

**PEDOMAN
PENINGKATAN MUTU DAN
KESELAMATAN PASIEN (PMKP)
RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH
PEKALONGAN**



**Yayasan Al-Irsyad Al-Islamiyyah
Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan**

2016

SURAT KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN

NOMOR : 0087.1/RSKK/SK/I/2016

TENTANG

**PEMBERLAKUAN PEDOMAN
PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN (PMKP)
RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN**

DIREKTUR RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN

- Menimbang : a. bahwa peningkatan mutu adalah program yang disusun secara objektif dan sistematis dengan pendekatan pendidikan berkelanjutan serta perbaikan proses-proses pemberian pelayanan pasien sesuai kebutuhan pasien dan pihak-pihak yang berkepentingan lainnya;
- b. bahwa keselamatan pasien adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Hal ini termasuk : asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yg berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta, implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko;
- c. bahwa Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan perlu menjawab tantangan dan tuntutan masyarakat terhadap peningkatan pelayanan secara bertahap melalui upaya program peningkatan mutu pelayanan rumah sakit;
- d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam a, b dan c, perlu menetapkan Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan tentang Pemberlakuan Pedoman Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan;

- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran;
2. Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan;
3. Undang-Undang Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 129/MENKES/PER/VII/2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1438/PER/Menkes/IX/2010 tentang Standar Pelayanan Kedokteran;
6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 417/ Menkes/Per/II/2011 tentang Komisi Akreditasi Rumah Sakit;
7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1691/ Menkes/PER/VIII/2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit;
8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 251/ MENKES/SK/VII/2012 tentang Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit;
9. Keputusan Walikota Pekalongan Nomor 445/221 Tahun 2014 tentang Izin Tetap Penyelenggaraan Sarana Kesehatan Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan Kota Pekalongan.
10. Keputusan Yayasan Al-Irsyad Al-Islamiyyah Pekalongan Nomor 117-B/YAI/IV/VI/2015 tentang Penetapan Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan;
11. Keputusan Yayasan Al-Irsyad Al-Islamiyyah Pekalongan Nomor 129/YAI/IV/XII/2015 tentang Perpanjangan Masa Tugas Direktur Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan;
12. Keputusan Direktur Nomor 0063/RSSK/SK/I/2016 tentang Kebijakan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan.

MEMUTUSKAN

- Menetapkan : PEMBERLAKUAN PEDOMAN PENINGKATAN MUTU
DAN KESELAMATAN PASIEN RUMAH SAKIT SITI
KHODIJAH PEKALONGAN
- KESATU : Pedoman Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah
Sakit Siti Khodijah sebagaimana tercantum dalam Lampiran
Surat Keputusan ini;
- KETIGA : Surat Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dengan catatan
apabila di kemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam Surat
Keputusan ini maka akan dilakukan perubahan sebagaimana
mestinya.

Ditetapkan di : PEKALONGAN

Pada Tanggal : 21 Januari 2016

DIREKTUR
RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN

drg. Said Hassan, M.Kes

Tembusan :

1. Manajer Pelayanan
2. Manajer Umum dan Keuangan
3. Komite Medik
4. Semua instalasi/unit/ruangan terkait
5. Arsip

Lampiran I : Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan
tentang Pedoman Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah
Sakit Siti Khodijah Pekalongan
Nomor : 0087.1/RSKK/SK/I/2016
Tanggal : 21 Januari 2016

**PEDOMAN PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN
RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN**

**BAB I
PENDAHULUAN**

Dalam Buku Pedoman Upaya Peningkatan Mutu Pelayanan Rumah Sakit Departemen Kesehatan RI tahun 1994, definisi Upaya Peningkatan Mutu Pelayanan Rumah Sakit adalah :

“Keseluruhan upaya dan kegiatan yang komprehensif dan integratif yang menyangkut struktur, proses dan outcome secara obyektif, sistematis dan berlanjut memantau dan menilai mutu dan kewajaran pelayanan terhadap pasien, menggunakan peluang untuk meningkatkan pelayanan pasien, dan memecahkan masalah – masalah yang terungkap sehingga pelayanan yang diberikan di rumah sakit berdaya guna dan berhasil guna”.

Jika definisi itu diterapkan di rumah sakit, maka dapat dibuat rumusan sebagai berikut: Upaya Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien adalah : kegiatan yang dilakukan untuk meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit dan keselamatan pasien secara terus menerus, melalui pemantauan, analisa dan tindak lanjut adanya penyimpangan dari standar yang ditentukan.

Upaya Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit yang dilaksanakan Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan berorientasi pada Visi, Misi, Tujuan serta nilai – nilai dan Moto rumah sakit yang merupakan bagian dari Renstra rumah sakit, hal ini tertuang dalam program kegiatan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien.

BAB II

LATAR BELAKANG

Tujuan Pembangunan Kesehatan adalah tercapainya kemampuan untuk hidup sehat bagi setiap penduduk agar dapat mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal, sebagai salah satu unsur kesejahteraan umum dari Tujuan Nasional. Untuk itu perlu ditingkatkan upaya guna memperluas dan mendekatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dengan mutu yang baik dan biaya yang terjangkau.

Pelayanan kesehatan yang baik dan bermutu itu sendiri merupakan salah satu kebutuhan dasar yang diperlukan setiap orang, termasuk pelayanan di rumah sakit. Pendekatan mutu yang ada saat ini berorientasi pada kepuasan pelanggan atau pasien. Salah satu faktor kunci sukses pelayanan kesehatan di rumah sakit adalah dengan mengembangkan mutu pelayanan klinis sebagai inti pelayanan (Wijono, 2000).

Selain itu dengan semakin meningkatnya pendidikan dan keadaan sosial ekonomi masyarakat, maka sistem nilai dan orientasi dalam masyarakatpun mulai berubah. Masyarakat mulai cenderung menuntut pelayanan umum yang lebih baik, lebih ramah dan lebih bermutu termasuk pelayanan kesehatan. Dengan semakin meningkatnya tuntutan masyarakat akan mutu pelayanan Rumah Sakit maka fungsi pelayanan Rumah Sakit secara bertahap perlu terus ditingkatkan agar menjadi lebih efektif dan efisien serta memberi kepuasan kepada pasien, keluarga maupun masyarakat.

Agar upaya peningkatan mutu pelayanan RS. Siti Khodijah dapat memenuhi harapan maka perlu disusun Pedoman Upaya Peningkatan Mutu Pelayanan RS. Siti Khodijah. Buku pedoman ini disusun sebagai acuan bagi pengelola rumah sakit dalam melaksanakan upaya peningkatan mutu pelayanan rumah sakit. Dalam buku pedoman ini diuraikan tentang prinsip upaya peningkatan mutu, langkah-langkah pelaksanaannya dan dilengkapi dengan indikator mutu.

LANDASAN & DASAR HUKUM

1. Undang-Undang Nomor 29 tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran
2. Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan
3. Undang-Undang Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit
4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1438/Menkes/PER/IX/2010 tentang Standar Pelayanan Kedokteran
5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1691/Menkes/Per/VIII/2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit
6. Surat Keputusan Menteri Kesehatan No.129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit
7. Panduan Nasional Keselamatan Pasien edisi 2 Tahun 2008
8. Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien edisi 2 Tahun 2008

Pedoman Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP)
Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan

BAB III

TUJUAN

1. Tujuan Umum

Untuk meningkatkan mutu pelayanan dan mengurangi risiko insiden keselamatan pasien di Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk memberikan pemahaman kepada seluruh karyawan RS. Siti Khodijah tentang peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
- b. Untuk meningkatkan mutu pelayanan klinis melalui implementasi *Clinical Pathway*.
- c. Untuk memantau dan menganalisa indikator mutu dengan metode PDSA .
- d. Untuk menumbuhkan budaya keselamatan pasien melalui pelaporan insiden keselamatan pasien dan manajemen resiko.
- e. Untuk memonitor mutu di unit kerja dan kinerja individu.
- f. Untuk menentukan tindak lanjut berdasarkan hasil evaluasi dan monitoring pelaksanaan peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
- g. Sebagai acuan dalam menyusun laporan pelaksanaan peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

BAB IV

PENGERTIAN

1. **Peningkatan mutu dan Keselamatan Pasien** adalah suatu upaya yang dilaksanakan secara berkesinambungan, sistematis, objektif dan terpadu dalam mengidentifikasi 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.
2. **Upaya Peningkatan Mutu Pelayanan Rumah Sakit** adalah Keseluruhan upaya dan kegiatan yang komprehensif dan integratif yang menyangkut struktur, proses dan outcome secara obyektif, sistematis dan berlanjut memantau dan menilai mutu dan kewajaran pelayanan terhadap pasien, menggunakan peluang untuk meningkatkan pelayanan pasien, dan memecahkan masalah – masalah yang terungkap sehingga pelayanan yang diberikan di rumah sakit berdaya guna dan berhasil guna.

Pedoman Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP)
Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan

3. **Keselamatan Pasien** adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman untuk mencegah cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat menjalankan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.
4. **Clinical Pathway (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.
5. **Indikator Mutu** adalah parameter yang dapat diukur, yang mewakili input, proses maupun hasil akhir dari suatu pelayanan dan proses manajerial yang digunakan untuk mengukur mutu dari pelayanan dan proses manajerial tersebut.
6. **Indikator mutu area klinis** adalah cara untuk menilai mutu atau kualitas dari suatu kegiatan dalam hal ini mutu pelayanan di rumah sakit yang berkaitan langsung dengan proses perawatan dan pelayanan terhadap penyakit pasien (kepentingan klinis).
7. **Indikator mutu area manajerial** adalah cara untuk menilai mutu atau kualitas dari suatu kegiatan dalam hal ini mutu pelayanan di rumah sakit yang berkaitan dengan proses me-manage / mengatur dalam hal perencanaan, pengorganisasian, pengkoordinasian, dan pengontrolan sumber daya untuk mencapai sasaran secara efektif dan efisien. Dimana penyelesaian pekerjaan ini melalui orang lain (definisi menurut Mary Parker Follet). Efektif berarti bahwa tujuan dapat dicapai sesuai dengan perencanaan, sementara efisien berarti bahwa tugas yang ada dilaksanakan secara benar, terorganisir, dan sesuai dengan jadwal/ target.
8. **Indikator mutu area sasaran keselamatan pasien** adalah cara untuk menilai mutu atau kualitas dari suatu kegiatan dalam hal ini mutu pelayanan di rumah sakit dalam upaya menurunkan angka kejadian/ insiden di rumah sakit untuk meningkatkan keselamatan pasien.
9. **Indikator mutu area JCI library of measure** adalah cara untuk menilai mutu atau kualitas dari suatu kegiatan dalam hal ini mutu pelayanan di rumah sakit yang berkaitan/berdasar pada ketentuan Joint Commission International Library of Measure. Dalam hal ini indikator harus mencakup 5 (indikator) indikator yaitu angka pemberian aspirin saat kedatangan sampai di rumah sakit pada pasien AMI, Angka Kematian pasien AMI saat rawat inap, angka ulcus dicubit pasien tirah baring stadium dua atau lebih selama perawatan di rumah sakit, angka pasien jatuh di pelayan rumah sakit, angka pasien Jatuh dengan cidera.
10. **Insiden keselamatan pasien** adalah setiap kejadian atau situasi yang dapat mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera pada pasien yang tidak seharusnya terjadi. Insiden keselamatan pasien terdiri dari:

a. Kejadian tidak diharapkan (KTD)

Suatu insiden yang mengakibatkan cedera pada pasien akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil, dan bukan karena penyakit dasarnya atau kondisi pasien. Cedera dapat diakibatkan oleh kesalahan medis atau bukan kesalahan medis.

b. Kejadian nyaris cedera (KNC)

Suatu insiden yang tidak menyebabkan cedera pada pasien akibat melaksanakan suatu tindakan (comission) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (omission), dapat terjadi karena keberuntungan (misalnya pasien menerima suatu obat kontraindikasi tetap tidak timbul reaksi obat), karena “pencegahan” (suatu obat dengan overdosis lethal akan diberikan, tetapi staf lain mengetahui dan membatalkannya sebelum obat diberikan), atau “peringanan” (suatu obat dengan overdosis lethal diberikan, diketahui secara dini lalu diberikan antidotumnya).

c. Sentinel Event

Segala kejadian tidak diharapkan (KTD) yang dapat mengakibatkan :

- 1) Kematian yang tidak diduga dan tidak terkait dengan perjalanan penyakit pasien atau kondisi yang mendasari penyakitnya.
- 2) Kehilangan fungsi yang tidak terkait dengan perjalanan penyakit pasien atau kondisi yang mendasari penyakitnya.
- 3) Salah tempat , salah prosedur , salah pasien bedah.
- 4) Bayi yang diculik atau bayi yang diserahkan kepada orang yang bukan orang tuanya .

d. Kejadian Tidak Cedera (KTC)

Insiden yang sudah terpapar kepada pasien tapi tidak menimbulkan cedera.

e. Kondisi Potensial Cedera (KPC)

Kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera tapi belum terjadi insiden.

11. **Root Cause Analysis (RCA)** adalah suatu metode analisis terstruktur yang mengidentifikasi akar masalah dari suatu insiden, dan proses ini cukup adekuat untuk mencegah terulangnya insiden yang sama.
12. **Resiko** adalah potensi terjadinya kerugian yang dapat timbul dari proses kegiatan saat sekarang atau kejadian di masa datang.
13. **Manajemen Resiko** adalah pendekatan proaktif untuk mengidentifikasikan, mengevaluasi dan memprioritaskan resiko untuk mengurangi resiko cedera dan kerugian pada pasien, karyawan rumah sakit, pengunjung dan organisasi sendiri

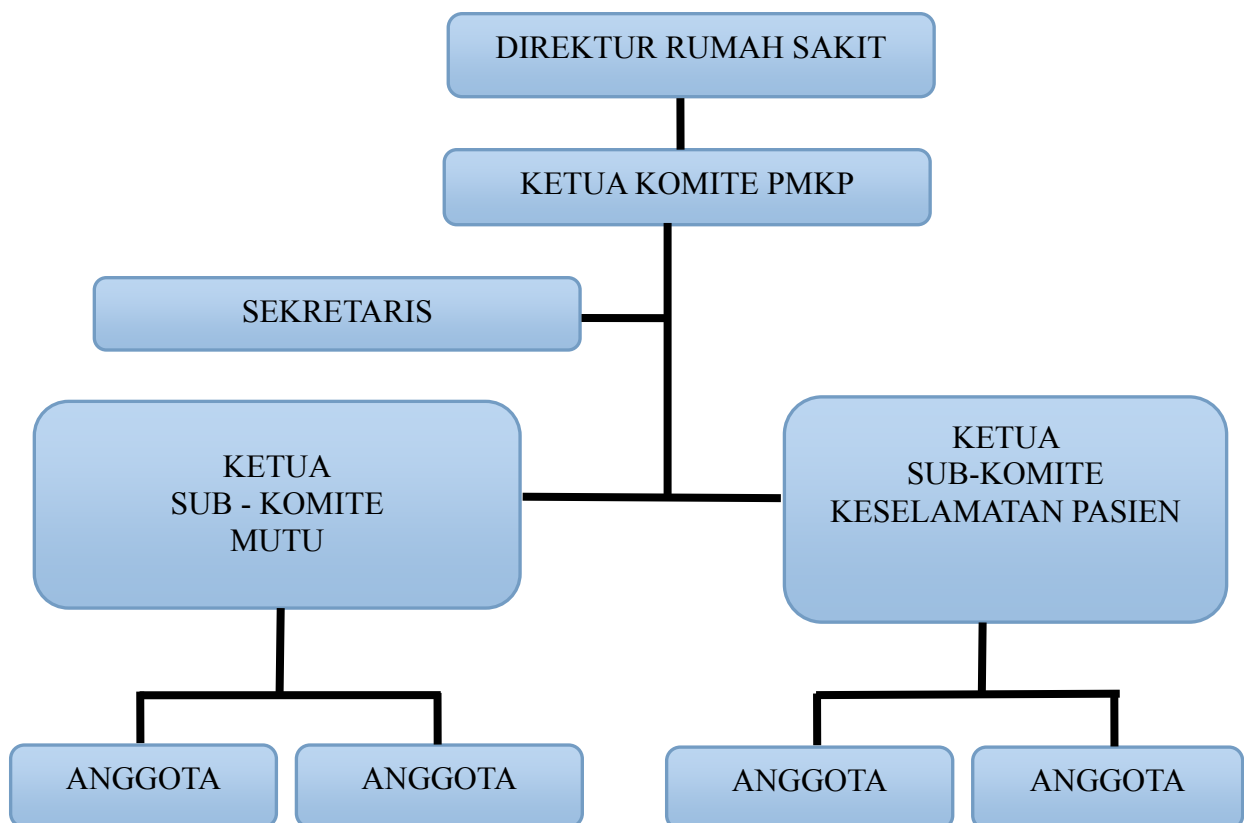
- 14. Failure Mood Effect Aalysis (FMEA)** adalah Metode perbaikan kinerja dengan mengidentifikasi dan mencegah potensi kegagalan sebelum terjadi . Hal tersebut didesain untuk meningkatkan keselamatan pasien, proses pro aktif dimana kesalahan dapat dicegah dan diprediksi ,mengantisipasi kesalahan akan meminimalkan dampak buruk
- 15. Kesalahan Medis (Medical errors)** adalah : Kesalahan yang terjadi dalam proses asuhan medis yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera pada pasien. Kesalahan termasuk gagal melaksanakan sepenuhnya suatu rencana atau menggunakan rencana yang salah untuk mencapai tujuannya. Dapat akibat melaksanakan suatu tindakan (commission) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (omission).
- 16. Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien Rumah Sakit** adalah : Suatu sistem untuk mendokumentasikan insiden yang tidak disengaja dan tidak diharapkan, yang dapat mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera pada pasien. Sistem ini juga mendokumentasikan kejadian-kejadian yang tidak konsisten dengan operasional rutin rumah sakit atau asuhan pasien.

BAB V
PENGORGANISASIAN

1. KEPEMIMPINAN & KOMITMEN

Prasyarat keberhasilan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien rumah sakit adalah komitmen *top-down* dari Governing Body dan Manajemen Senior. Manajemen Rumah sakit Siti Khodijah memiliki komitmen untuk memastikan bahwa semua sumber daya yang dibutuhkan tersedia dalam upaya menerapkan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang efektif.

2. STRUKTUR ORGANISASI KOMITE PMKP RS SITI KHODIJAH



3. PENGORGANISASIAN

- a. Direktur Rumah Sakit bertanggungjawab dalam menyusun perencanaan manajemen mutu, resiko dan keselamatan pasien rumah sakit dan meminta persetujuan dari direktur utama RS Siti Khodijah Pekalongan. Perencanaan tersebut meliputi pembuatan pedoman, penetapan prioritas atas kegiatan-kegiatan. penetapan prioritas pemantauan kegiatan, penetapan proses atau mekanisme pengawasan terhadap program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

- b. Direktur Rumah Sakit bertanggungjawab dalam penyelenggaraan manajemen mutu, resiko dan keselamatan pasien rumah sakit sesuai dengan standar yang telah ditetapkan
- c. Penyelenggaraan mutu pelayanan ,manajemen resiko dan keselamatan rumah sakit sesuai standar yang telah ditetapkan secara operasional dikoordinasikan oleh Komite Mutu & Keselamatan Pasien Rumah Sakit
- d. Direktur Rumah Sakit berpartisipasi dalam pemantauan program manajemen mutu dan keselamatan pasien.
- e. Direktur Rumah Sakit bertanggung jawab untuk melaporkan hasil program manajemen mutu, resiko dan keselamatan pasien kepada Pemilik.
- f. Pimpinan Rumah Sakit Siti Khodijah memahami pentingnya teknologi untuk mengumpulkan dan membandingkan hasil pemantauan serta menyediakan teknologi dan fasilitas , sesuai dengan sumber daya rumah sakit.

4. URAIAN TUGAS

Ketua Komite PMKP

Uraian Tugas	Wewenang	Tanggung Jawab
<p>1. Menyusun dan merencanakan pelaksanaan kegiatan program kerja PMKP.</p> <p>2. Memimpin, mengkoordinir, dan mengevaluasi pelaksanaan operasional PMKP secara efektif, efisien dan bermutu.</p> <p>3. Mengumpulkan data indikator baik dari Koordinator Peningkatan Mutu maupun dari Koordinator Keselamatan Pasien RS dan unit kerja terkait.</p> <p>4. Menganalisa data indikator mutu pelayanan baik</p>	<p>1. Memerintahkan dan menugaskan staf dalam melaksanakan Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien.</p> <p>2. Meminta laporan pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien dari unit kerja terkait.</p> <p>3. Melakukan koordinasi dengan unit-unit kerja di lingkungan RS Siti Khodijah Pekalongan terkait pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.</p>	<p>1. Bertanggung jawab terhadap pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien rumah sakit.</p> <p>2. Bertanggung jawab terhadap pelaksanaan kegiatan yang berhubungan dengan mutu dan keselamatan pasien.</p> <p>3. Bertanggung jawab untuk melaporkan hasil pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien kepada Direktur RS Siti Khodijah Pekalongan.</p>

Uraian Tugas	Wewenang	Tanggung Jawab
<p>5. indikator mutu klinis RS maupun indikator mutu manajerial RS serta indikator keselamatan pasien.</p> <p>6. Mengevaluasi pelaksanaan 5 (lima) area prioritas yang sudah ditetapkan oleh Direktur dengan fokus utama pada penggunaan PPK, clinical pathway dan indikator mutu kunci.</p> <p>7. Melaksanakan analisis terhadap data yang dikumpulkan dan diubah menjadi informasi.</p> <p>8. Melakukan validasi data PMKP secara internal dan dilakukan secara periodik.</p> <p>9. Menyebarkan informasi tentang peningkatan mutu dan keselamatan pasien secara regular melalui rapat staf.</p> <p>10. Meningkatkan pengetahuan anggota dengan memberikan pelatihan terhadap staf yang ikut serta dalam program PMKP.</p>	<p>4. Memberikan pengarah dalam hal penyusunan, pelaksanaan, evaluasi, dan tindak lanjut rekomendasi dari program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.</p> <p>5. Meminta data dan informasi yang berhubungan dengan mutu dan keselamatan pasien dari unit-unit kerja di lingkungan RS Siti Khodijah Pekalongan.</p>	<p>4. Bertanggung jawab terhadap ketersediaan data dan informasi yang berhubungan dengan mutu dan keselamatan pasien rumah sakit.</p> <p>5. Bertanggung jawab dalam pemberian informasi yang berhubungan dengan mutu dan keselamatan pasien rumah sakit.</p> <p>6. Bertanggung jawab terhadap disiplin dan kinerja kerja staf di Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien.</p>

Sekretaris Komite PMKP

Uraian Tugas	Wewenang	Tanggung Jawab
<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengatur rapat dan jadwal rapat Komite PMKP 2. Menyiapkan ruang rapat dan perlengkapan yang diperlukan 3. Membantu meminta laporan indikator kepada unit kerja terkait. 4. Menganalisis data PMKP bersama ketua dan anggota Komite PMKP. 5. Mendokumentasikan hasil pencapaian indikator area klinis, manajerial dan indikator sasaran keselamatan pasien. 6. Menjadi notulen di setiap kegiatan pertemuan Komite PMKP. 7. Mengorganisir kebutuhan logistik Komite PMKP. 8. Membantu berkoordinasi dalam kegiatan internal dan eksternal Komite PMKP 9. Mengerjakan tugas – tugas administratif dan kesekretariatan lainnya. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meminta laporan pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien dari unit kerja terkait. 2. Melakukan koordinasi dengan unit-unit kerja di lingkungan RS Siti Khodijah Pekalongan terkait pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien. 3. Meminta data dan informasi yang berhubungan dengan mutu dan keselamatan pasien dari unit-unit kerja di lingkungan RS Siti Khodijah Pekalongan. 4. Melakukan komunikasi internal dan eksternal kepada unit kerja di lingkungan RS Siti Khodijah Pekalongan dan pihak luar melalui surat tertulis, email, dan telepon. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bertanggung jawab terhadap kegiatan administratif di Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien. 2. Bertanggung jawab terhadap pelaksanaan kegiatan yang berhubungan dengan mutu dan keselamatan pasien. 3. Bertanggung jawab melaporkan hasil kegiatan administratif kepada Ketua Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien.

Ketua Sub Peningkatan Mutu

Uraian Tugas	Wewenang	Tanggung Jawab
<ol style="list-style-type: none"> 1. Melaksanakan kegiatan program peningkatan mutu di RS Siti Khodijah Pekalongan. 2. Menyusun panduan indikator mutu. 3. Membuat metode pemantauan indikator mutu klinis dan manajerial. 4. Menyusun formulir pemantauan indikator mutu. 5. Berkoordinasi dengan unit terkait dalam penyelenggaraan pemantauan indikator mutu dan pelaksanaan clinical pathway. 6. Menganalisa hasil pencapaian indikator mutu. 7. Membuat laporan periodik hasil pemantauan indikator mutu. 8. Melakukan perbandingan hasil pemantauan indikator mutu secara periodik dengan standar nasional serta rumah sakit lain yang sejenis. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meminta laporan pelaksanaan pemantauan program indikator mutu dan penjaminan mutu dan pelaksanaan clinical pathways dari unit kerja terkait. 2. Melakukan koordinasi dengan unit-unit kerja di lingkungan RS Siti Khodijah Pekalongan terkait pelaksanaan pemantauan indikator mutu serta pelaksanaan clinical pathway dan hal-hal lainnya yang berhubungan dengan mutu rumah sakit. 3. Meminta data dan informasi yang berhubungan dengan mutu dan pelaksanaan clinical pathway rumah sakit dari unit-unit kerja di lingkungan RS Siti Khodijah. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bertanggung jawab terhadap pemantauan Program Indikator Mutu dan pelaksanaan clinical pathway. 2. Bertanggung jawab terhadap penyusunan laporan pemantauan indikator mutu dan pelaksanaan clinical pathway di Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien. 3. Bertanggung jawab terhadap pelaksanaan kegiatan yang berhubungan dengan inovasi mutu dan pelaksanaan clinical pathway dan Manajemen resiko di rumah sakit. 4. Bertanggung jawab untuk melaporkan hasil pelaksanaan pemantauan indikator mutu dan pelaksanaan clinical pathway serta kegiatan-kegiatan mutu lainnya kepada Ketua Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien.

Uraian Tugas	Wewenang	Tanggung Jawab
<p>9. Melaksanakan komunikasi secara internal dan eksternal tentang pencapaian mutu dan pelaksanaan clinical pathway kepada unit kerja di lingkungan dan pihak luar melalui surat tertulis, email dan telepon.</p> <p>10. Membantu berkoordinasi dalam kegiatan internal dan eksternal program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien.</p> <p>11. Menyusun panduan pelaksanaan validasi data internal khusus indikator mutu.</p> <p>12. Membuat alat ukur validasi khusus indikator mutu.</p> <p>13. Menyelenggarakan kegiatan validasi hasil pencapaian indikator mutu berkoordinasi dengan unit terkait.</p> <p>14. Melaksanakan analisis komparatif hasil validasi internal dengan data unit terkait.</p>		<p>4. Bertanggung jawab terhadap pengolahan data dan informasi yang berhubungan dengan mutu dan pelaksanaan clinical pathway rumah sakit.</p>

Uraian Tugas	Wewenang	Tanggung Jawab
15. Membuat laporan hasil validasi internal khusus indikator mutu Berkoordinasi dengan Kepala Bagian Perencanaan dan Informasi dalam mengunggah hasil pencapaian indikator mutu yang telah dinyatakan valid dan direkomendasi oleh Direktur.		

Ketua Sub Komite Keselamatan Pasien dan Manajemen Resiko

Uraian Tugas	Wewenang	Tanggung Jawab
1. Memberi masukan pada Direktur penyusunan Kebijakan Keselamatan Pasien RS sesuai dengan standar akreditasi. 2. Menyusun program peningkatan mutu dan keselamatan pasien. 3. Membuat laporan tahunan / laporan pelaksanaan program. 4. Melaksanakan monitoring dan evaluasi program melalui pertemuan berkala. 5. Menyusun indikator keselamatan pasien RS. 6. Menganalisa hasil pencapaian indikator keselamatan pasien.	1. Mengusulkan konsep atau perubahan kebijakan keselamatan pasien. 2. Meminta laporan pelaksanaan pemantauan indikator mutu keselamatan pasien dan penjaminan mutu dari unit kerja terkait. 3. Melakukan koordinasi dengan unit-unit kerja di lingkungan RS Siti Khodijah terkait pelaksanaan pemantauan indikator keselamatan pasien dan hal-hal lainnya yang berhubungan dengan keselamatan pasien.	1. Bertanggung jawab terhadap pemantauan Program Keselamatan Pasien. 2. Bertanggung jawab terhadap penyusunan laporan pemantauan indikator Keselamatan Pasien di Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien. 3. Bertanggung jawab untuk melaporkan hasil pelaksanaan pemantauan program Keselamatan Pasien dan kegiatan-kegiatan mutu lainnya kepada Ketua Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien.

Uraian Tugas	Wewenang	Tanggung Jawab
<p>7. Membuat laporan periodik hasil pemantauan indikator keselamatan pasien.</p> <p>8. Menyelenggarakan dan menyiapkan kegiatan sosialisasi internal rumah sakit tentang pencapaian indikator keselamatan pasien.</p> <p>9. Mendesiminasikan bahan rekomendasi hasil pemantauan indikator keselamatan pasien dan pelaksanaan manajemen resiko ke unit terkait.</p> <p>10. Mengkoordinasikan pendokumentasian, evaluasi dan upaya tindak lanjut atas Kejadian Nyaris Cedera (KNC) / Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) dan Kejadian Sentinel.</p> <p>11. Melaksanakan koordinasi antar unit bila terjadi KTD dan KNC.</p> <p>12. Melakukan koordinasi tentang program Patient Safety dan manajemen resiko dengan unit terkait dalam pembuatan RCA dan FMEA.</p>	<p>4. Meminta data dan informasi yang berhubungan dengan keselamatan pasien rumah sakit dari unit-unit kerja di lingkungan RS Siti Khodijah.</p>	<p>4. Bertanggung jawab terhadap pengolahan data dan informasi yang berhubungan dengan keselamatan pasien rumah sakit.</p> <p>5. Bertanggung jawab dalam pemberian informasi yang berhubungan dengan kegiatan keselamatan pasien rumah sakit.</p>

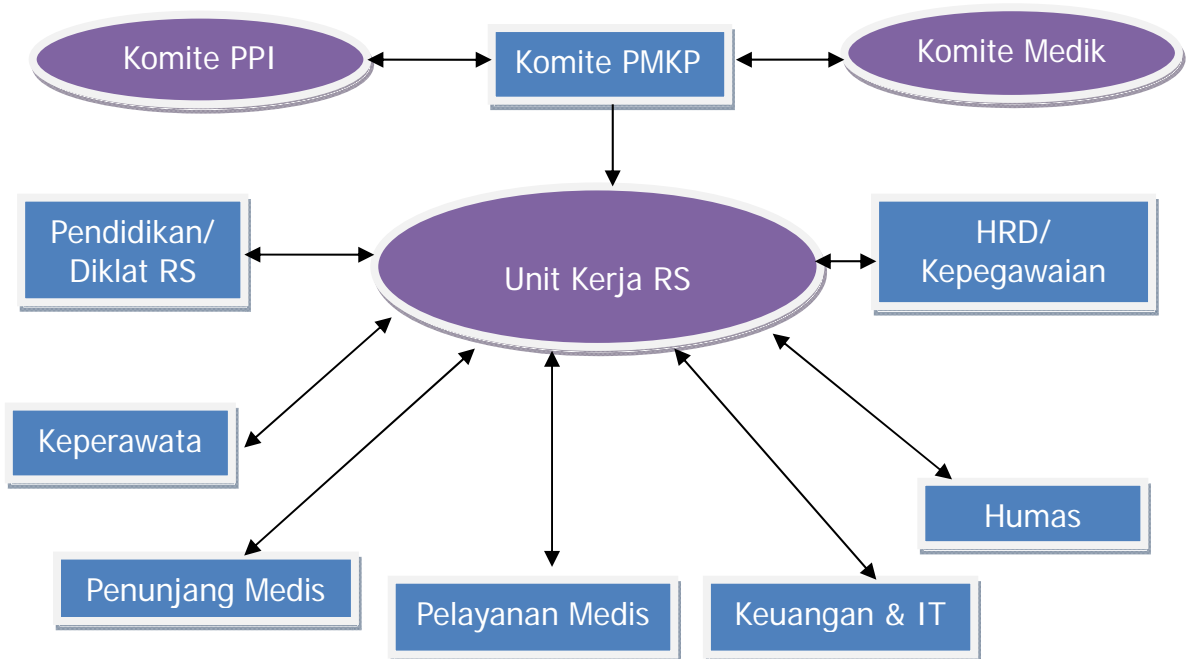
Anggota Sub Komite Mutu

Membantu pelaksanaan tugas dan tanggung jawab Ketua Sub Komite Mutu.

Anggota Sub Komite Keselamatan Pasien dan Manajemen Resiko:

Membantu pelaksanaan tugas dan tanggung jawab Ketua Sub Komite Keselamatan Pasien dan Manajemen Resiko.

TATA HUBUNGAN KERJA



BAB VI

KEGIATAN PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN

1. KEGIATAN POKOK

- Upaya Peningkatan mutu pelayanan
- Keselamatan Pasien

2. RINCIAN KEGIATAN UPAYA PENINGKATAN MUTU PELAYANAN

- Melaksanakan kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien di area prioritas

1) Menetapkan area prioritas : Instalasi Rawat Inap

Penetapan area prioritas ini berdasarkan kesepakatan bersama mengingat bahwa Instalasi rawat inap merupakan area yang kompleks dengan berbagai permasalahan yang menyangkut pelayanan pasien sehingga diharapkan dengan dilakukannya kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien maka pelayanan di Instalasi Rawat inap dapat memberikan kepuasan kepada pelanggan.

- 2) Memilih indikator mutu kunci di Instalasi rawat inap
 - a) Indikator area klinis (IAK) yang dipilih meliputi :
 - Assesmen awal medis rawat inap lengkap dalam 24 jam pertama (IAK 1)
 - Assesmen medis anestesi sebelum operasi (IAK 7)
 - Angka reaksi transfusi darah (IAK 8)
 - Angka kejadian decubitus (IAK 10)
 - b) Indikator International Library Measure (ILM) :
 - Angka kejadian pasien jatuh (ILM 2)
 - Angka kejadian decubitus (ILM 3)
 - c) Indikator sasaran keselamatan pasien (ISKP) yang dipilih meliputi:
 - Angka kepatuhan petugas dalam identifikasi pasien sebelum melakukan tindakan injeksi intravena (SKP 1)
 - Angka Kepatuhan Terhadap SBAR dan CaBaKo (SKP 2)
 - Angka kepatuhan petugas dalam melakukan cuci tangan sesuai WHO (SKP 5)
 - Angka kejadian pasien jatuh (SKP 6)
 - d) Indikator Area Manajemen (IAM) yang dipilih meliputi :
 - Ketepatan waktu pelaporan indikator mutu unit ke komite PMKP (IAM 2)
 - Kejadian pasien pulang paksa (APS) (IAM3)

b. Melakukan standarisasi proses asuhan klinis :

- 1) Menetapkan proses klinik yang di standarisasi

Dipilih dari 10 besar penyakit di bidang spesialis anak, penyakit dalam, bedah, obgyn dan syaraf.

Kasus yang dipilih adalah Demam Berdarah Dengue, Demam Typhoid, Appendisitis Akut, Seksio Sesarea, dan Stroke Non Haemoragik.
- 2) Audit pra implementasi untuk base line data

Komponen yang diaudit adalah therapy dan lama rawat sesuai dengan panduan praktik klinis.
- 3) Sosialisasi PPK dan CP ke staf klinis terkait
- 4) Uji coba implementasi
- 5) Finalisasi PPK dan CP
- 6) Implementasi PPK dan CP
- 7) Audit paska implementasi

- c. Melakukan pengukuran mutu melalui pemilihan, penetapan, pengumpulan data dan analisa untuk :

1) Indikator area klinis (IAK) 11 indikator :

a) IAK 1 : Assesmen Pasien

Angka kelengkapan asesmen awal medis dalam 24 jam pada pasien rawat inap

b) IAK 2 : Pelayanan Laboratorium

Pelaporan Nilai Kritis laboratorium

c) IAK 3 : Pelayanan Radiologi

Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Radiologi Cito dari IGD

d) IAK 4 : Prosedur Bedah

Angka Kepatuhan Pelaksanaan Time Out Dalam prosedur Pembedahan

e) IAK 5 : Penggunaan Antibiotik dan Obat Lainnya

Pemberian Aspirin dalam 24 jam pertama pada penderita AMI di ICU
(Masuk ILM)

f) IAK 6: Medication Error

Kejadian Kesalahan dan Kejadian Nyaris Cedera yang Terkait dengan
Kesalahan Pengobatan di Instalasi Rawat Inap

g) IAK 7 : Penggunaan Anestesi

Terpenuhinya Asesmen Pra Anestesi oleh dokter Anestesi

h) IAK 8 : Penggunaan Darah dan Produk Darah

Angka Kejadian Efek Samping/Reaksi Pasca Transfusi

i) IAK 9 : Ketersediaan Isi dan Penggunaan rekam Medik

Kelengkapan pengisian rekam medik 1 x 24 jam setelah selesai pelayanan

j) IAK 10 : PPI

Angka Kejadian Decubitus (masuk ILM)

k) IAK 11 : Riset Klinis (di Rumah Sakit Siti Khodijah tidak dapat diterapkan)

2) Indikator International Library 5 indikator :

a) ILM 1 : Pemberian Aspirin dalam 24 jam pertama pada penderita AMI di ICU

b) ILM 2 : Angka kejadian pasien jatuh di rawat inap

c) ILM 3 : Angka Kejadian Decubitus

d) ILM 4 : Konseling penghentian merokok pada pasien dewasa dengan kasus pneumonia

e) ILM 5 : Pelaksanaan edukasi pada pasien stroke

3) Indikator area manajerial (IAM) 9 indikator :

a) IAM 1 : Pengadaan Rutin

Ketersediaan Obat dan Alkes emergency diruang resusitasi IGD

b) IAM 2 : pelaporan yang diwajibkan

Ketepatan waktu pelaporan indikator mutu dari unit kerja ke sub komite mutu

c) IAM 3 : manajemen resiko

Kejadian Pasien Pulang (APS)

e) IAM 4 : penggunaan sumber daya

Utilisasi CPAP di ruang perinatologi

f) IAM 5 : harapan dan kepuasan pasien/keluarga

Kepuasan Pelanggan Terhadap Pelayanan IGD

g) IAM 6 : harapan dan kepuasan staf

Laporan Hasil Survey kepuasan Karyawan terhadap ketepatan waktu penerimaan remunerasi

h) IAM 7 : demografi dan diagnosa klinis

Angka 10 besar penyakit rawat jalan dan rawat inap

i) IAM 8 : manajemen keuangan

Current Ratio

j) IAM 9 : pencegahan & pengendalian dari kejadian yang menimbulkan masalah bagi keselamatan bagi pasien, keluarga pasien dan staf.

Kepatuhan Penggunaan APD di Unit Cleaning Service

4) Sasaran keselamatan pasien (6 indikator)

a) SKP 1 : ketepatan identifikasi pasien (rawat inap)

Angka Kepatuhan Petugas dalam identifikasi pasien sebelum melakukan tindakan injeksi.

b) SKP 2 : peningkatan komunikasi efektif

Angka Kepatuhan Terhadap Situasi, Background, Assasment, Rekomendasi (SBAR) dan Catat, Baca, Konfirmasi (CaBaKo).

c) SKP 3 : peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai

Angka Kepatuhan Pelabelan Obat High Alert.

d) SKP 4 : kepastian tepat lokasi, tepat prosedur dan tepat pasien operasi

Kelengkapan surgical check list.

e) SKP 5 : pengurangan resiko infeksi terkait pelayanan kesehatan

Angka Kepatuhan Petugas Dalam Melakukan Cuci Tangan.

f) SKP 6 : pengurangan resiko pasien jatuh

Angka Kejadian Pasien Jatuh di Rawat Inap.

- d. Melakukan validasi indikator area klinis (IAK)
Terhadap hasil yang dinilai oleh orang pertama akan dilakukan validasi oleh orang kedua, apabila hasil $> 90\%$ maka dinyatakan data valid, namun jika hasil $< 90\%$ maka akan dilakukan validasi ulang pada bulan berikutnya.
- e. Melakukan Benchmarking
Dari salah satu indikator area klinis dilakukan benchmarking dengan rumah sakit lain yang setara atau dengan standar terbaik.
- f. Melakukan pengukuran mutu unit kerja
Dilakukan dengan evaluasi pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien di unit kerja.
Unit yang dilakukan evaluasi adalah
 - 1) IGD.
 - 2) Ruang Bedah.
 - 3) ICU.
 - 4) Rawat Jalan.
 - 5) Rawat Inap.
 - 6) Kamar Bersalin.
 - 7) Perinatologi.
 - 8) Farmasi.
 - 9) Laboratorium.
 - 10) Radiologi.
 - 11) Gizi.
 - 12) Rekam Medis.
- g. Evaluasi kerjasama dengan pihak ketiga
Evaluasi dilakukan terhadap kerjasama dengan pihak ketiga termasuk KSO alat dan pelayanan yang bekerjasama dengan pihak ketiga.
- h. Melakukan penilaian kinerja professional pemberi asuhan dan staf non klinis
Penilaian kinerja dilakukan setahun sekali menggunakan kriteria yang sudah ditetapkan.
- i. Diklat Peningkatan Mutu dan Keselamatan pasien
Sasaran : jajaran manajemen dan seluruh karyawan
Metode yang digunakan inhouse training, orientasi karyawan baru, pengiriman pelatihan di luar rumah sakit.

- j. Melakukan koordinasi semua komponen dari kegiatan pengukuran mutu (koordinasi dengan kegiatan PPI, dengan manajemen risiko klinis)
Metode yang digunakan adalah rapat koordinasi berkala yang membahas pencapaian indikator mutu dan hambatan dalam pelaksanaan pencapaian indikator beserta solusinya.

3. RINCIAN KEGIATAN KESELAMATAN PASIEN

A. Menerapkan manajemen risiko klinis

1) Identifikasi resiko

Adalah usaha-usaha yang dilakukan untuk mengidentifikasi situasi yang dapat menyebabkan cedera, tuntutan atau kerugian.

2) Analisa resiko

Adalah Proses identifikasi meliputi bagaimana hal itu bisa terjadi, akibat yang ditimbulkan, tingkat keparahan, frekuensi kejadian.

3) Evaluasi resiko

Adalah melakukan prediksi tingkat resiko dan menentukan prioritas resiko dengan menggunakan penilaian matriks resiko.

4) Tata kelola resiko

Adalah menentukan tindakan pengelolaan resiko bisa berupa : risk retention, risk transfer, risk reduction dan risk avoidance.

B. Melaporkan dan analisis data insiden keselamatan pasien

1) Pelaporan Insiden Sentinel, KTD, KNC dari masing – masing unit.

Bila terjadi insiden pada unit, maka unit akan melapor kepada sub komite keselamatan pasien sesuai dengan Alur Kerja Pengendalian Ketidaksesuaian Pelayanan.

2) Melakukan Matrik Assesment

Sesudah laporan insiden diterima, maka subkomite keselamatan pasien akan membuat Risk Matrix Grading sesuai dengan kasusnya.

3) Rekapitulasi pelaporan insiden

Melakukan rekapitulasi laporan insiden untuk dilakukan pembahasan bersama Sub Komite Keselamatan Pasien dan Manajemen Rumah Sakit Siti Khodijah.

4) Pembahasan laporan insiden

Pembahasan laporan insiden dilakukan seminggu satu kali dengan dihadiri oleh pimpinan Rumah Sakit, Sub Komite Keselamatan Pasien serta unit terkait.

5) Tindak lanjut pelaporan insiden

Dari hasil pembahasan, ditetapkan insiden yang akan dianalisa untuk ditindaklanjuti. Tindak lanjut yang dilakukan dapat melalui pertemuan dengan

unit/staff terkait atau pembuatan Root Cause Analysis (RCA) / FMEA untuk dapat dicari akar masalah dari insiden yang terjadi, sehingga dapat diambil tindakan perbaikan.

6) Reassessment / evaluasi keefektifan tindak lanjut

Setelah tindakan perbaikan dilakukan, maka perlu dievaluasi keefektifan dari tindakan yang diambil, bila tidak terulang kejadian yang sama maka dapat dibuat prosedur untuk mengatur hal tersebut. Bila dari hasil evaluasi, tindakan perbaikan belum efektif maka perlu dianalisa ulang untuk kembali dicari akar permasalahannya.

C. Melaksanakan dan mendokumentasikan Failure Mode Effect Analysis (FMEA) dan rancang ulang

Hal yang diangkat dalam pembuatan Failure Mode Effect Analysis (FMEA) adalah proses pengambilan sampling darah pasien di rawat inap.

Langkah-langkah Failure Mode Effect Analysis (FMEA) :

1) Membentuk tim

Dalam pembuatan FMEA hal pertama yang dilakukan adalah pembentukan tim yang terdiri dari unit yang terkait, staf yang mempunyai keahlian dalam pembuatan FMEA dan orang yang mempunyai kompetensi sesuai kasus.

2) Mengadakan pertemuan

Mengadakan pertemuan tim untuk membahas insiden yang terjadi/ kejadian yang potensial menimbulkan sentinel event.

3) Menyusun laporan dan rekomendasi

Dari hasil pembahasan tim disusun laporan dan diberikan kepada pimpinan Rumah Sakit sebagai wujud keterlibatan pimpinan dalam proses peningkatan mutu dan kepada unit terkait.

4) Tindak lanjut

Hasil tindak lanjut dari unit terkait akan dimonitoring keefektifannya melalui Form Tindakan Korektif dan Pencegahan. Bila didapatkan hasilnya tidak efektif maka akan dilakukan FMEA ulang.

D. Koordinasi kegiatan dengan peningkatan mutu

Koordinasi dilakukan melalui pertemuan bulanan dengan Komite PPI, komite K3, dan unit-unit kerja. Pertemuan membahas mengenai pencapaian indikator, temuan insiden keselamatan pasien, beserta masalah dan analisisnya diikuti dengan rekomendasinya.

BAB VII

METODE PENGENDALIAN MUTU RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH

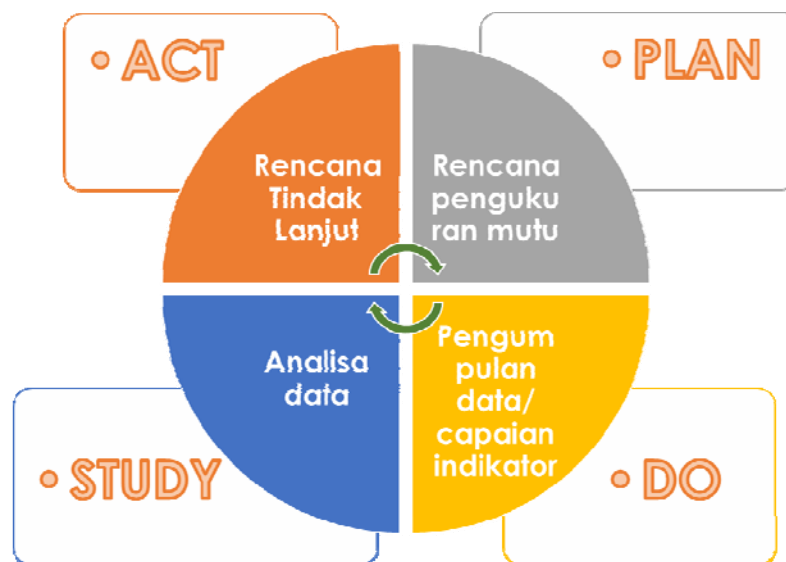
Upaya pengendalian dan peningkatan mutu di rumah sakit Siti Khodijah dilakukan secara terus menerus dan berkesinambungan dengan menggunakan metode siklus PDSA (Plan – Do – Study – Action). Siklus PDSA merupakan rangkaian kegiatan yang terdiri dari penyusunan rencana kerja, pelaksanaan rencana kerja, analisa dan evaluasi pelaksanaan rencana kerja, serta perbaikan yang dilakukan secara terus menerus dan berkesinambungan untuk peningkatan mutu rumah sakit.

Konsep PDSA merupakan pedoman bagi organisasi untuk proses perbaikan mutu secara terus menerus tanpa henti dan dijalankan di seluruh bagian dari organisasi. Pengidentifikasian masalah yang akan dipecahkan dan pencarian sebab-sebabnya serta penentuan tindakan koreksinya, harus selalu didasarkan pada fakta. Hal ini dimaksudkan untuk menghindarkan adanya unsur subyektivitas dan pengambilan keputusan yang terlalu cepat serta keputusan yang bersifat emosional.

Tahapan dalam penjagaan sebuah kualitas agar tetap berada pada standar yang telah ditetapkan, menjadi sebuah penekanan terpenting dalam keberlangsungan hidup sebuah organisasi / perusahaan. Tahapan tersebut diantaranya adalah : perencanaan dimana diperlukan sebuah prosedur perencanaan kualitas, tahap pelaksanaan diperlukan sebuah jaminan kualitas, tahap evaluasi diperlukan sebuah pengontrolan terhadap kualitas, dan tahap penjagaan serta pengembangan mutu. Untuk menciptakan sebuah produk yang berkualitas sesuai dengan keinginan konsumen, tidak harus mengeluarkan biaya yang lebih besar. Maka dari itu, diperlukan sebuah program peningkatan kualitas yang baik, yaitu dengan menerapkan program PDSA.

PROSES DARI KONSEP PDSA

Di dalam ilmu manajemen, ada konsep problem solving yang bisa diterapkan di tempat kerja kita yaitu menggunakan pendekatan P-D-S-A sebagai proses penyelesaian masalah. Dalam bahasa pengendalian kualitas, P-D-S-A dapat diartikan sebagai proses penyelesaian dan pengendalian masalah dengan pola runtun dan sistematis. Secara ringkas, Proses PDSA dapat dijelaskan sebagai berikut :



1. P (Plan = Rencanakan)

Artinya merencanakan SASARAN (GOAL = TUJUAN) dan PROSES apa yang dibutuhkan untuk menentukan hasil yang sesuai dengan SPESIFIKASI tujuan yang ditetapkan. PLAN ini harus diterjemahkan secara detil dan per sub-sistem.

Perencanaan ini dilakukan untuk mengidentifikasi sasaran dan proses dengan mencari tahu hal-hal apa saja yang tidak terlaksana kemudian mencari solusi atau ide-ide untuk memecahkan masalah ini. Tahapan yang perlu diperhatikan, antara lain:

- mengidentifikasi pelayanan jasa, harapan, dan kepuasan pelanggan untuk memberikan hasil yang sesuai dengan spesifikasi.
- mendeskripsikan proses dari awal hingga akhir yang akan dilakukan.
- Memfokuskan pada peluang peningkatan mutu (pilih salah satu permasalahan yang akan diselesaikan terlebih dahulu).
- Identifikasikanlah akar penyebab masalah.
- Meletakkan sasaran dan proses yang dibutuhkan untuk memberikan hasil yang sesuai dengan spesifikasi.
- Mengacu pada aktivitas identifikasi peluang perbaikan dan/ atau identifikasi terhadap cara-cara mencapai peningkatan dan perbaikan.
- Terakhir mencari dan memilih penyelesaian masalah.

2. D (Do = Kerjakan)

Artinya MELAKUKAN perencanaan PROSES yang telah ditetapkan sebelumnya. Ukuran-ukuran proses ini juga telah ditetapkan dalam tahap PLAN. Dalam konsep DO ini kita harus benar-benar menghindari penundaan, semakin kita menunda pekerjaan maka waktu kita semakin terbuang dan yang pasti pekerjaan akan bertambah banyak.

Implementasi proses yaitu melaksanakan rencana yang telah disusun sebelumnya dan memantau proses pelaksanaan dalam skala kecil (proyek uji coba) dengan mengacu pada penerapan dan pelaksanaan aktivitas yang direncanakan.

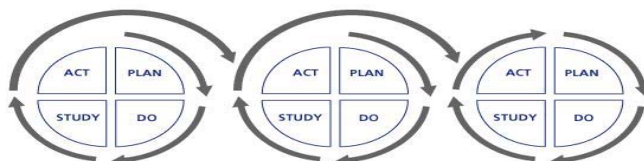
3. S (Study = Evaluasi)

Artinya melakukan evaluasi terhadap SASARAN dan PROSES serta melaporkan hasilnya.

Dalam pengecekan ada dua hal yang perlu diperhatikan, yaitu memantau dan mengevaluasi proses dan hasil terhadap sasaran dan spesifikasi. Teknik yang digunakan adalah observasi dan survei. Apabila masih menemukan kelemahan-kelemahan, maka disusunlah rencana perbaikan untuk dilaksanakan selanjutnya. Jika gagal, maka cari pelaksanaan lain, namun jika berhasil, dilakukan rutinitas. Mengacu pada verifikasi apakah penerapan tersebut sesuai dengan rencana peningkatan dan perbaikan yang diinginkan.

4. A (Act = Menindaklanjuti)

Artinya melakukan evaluasi total terhadap hasil SASARAN dan PROSES kemudian melakukan perbaikan. Apabila hasil belum sesuai dengan perencanaan, segera melakukan *action* untuk memperbaikinya. Proses ACT ini sangat penting artinya sebelum melangkah lebih jauh ke proses perbaikan selanjutnya. Menindaklanjuti hasil dengan melakukan standarisasi perubahan, seperti mempertimbangkan area mana saja yang mungkin diterapkan, merevisi proses yang sudah diperbaiki, melakukan modifikasi standar, prosedur dan kebijakan yang ada, mengkomunikasikan kepada seluruh staf, pelanggan dan supplier atas perubahan yang dilakukan apabila diperlukan, mengembangkan rencana yang jelas, dan mendokumentasikan proyek. Selain itu, juga perlu memonitor perubahan dengan melakukan pengukuran dan pengendalian proses secara teratur.



Hasil dari proses ini kemudian digunakan sebagai input bagi proses perencanaan selanjutnya. Keempat proses di atas, Plan-Do-Study-Act (PDSA) merupakan satu siklus yang tidak terputus dan saling berinteraksi satu sama lain. Siklus PDSA sudah seharusnya digunakan untuk meningkatkan sistem manajemen mutu (kinerja organisasi) secara terus menerus. Jadi PDSA merupakan proses yang kontinu dan berkesinambungan. Jika produk sudah sesuai dengan mutu yang direncanakan maka proses tersebut dapat dipergunakan di masa mendatang. Sebaliknya, jika hasilnya belum sesuai dengan yang direncanakan, maka prosedur tersebut harus diperbaiki atau diganti di masa mendatang. Dengan demikian, proses sesungguhnya tidak berakhir pada langkah Act, tetapi merupakan proses yang kontinu dan berkesinambungan sehingga kembali lagi pada langkah pertama dan seterusnya.

BAB VIII

PENCATATAN DAN PELAPORAN

Pencatatan dan Pelaporan

1. Pencatatan dan pelaporan program PMKP dilaksanakan setiap akhir kegiatan dan tiap bulan serta triwulan pelaporan kegiatan dilaporkan kepada direktur Rumah Sakit dan Pemilik Rumah Sakit secara periodik melalui pelaporan Realisasi program kerja PMKP.
2. Pencatatan Indikator mutu menggunakan sensus harian indikator mutu dilakukan oleh unit masing - masing.
3. Laporan bulanan oleh unit tentang pencapaian pemantauan indikator klinis, indikator manajemen, dan indikator sasaran keselamatan pasien, dilaporkan kepada Komite PMKP.
4. Laporan data indikator mutu tersebut kemudian disampaikan kepada direktur dan pemilik dalam bentuk laporan.
5. Feed back data hasil analisa indikator mutu dari Komite PMKP direkomendasikan kepada direktur untuk selanjutnya disampaikan ke unit masing-masing.
6. Pencatatan dan pelaporan insiden keselamatan pasien.
Setiap terjadi insiden keselamatan pasien unit/instalasi yang bersangkutan langsung membuat laporan insiden untuk dilaporkan kepada para kepala pelaksana pelayanan (KPPK), kemudian dilakukan Risk Matrik Grading oleh sub komite keselamatan pasien dan manajemen resiko untuk dilakukan pembahasan dengan komite PMKP dan Manajemen tiap minggunya.
7. *Feed back* insiden report direkomendasikan kepada direktur untuk selanjutnya disampaikan ke unit masing-masing.

BAB IX

MONITORING DAN EVALUASI

1. Monitoring

Monitoring program Peningkatan mutu dan keselamatan pasien oleh direktur melalui pertemuan / rapat koordinasi (manajemen meeting), Komite PMKP dengan direktur secara rutin dan beberapa kegiatan melalui Audit internal Rumah Sakit Siti Khodijah.

2. Evaluasi Kegiatan

Evaluasi dilaksanakan setiap akhir tahun untuk ditindak lanjuti sesuai masalah / kendala yang ada. Jika pencapaian tidak sesuai dengan target yang sudah ditetapkan, maka direktur mengambil tindakan yang diperlukan, termasuk didalamnya melakukan perubahan terhadap program ataupun proses / SPO yang ada saat ini .

3. Dokumen Bukti

- Laporan pemantauan indikator mutu rumah sakit
- Laporan Hasil implementasi Clinical Pathway
- Laporan RCA
- Laporan FMEA
- Laporan pelaksanaan pelatihan – pelatihan internal
- Laporan Realisasi pencapaian program Peningkatan Mutu dan Keselamatan pasien.

BAB X

PENUTUP

Pedoman Upaya Peningkatan Mutu Dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan ini kami susun agar dapat digunakan sebagai acuan Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit Siti Khodijah dalam merencanakan, melaksanakan, monitoring dan evaluasi program upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien di rumah sakit Siti Khodijah.

Namun perlu disadari, upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan merupakan “never ending proses” dan perlu didukung oleh sumber daya dan dana yang memadai. Dalam implementasinya ini bukan hal yang mudah karena menyangkut monitoring banyak hal. Oleh karenanya upaya – upaya ini akan lebih berhasil jika didukung oleh pimpinan rumah sakit dan kerja sama yang baik dari seluruh unit kerja di rumah sakit Siti Khodijah ini.

Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien merupakan kegiatan peningkatan mutu yang berjalan secara berkesinambungan dan berkelanjutan, oleh sebab itu Buku Pedoman Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien ini akan di review secara berkala paling lambat 3 tahun sekali.

DIREKTUR
RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN

drg. Said Hassan, M.Kes