

**PROGRAM DAN KEGIATAN
PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN (PMKP)
RSUD BAYU ASIH KABUPATEN PURWAKARTA
TAHUN 2022**

NO	PROGRAM DAN KEGIATAN
A.	Upaya Peningkatan Mutu
1.	Pengukuran Indikator Nasional Mutu (INM), Indikator Mutu Rumah Sakit (IM-RS) Dan Indikator Mutu Unit (IM Unit) : a. Redesign Prioritas Area Dan Kegiatan Yang Akan Distandarisasi
2.	Monitoring Pelaksanaan Pengukuran Indikator Nasional Mutu (INM), Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit (IMP-RS) Dan Indikator Mutu Prioritas Unit (IMP Unit) : a. Pengumpulan Dan Analisa Capaian Indikator Nasional Mutu (INM), Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit (IMP-RS) Dan Indikator Mutu Prioritas Unit (IMP Unit) b. Melakukan Integrasi Pengukuran Mutu Kedalam Sebuah Sitem Yang Berbasis IT c. Supervisi Yang Dilakukan Oleh Pimpinan Dan Komite Mutu d. Pelaporan Capaian Indikator Mutu Unit Yang Dilaporkan Secara Berkala e. Melakukan Evaluasi Capaian Indikator Mutu Untuk Mengukur Dampak Efisiensi Dan Efektivitas Prioritas Perbaikan Terhadap Keuangan Dan Sumber Daya Manusia
3.	Mengurangi Varian Dalam Praktek Klinis Dengan Menerapkan PPK/Algoritma/Protokol Dan Melakukan Pengukuran Dengan Clinical Pathway : a. Pemilihan Dan Penetapan Serta Pengukuran Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway (CP) Yang Akan Diukur b. Melakukan Audit Klinis Atau Audit Medis
4.	Melakukan Koordinasi Semua Komponen Dari Kegiatan Pengukuran Mutu : a. Pertemuan Rutin Dengan Direktur Dan Dewas b. Pertemuan Rutin Dengan Seluruh Ka Instalsi Dan Ka Unit
5.	Pendidikan Dan Pelatihan PMKP : a. Diklat PMKP Untuk Anggota Komite Mutu b. Diklat PMKP Untuk Para Pimpinan Rumah Sakit

	c. Diklat PMKP Untuk Para PIC Unit, Validator Dan Pengumpul Data
6.	Evaluasi Kontrak Klinis Dan Kontrak Manajemen :
	a. Menetapkan Data Mutu Yang Harus Dilaporkan Oleh Penyedia Kontrak Yang Termasuk Pada Kontrak Klinis Maupun Kontrak Manajemen Kepada Rumah Saki
	b. Melakukan Rekap Penilaian Kinerja Kontrak Klinis Dan Kontrak Manajemen
B.	Manajemen Risiko
1.	Menyusun Program Kerja Manajemen Risiko Setiap Tahun
2.	Membuat Daftar Risiko Dan Profil Risiko Di Tingkat RS Yang Berasal Dari Seluruh Unit
4.	Melakukan Pemantauan Dan Pelaporan Manajemen Risiko Dengan Supervisi Menggunakan Ceklist Pemantauan Meliputi Hasil Pemantauan Dan Dilaporkan Kepada Direktur Dan Representatif Pemilik (DEWAS)
5.	Melakukan Analisa Failure Mode Effect Analysis (FMEA)
6.	Melakukan Koordinasi Pelaksanaan Infection Control Risk Assessment (ICRA) Dan Hazard Vulnerability Analysis (HVA)
7.	Surveilans Insiden Infeksi Rumah Sakit Dan Upaya-Upaya Perbaikannya
C.	Keselamatan Pasien Rumah Sakit
1.	Membuat Sistem Pelaporan Dan Pembelajaran Keselamatan Pasien Rumah Sakit (SP2KPRS) Yang Selanjutnya Ditetapkan Oleh Direktur
2.	Melakukan Pelaporan Dan Analisis Mendalam Terhadap Insiden Keselamatan Pasien Yang Ada Di Rumah Sakit
3.	Melakukan Kegiatan Root Causes Analysis (RCA) Dan Investigasi Sederhana
4.	Melakukan Tindakan Perbaikan Korektif Serta Memantau Efektifitasnya Utntuk Mencegah Atau Mengurangi Berulangnya Kejadian Sentinel
5.	Melakukan Pengukuran Dan Evaluasi Budaya Keselamatan Pasien Meliputi :
	a. Survei Budaya Keselamatan Pada Seluruh Staf RS
	b. Menganalisa Hasil Survei Budaya Keselamatan Dan Dibuatkan Laporan Hasil Survei Budaya Keselamatan Pasien
	c. Menyusun Program Peningkatan Budaya Keselamatan Di Rumah Sakit

LAPORAN HASIL KEGIATAN
PROGRAM PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN (PMKP)
RSUD BAYU ASIH KABUPATEN PURWAKARTA
TRIWULAN TERAKHIR (BULAN AGUSTUS 2022 S.D OKTOBER 2022)

NO	PROGRAM DAN KEGIATAN	CAPAIAN S.D OKTOBER 2022
A.	Upaya Peningkatan Mutu	
1	Redesign Prioritas Area Dan Kegiatan Yang Akan Distandarisasi	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Telah ditetapkan indicator mutu yang harus di penuhi yaitu INM,IMP-RS dan IMP-unit ▪ Telah ditetapkan Indikator mutu Prioritas rumah sakit yaitu prioritas area klinis, prioritas sesuai renstra RS, priortias berfokus pada perbaikan system dan priritas berdasarkan manajemen risiko. Untuk infikator area klinis prioritas yang akan distandarisasi yaitu area pelayanan Maternal Perinatal dengan focus pada Waktu Tunggu Operasi Sectio Caesaria (SC) Emergensi yang tempat pelayanannya di IGD, Kamar Bersalin dan Kamar Operasi ▪ Telah ditetapkan indicator mutu prioritas unit di setiap unit/instalasi
2	Pengumpulan Dan Analisa Capaian Indikator Nasional Mutu (INM), Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit (IMP-RS) Dan Indikator Mutu Prioritas Unit (IMP Unit)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Telah diperoleh data capaian INM, IMP Rumah Sakit dan IMP unit ▪ Data pengukuran capaian INM, IMP RS dan IMP Unit secara detail dan lengkap terdapat dalam laporan Program PMKP
3	Melakukan Integrasi Pengukuran Mutu Kedalam Sebuah Sitem Yang Berbasis IT	<p>Telah dilakukan integrasi data hasil pengukuran mutu kedalam Sistem Aplikasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. INM kedalam aplikasi pelaporan mutu nasional melalui website Kemnekes : www.mutufasyankes.kemkes.go.id b. IMP RS kedalam aplikasi SIMPEDAK (www.rs.simpedak.com) c. IMP Unit kedalam aplikasi SIMPEDAK (www.simpedak.com)

4	Supervisi Yang Dilakukan Oleh Pimpinan Dan Komite Mutu	<p>Telah dilakukan supervisi secara rutin ke setiap unit oleh :</p> <ol style="list-style-type: none"> Wadir Pelayanan Wadir Umum dan Keuangan Kepala Bidang Medis Kepala Bidang Keperawatan Kepala Bidang Penunjang Kepala Bagian Umum Hukum Kepala Bagian Program Perencanaan dan Pelaporan Kepala Bagian Keuangan Komite Mutu Rumah Sakit
5	Pelaporan Capaian Indikator Mutu Unit Yang Dilaporkan Secara Berkala	Telah dilakukan pelaporan secara rutin Indikator Mutu Unit kedalam aplikasi SIMPEDAK (www.simpedak.com)
6	Melakukan Evaluasi Capaian Indikator Mutu Untuk Mengukur Dampak Efisiensi Dan Efektivitas Prioritas Perbaikan Terhadap Keuangan Dan Sumber Daya Manusia	Telah dilakukan kajian dampak keluaran (output) dan hasil (outcome) terhadap manfaat (benefit) dari perspektif efisiensi dan efektivitas pada aspek keuangan dan tata kelola Sumber Daya Manusia (SDM)
7	Pemilihan Dan Penetapan Serta Pengukuran Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway (CP) Yang Akan Diukur	<ul style="list-style-type: none"> Telah dipilih 4 masalah kesehatan sebagai diagnosa yang selaras dengan Program Nasional yaitu penyakit Hipertensi, DM Tipe II, TBC Paru dan HIV-AIDS Satu penyakit yang menjadi permasalahan Program Nasional yaitu keganasan tidak dipilih karena RSUD Bayu Asih Purwakarta sampai dengan bulan Oktober 2022 belum bisa melayani penyakit kasus keganasan Telah disusun dan ditetapkan 4 Clinical Pathway (CP) yang selaras dengan Program Nasional yaitu : CP Hipertensi, CM DM Tipe II, CP TBC Paru dan CP HIV-AIDS

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Telah dilakukan pengukuran kepatuhan terhadap CP Hipertensi, CM DM TipeII, CP TBC Paru dan CP HIV-AIDS oleh semua Profesional Pemberi Asuhan (PPA) ▪ Hasil pengukuran kepatuhan terhadap CP Hipertensi, CM DM TipeII, CP TBC Paru dan CP HIV-AIDS secara lengkap terdapat pada laporan program PMKP
8	Melakukan Audit Klinis Atau Audit Medis	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Telah dilakukan Audit Medis oleh Sub Komite Mutu Komite Medis ▪ Audit Klinis dengan melibatkan seluruh profesi selain dokter BELUM pernah dilakukan karena belum ada laporan terjadi insiden yang memerlukan audit klinis
9	Pertemuan Rutin Kegiatan Pengukurn Mutu Dengan Direktur Dan DEWAS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Telah dilakukan pertemuan secara rutin antara Komite Mutu dengan Direktur setiap 1 bulan sekali ▪ Telah dilakukan pertemuan secara rutin antara Komite Mutu dengan Direktur dan Dewan Pengawas setiap 3 bulan sekali
10	Pertemuan Rutin Kegiatan Pengukurn Mutu Dengan Seluruh Ka Instalsi Dan Ka Unit	Telah dilakukan pertemuan secara rutin antara Komite Mutu dengan para Kepala Instalasi, Kepala Unit dan Sub Koordinator Hukum dan Humas
11	Pendidikan Dan Pelatihan Program PMKP Untuk Anggota Komite Mutu	Telah dilakukan pelatihan Program PMKP kepada seluruh anggota Komite Mutu RS
12	Pendidikan Dan Pelatihan Program PMKP Untuk Para Pimpinan Rumah Sakit	Telah dilakukan pelatihan Program PMKP kepada seluruh Pimpinan Rumah Sakit
13	Pendidikan Dan Pelatihan Program PMKP Untuk Para PIC Unit, Validator Dan Pengumpul Data	Telah dilakukan pelatihan Program PMKP kepada para PIC Mutu Unit, Validator dan Pengumpul Data

14	Menetapkan Data Mutu Yang Harus Dilaporkan Oleh Penyedia Kontrak Yang Termasuk Pada Kontrak Klinis Maupun Kontrak Manajemen Kepada Rumah Saki	<ul style="list-style-type: none"> Telah dilakukan pertemuan kepada pihak ketiga penyedia kontrak klinis dan kontrak manajemen yaitu : <ol style="list-style-type: none"> 1. Penyedia Layanan Gizi; 2. Penyedia Layanan Hemodialisa; 3. Penyedia Layanan Parkir; 4. Penyedia Layanan Kebersihan; 5. Jejaring layanan laboratorium. Telah dilakukan sosialisasi dan kesepakatan pemilihan data mutu yang harus dilaporkan oleh masing-masing pihak ketiga penyedia kontrak klinis dan kontrak manajemen Telah memperoleh data hasil pengukuran capaian mutu dari masing-masing pihak ketiga penyedia kontrak klinis dan kontrak manajemen Data hasil capaian mutu dari masing-masing pihak ketiga penyedia kontrak klinis dan kontrak manajemen selengkapnya terdapat dalam laporan Program PMKP
15	Melakukan Rekap Penilaian Kinerja Kontrak Klinis Dan Kontrak Manajemen	Telah dilakukan rekap penilaian kinerja pihak ketiga penyedia kontrak klinis dan kontrak manajemen berdasarkan hasil capaian mutu yang telah ditetapkan dan dilaporkan
B. Manajemen Risiko		
1	Menyusun Program Kerja Manajemen Risiko Setiap Tahun	<ul style="list-style-type: none"> Telah disusun Program Kerja Manajemen Risiko Tahun 2022 Program Kerja Manajemen Risiko RSUD Bayu Asih Purwakarta terdapat dalam dokumen tersendiri
2	Membuat Daftar Risiko Dan Profil Risiko Di Tingkat RS Yang Berasal Dari Seluruh Unit	<ul style="list-style-type: none"> Telah diperoleh daftar Risiko dalam bentuk Risk Register RSUD Bayu Asih Purwakarta yang bersumber dari daftar Risiko seluruh unit di rumah sakit

		<ul style="list-style-type: none"> Telah disusun profil Risiko terhadap masing-masing Risiko yang ditetapkan oleh rumah sakit Daftar Risiko (Risk Register) RSUD Bayu Asih Purwakarta beserta profil Risiko masing-masing terdapat dalam dokumen tersendiri yang menjadi bagian dari dokumen laporan Program PMKP
3	Melakukan Pemantauan Dan Pelaporan Manajemen Risiko Dengan Supervise Menggunakan Ceklist Pemantauan Meliputi Hasil Pemantauan Dan Dilaporkan Kepada Direktur Dan Representatif Pemilik (DEWAS)	<ul style="list-style-type: none"> Telah dilakukan pemantauan Risiko melalui daftar tilik setiap Risiko Daftar tilik hasil pemantauan setiap Risiko secara lengkap terdapat dalam dokumen terpisah yang menjadi bagian dari pelaporan Program PMKP Daftar tilik hasil pemantauan setiap Risiko telah dilaporkan kepada Direktur dan Dewan Pengawas (DEWAS)
4	Melakukan Analisa Failure Mode Effect Analysis (FMEA)	Telah dilakukan kajian FMEA terhadap sebuah sistem pelayanan yaitu Sistem Penjadwalan Operasi di Instalasi Bedah Sentral (IBS)
5	Melakukan Koordinasi Pelaksanaan Infection Control Risk Assessment (ICRA) Dan Hazard Vulnerability Analysis (HVA)	Telah dilakukan koordinasi dengan Komite PPI Rumah Sakit terkait Infection Control Risk Assessment (ICRA) Dan Hazard Vulnerability Analysis (HVA)
6	Surveilans Insiden Infeksi Rumah Sakit Dan Upaya-Upaya Perbaikannya	<ul style="list-style-type: none"> Telah dilakukan Surveilans Insiden Infeksi Rumah Sakit Dokumen hasil Surveilans Insiden Infeksi Rumah Sakit terdapat dalam laporan tersendiri yang menjadi bagian dari pelaporan Program PMKP Telah dilakukan kajian dan diskusi terkait upaya-upaya perbaikan berdasarkan data Surveilans Insiden Infeksi Rumah Sakit
C. Keselamatan Pasien Rumah Sakit		
1	Membuat Sistem Pelaporan Dan Pembelajaran Keselamatan Pasien Rumah Sakit (SP2KPRS) Yang Selanjutnya Ditetapkan Oleh Direktur	Telah dibuat dan ditetapkan oleh direktur sebuah sistem manajemen keselamatan pasien yaitu Sistem Pelaporan Dan Pembelajaran Keselamatan Pasien Rumah Sakit (SP2KPRS)

2	Melakukan Pelaporan Dan Analisis Mendalam Terhadap Insiden Keselamatan Pasien Yang Ada Di Rumah Sakit	<ul style="list-style-type: none"> Telah dilakukan pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) secara nasional kepada Komite Keselamatan Pasien Nasional Kementerian Kesehatan melalui aplikasi website www.mutufasyankes.go.id Telah dilakukan pelaporan Insiden Internal Rumah sakit melalui link google form https://bit.ly/laporanIKPRsba
3	Melakukan Kegiatan Root Causes Analysis (RCA) Dan Investigasi Sederhana	<ul style="list-style-type: none"> Root Causes Analysis (RCA) BELUM pernah dilakukan karena belum ada laporan adanya kejadian Sentinel di RSUD Bayu Asih Insvetigasi Sederhana telah dilakukan terhadap 3 insiden non Sentinel yaitu KTD, KNC dan KPC
4	Melakukan Tindakan Perbaikan Korektif Serta Memantau Efektifitasnya Untuk Mencegah Atau Mengurangi Berulangnya Kejadian Sentinel	<ul style="list-style-type: none"> Upaya tindakan perbaikan korektif untuk kejadian Sentinel BELUM pernah dilakukan karena tidak ada insiden yang masuk kategori Sentinel Upaya tindakan perbaikan korektif untuk 3 insiden non Sentinel yaitu KTD, KNC dan KPC telah dilakukan
5	Melakukan Survei Budaya Keselamatan Pada Seluruh Staf RS	<ul style="list-style-type: none"> Telah dilakukan survei budaya keselamatan terhadap seluruh pegawai rumah sakit melalui Link google form https://bit.ly/surveybudayaRSBA Hasil survei budaya keselamatan terhadap seluruh pegawai rumah sakit terdapat dalam laporan tersendiri yang merupakan bagian dalam laporan program PMKP
6	Menganalisa Hasil Survei Budaya Keselamatan Dan Dibuatkan Laporan Hasil Survei Budaya Keselamatan Pasien	<ul style="list-style-type: none"> Telah dilakukan kajian terhadap hasil survei budaya keselamatan terhadap seluruh pegawai rumah sakit Telah disusun laporan hasil survei budaya keselamatan terhadap seluruh pegawai rumah sakit dan disampaikan kepada Direktur

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Laporan hasil survei budaya keselamatan terhadap seluruh pegawai rumah sakit terdapat dalam dokumen terpisah dan menjadi bagian dari laporan Program PMKP
7	Menyusun Program Peningkatan Budaya Keselamatan Di Rumah Sakit	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Telah disusun Program Peningkatan Budaya Keselamatan Di Rumah Sakit ▪ Program Peningkatan Budaya Keselamatan Di Rumah Sakit terdapat dalam dokumen terpisah dan menjadi bagian dari laporan Program PMKP

Plt. DIREKTUR RSUD BAYU ASIH,



dr. H. DENI DARMAWAN, MARS

Pembina Tk.I/IV.b

NIP 19750913 200604 1 008