

# PROGRAM

---

## **PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN 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**

**LEMBAR PENGESAHAN**

**PROGRAM PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN  
TAHUN 2022**

**TELAH DIPERIKSA DAN DISETUJUI OLEH DEWAN PENGAWAS  
RSUD Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN 2022  
PAINAN, 20 JANUARI 2023**

**KETUA**

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'Salmiati', with a stylized, cursive script.

**Dra. SALMIATI, M.M**



**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/005/PMKP/RSUD/2022**

**TENTANG**  
**PROGRAM PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN**  
**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 Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien.
- b bahwa untuk standarisasi penatalaksanaan pelayanan, maka dipandang perlu Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien.
- c bahwa berdasarkan pertimbangan sebagai mana dimaksud point a dan b, perlu Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien 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 PROGRAM PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN
- KEDUA : Kebijakan Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien 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/005/PMKP/RSUD/2022  
BULAN : JANUARI 2022  
TENTANG : PROGRAM PENINGKATAN MUTU DAN  
KESELAMATAN PASIEN TAHUN 2022

## 1. PENDAHULUAN

Perubahan perkembangan ilmu pengetahuan, teknologi dan perkembangan informasi yang demikian cepat serta diikuti oleh tuntutan masyarakat akan pelayanan kesehatan yang lebih baik, mengharuskan rumah sakit untuk mengembangkan diri secara terus menerus seiring dengan perkembangan yang ada pada masyarakat. Pengembangan yang dilaksanakan tahap demi tahap berusaha untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit dengan mengikuti perubahan yang ada.

Pelayanan yang berkualitas merupakan cerminan dari sebuah proses yang berkesinambungan dengan berorientasi pada hasil yang memuaskan. Dalam perkembangan masyarakat yang semakin kritis, mutu pelayanan rumah sakit tidak hanya disorot dari aspek klinis medisnya saja namun juga dari aspek keselamatan pasien dan aspek pemberian pelayanannya, karena muara dari pelayanan rumah sakit adalah pelayanan jasa. Peningkatan mutu adalah program yang disusun secara objektif dan sistematis untuk memantau dan menilai mutu serta kewajaran asuhan terhadap pasien, menggunakan peluang untuk meningkatkan asuhan pasien dan memecahkan masalah-masalah yang terungkap.

Isu tentang keselamatan pasien mendapatkan perhatian pemerintah seperti yang dituangkan dalam Undang-Undang Kesehatan Nomor 36 Tahun 2009 dan Undang-Undang Rumah Sakit Nomor 44 Tahun 2009. Rumah sakit wajib melaksanakan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, anti diskriminasi dan efektif, dengan mengutamakan kepentingan pasien. Rumah sakit wajib memenuhi hak pasien memperoleh keamanan dan keselamatan selama dalam perawatan di rumah sakit. Acuan bagi rumah sakit untuk pelaksanaan program keselamatan pasien di rumah sakit sesuai standar yang ditetapkan, tertuang dalam Permenkes RI Nomor 11/Menkes/2017. Rangkaian kegiatan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien menurut Berwick dalam Utarini, laksana rantai tindakan yang kompleks dan terintegrasi yang diawali dari pengalaman masyarakat sebagai pengguna layanan, proses pelayanan klinis dalam tingkatan mikro, konteks organisasi sebagai fasilitator pelayanan klinis serta lingkungan eksternal yang dapat mempengaruhinya.

Organisasi dengan fungsi manajemennya di rumah sakit memiliki peran penting dalam program keselamatan pasien. Hal ini dikarenakan organisasi dan manajemen berada di daerah kemungkinan terjadinya kesalahan medis pada pasien. Oleh karena itu diperlukan eksplorasi yang lebih intensif untuk dapat mengetahui peran organisasi dalam menciptakan manajemen keselamatan pasien yang baik. Pelaksanaan fungsi dan kewajiban rumah sakit untuk menyediakan sarana dan prasarana yang dikelola dengan baik melalui fungsi manajemen tersebut difokuskan pada keselamatan pasien dan upaya peningkatan mutu pelayanan.

## **2. LATAR BELAKANG**

Rumah Sakit adalah Institusi pelayanan kesehatan bagi masyarakat dengan karakteristik tersendiri yang dipengaruhi oleh perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan, kemajuan teknologi, dan kehidupan sosial ekonomi masyarakat yang harus tetap mampu meningkatkan pelayanan yang lebih bermutu dan terjangkau oleh masyarakat agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

Upaya peningkatan mutu pelayanan rumah sakit dilakukan dengan membangun sistem dan budaya mutu serta menerapkan budaya keselamatan pasien. Berdasarkan Undang–Undang No. 44 Tahun 2009 maka rumah sakit harus mempersiapkan diri dengan sebaik-baiknya baik dari kemungkinan tuntutan hukum maupun dalam upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien untuk mencegah dan mengurangi kesalahan medis (*medical error prevention and reduction*) secara sistematis.

Pendekatan yang digunakan dalam rencana peningkatan mutu mengacu pada siklus peningkatan mutu (*Quality Improvement Cycle*) dengan urutan: merancang (*design*), mengukur (*measure*), mengkaji (*asses*), meningkatkan/ memperbaiki (*improve*). Penerapan standar keselamatan pasien RSUD Dr. Muhammad Zein Painan mengacu pada Permenkes 11 Tahun 2017. Rumah sakit wajib menerapkan tujuh standar keselamatan pasien dengan melaksanakan tujuh langkah keselamatan pasien, serta rumah sakit wajib mengupayakan pemenuhan enam sasaran keselamatan pasien.

Proses penetapan indikator area klinis, area manajerial dan sasaran keselamatan pasien dilakukan dengan koordinasi interdisiplin dan melibatkan semua unsur terkait. Pengukuran indikator mulai dari pengumpulan data (*collecting*), analisis (*analysis*), peningkatan/perbaikan (*improve*) dengan terlebih dahulu disosialisasikan kepada semua satuan kerja.

Agar peningkatan mutu rumah sakit berjalan sistematis, perlu dibuat program peningkatan mutu dan keselamatan pasien rumah sakit yang komprehensif dan terintegrasi, dipimpin oleh Direktur dengan melibatkan seluruh pimpinan area klinik dan area manajerial rumah sakit, agar risiko terjadinya insiden pada pasien, pegawai rumah sakit, pengunjung, pegawai pihak ketiga, serta aset rumah sakit dapat diminimalisasi.

## **3. TUJUAN**

### **a. Tujuan Umum**

Terlaksananya peningkatan mutu pelayanan di RSUD Dr. Muhammad Zein Painan secara berkesinambungan melalui pengurangan risiko keselamatan pasien

### **b. Tujuan Khusus**

- a. Meningkatkan mutu pelayanan klinik melalui standarisasi asuhan klinis dan monitoring indikator
- b. Meningkatkan mutu pelayanan manajemen melalui monitoring indikator
- c. Meningkatkan keselamatan pasien melalui pelaporan insiden dan penerapan sasaran keselamatan pasien.
- d. Meningkatkan kinerja unit dan individu melalui penilaian kinerja

#### 4. KEGIATAN POKOK DAN RINCIAN KEGIATAN

##### A. Pengukuran Mutu Indikator

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.

##### Indikator Nasional Mutu

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

##### Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit

1. Presentasi keterlambatan sectio caesaria ( $> 30$  menit)
2. Presentasi tidak dilakukannya IMD
3. Presentase ketersediaan darah dalam waktu 60 menit
4. Kejadian tidak tersedianya  $MgSO_4$  di ruang KB
5. Kepuasan pasien dan keluarga
6. Kepatuhan pemasangan gelang identitas pada pasien PONEK
7. Presentasi konfirmasi SBAR pada saat serah terima antar shift
8. Presentasi kepatuhan pelaksanaan *double check* pada obat *high alert*
9. Kepatuhan petugas dalam penerapan kebersihan tangan
10. Kepatuhan upaya pencegahan pasien jatuh
11. Waktu tunggu hasil pemeriksaan laboratorium PONEK

##### Indikator Mutu Prioritas Unit

1. IGD : *Emergency respon time*
2. Kamar Operasi : Kejadian tidak dilakukan penandaan lokasi operasi
3. Kamar Operasi : kesalahan diagnosa pre dan post operasi
4. Kamar Operasi : Pelaksanaan Asesmen pra bedah
5. Anastesi : kelengkapan asesmen pre anastesi dan pra sedasi
6. Anastesi : ketidaklengkapan monitoring status fisiologis selama anastesi
7. Anastesi : ketidaklengkapan monitoring proses pemulihan anastesi dan sedasi
8. Anastesi : ketidaklengkapan monitoring dan evaluasi ulang bila terjadi konversi tindakan dari lokal/regional ke general
9. ICU : jumlah pasien kembali ke ICU dalam waktu  $< 24$  jam

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



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

#### **B. Peningkatan Perbaikan Mutu dan Mempertahankan Perbaikan Berkelanjutan**

Peningkatan perbaikan mutu dan mempertahankan perbaikan berkelanjutan dilakukan dengan cara :

- 1) Pelaksanaan analisis masalah dengan menggunakan *fish bone diagram*
- 2) Pelaksanaan PDSA untuk peningkatan mutu
- 3) Pelaksana uji coba rencana perbaikan.

#### **C. Upaya Pengurangan Varian dalam Praktik Klinis dengan Menerapkan PPK/Algoritme/Protokol dan Melakukan Pengukuran dengan *Clinical Pathway***

- a. Kelompok Staf Medis (KSM) menyusun dan 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.
- b. Komite medik melakukan monitoring dan evaluasi penerapan panduan praktik klinik, alur, atau protokol klinis sehingga mampu menekan keberagaman proses dan hasil.
- c. Rumah sakit menetapkan evaluasi pelayanan kedokteran dengan panduan praktik klinis, alur klinis, atau protokol.
- d. Rumah sakit melaksanakan audit klinis dan atau audit medis pada panduan praktik klinis,/alur klinis prioritas di tingkat Rumah Sakit.

#### **D. Pengukuran Dampak Efisiensi dan Efektivitas Prioritas Perbaikan terhadap**

## Keuangan dan Sumber Daya

Salah satu upaya rumah sakit dalam menyamakan standar layanan adalah dengan penerapan penggunaan PPK/*clinical pathway* (CP). *Clinical Pathways* (CP) adalah suatu konsep perencanaan pelayanan terpadu yang merangkum setiap langkah yang diberikan kepada pasien berdasarkan standar pelayanan medis dan asuhan keperawatan yang berbasis bukti dengan hasil yang terukur dan dalam jangka waktu tertentu selama di rumah sakit Tujuan penentuan CP adalah untuk lebih mengefisienkan pelayanan medis, dan mengurangi sebanyak mungkin variasi dan tentu berdampak pada pengendalian biaya.

.

## E. Pelaporan dan Analisis 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 (koordinatorr 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 (KNKP) 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.

## F. Penerapan 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 Sasaran V :

- 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.

**Rumah sakit menerapkan proses untuk mengurangi risiko cedera pasien akibat jatuh di rawat jalan**

Risiko jatuh pada pasien rawat jalan berhubungan dengan kondisi pasien, situasi, dan atau lokasi di rumah sakit. Di unit rawat jalan, dilakukan skrining risiko jatuh pada pasien dengan kondisi, diagnosis, situasi dan atau lokasi yang menyebabkan risiko jatuh. Jika hasil skrining menunjukkan pasien berisiko jatuh, maka dilakukan intervensi untuk mengurangi risiko jatuh pada pasien tersebut, skrining yang dilakukan meliputi:

- Kondisi pasien, misalnya pasien geriatri, dizziness, vertigo, gangguan keseimbangan, gangguan berjalan, gangguan penglihatan, penggunaan obat, status kesadaran dan atau kejiwaan yang terganggu.

- Diagnosis misalnya pasien dengan diagnosis penyakit parkinson
- Situasi misalnya pasien yang mendapatkan sedasi atau pasien dengan riwayat tirah baring/perawatan yang lama
- Lokasi misalnya area-area yang berisiko pasien jatuh, yaitu tangga, area yang minim penerangan

Skrining umumnya berupa evaluasi sederhana meliputi pertanyaan dan jawaban yang sederhana. Rumah sakit dapat menentukan bagaimana proses skrining dilakukan, misalnya skrining bisa dilakukan oleh petugas skrining.

#### **Rumah sakit menerapkan proses untuk mengurangi risiko cedera pasien akibat jatuh di rawat inap**

Untuk semua pasien rawat inap, baik dewasa maupun anak harus dilakukan pengkajian risiko jatuh menggunakan metode pengkajian yang sesuai ketentuan Rumah sakit. Di RSUD Dr. Muhammad Zein Painan, pengkajian risiko jatuh menggunakan Skala Morse, dan untuk anak dilakukan dengan pengkajian Skala Humpty Dumpty. Kriteria risiko jatuh dan intervensi yang dilakukan harus didokumentasikan dalam rekam medis pasien. Pasien yang sebelumnya risiko rendah jatuh dapat meningkat risikonya secara mendadak menjadi risiko tinggi jatuh. Perubahan risiko ini dapat diakibatkan namun tidak terbatas pada tindakan pembedahan dan atau anastesi, perubahan mendadak pada kondisi pasien dan penyesuaian obat-obatan yang diberikan sehingga pasien memerlukan pengkajian ulang jatuh selama di rawat inap dan paska pembedahan.

### **G. Evaluasi Kontrak Klinis dan Kontrak Manajemen**

Regulasi kontrak atau perjanjian lainnya antara lain meliputi:

- Penunjukkan penanggung jawab untuk kontak klinis dan kontrak manajemen
- Seleksi kontrak berdasarkan kepatuhan peraturan perundang-undangan yang terkait
- Penetapan kontrak dan dokumen kontraknya
- Dokumen menyebutkan pengalihan tanggung jawab kepada pihak ke-2
- Monitoring mutu kontrak
- Teguran dan pemutusan kontrak, bila mutu pelayanan yang diberikan tidak sesuai dengan kontrak
- Review kontrak untuk perpanjangan

#### **a. Kontrak Klinis**

Kontrak pelayanan klinis atau kontrak klinis adalah perjanjian pelayanan klinis yang diberikan kepada pihak ketiga, misalnya pelayanan laboratorium, pelayanan radiologi dan pemeriksaan diagnostik.. Kontrak klinis juga bisa berhubungan dengan staf profesional kesehatan, misalnya kontrak perawat untuk pelayanan intensif, dokter tamu/dokter paruh waktu, dan lainnya. Kontrak

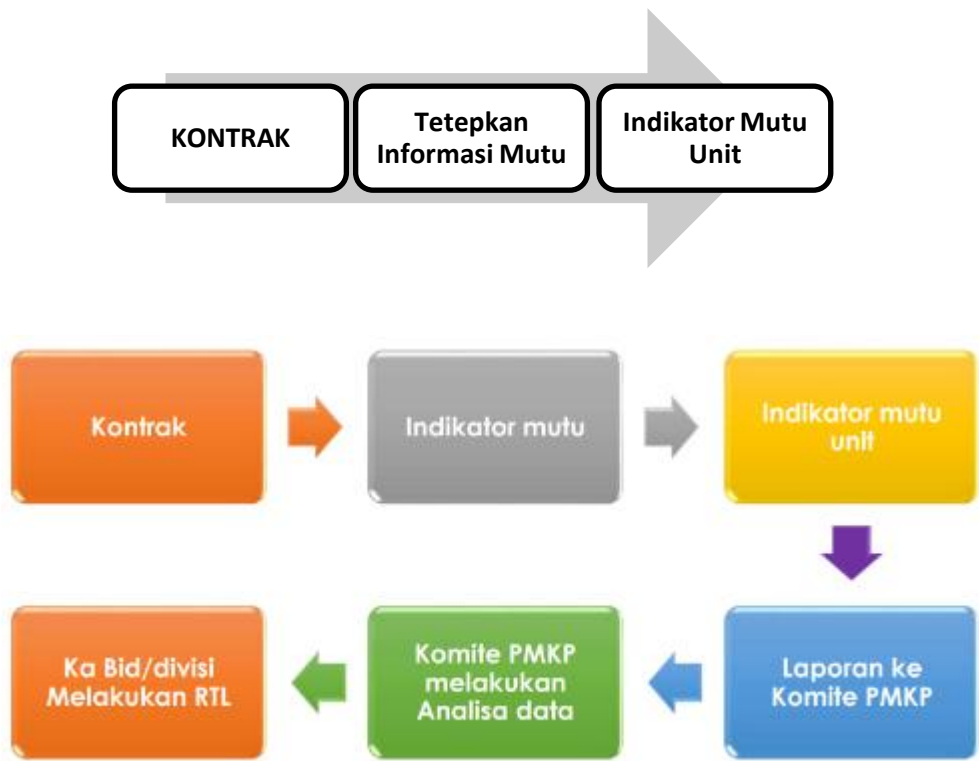
klinis berhubungan dengan pelayanan kesehatan bagi pasien di lingkungan rumah sakit

**b. Kontrak Manajemen**

Kontrak pelayanan manajemen atau kontrak manajemen adalah perjanjian yang menunjang kegiatan rumah sakit dalam memberikan pelayanan kepada pasien. Kontrak manajemen adalah kerjasama dengan pihak ke tiga yang diberi bentuk untuk pengelolaan alat dan atau pelayanan non klinis lainnya.misalnya : layanan kebersihan, keamanan, rumah tangga/tata graha/*house keeping*, makanan, linen, pengolahan limbah, dan lain sebagainya.

**c. Monitoring Pelayanan yang Dikontrakkan**

| Unit Pelayanan | Jenis Pelayanan yang dikontrakkan | Indikator Mutu   | Pengumpul Data | Analisis Data dan Feedback | RTL Hasil Analisis |
|----------------|-----------------------------------|--|----------------|----------------------------|--------------------|
| IPLRS          | <i>Cleaning service</i>           | Kebersihan Ruangn Terhadap Kinerja <i>Cleaning Service</i> di Unit Kerja | IPLRS          | Komite Mutu                | IPLRS              |
| dst            |                                   |  |                |                            |                    |
|                |                                   |  |                |                            |                    |



Gambar 1. Monitoring Pelayanan yang Dikontrakkan

**Regulasi pada Manajemen Kontrak**

- Regulasi tentang kontrak klinis dan kontrak manajemen dalam bentuk Panduang/SPO

- Regulasi tentang perjanjian kerjasama RS dengan staf medis untuk mematuhi peraturan perundang-undangan dan regulasi RS
- Regulasi kredensial/re-kredensial dan evaluasi kinerja profesi staf medis (*medical staff by laws*)
- Regulasi tentang penetapan pelayanan yang akan diberikan oleh dokter praktik mandiri di luar RS dalam bentuk Keputusan Direktur RS
- Regulasi tentang monitoring mutu pelayanan yang dikontrakkan meliputi pemilihan indikator mutu, pengumpulan, analisis dan pelaporan yang tercantum dalam pedoman mutu.

**H. Pelatihan Semua Staf Sesuai Perannya dalam Program PMKP**

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<br>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<br>Standar berfokus pada pasien |

**I. Penyampaian Hasil Pencapaian Indikator Mutu**

Data yang diperoleh dari setiap unit akan dikomunikasikan/disampaikan kepada staf, melalui:

- 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*

## **J. Manajemen Risiko**

- 1) Identifikasi risiko
- 2) Prioritas risiko
- 3) Pelaporan risiko
- 4) Manajemen risiko
- 5) Investigasi kejadian yang tidak diharapkan
- 6) Manajemen terkait tuntutan klaim
- 7) Melakukan RCA terkait adanya insiden
- 8) Melakukan *failure mode and effect analysis* (FMEA)
- 9) Melaksanakan koordinasi dengan Komite Kesehatan dan Keselamatan Kerja Rumah Sakit (K3RS) terkait program manajemen risiko fasilitas dan lingkungan rumah sakit:
  - Mengawasi semua aspek program manajemen risiko meliputi pengembangan rencana dan memberikan rekomendasi untuk ruangan, peralatan, teknologi dan sumber daya
  - Mengawasi pelaksanaan program secara konsisten dan berkesinambungan
  - Merencanakan pendidikan dan pelatihan kompetensi manajemen risiko
  - Menilai ulang (evaluasi) dan merevisi program manajemen risiko fasilitas dan lingkungan secara berkala
  - Mengorganisasi dan mengelola laporan kejadian/insiden, melakukan analisa dan upaya perbaikan
- 10) Melaksanakan koordinasi dengan Komite K3RS dalam menyusun perencanaan pengelolaan risiko fasilitas dan lingkungan yang dapat terjadi pada pasien, keluarga, pengunjung, dan staf berupa program induk manajemen risiko
- 11) Melaksanakan koordinasi dengan Komite K3RS terkait hasil analisis kerentanan terhadap bahaya *Hazard Vulnerability Analysis* (HVA) dan *Pre Contruction Risk Assessment* (PCRA).
- 12) Melaksanakan koordinasi dengan Komite PPI terkait hasil analisis ICRA (Infection Control Risk Assessment) yang dilaksanakan paling sedikit setahun sekali dan strategi untuk menurunkan risiko infeksi

**5. CARA MELAKSANAKAN KEGIATAN**

- a. Direktur beserta jajaran direksi berkoordinasi dengan para kepala bidang dan kepala bagian dalam memilih dan menetapkan prioritas pengukuran mutu pelayanan rumah sakit
- b. Melalui mekanisme rapat koordinasi antar komite dan bagian/ unit
- c. Melakukan supervisi ke unit-unit pelayanan
- d. Melakukan pencatatan dan pelaporan
- e. Melakukan tindak lanjut

## 6. SASARAN

Sasaran program peningkatan mutu dan keselamatan pasien dijelaskan

| No | Kegiatan Pokok                   | Rincian Kegiatan  | Indikator  | Target | Waktu   |
|----|----------------------------------|---|--|--------|---------|
| 1  | Upaya peningkatan mutu pelayanan | a. Melakukan Pengukuran Indikator Nasional Mutu (INM)<br>b. Melakukan pemilihan dan pengukuran mutu unit yang meliputi Mutu Pelayanan Prioritas Rumah Sakit <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pelayanan prioritas rumah sakit</li> <li>• Indikator Area Klinis</li> <li>• Indikator Area Manajerial</li> <li>• Indikator Area Sasaran Keselamatan Pasien</li> <li>• 5 PPK atau alur klinis atau protokol di prioritas pengukuran mutu rumah sakit</li> </ul> | a. Dilakukannya pengukuran Indikator Nasional Mutu (INM)<br>b. Dilakukannya peningkatan mutu pelayanan prioritas rumah sakit <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ditetapkannya pelayanan prioritas rumah sakit</li> <li>• Ditetapkannya dan ditingkatkannya mutu indikator area klinis</li> <li>• Ditetapkannya dan ditingkatkannya Indikator Area Manajerial</li> <li>• Ditetapkannya dan ditingkatkannya mutu Indikator Area Sasaran Keselamatan Pasien</li> <li>• Ditetapkannya 5 PPK atau alur klinis atau protokol di prioritas pengukuran mutu rumah sakit</li> </ul> | 100%   | 1 tahun |

|  |  |   |   |  |  |
|--|--|---|---|--|--|
|  |  | <p>c. Melakukan Pemilihan dan pengukuran mutu unit yang meliputi;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indikator mutu nasional (bila ada)</li> <li>• Indikator mutu prioritas rumah sakit (bila ada)</li> <li>• Indikator mutu prioritas unit</li> <li>• Indikator mutu yang dipersyaratkan BAB STARKES (bila ada)</li> <li>• Indikator mutu pelayanan yang dikontrakkan</li> <li>• Evaluasi kepatuhan Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) terhadap PPK</li> </ul> <p>d. Memfasilitasi pengembangan data mutu berbasis IT</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Melakukan koordinasi dengan Direktur terkait SIMRS untuk</li> </ul> | <p>c. Ditetapkannya pemilihan dan pengukuran mutu unit yang meliputi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indikator mutu nasional (bila ada)</li> <li>• Indikator mutu prioritas rumah sakit (bila ada)</li> <li>• Indikator mutu prioritas unit</li> <li>• Indikator mutu yang dipersyaratkan BAB STARKES (bila ada)</li> <li>• Indikator mutu pelayanan yang dikontrakkan</li> <li>• Evaluasi kepatuhan Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) terhadap PPK</li> </ul> <p>c. Memfasilitasi pengembangan data mutu berbasis IT</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dilakukan koordinasi dengan Direktur terkait SIMRS untuk</li> </ul> |  |  |
|--|--|---|---|--|--|

|   |   |  |   |      |              |
|---|---|--|---|------|--------------|
|   |   | <p>pengembangan sistem IT</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Memfasilitasi pengusulan sarana dan prasarana terkait data mutu untuk setiap unit kerja</li> <li>• Memfasilitasi /membuat / menyusun formulir data mutu yang diperlukan</li> <li>• Memfasilitasi pelaksanaan sosialisasi penggunaan data mutu berbasis IT</li> <li>• Melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan implementasi data mutu berbasis IT di setiap unit kerja</li> </ul> | <p>pengembangan sistem IT</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dilakukannya pengusulan sarana dan prasarana terkait data mutu untuk setiap unit kerja</li> <li>• Dilakukannya penyusunan formulir data mutu yang diperlukan</li> <li>• Dilakukannya pelaksanaan sosialisasi penggunaan data mutu berbasis IT</li> <li>• Dilakukannya monitoring dan evaluasi pelaksanaan implementasi data mutu berbasis IT di setiap unit kerja</li> </ul> |      |              |
| 2 | Peningkatan perbaikan mutu dan mempertahankan perbaikan berkelanjutan | <p>a. Pelaksanaan analisis masalah dengan menggunakan <i>fish bone diagram</i></p> <p>b. Pelaksanaan PDSA untuk peningkatan mutu</p> <p>c. Pelaksana uji coba rencana perbaikan</p>  | <p>a. Dilaksanakannya analisis masalah dengan menggunakan <i>fish bone diagram</i></p> <p>d. Dilaksanakannya Pelaksanaan PDSA untuk peningkatan mutu</p> <p>b. Dilaksanakannya uji coba rencana perbaikan</p>   | 100% | Setiap tahun |

|   |   |   |  |      |              |
|---|---|---|--|------|--------------|
| 3 | Upaya pengurangan varian dalam praktik klinis dengan menerapkan PPK atau algoritme/protokol dan melakukan pengukuran dengan <i>clinical pathway</i> | Melakukan standarisasi proses asuhan klinis<br>a. Pemilihan dan Penetapan 5 Panduan Praktek Klinik (PPK) alur klinis atau protokol yang akan dievaluasi di setiap kelompok staf medis (KSM)<br>b. Pelaksanaan audit medis dan atau audit klinis pada panduan praktik klinis/alur klinis (PPA) | Dilakukannya standarisasi proses asuhan klinis<br>a. Ditetapkannya minimal 5 Panduan Praktek Klinik (PPK) alur klinis atau protokol yang akan dievaluasi di setiap kelompok staf medis<br>b. Dilaksanakannya audit medis dan atau audit klinis pada panduan praktik klinis/ alur klinis prioritas di tingkat rumah sakit | 100% | Setiap tahun |
| 4 | Pengukuran dampak efisiensi dan efektivitas prioritas perbaikan terhadap keuangan dan sumber daya   | Mengukur dampak efisiensi dan efektivitas prioritas perbaikan terhadap keuangan dan sumber daya   | Dilakukannya pengukuran dampak efisiensi dan efektivitas prioritas perbaikan terhadap keuangan dan sumber daya   | 100% | Setiap tahun |
| 5 | Pelaporan analisis Insiden Keselamatan Pasien   | a. Melakukan pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) internal dan eksternal<br>b. Melakukan analisis IKP melalui investigasi sederhana dan <i>Root Cause Analysis</i> (RCA)  | d. Dilakukannya pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) internal dan eksternal<br>a. Dilakukannya analisis IKP melalui investigasi sederhana dan <i>Root Cause Analysis</i> (RCA)   | 100% | Setiap tahun |

|   |   |   |  |      |              |
|---|---|---|--|------|--------------|
|   |   | c. Tindak lanjut dari hasil analisis IKP  | b. Terlaksananya tindak lanjut dari hasil analisis IKP   |      |              |
| 6 | Penerapan Sasaran keselamatan Pasien  | a. Melakukan penerapan dan evaluasi kepatuhan staf terhadap enam sasaran keselamatan pasien<br><br>b. Melakukan pengukuran budaya keselamatan pasien satu kali dalam tahun 2022   | a. Dilakukannya penerapan dan evaluasi kepatuhan staf terhadap enam sasaran keselamatan pasien<br><br>b. Dilakukannya pengukuran budaya keselamatan pasien satu kali dalam tahun 2022  | 100% | Setiap tahun |
| 7 | Pelaksanaan evaluasi kontrak klinis dan kontrak manajemen                                   | Mengevaluasi kontrak klinis dan kontrak manajemen   | Dilakukan evaluasi kontrak klinis dan kontrak manajemen  | 100% | Setiap tahun |
| 8 | Pelaksanaan pendidikan dan pelatihan(diklat) peningkatan mutu dan keselamatan pasien (PMKP) | a. Diklat PMKP untuk Dewan Pengawas<br>b. Diklat PMKP untuk Direktur dan jajaran Manajemen<br>c. Diklat PMKP untuk Komite Medis dan Komite Keperawatan<br>d. Diklat PMKP untuk staf PMKP<br>e. Diklat PMKP untuk Kepala Unit Kerja, Kepala Instalasi, Penanggung Jawab Data dan Pengumpul Data<br>f. Diklat PMKP untuk seluruh staf | a. Terlaksananya Diklat PMKP untuk Dewan Pengawas<br>b. Terlaksananya Diklat PMKP untuk Direktur dan jajaran Manajemen<br>c. Terlaksananya Diklat PMKP untuk Komite Medis dan Komite Keperawatan<br>d. Terlaksananya Diklat PMKP untuk staf PMKP<br>e. Terlaksananya Diklat PMKP untuk | 100% | Setiap tahun |

|    |  |   |   |      |              |
|----|--|---|---|------|--------------|
|    |  |   | Kepala Unit Kerja, Kepala Instalasi, penanggung jawab data dan pengumpul data<br>f. Terlaksananya Diklat PMKP untuk seluruh staf  |      |              |
| 9  | Penyampaian Hasil penerapan Indikator Mutu | Mengkomunikasikan hasil pengukuran mutu eliputi : masalah mutu dan capaian data kepada staf   | Dilakukannya komunikasi hasil pengukuran mutu eliputi : masalah mutu dan capaian data kepada staf   | 100% | Setiap tahun |
| 10 | Manajemen Risiko                           | a. Melakukan identifikasi risiko<br>b. Menetapkan prioritas risiko.<br>c. Pelaporan risiko<br>d. Melakukan manajemen risiko<br>e. Melakukan investigasi kejadian yang tidak diharapkan<br>f. Manajemen terkait tuntutan klaim<br>g. Melakukan <i>Failure Mode And Effect Analysis</i> (FMEA) minimal satu dalam tahun 2022<br>h. Melaksanakan koordinasi dengan Komite Kesehatan dan Keselamatan Kerja Rumah Sakit (K3RS) terkait | a. Teridentifikasinya risiko<br>b. Ditetapkannya prioritas risiko.<br>c. pelaporan risiko<br>d. Terlaksananya manajemen risiko<br>e. Dilakukannya investigasi kejadian yang tidak diharapkan<br>f. Terlaksananya manajemen terkait tuntutan klaim<br>g. Dilakukannya <i>Failure Mode And Effect Analysis</i> (FMEA) minimal satu dalam tahun 2022<br>h. Dilakukannya koordinasi dengan Komite Kesehatan dan | 100% | Setiap tahun |



|  |  |  |   |  |  |
|--|--|--|---|--|--|
|  |  | <p>program manajemen risiko fasilitas dan lingkungan rumah sakit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengawasi semua aspek program manajemen risiko meliputi pengembangan rencana dan memberikan rekomendasi untuk ruangan, peralatan, teknologi dan sumber daya</li> <li>• Mengawasi pelaksanaan program secara konsisten dan berkesinambungan</li> <li>• Merencanakan pendidikan dan pelatihan kompetensi manajemen risiko</li> <li>• Menilai ulang (evaluasi) dan merevisi program manajemen risiko fasilitas dan lingkungan secara berkala</li> <li>• Mengorganisasi dan mengelola laporan kejadian/insiden, melakukan analisa dan upaya perbaikan</li> </ul> | <p>Keselamatan Kerja Rumah Sakit (K3RS) terkait program manajemen risiko fasilitas dan lingkungan rumah sakit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Terlaksananya koordinasi dengan Komite K3RS dalam mengawasi semua aspek program manajemen risiko meliputi pengembangan rencana dan memberikan rekomendasi untuk ruangan, peralatan, teknologi dan sumber daya</li> <li>• Terlaksananya koordinasi dengan Komite K3RS dalam mengawasi pelaksanaan program secara konsisten dan berkesinambungan</li> <li>• Terlaksananya koordinasi dengan Komite K3RS dalam perencanaan pendidikan dan pelatihan kompetensi</li> </ul> |  |  |
|--|--|--|---|--|--|

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  | <p>i. Melaksanakan koordinasi dengan Komite K3RS dalam menyusun perencanaan pengelolaan risiko fasilitas dan lingkungan yang dapat terjadi pada pasien, keluarga, pengunjung, dan staf berupa program induk manajemen risiko</p> | <p>manajemen risiko</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Terlaksananya koordinasi dengan Komite K3RS pengawasan penilaian ulang (evaluasi) dan merevisi program manajemen risiko fasilitas dan lingkungan secara berkala</li> <li>• Terlaksananya koordinasi dengan Komite K3RS pengawasan pengorganisasian dan pengelolaan laporan kejadian/insiden, melakukan analisa dan upaya perbaikan</li> </ul> <p>i. Terlaksananya koordinasi dengan Komite K3RS dalam menyusun perencanaan pengelolaan risiko fasilitas dan lingkungan yang dapat terjadi pada pasien, keluarga, pengunjung, dan staf</p> |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  | <p>j. Melaksanakan koordinasi dengan Komite K3RS terkait hasil analisis kerentanan terhadap bahaya <i>Hazard Vulnerability Analysis</i> (HVA) dan <i>Pre Contruction Risk Assessment</i> (PCRA)</p> <p>k. Melaksanakan koordinasi dengan Komite PPI terkait hasil analisis ICRA (Infection Control Risk Assessment) yang dilaksanakan paling sedikit setahun sekali dan strategi untuk menurunkan risiko infeksi</p> | <p>berua program induk manajemen risiko</p> <p>j. Terlaksananya koordinasi dengan Komite K3RS terkait hasil analisis kerentanan terhadap bahaya <i>Hazard Vulnerability Analysis</i> (HVA) dan <i>Pre Contruction Risk Assessment</i> (PCRA)</p> <p>k. Terlaksananya koordinasi dengan Komite K3RS terkait koordinasi dengan Komite PPI terkait hasil analisis ICRA (Infection Control Risk Assessment) yang dilaksanakan paling sedikit setahun sekali dan strategi untuk menurunkan risiko infeksi</p> |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

## 7. JADWAL PELAKSANAAN KEGIATAN

| NO | KEGIATAN   | JAN | FEB | MAR | APR | MEI | JUNI | JULI | AGUS | SEP | OKT | NOV | DES |
|----|--|-----|-----|-----|-----|-----|------|------|------|-----|-----|-----|-----|
| 1  | <b>Pengukuran mutu indikator</b>   |     |     |     |     |     |      |      |      |     |     |     |     |
|    | a. Melakukan Pengukuran Indikator Nasional Mutu (INM)  |     |     |     |     |     |      |      |      |     |     |     |     |
|    | b. Melakukan pemilihan dan pengukuran mutu unit yang meliputi Mutu Pelayanan Prioritas Rumah Sakit |     |     |     |     |     |      |      |      |     |     |     |     |
|    | c. Melakukan Pemilihan dan pengukuran mutu unit yang meliputi;                                     |     |     |     |     |     |      |      |      |     |     |     |     |
|    | d. Memfasilitasi pengembangan data mutu berbasis IT  |     |     |     |     |     |      |      |      |     |     |     |     |
| 2  | <b>Peningkatan perbaikan mutu dan mempertahankan perbaikan berkelanjutan</b>                       |     |     |     |     |     |      |      |      |     |     |     |     |
|    | a. Pelaksanaan analisis masalah dengan menggunakan <i>fish bone diagram</i>                        |     |     |     |     |     |      |      |      |     |     |     |     |
|    | b. Pelaksanaan PDSA untuk peningkatan mutu   |     |     |     |     |     |      |      |      |     |     |     |     |

|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|   | c. Pelaksana uji coba rencana perbaikan  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | <b>Upaya pengurangan varian dalam praktik klinis dengan menerapkan PPK atau algoritme/protokol dan melakukan pengukuran dengan <i>clinical pathway</i></b> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | a. Pemilihan dan Penetapan 5 Panduan Praktek Klinik (PPK) alur klinis atau protokol yang akan dievaluasi di setiap kelompok staf medis (KSM)               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | b. Pelaksanaan audit medis dan atau audit klinis pada panduan praktik klinis/alur klinis (PPA)   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | <b>Pengukuran dampak efisiensi dan efektivitas prioritas perbaikan terhadap keuangan dan sumber daya</b>   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | Mengukur dampak efisiensi dan efektivitas prioritas perbaikan terhadap keuangan dan sumber daya  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|   |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 5 | <b>Pelaporan Analisis Insiden Keselamatan Pasien (IKP)</b>                                   |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | a. Melakukan pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) internal dan eksternal               |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | b. Melakukan analisis IKP melalui investigasi sederhana dan <i>Root Cause Analysis</i> (RCA) | Tentatif |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | c. Tindak lanjut dari hasil analisis IKP   | Tentatif |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | <b>Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien</b>  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | a. Melakukan penerapan dan evaluasi kepatuhan staf terhadap enam sasaran keselamatan pasien  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | b. Melakukan pengukuran budaya keselamatan pasien satu kali dalam tahun 2022                 |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 | <b>Pelaksanaan evaluasi kontrak klinis dan kontrak manajemen</b>                             |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | Mengevaluasi kontrak klinis dan kontrak manajemen  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 8 | <b>Pelaksanaan pendidikan dan pelatihan (diklat) peningkatan mutu dan keselamatan pasien (PMKP)</b> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | 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, Kepala Instalasi, Penanggung Jawab Data dan Pengumpul Data  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | f. Diklat PMKP untuk seluruh staf   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 | <b>Penyampaian hasil penerapan indikator mutu</b>   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | Mengkomunikasikan hasil pengukuran mutu meliputi : masalah mutu dan capaian data kepada staf        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|    |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 10 | <b>Manajemen Risiko</b>   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|    | a. Melakukan identifikasi risiko  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|    | b. Menetapkan prioritas risiko.   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|    | c. Pelaporan risiko   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|    | d. Melakukan manajemen risiko   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|    | e. Melakukan investigasi kejadian yang tidak diharapkan   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|    | f. Manajemen terkait tuntutan klaim   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|    | g. Melakukan <i>Failure Mode And Effect Analysis</i> (FMEA) minimal satu dalam tahun 2022   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|    | h. Melaksanakan koordinasi dengan Komite Kesehatan dan Keselamatan Kerja Rumah Sakit (K3RS) terkait program manajemen risiko fasilitas dan lingkungan rumah sakit |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|    | i. Melaksanakan koordinasi dengan Komite K3RS dalam menyusun perencanaan pengelolaan risiko fasilitas dan lingkungan yang dapat terjadi pada pasien, keluarga,    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |



|  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  | pengunjung, dan staf berua<br>program induk manajemen risiko  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | j. Melaksanakan koordinasi dengan<br>Komite K3RS terkait hasil analisis<br>kerentanan terhadap bahaya<br><i>Hazard Vulnerability Analysis</i> (HVA)<br>dan <i>Pre Contruction Risk<br/>Assessment</i> (PCRA)                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | k. Melaksanakan koordinasi dengan<br>Komite PPI terkait hasil analisis<br>ICRA (Infection Control Risk<br>Assessment) yang dilaksanakan<br>paling sedikit setahun sekali dan<br>strategi untuk menurunkan risiko<br>infeksi |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

## **8. EVALUASI PELAKSANAAN KEGIATAN DAN PELAPORANNYA**

Hasil kemajuan program yang telah dicapai, dikomunikasikan kepada semua staf secara berkala melalui cara efektif, seperti rapat direksi, rapat pejabat struktural/fungsional, rapat instalasi, dan rapat lainnya serta dengan cara menyebarkan hasil PMKP ke seluruh satuan kerja yang dapat ditempelkan di papan pengumuman masing-masing ruangan. Direktur, Komite Medis, Kepala Bidang Pelayanan Medis, Komite Keperawatan, Kasie Keperawatan, Komite Mutu, dan Ketua Kelompok Staf Medik RSUD Dr Muhammad Zein Painan memantau proses dalam menerapkan panduan praktik klinik, *clinical pathway* pada area prioritas yang telah dipilih.

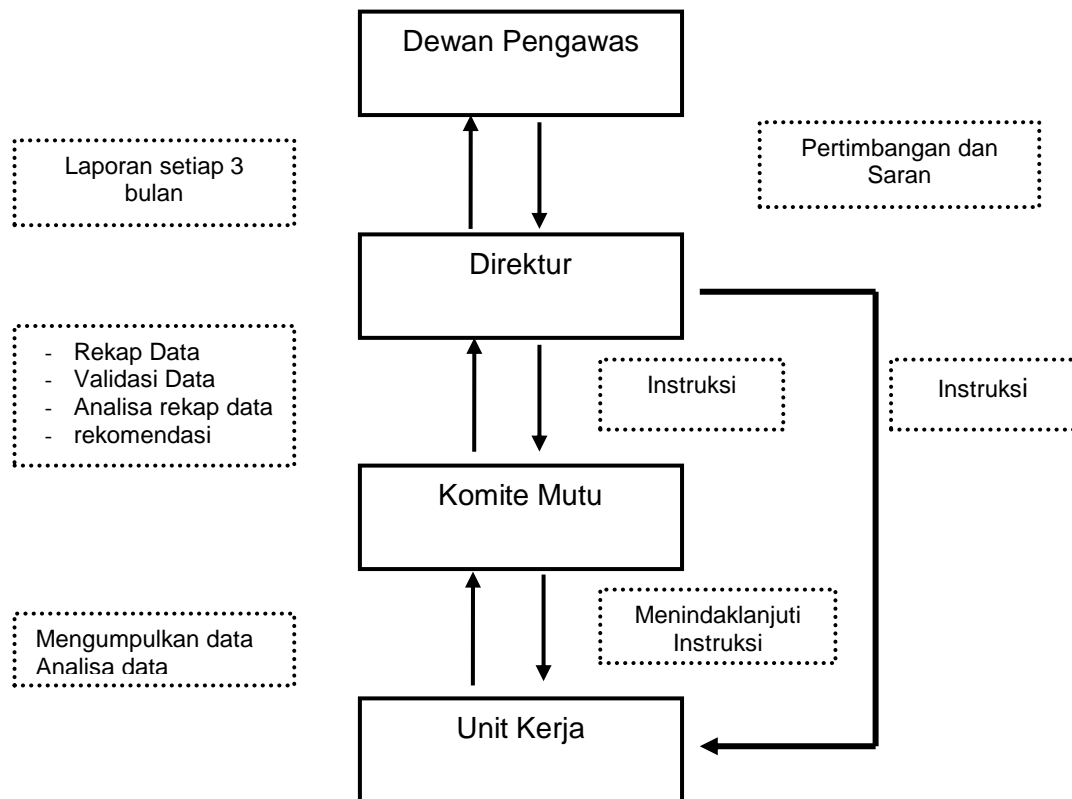
Data upaya peningkatan mutu masing-masing satuan kerja dievaluasi oleh direktorat terkait sedangkan untuk data-data khusus terkait upaya peningkatan mutu dilakukan evaluasi oleh satuan kerja yang berkepentingan dengan kegiatan tersebut.

Evaluasi pelaksanaan kegiatan dilakukan setiap bulannya. Pelaporan akan dilakukan setiap triwulan atas laporan bulanan untuk setiap indikator. Isi laporan akan dilengkapi dengan analisis atas capaian yang ada untuk masing-masing satuan kerja. Pelaporan akhir akan dibuat dalam bentuk laporan tahunan. Laporan Komite Mutu akan disampaikan ke Direktur setiap bulannya, sedangkan laporan ke Dewan Pengawas akan disampaikan per triwulan.

## **9. PENCATATAN, PELAPORAN DAN EVALUASI KEGIATAN**

Pencatatan kegiatan didokumentasikan dalam bentuk rekapan indikator, disajikan dalam bentuk frekuensi dan persentase atau dalam bentuk *chart*. Pencatatan dilengkapi dengan analisis dengan membandingkan secara internal atau membandingkan dengan rumah sakit lain atau membandingkan dengan standar atau membandingkan dengan praktek-praktek yang ada.

Pelaporan dibuat oleh Komite Mutu setiap bulan ditujukan kepada Direktur untuk mendapatkan tindak lanjut. Pelaporan selanjutnya disampaikan kepada dewan pengawas RSUD Dr Muhammad Painan setiap triwulan.



Gambar 2. Alur pelaporan PMKP

#### Alur Pelaporan PMKP

- a. Unit kerja melakukan pengumpulan data, validasi data dan analisa data. Data dilaporkan ke Komite Mutu setiap bulannya paling lambat tanggal 5 bulan berikutnya. Jika terdapat daa insiden keselamatan pasien (IKP) maka alur pelaporan IKP juga berlaku untuk setiap insiden'
- b. Komite Mutu akan melakukan rekapitulasi data dari unit kerja dan memvalidasi data-data yang membutuhkan validasi oleh Komite Mutu. Hasil rekapan data akan dianalisis dan dilengkapi dengan penyebab terjadinya trend data dan rekomendasi, hasil analisis ini dilaporkan kepada Direktur setiap Triwulan;
- c. Direktur akan memberikan laporan Kepada Dewan Pengawas meliputi;
  - Laporan capaian indikator mutu dan analisisnya setiap tiga bulan
  - Laporan kejadian tidak diharapkan (KTD) setiap enam bulan
  - Laporan kejadian sentinel setiap ada kejadian, dan laporan ulang setelah kejadian sentinel. Selesai dilakukan analisis dengan menggunakan metode *Root Cause Analysis* (RCA)
- d. Dewan pengawas akan memberikan pertimbangan dan saran bagi rumah sakit berdasarkan laporan yang telah diterima dari Direktur'
- e. Berdasarkan hasil pertimbangan dan saran dari Dewan Pengawas, Direktur akan memeberikan instruksi kepada Komite Mutu dan unit terkait.

Evaluasi secara menyeluruh akan dilakukan setiap bulannya, dengan cara membandingkan jadwal yang direncanakan dengan pelaksanaan yang telah dilakukan. Jika terjadi ketidaksesuaian, maka jadwal dapat disusun ulang sebagai cara pemenuhan program.

## **10. PENUTUP**

Upaya pengendalian mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit tidak bisa diwujudkan hanya dengan upaya peningkatan kualitas layanan saja, tetapi juga dibutuhkan upaya peningkatan sistem dan pemikiran yang holistik. Upaya peningkatan mutu pelayanan dilakukan di seluruh unit pelayanan, baik pada pelayanan medik, penunjang medik, maupun pelayanan administrasi dan manajemen. Salah satu indikator untuk menilai kualitas pelayanan adalah dengan hasil capaian indikator mutu sesuai dengan standar atau target yang telah ditetapkan. Dengan meningkatnya capaian nilai indikator mutu, diharapkan kualitas mutu pelayanan yang diberikan juga meningkat.