahapan ini dilakukan prediksi tingkat risiko dan menentukan prioritas risiko dengan menggunakan penilaian matriks risiko. Penilaian matriks risiko adalah suatu metoda analisa kualitatif untuk menentukan derajat risiko suatu insiden berdasarkan dampak dan probabilitas.

d. Pengelolaan Risiko

Setelah dilakukan penilaian risiko, langkah selanjutnya adalah menentukan tindakan pengelolaan risiko sebagai berikut:

- *Risk retention* : dilakukan pada risiko yang tingkatnya rendah (probabilitas dan dampak yang rendah), misalnya kerusakan pada peralatan yang tidak membahayakan. Risiko dalam hal ini umumnya dapat dikelola atau diatasi oleh Rumah Sakit.
- *Risk Transfer* : dilakukan pada risiko yang jarang terjadi tapi bisa bersifat serius (probabilitas rendah, dampaknya tinggi). Dalam hal seperti ini dilakukan pengalihan risiko agar pihak lain ikut menanggung melalui kontrak, kerjasama, *joint venture* dan asuransi.
- *Resk reduction* : dilakukan pada risiko yang sering terjadi, tetapi akibatnya tidak membahayakan (probabilitas tinggi, dampaknya rendah), misalnya ecelakaan kerja yang berakibat cedera ringan. Dalam keadaan ini dilakukan upaya-upaya untuk mengurangi risiko dengan penerapan teknologi pengendalian.

- *Risk Avoidance* : dilakukan pada risiko yang sering terjadi dan berdampak tinggi (probabilitas dan dampak tinggi), misalnya kecelakaan yang sering terjadi dan berakibat fatal. dalam keadaan ini kegiatan yang menimbulkan risiko tersebut sebisa mungkin dihindari atau tidak dilaksanakan.

Dalam melaksanakan tindakan pengelolaan risiko, dilakukan langkah langkah sebagai berikut:

- Perencanaan (*Planning*)
- Pelaksanaan (*Action*)
- Pemantauan (*Monitoring*)
- Evaluasi (*Evaluation*)
- Perbaikan Berkelanjutan (*Continuous Improvement*)

Metode diatas merupakan modifikasi dari langkah manajemen risiko yang sudah dikenal, yaitu :

- Perencanaan (*Planning*)
- Pelaksanaan (*Do*)
- Pemeriksaan Berkala (*Check*)
- Perbaikan dan Tindakan (*Action*)

e. Monitoring dan Review

Monitoring dan review meliputi kegiatan pemantauan dampak risiko, pengkajian efektivitas kegiatan yang dilakukan dan perubahan prioritas risiko bila diperlukan pada setiap tahapan di atas.

f. Komunikasi dan Konsultasi

Pada setiap tahapan kegiatan dilakukan komunikasi dan konsultasi kepada semua pihak, baik internal maupun eksternal.

Komponen-komponen penting manajemen risiko meliputi :

- a. Identifikasi risiko;
- b. Prioritas risiko;
- c. Pelaporan risiko;
- d. Manajemen risiko;
- e. Investigasi kejadian yang tidak diharapkan (KTD);
- f. Manajemen terkait tuntutan (klaim).

5. PRINSIP MANAJEMEN RISIKO RUMAH SAKIT

1) Manajemen risiko menciptakan nilai tambah (*creates value*)

Manajemen risiko berkontribusi terhadap pencapaian nyata objektif dan peningkatan, antara lain, kesehatan dan keselamatan manusia, kepatuhan terhadap hukum dan peraturan, penerimaan publik, perlindungan lingkungan, kinerja keuangan, kualitas produk, efisiensi operasi, serta tata kelola dan reputasi perusahaan.

2) Manajemen risiko adalah bagian integral proses dalam organisasi (*an integral part of organizational processes*)

Manajemen risiko adalah bagian tanggung jawab manajemen dan merupakan suatu bagian integral dalam proses normal organisasi seperti juga merupakan bagian dari seluruh proses proyek dan manajemen perubahan. Manajemen risiko

bukanlah merupakan aktivitas yang berdiri sendiri yang terpisah dari aktivitas-aktivitas utama dan proses dalam organisasi.

- 3) Manajemen risiko adalah bagian dari pengambilan keputusan (*part of decision making*)

Manajemen risiko membantu pengambil keputusan mengambil keputusan dengan informasi yang cukup. Manajemen risiko dapat membantu memprioritaskan tindakan dan membedakan berbagai pilihan alternatif tindakan. Pada akhirnya, manajemen risiko dapat membantu memutuskan apakah suatu risiko dapat diterima atau apakah suatu penanganan risiko telah memadai dan efektif.

- 4) Manajemen risiko secara eksplisit menangani ketidakpastian (*explicitly addresses uncertainty*)

Manajemen risiko menangani aspek-aspek ketidakpastian dalam pengambilan keputusan, sifat alami dari ketidakpastian itu, dan bagaimana menanganinya.

- 5) Manajemen risiko bersifat sistematis, terstruktur, dan tepat waktu (*systematic, structured and timely*)

Suatu pendekatan sistematis, tepat waktu, dan terstruktur terhadap manajemen risiko memiliki kontribusi terhadap efisiensi dan hasil yang konsisten, dapat dibandingkan, serta andal.

- 6) Manajemen risiko berdasarkan informasi terbaik yang tersedia (*based on the best available information*)

Masukan untuk proses pengelolaan risiko didasarkan oleh sumber informasi seperti pengalaman, umpan balik, pengamatan, prakiraan, dan pertimbangan pakar. Meskipun demikian, pengambil keputusan harus terinformasi dan harus mempertimbangkan segala keterbatasan data atau model yang digunakan atau kemungkinan perbedaan pendapat antar pakar.

- 7) Manajemen risiko dibuat sesuai kebutuhan (*tailored*)

Manajemen risiko diselaraskan dengan konteks eksternal dan internal organisasi serta profil risikonya.

- 8) Manajemen risiko memperhitungkan faktor manusia dan budaya (*takes human and cultural factors into account*)

Manajemen risiko organisasi mengakui kapabilitas, persepsi, dan tujuan pihak-pihak eksternal dan internal yang dapat mendukung atau malah menghambat pencapaian tujuan organisasi.

- 9) Manajemen risiko bersifat transparan dan inklusif (*transparent and inclusive*)

Pelibatan para pemangku kepentingan, terutama pengambil keputusan, dengan sesuai dan tepat waktu pada semua tingkatan organisasi, memastikan manajemen risiko tetap relevan dan mengikuti perkembangan. Pelibatan ini juga memungkinkan pemangku kepentingan untuk cukup terwakili dan diperhitungkan sudut pandangnya dalam menentukan kriteria risiko.

- 10) Manajemen risiko bersifat dinamis, iteratif, dan responsif terhadap perubahan (*dynamic, iterative and responsive to change*)

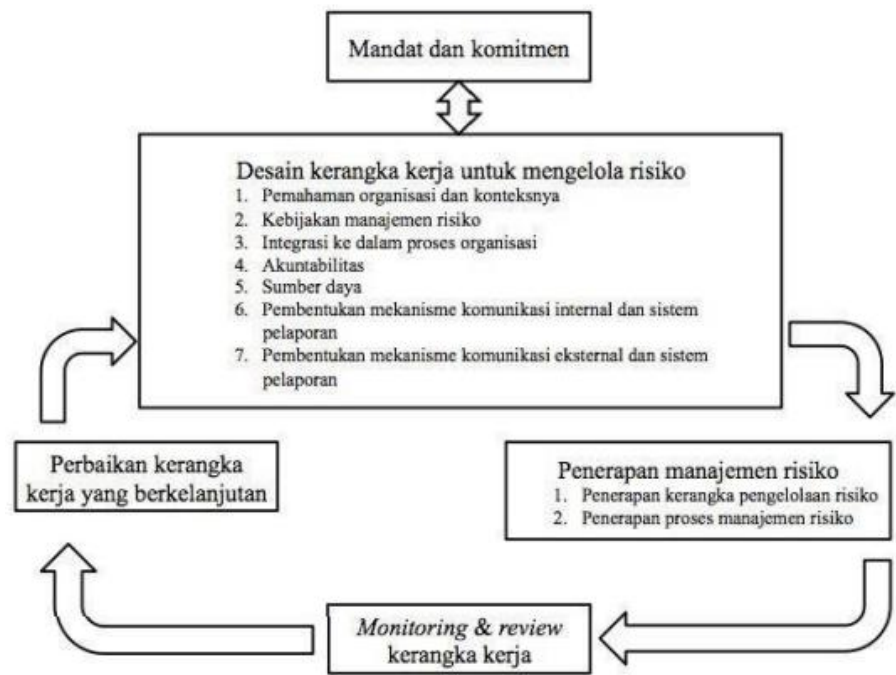
Seiring dengan timbulnya peristiwa internal dan eksternal, perubahan konteks dan pengetahuan, serta diterapkannya pemantauan dan peninjauan, risiko-risiko baru bermunculan, sedangkan yang ada bisa berubah atau hilang. Karenanya,

suatu organisasi harus memastikan bahwa manajemen risiko terus menerus memantau dan menanggapi perubahan.

11) Manajemen risiko memfasilitasi perbaikan dan pengembangan berkelanjutan organisasi (*facilitates continual improvement and enhancement of the organization*)

Organisasi harus mengembangkan dan mengimplementasikan strategi untuk memperbaiki kematangan manajemen risiko mereka bersama aspek-aspek lain dalam organisasi mereka.

6. KERANGKA KERJA MANAJEMEN RISIKO



Gambar 9. Kerangka Kerja Manajemen Risiko

Penjelasan gambar

a. Mandat dan Komitemen

Bagian awal dari manajeme risiko adalah memastikan adanya mandat dan komitmen yang kuat dan berkelanjutan oleh seluruh struktur manajemen risiko dan seluruh pemangku kepentingan terkait serta perencanaan strategis untuk mencapai komitmen di semua tingkatan. Untuk mencapai komitmen di semua tingkatan, seluruh struktur manajemen risiko dan seluruh pemangku kepentingan terkait risiko.

- Mendefinisikan dan mendukung kebijakan manajemen risiko;
- Memastikan bahwa budaya dan kebijakan manajemen risiko organisasi selaras;
- Menentukan indikator kinerja manajemen risiko yang sejalan dengan indikator kinerja organisasi;
- Meenyelaraskan tujuan manajemen risiko dengan tujuan strategi organisasi;
- Memastikan kepatuhan hukum dan peraturan;
- Menetapkan akuntabilitas dan tanggung jawab pada tingkat yang sesuai dalam organisasi;

- Memastikan bahwa sumber daya yang diperlukan dilokasikan untuk manajemen risiko;
 - Menyampaikan manfaat manajemen risiko kepada *stakeholder*;
 - Memastikan bahwa kerangka kerja untuk mengelola risiko tetap sesuai
- b. Rancangan kerangka kerja untuk mengelola manajemen risiko
- Rancangan kerangka kerja untuk mengelola manajemen risiko meliputi:
- Pemahaman tentang organisasi dan konteksnya;
 - Menerapkan kebijakan manajemen risiko;
 - Akuntabilitas;
 - Integrasi ke dalam proses organisasi;
 - Sumber daya;
 - Membangun komunikasi internal dan mekanisme pelaporan;
 - Membangun komunikasi eksternal dan mekanisme pelaporan.
- c. Pengimplementasian manajemen risiko
- Dalam mengimplementasikan manajemen risiko, dapat dilaksanakan dengan :
- Menerapkan kerangka kerja untuk mengelola risiko
- Dalam melaksanakan kerangka kerja manajemen risiko, organisasi harus:
- Menentukan waktu yang tepat dan strategis untuk menerapkan kerangka kerja;
 - Menerapkan kebijakan dan proses manajemen risiko ke proses organisasi;
 - Mematuhi persyaratan hukum dan peraturan;
 - Memastikan bahwa pengambilan keputusan, termasuk pengembangan dan penetapan tujuan, sejalan dengan hasil dari proses manajemen risiko;
 - Berkomunikasi dan berkonsultasi dengan para pihak terkait untuk memastikan bahwa kerangka kerja manajemen risiko tetap sesuai.
- Menerapkan proses manajemen risiko
- Manajemen risiko harus dilaksanakan dengan memastikan bahwa proses manajemen risiko diterapkan melalui rencana manajemen risiko di semua tingkat dan fungsi organisasi yang relevan sebagai bagian dari praktis dan proses.
- d. Pemantauan dan tinjauan kerangka kerja
- Dalam rangka memastikan bahwa manajemen risiko secara efektif dan berkelanjutan dalam mendukung kinerja organisasi, organisasi harus:
- Mengukur kinerja manajemen risiko melalui indikator, yang secara berkala direvisi;
 - Mengukur secara berkala kemajuan dan penyimpangan dari rencana manajemen risiko;
 - Meninjau secara berkala apakah kerangka kerja manajemen risiko, kebijakan dan rencana masih sesuai, mengingat konteks eksternal dan internal organisasi, laporan risiko, kemajuan terhadap rencana manajemen risiko dan seberapa baik kebijakan risiko dilaksanakan;

- Review efektivitas kerangka kerja manajemen risiko.
 - e. Perbaikan berkelanjutan untuk kerangka kerja
- Berdasarkan hasil monitoring dan evaluasi, keputusan harus dibuat bagaimana kerangka manajemen risiko, kebijakan dan rencana dapat diperbaiki. Keputusan ini harus mengarah pada perbaikan dalam manajemen risiko organisasi dan budaya manajemen risiko.

7. PROSES MANAJEMEN RISIKO



Gambar 10. Proses Manajemen Risiko

a. Penetapan Konteks

1) Tujuan

- agar program manajemen risiko klinis RS menjadi efektif, lingkungan operasi organisasi dan konteks strategis harus diidentifikasi dan dimengerti secara memadai.
- Keputusan tentang mengelola risiko klinis perlu dibuat dalam konteks lingkungan internal dan eksternal organisasi serta konteks strategis.
- Termasuk definisi kriteria dimana RS akan menentukan apakah risiko dapat diterima atau tidak.
- Jenis dan tingkat perencanaan manajemen risiko klinis, kontrol dan opsi manajemen juga dipilih.

2) Membangun Konteks Strategis

- Mengidentifikasi dan memeriksa lingkungan operasional, termasuk pengaruh hukum, politik, klinis, dan sosial-ekonomi.
- Identifikasi user internal dan eksternal dari sistem, termasuk dokter, pasien dan pemangku kepentingan lain dan siapa yang perlu dilibatkan dalam proses.

3) Tetapkan Konteks Organisasi

- Tentukan tujuan dari setiap tugas manajemen risiko klinis. Apa signifikansi aktivitas terhadap program manajemen risiko RS dan terhadap tujuan, sasaran, nilai, kebijakan, dan strategi yang lebih luas

4) Tentukan Konteks Manajemen Risiko Klinis

- Tentukan “mengapa” manajemen risiko klinis diperlukan
- Tetapkan tujuan untuk tugas “manajemen risiko klinis” yang akan dilakukan

- Tentukan jangka waktu, sumber daya dan output yang diperlukan
Tentukan kedalaman analisis yang diperlukan
- Tentukan struktur atau pendekatan yang akan digunakan
- Identifikasi alat dan dokumentasi yang diperlukan
- 5) Mengembangkan Kriteria Evaluasi Risiko Klinis☐
 - Kembangkan kriteria untuk menilai risiko klinis
 - Tentukan tingkat risiko yang dapat diterima untuk setiap tugas
 - Tentukan tingkat risiko klinis apa yang tidak dapat diterima
- 6) Tentukan Struktur Proses☐
 - Bagilah kegiatan, proses, proyek atau ubah menjadi bagian-bagian kecil yang dapat dikelola dan dapat diukur
 - Kembangkan struktur yang sesuai untuk risiko, lingkup proyek, proses atau kegiatan

b. Identifikasi Risiko

- 1) Tujuan
 - Langkah identifikasi risiko berusaha mengidentifikasi risiko klinis yang perlu dikelola.
 - Sistem identifikasi yang komprehensif menggunakan proses sistematis yang terstruktur dengan baik sangat penting, karena potensi risiko yang tidak teridentifikasi pada tahap ini akan dikeluarkan dari analisis dan pengelolaan lebih lanjut.
- 2) Persyaratan untuk identifikasi risiko klinis yang efektif☐
 - Identifikasi dan pemeriksaan semua sumber risiko klinis internal dan eksternal
 - Akses ke informasi berkualitas untuk memungkinkan staf mengidentifikasi risiko klinis dan memahami kemungkinan dan konsekuensi
 - Staf dan manajemen yang memiliki pengetahuan tentang manajemen risiko klinis dan kegiatan yang sedang ditinjau
- 3) Pertanyaan kunci untuk mengidentifikasi risiko klinis☐
 - Apa yang bisa terjadi?
 - Bagaimana itu bisa terjadi?
 - Mengapa itu bisa terjadi?
 - Seberapa sering hal itu bisa terjadi?
- 4) Apa yang perlu dilakukan
 - Tentukan struktur dan metode untuk identifikasi risiko klinis
 - Tentukan siapa yang perlu dilibatkan dalam langkah ini
 - Identifikasi dimensi risiko klinis yang akan diperiksa
 - Putuskan jenis informasi / data apa yang diperlukan untuk membantu identifikasi risiko klinis
 - Mendokumentasikan risiko klinis yang teridentifikasi dalam daftar risiko yang sesuai

5) Alat untuk membantu identifikasi risiko klinis meliputi antara lain

- Brainstroming
- Periksa daftar dan pikirkan petunjuknya
- Pemetaan proses
- Diagram alur / Flow chart
- Analisis skenario
- Analisis tugas
- Analisis perubahan prosedural
- Ulasan data masa lalu
- Audit dan pemeriksaan fisik
- FMEA
- Identifikasi risiko berbasis bahaya
- Analisis SWOT
- Manajemen insiden dan pelaporan IKP
- Pemeriksaan Laporan K3/MFK
- Data medico-legal
- Audit klinis
- Indikator kinerja utama
- Indikator keselamatan pasien
- Review Morbiditas dan Mortalitas
- Data Pengaduan / Keluhan
- Survei kepuasan kinerja dan kuesioner

c. Analisa Risiko

1) Tujuan

- Tujuan dari analisis risiko klinis adalah untuk memisahkan risiko klinis kecil yang dapat diterima dari risiko klinis besar yang tidak dapat diterima.
- Menyediakan data untuk membantu dalam evaluasi dan pengelolaan risiko klinis.
- Analisis risiko klinis melibatkan pertimbangan sumber-sumber risiko klinis, konsekuensinya dan kemungkinan konsekuensi tersebut dapat terjadi.
- Faktor-faktor yang mempengaruhi konsekuensi/dampak dan probabilitas/kemungkinan juga dapat diidentifikasi.

2) Kedalaman analisis harus ditentukan oleh kompleksitas aktivitas dan ketersediaan informasi / data untuk membantu proses analisis risiko.

3) Untuk menghitung tingkat risiko klinis suatu kegiatan, unsur-unsur individu dari risiko klinis dapat dipertimbangkan secara individual dan kemudian digabungkan untuk menciptakan tingkat risiko, menggunakan rumus berikut :
Tingkat risiko = Konsekuensi / Dampak X Probabilitas / Frekuensi Risiko klinis dianalisis dengan menggabungkan perkiraan dampak dan Probabilitas dalam konteks tindakan pengelolaannya

4) *Risk Assesment Tools*

- *Grading Matriks*
- *Root Cause Anaysis (RCA)*

- *Failure Mode and Effect Analysis (FMEA)*

d. Evaluasi Risiko

Evaluasi risiko klinis melibatkan perbandingan tingkat risiko yang ditemukan selama proses analisis dengan kriteria risiko yang ditetapkan sebelumnya. Output dari evaluasi risiko klinis adalah daftar prioritas risiko untuk tindakan lebih lanjut

Apa yang perlu dilakukan

- Bandingkan tingkat risiko klinis terhadap kriteria risiko yang ditetapkan pada langkah 1
- Putuskan apakah risiko klinis dapat diterima atau apakah perlu penanganan untuk mengurangi tingkat risiko pada RS
- Susun / kembangkan daftar peringkat / prioritas risiko klinis untuk pengelolaannya
- Analisis biaya manfaat (setelah diranking, biaya untuk mengurangi risiko dibandingkan dengan biaya kalau terjadi risiko)

e. Mitigasi (Pengelolaan) Risiko

1) Tujuan

- Penanganan (“treatment”) risiko digunakan untuk menggambarkan kegiatan yang terlibat dalam menangani risiko yang diidentifikasi pada langkah 4.
- Penanganan risiko melibatkan identifikasi berbagai pilihan untuk “mengobati” risiko klinis, menilai opsi-opsi tersebut, menyiapkan rencana “pengobatan” risiko dan mengimplementasikannya.
- Jika risiko tidak dapat dihilangkan, kombinasi opsi “pengobatan” harus diterapkan untuk mengendalikan atau menangani risiko semaksimal mungkin.
- Setiap opsi “pengobatan” harus dievaluasi untuk keefektifannya.

2) Apa yang harus dilakukan

- Identifikasi opsi “pengobatan” yang tepat :
 - Penghindaran risiko
 - Penerimaan risiko
 - Transfer risiko
 - Retensi risiko
 - Pengurangan dampak/konsekuensi –
 - Pengurangan probabilitas/kemungkinan
 - Kontrol risiko
- Kajian kelayakan opsi “pengobatan” – analisis biaya – manfaat
- Kajian kelayakan opsi “pengobatan” risiko – analisis biaya – manfaat
- Pilih opsi “pengobatan” risiko yang paling sesuai 5. Persiapan rencana “pengobatan” risiko
- Tentukan tingkat risiko residua dan akseptabilitasnya
- Terapkan rencana “pengobatan” risiko

Risk Register

- 1) *Risk Register* / Daftar risiko adalah bagian dari proses pencatatan bagaimana RS akan mengelola risiko di area kerja.
- 2) Setiap risiko yang diidentifikasi harus dicatat dalam daftar yang merangkum :
 - Deskripsi risiko
 - Penyebab dan dampaknya
 - Kontrol yang ada untuk risiko
 - Penilaian dampak dan probabilitas risiko yang terjadi dengan kontrol yang ada
 - Peringkat risiko : rendah, menengah, tinggi atau sangat tinggi dan prioritas keseluruhan risiko
- 3) RS harus punya Standar yang berisi Program *Risk Assessment* tahunan → *Risk Register*
- 4) *Risk Register* :
 - Risiko yang teridentifikasi dalam 1 tahun
 - Informasi Insiden keselamatan pasien, klaim litigasi dan komplain, investigasi eksternal & internal, external assessments dan Akreditasi
 - Informasi potensial risiko maupun risiko aktual (menggunakan RCA & FMEA)

f. Monitoring dan Review

- 1) Kemungkinan Metode Review
 - Audit internal atau eksternal oleh penilai yg kompeten
 - Audit kinerja dan pemeriksaan internal
 - Review laporan insiden dan investigasi (data saat ini dan sebelumnya)
 - Kaji ulang kebijakan, strategi, dan proses organisasi
- 2) Evaluasi program Pertanyaan Kunci
 - Apakah indikator kinerja mencerminkan efektivitas strategi “pengobatan” risiko?
 - Apakah asumsi, termasuk yg dibuat terkait dengan lingkungan, teknologi, dan sumber daya, masih berlaku?
 - Apakah pengobatan risiko efisien / hemat biaya dalam meminimalkan risiko?
 - Apakah kendali manajemen dan akuntansi memadai?
 - Apakah pengobatan risiko sesuai dengan persyaratan hukum, kebijakan pemerintah dan RS, termasuk akses, kesetaraan, etika, dan akuntabilitas?
 - Apa yg kita lakukan jika pengobatan risiko tidak berhasil atau memperburuk keadaan?
 - Apakah proses mana
 - jemen risiko ditinjau secara berkala? Jika ya, seberapa sering? Bagaimana perbaikan bisa dilakukan?

g. Komunikasi dan Konsultasi

Proses “Komunikasi dan Konsultasi” sangat penting untuk manajemen risiko klinis yang efektif dan perlu dilakukan di setiap tingkat proses manajemen risiko klinis.

1) Tujuan

- Komunikasi dan konsultasi adalah elemen kunci dari proses manajemen risiko klinis.
- RS harus mengembangkan strategi komunikasi yang tepat untuk melibatkan para pemangku kepentingan internal dan eksternal.
- Memastikan bahwa mereka sadar mengapa strategi dan kebijakan manajemen risiko klinis telah dikembangkan dan diimplementasikan.
- Memastikan bahwa mereka memahami peran dan tanggungjawab individu mereka untuk manajemen risiko klinis.

2) Apa Yang Harus Dilakukan

Menetapkan strategi komunikasi yang meliputi :

- Tujuan yang jelas untuk komunikasi;
- Identifikasi pemangku kepentingan internal dan eksternal mana yang harus dikonsultasikan :
 - Kelompok dan individu pemangku kepentingan
 - DPJP dan PPA / Staf Klinis lainnya
 - Tim Komunikasi
- Identifikasi keyakinan dan perspektif apa yang perlu dipertimbangkan selama proses manajemen risiko;
- Pengembangan strategi komunikasi yang akan digunakan selama proses manajemen risiko;
- Proses yang akan digunakan untuk mengukur dan mengevaluasi efektivitas program komunikasi organisasi.

8. SASARAN MANAJEMEN RISIKO

a. Keselamatan dan Keamanan Rumah Sakit

- Pemberlakuan pemakaian tanda pengenal (kartu penunggu) untuk pengunjung pasien rawat inap, penunggu pasien rawat inap, dan tamu di RS terlaksana 100%.
- Melakukan data ulang mengenai kebutuhan keselamatan pasien (misal: pegangan di setiap tangga dan dinding termasuk kamar mandi, tempat tidur dengan penahan pada tepinya dll.) terlaksana 100 %.
- Melengkapi sumber listrik dengan penutup terlaksana 100%.
- Menyediakan rol hole pada ram/jalan miring terlaksana 100%.
- Melakukan monitoring dan evaluasi renovasi dan pembangunan gedung di rumah sakit terlaksana 100%.

b. Bahan dan Limbah Berbahaya

- Pembuatan tempat khusus untuk penyimpanan B3 terlaksana 100%.
- Sosialisasi mengenai prosedur penyimpanan dan pengelolaan B3 ke semua unit. terlaksana 100%

- Melengkapi MSDS/LDKB B3 serta didokumentasikan dan dibagikan kepada unit-unit yang menggunakan bahan tersebut terlaksana 100%.
 - Penyediaan APD pada setiap unit yang memiliki B3 dan menerapkan kebiasaan penggunaan APD bagi petugas menggunakan B3 terlaksana 100%.
 - Pelatihan mengenai keselamatan dan kesehatan kerja, pencegahan dan penanggulangan kebakaran, keadaan darurat bencana, cara melakukan evakuasi, penanganan limbah dan B3 terlaksana 100%.
- c. Bencana
- Membentuk Tim Siaga Bencana terlaksana 100%.
 - Membuat standar prosedur operasional tentang pencegahan dan penanggulangan bencana terlaksana 100%.
 - Melakukan pelatihan siaga bencana dan evakuasi (jadwal pelatihan, peserta, pelaporan), yang melibatkan semua unsur di rumah sakit terlaksana 100%.
 - Menyediakan fasilitas rambu-rambu penunjuk arah lokasi pelayanan, jalan keluar, jalan masuk, arah evakuasi bencana, pintu darurat, denah dan gambar arah evakuasi di setiap gedung terlaksana 100%.
 - Melakukan simulasi keadaan darurat bencana terlaksana 100%.
- d. Kebakaran
- Menyediakan APAR yang mencukupi kualitas dan kuantitasnya, terutama di ruang khusus terlaksana 100%.
 - Melakukan pemeliharaan APAR secara berkala terlaksana 100%.
 - Melakukan patroli asap secara rutin terlaksana 100%.
 - Melakukan pemasangan larangan merokok dan penegakan aturan larangan merokok terlaksana 100%.
 - Mengusulkan alat deteksi asap/api pada tempat-tempat yang rawan kebakaran, misalnya, laboratorium, Instalasi Gizi/Dapur, dan tempat perawatan intensif terlaksana 100%.
 - Pemasangan arah dan denah evakuasi bencana kebakaran, banjir dan gempa terlaksana 100%.
 - Melakukan sosialisasi mengenai pencegahan dan pengendalian kebakaran terlaksana 100%.
 - Membentuk tim di masing-masing ruangan (Perlantai) untuk pencegahan dan pengendalian kebakaran terlaksana 100%.
 - Melakukan simulasi kebakaran dan keadaan darurat bencana secara berkesinambungan terlaksana 100%.
- e. Peralatan Medis
- Melakukan kalibrasi alat secara berkala terlaksana 100%.
 - Membuat dan menerapkan SPO tentang pelatihan bagi tenaga medis yang mendapatkan alat baru terlaksana 100%.
- f. Sistem Utilitas
- Melakukan pemantauan secara rutin pompa sumur air, panel-panel listrik, dan sistem gas medis terlaksana 100%.
 - Penempatan gas medis (tabung) di ruangan khusus dan diberikan pengaman agar tidak terjatuh terlaksana 100%.

BAB VII

KESELAMATAN KERJA

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 pasal 164 ayat (1) menyatakan bahwa upaya kesehatan kerja ditujukan untuk melindungi pekerja agar hidup sehat dan terbebas dari gangguan kesehatan, serta pengaruh buruk yang diakibatkan oleh pekerjaan. Rumah sakit adalah tempat kerja yang termasuk dalam kategori seperti tersebut diatas, berarti wajib menerapkan upaya keselamatan dan kesehatan kerja. Program keselamatan dan kesehatan kerja ini bertujuan untuk melindungi karyawan dari kemungkinan terjadinya kecelakaan di dalam dan luar rumah sakit.

Dalam Undang-undang dasar 1945 ayat (2) disebutkan bahwa “setiap warga negara berhak atas pekerjaan dan penghidupan yang layak bagi kemanusiaan”. Dalam hal ini yang dimaksud pekerjaan adalah pekerjaan yang bersifat manusiawi, yang memungkinkan pekerja berada dalam kondisi sehat dan selamat, bebas dari kecelakaan dan penyakit akibat kerja, sehingga dapat hidup layak sesuai dengan martabat manusia.

Keselamatan dan kesehatan kerja atau K3 merupakan bagian integral dari perlindungan terhadap pekerja dalam hal ini Komite Mutu dan perlindungan terhadap rumah sakit. Bagi staf rumah sakit, Komite Mutu melakukan kegiatan keselamatan kerja melalui program manajemen risiko yang didalamnya meliputi identifikasi risiko, penanganan risiko, serta monitoring dan evaluasi hasil tindak lanjut manajemen risiko.

Pegawai adalah bagian integral dari rumah sakit. Jaminan keselamatan dan kesehatan kerja akan meningkatkan produktivitas pegawai dan meningkatkan produktivitas rumah sakit.

Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam keselamatan kerja adalah :

1. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 1970 tentang Keselamatan Kerja dimaksudkan untuk menjamin hal-hal sebagai berikut
 - a. Agar pegawai dan setiap orang yang berada di tempat kerja selalu berada dalam keadaan sehat dan selamat
 - b. Agar faktor-faktor produksi dapat dipakai dan digunakan secara efisien
 - c. Agar proses produksi dapat berjalan secara lancar tanpa hambatan
2. Faktor-faktor yang menimbulkan kecelakaan dan penyakit akibat kerja dapat digolongkan pada tiga kelompok yaitu:
 - a. Kondisi dan lingkungan kerja
 - b. Kesadaran dan kualitas kerja
 - c. Peranan dan kualitas manajemen
3. Dalam kaitannya dengan kondisi dan lingkungan kerja, kecelakaan dan penyakit akibat kerja dapat terjadi apabila:
 - a. Peralatan tidak memenuhi standar kualitas
 - b. Alat-alat produksi tidak disusun secara teratur menurut tahapan proses produksi
 - c. Ruang kerja terlalu sempit, ventilasi udara kurang memadai, ruangan terlalu panas atau terlalu dingin
 - d. Tidak tersedia alat-alat engaman
 - e. Memperhatikan persyaratan penanggulangan bahaya kebakaran

4. Perlindungan keselamatan kerja dan kesehatan petugas kesehatan
 - a. Petugas kesehatan yang merawat pasien menular harus mendapatkan pelatihan mengenai cara penularan dan penyebaran penyakit, tindakan pencegahan dan pengendalian infeksi yang sesuai dengan protokol jika terpajan
 - b. Petugas yang tidak terlibat langsung dengan pasien harus diberikan penjelasan umum mengenai penyakit tersebut
 - c. Petugas kesehatan yang kontak dengan pasien penyakit menular melalui udara harus menjaga fungsi saluran pernafasan (tidak merokok, tidak minum dingin,) dengan baik dan menjaga kebersihan tangan
5. Petunjuk pencegahan infeksi untuk petugas kesehatan:
 - a. Untuk mencegah transmisi penyakit menular dalam tatanan pelayanan kesehatan, petugas harus menggunakan Alat Pelindung Diri (APD) yang sesuai dengan kewaspadaan standar dan kewaspadaan isolasi (berdasarkan penularan secara kontak, droplet atau udara) sesuai dengan penyebaran penyakit
 - b. Semua petugas kesehatan harus mendapatkan pelatihan tentang gejala penyakit menular yang sedang dihadapi
 - c. Semua petugas kesehatan dengan penyakit seperti flu harus dievaluasi untuk memasukkan agen penyebab dan ditentukan apakah perlu untuk dipindahkan tugas dari kontak langsung dengan pasien, terutama mereka yang bertugas di instalasi rawat intensif (ICU), ruang rawat anak, dan ruang bayi

Dalam hubungannya dengan Komite Mutu, Instansi K3RS memberi laporan ke Komite Mutu untuk Kejadian karyawan atau petugas medis yang tertusuk jarum suntik, kejadian petugas yang tidak menggunakan APD saat bertugas.

BAB VIII
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

CEKLIS 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

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

* Bila perlu tambahkan catatan pada setiap kolom

CEKLIS TELUSUR PANDUAN PRAKTIK KLINIS PRIORITAS PERBAIKAN MUTU RSUP DR MUHAMMAD ZEIN PAINAN

NO	NAMA PPK/CP	METODE EVALUASI		HASIL EVALUASI		RTL
		AUDIT MEDIS/ AUDIT KLINIS	INDIKATOR MUTU	VARIASI BERKURANG	VARIASI BERTAMBAH	

CEKLIS TELUSUR SUPERVISI INDIKATOR MUTU UNIT PELAYANAN RSUD DR MUHAMMAD ZEIN PAINAN

[illegible]

Keterangan

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

* Bila perlu tambahkan catatan pada setiap kolom

Painan,20...

SUPERVISOR

KEPALA RUANGAN

()

$$\left(\begin{array}{c} \text{ } \end{array} \right)$$

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>FISH BONE</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-bottom: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">FASILITAS</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">LINGKUNGAN</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">SDM</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20%;"> <p>a.</p> <p>b.</p> </div> <div style="width: 60%;"> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 40px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 40px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 40px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 40px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 40px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 40px;"></div> </div> </div> <div style="width: 20%; text-align: right;"> <p>MASALAH</p> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">PELANGGAN</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">PROSEDUR</div> </div>
<p>P <i>(Plan)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> Saya berencana untuk : 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 Saya berharap : Tulis ukuran atau outcome yg akan anda capai . Anda bisa memiliki data kuantitatif atau kualitatif Langkah-langkah : Tulis langkah-langkah yg anda akan lakukan dalam siklus, termasuk hal berikut :

	<p>a) Populasi dimana anda bekerja – apakah anda mengamati perilaku pasien, dokter atau perawat</p> <p>b) Batas waktu yg anda lakukan utk studi ini</p>
D (Do)	<p>Apa yang anda amati ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bagaimana melakukan apa yang telah direncanakan/dicanangkan/menguji perubahan • Tulis hasil observasi selama implementasi termasuk bagaimana reaksi misalnya pasien, dokter, perawat. Bagaimana <i>PLAN</i> sesuai dengan sistem atau alur visit pasien. Anda bisa bertanya, “ Apakah semuanya berjalan sesuai rencana ?” Apakah saya harus modifikasi <i>PLAN</i>
S (Study)	Apa yang dapat dipelajari dan diamati ? Apakah mencapai target yang diinginkan
A (Action)	<p>Apa yang dapat anda simpulkan dari siklus ini ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Standarisasi hasil perbaikan sehingga dapat digunakan secara berkesinambungan • 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 ?

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			
3	Pemeriksaan Penunjang Faktor resiko			
4	Terapi a. Ace Inhibitor + angiotensin b. Beta Blocker c. Ca Antagonis d. Diuretik e. A+B+C+D			
5	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@ymail.com



EVALUASI IMPLEMENTASI *CLINICAL PATHWAY*

DI RSUD DR MUHAMMAD ZEIN PAINAN

NAMA PASIEN :
 NO MR :
 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	
1	KEPATUHAN PPA :	PATUH	TIDAK PATUH
	DOKTER		
	PERAWAT		
	FARMASIS		
	NUTRISIONIS		
2	KENDALA/HAMBATAN		

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

BAB IX

PENUTUP

Mutu pelayanan dan keselamatan pasien merupakan bagian penting dari pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit.. Sehingga perlu adanya upaya dalam peningkatan mutu dan keselamatan pasien. Dalam peningkatan mutu dan keselamatan pasien, terdapat risiko-risiko yang harus diatasi, untuk itu rumah sakit perlu melakukan manajemen risiko. Manajemen risiko berhubungan erat dengan pelaksanaan keselamatan pasien dan keselamatan kerja di rumah sakit serta berdampak kepada pencapaian mutu rumah sakit. Dengan meningkatnya mutu pelayanan rumah sakit, maka akan berdampak baik pada kepuasan pasien dan perkembangan rumah sakit.

Pedoman Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien dan Manajemen Risiko Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Muhammad Zein Painan ini mempunyai peranan penting sebagai pedoman dalam pelaksanaan kegiatan Mutu dan unit terkait. Keberhasilan dalam mempertahankan mutu diperlukan upaya yang terpadu dari semua tenaga kesehatan. Dalam hal ini diperlukan komitmen pimpinan rumah sakit dan seluruh perawat serta karyawan untuk memperbaiki atau meningkatkan mutu layanan.

Penyusunan Pedoman Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien dan Manajemen Risiko ini memerlukan dukungan dan kerja sama dari berbagai pihak dalam penerapannya untuk mencapai tujuan. Kami menyadari bahwa Pedoman Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien dan Manajemen Risiko ini masih jauh dari sempurna, karena itu kami menerima saran dan kritik guna menyempurnakan pedoman ini.

Akhir kata, semoga Pedoman Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien dan Manajemen Risiko ini dapat bermanfaat bagi para pembaca sekalian.