

**PROGRAM KERJA
PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN**



**Dharma
Nugraha
Hospital**
Est.1996

**RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA
TAHUN 2023**

KATA PENGANTAR

Puji syukur kita panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa karena atas rahmatnya sehingga Program Kerja Peningkatan Mutu Dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit Dharma Nugraha telah selesai disusun.

Program Kerja Peningkatan Mutu Dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit Dharma Nugraha disusun sebagai upaya untuk terselenggaranya kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien secara menyeluruh yang sepenuhnya berorientasi pada standar mutu dan keselamatan pasien serta standar akreditasi.

Program ini akan dievaluasi kembali dan akan dilakukan perbaikan bila ditemukan hal-hal yang tidak sesuai lagi dengan kondisi rumah sakit.

Kami mengucapkan terima kasih kepada pihak-pihak yang dengan segala upaya telah berhasil menyusun program ini yang merupakan kerjasama dengan berbagai pihak.

Jakarta, 26 Juni 2023

Komite Mutu Rumah Sakit Dharma Nugraha

DAFTAR ISI

	Halaman
KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	ii
I. PENDAHULUAN.....	1
II. LATAR BELAKANG.....	3
III. TUJUAN.....	3
IV. KEGIATAN POKOK DAN RINCIAN KEGIATAN.....	3
V. CARA MELAKSANAKAN KEGIATAN.....	14
VI. SASARAN.....	15
VII. JADWAL PELAKSANAAN KEGIATAN.....	22
VIII. EVALUASI PELAKSANAAN KEGIATAN DAN PELAPORANNYA.....	28
IX. PENCATATAN, PELAPORAN, DAN EVALUASI KEGIATAN.....	28
X. RENCANA ANGGARAN BIAYA.....	29

**PROGRAM KERJA
PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN
TAHUN 2023**

I. PENDAHULUAN

Rumah sakit harus memiliki program peningkatan mutu dan keselamatan pasien (PMKP) yang menjangkau seluruh unit kerja dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan dan menjamin keselamatan pasien. Direktur menetapkan Komite/Tim Mutu untuk mengelola program peningkatan mutu dan keselamatan pasien, agar mekanisme koordinasi pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien di rumah sakit dapat berjalan lebih baik.

Standar ini menjelaskan pendekatan yang komprehensif untuk peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang berdampak pada semua aspek pelayanan. Pendekatan ini mencakup:

- a. Peran serta dan keterlibatan setiap unit dalam program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
- b. Pengukuran data obyektif yang tervalidasi.
- c. Penggunaan data yang obyektif dan kaji banding untuk membuat program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

Standar sasaran membantu profesional pemberi asuhan (PPA) untuk memahami bagaimana melakukan perbaikan dalam memberikan asuhan pasien yang aman dan menurunkan risiko.

Staf non klinis juga dapat melakukan perbaikan agar proses menjadi lebih efektif dan efisien dalam penggunaan sumber daya dan risiko dapat dikurangi.

Standar PMKP ditujukan pada semua kegiatan di rumah sakit secara menyeluruh dalam spektrum yang luas berupa kerangka kerja untuk perbaikan kinerja dan menurunkan risiko akibat variasi dalam proses pelayanan. Kerangka kerja dalam standar PMKP ini juga dapat terintegrasi dengan kejadian yang tidak dapat dicegah (program manajemen risiko) dan pemanfaatan sumber daya (pengelolaan utilisasi).

Diharapkan Rumah sakit yang menerapkan kerangka kerja ini akan:

- a. Mengembangkan dukungan pimpinan yang lebih besar untuk program peningkatan mutu dan keselamatan pasien secara menyeluruh di rumah sakit;

- b. Melatih semua staf tentang peningkatan mutu dan keselamatan pasien rumah sakit;
- c. Menetapkan prioritas pengukuran data dan prioritas perbaikan;
- d. Membuat keputusan berdasarkan pengukuran data; dan
- e. Melakukan perbaikan berdasarkan perbandingan dengan rumah sakit setara atau data berbasis bukti lainnya, baik nasional dan internasional.

Fokus standar peningkatan mutu dan keselamatan pasien adalah:

1. Pengelolaan kegiatan peningkatan mutu, keselamatan pasien dan manajemen risiko.
2. Pemilihan dan pengumpulan data indikator mutu.
3. Analisis dan validasi data indikator mutu.
4. Pencapaian dan mempertahankan perbaikan.

Pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit harus berkualitas dan memenuhi lima dimensi mutu yang utama yaitu: *tangibles*, *reliability*, *responsiveness*, *assurance*, and *empathy*. Disadari ataupun tidak, penampilan (*tangibles*) dari rumah sakit merupakan point pertama yang ditilik ketika pasien pertama kali mengetahui keberadaannya.

Kesesuaian janji (*reliability*), pelayanan yang tepat (*responsiveness*), dan jaminan pelayanan (*assurance*) merupakan masalah yang sangat peka dan sering menimbulkan konflik. Dalam proses pelayanan ini faktor perhatian (*empathy*) terhadap pasien tidak dapat dilalaikan oleh pihak rumah sakit.

Selain hal di atas pengukuran mutu juga perlu memperhatikan dimensi mutu dari WHO yakni *effective*, *efficient*, *accessible*, *accepted (patient care)*, *equity* dan *safe*.

Salah satu strategi yang paling tepat untuk mengimbangi hal tersebut adalah melalui pendekatan mutu pelayanan yang harus dilaksanakan secara terpadu, berkelanjutan dan menyeluruh sehingga stake holder maupun masyarakat yang membutuhkan terpenuhi harapannya.

Tentunya hal ini penting mengingat semakin menjamurnya rumah sakit di Indonesia serta semakin tingginya tuntutan masyarakat akan fasilitas kesehatan yang berkualitas dan terjangkau, mau tidak mau membuat Rumah Sakit harus berupaya *survive* di tengah persaingan yang semakin ketat sekaligus memenuhi tuntutan-tuntutan tersebut.

II. LATAR BELAKANG

Program kerja ini dibuat guna meningkatkan mutu pelayanan dan mengurangi risiko baik terhadap pasien, staf, bisnis, memberikan efisiensi sumber daya dan kendali mutu dan kendali biaya Rumah Sakit Dharma Nugraha.

Sehingga hal inilah yang menjadi dasar diperlukannya rancangan atau modifikasi sistem di Rumah Sakit Dharma Nugraha di tahun 2023 dengan menggunakan pendekatan komprehensif untuk peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang berdampak pada semua aspek pelayanan, serta memberikan dampak yang signifikan baik dari segi kendali mutu maupun kendali biaya.

III. TUJUAN

A. TUJUAN UMUM

Terlaksananya peningkatan mutu pelayanan RS secara berkelanjutan dan berkesinambungan melalui pengurangan risiko keselamatan pasien.

B. TUJUAN KHUSUS

1. Meningkatkan mutu pelayanan klinik melalui standarisasi asuhan klinis dan monitoring indikator.
2. Meningkatkan mutu pelayanan manajemen melalui monitoring indikator.
3. Meningkatkan keselamatan pasien melalui pelaporan insiden dan penerapan sasaran keselamatan pasien.

IV. KEGIATAN POKOK DAN RINCIAN KEGIATAN

A. KEGIATAN POKOK

1. Melakukan pengukuran indikator mutu nasional.
 1. Kepatuhan cuci tangan standar $\geq 85\%$
 2. Kepatuhan penggunaan APD standar 100%
 3. Kepatuhan identifikasi pasien standar 100%
 4. Waktu tanggap operasi section caesaria emergensi ≤ 30 menit standar $\geq 80\%$
 5. Waktu tunggu rawat jalan ≤ 60 menit standar $\geq 80\%$
 6. Penundaan waktu operasi elektif > 60 menit standar $< 5\%$
 7. Waktu lapor hasil tes kritis laboratorium ≤ 30 menit standar 100%
 8. Kepatuhan penggunaan formularium nasional (FORNAS) standar $\geq 80\%$
 9. Kepatuhan terhadap clinical pathway standar $\geq 80\%$
 10. Kepatuhan jam visite dokter standar $\geq 80\%$
 11. Kepatuhan Upaya pencegahan resiko pasien jatuh standar 100%

12. Kecepatan waktu tanggap komplain standar $\geq 80\%$
13. Kepuasan pasien dan keluarga standar $\geq 76,61\%$
2. Melakukan peningkatan mutu pelayanan klinis prioritas.
3. Melakukan peningkatan mutu unit.
4. Melakukan monitoring pengukuran indikator mutu lainnya di rumah sakit.
5. Melakukan pengumpulan data, analisis, pelaporan dan *feedback* data indikator mutu terintegrasi.
6. Melakukan pemilihan evaluasi prioritas standar pelayanan kedokteran.
7. Melaksanakan diklat PMKP.
8. Menyiapkan data untuk audit medis dan atau audit klinis.
9. Menyiapkan data untuk penilaian kinerja professional pemberi asuhan, staf klinis dan non klinis.
10. Menyiapkan data evaluasi kepuasan pasien.
11. Melakukan pengukuran budaya keselamatan.
12. Melakukan pelaporan insiden keselamatan pasien.
13. Melaksanakan program manajemen risiko.

B. RINCIAN KEGIATAN

1. **Melakukan pengukuran Indikator Nasional Mutu (INM)**
 - a. Kepatuhan cuci tangan standar $\geq 85\%$
 - b. Kepatuhan penggunaan APD standar 100%
 - c. Kepatuhan identifikasi pasien standar 100%
 - d. Waktu tanggap operasi section caesaria emergensi ≤ 30 menit standar $\geq 80\%$
 - e. Waktu tunggu rawat jalan ≤ 60 menit standar $\geq 80\%$
 - f. Penundaan waktu operasi elektif > 60 menit standar $< 5\%$
 - g. Waktu lapor hasil tes kritis laboratorium ≤ 30 menit standar 100%
 - h. Kepatuhan penggunaan formularium nasional (FORNAS) standar $\geq 80\%$
 - i. Kepatuhan terhadap clinical pathway standar $\geq 80\%$
 - j. Kepatuhan jam visite dokter standar $\geq 80\%$
 - k. Kepatuhan Upaya pencegahan resiko pasien jatuh standar 100%
 - l. Kecepatan waktu tanggap komplain standar $\geq 80\%$
 - m. Kepuasan pasien dan keluarga standar $\geq 76,61\%$
1. **Melakukan Peningkatan Mutu Pelayanan Klinis Prioritas**
 - a. Melakukan pemilihan jenis pelayanan klinis prioritas tahun 2023 yaitu: pelayanan Onkologi

- b. Menetapkan unit implementasi peningkatan mutu pelayanan prioritas di Rumah Sakit 2023 yaitu unit:

Unit Pelayanan Prioritas :

- Instalasi Rawat Jalan
- Instalasi IGD
- Instalasi Rawat Inap
- Instalasi Laboratorium
- Instalasi Farmasi
- Instalasi Radiologi
- Instalasi Fisioterapi
- Bagian Marketing
- Bagian Admisi
- Bagian HRD/ Personalia

- c. Melakukan Pemilihan Indikator Mutu Prioritas RS (IMP-RS)

1) Memilih prioritas RS berdasarkan kriteria:

- a) Masalah yang paling banyak di RS
- b) Jumlah yang paling banyak di RS (high volume)
- c) Proses beresiko tinggi (high risk)
- d) Ketidakpuasan staf dan pasien
- e) Kemudahan dalam pengukuran
- f) Ketentuan pemerintah/persyaratan external
- g) Sesuai dengan tujuan strategis RS
- h) Memberikan pengalaman pasien lebih baik (patient experience)

2) Menetapkan Indikator Mutu Prioritas RS (IMP-RS) yaitu:

- a) Waktu lapor hasil test laboratorium nilai kritis ≤ 30 menit standar 100%
- b) Kepatuhan dokter terhadap clinical pathway pada pelayanan prioritas onkologi standar $>80\%$
- c) Pelaksanaan ketepatan identifikasi pasien dengan benar pada pasien rawat inap onkologi standar 100%
- d) Ketepatan tatalaksana pasien resiko jatuh rawat standar $\geq 90\%$
- e) Kelengkapan pengkajian formulir surgical checklis keselamatan operasi standar 100%
- f) Kepatuhan double check obat high alert pada pasien onkologi di rawat inap standar 100%

- d. Melakukan pemilihan 5 standar pelayanan kedokteran prioritas yang akan dievaluasi yaitu:
- 1) PPK dan CP Onkologi CA Mammae
 - 2) PPK dan CP Onkologi Tumor Mammae
 - 3) PPK dan CP Onkologi Mastitis Akut/Abses Mammae
 - 4) PPK dan CP Onkologi Struma Nodosa Non Toksik
 - 5) PPK dan CP Onkologi CA Nasopharing
- e. Melakukan pengumpulan data, analisa, interpretasi data dan *feedback* data.
- Mengumpulkan data indikator mutu pelayanan prioritas di unit kerja / unit pelayanan
 - 1) Mengumpulkan data indicator prioritas oleh PIC data unit prioritas
 - 2) Merekap hasil capaian indicator mutu prioritas
 - Menganalisis data capaian dan memberikan rekomendasi rencana tindak lanjut atas hasil capaian indicator mutu prioritas
 - 1) Menganalisis hasil capaian indicator mutu prioritas mutu prioritas dari unit
 - 2) Merekap hasil analisis indicator prioritas
 - 3) Membuat rencana tindak lanjut terhadap hasil analisis.
 - Memberikan feedback hasil laporan indicator unit dan rencana tindak lanjut keseluruhan unit pelayanan prioritas
- f. Melakukan pelaporan.
- Pelaporan dilakukan tiap 3 bulan sekali kepada direktur dan dilanjutkan kepada direktur PT

2. Melakukan Peningkatan Mutu Unit

- a. Melakukan Pemilihan Indikator Mutu Unit.
- 1) Melakukan rapat pemilihan indikator mutu unit.
 - 2) Mengusulkan indikator mutu unit ke Direktur RS melalui Bidang Mutu dan Akreditasi RS.
- b. Melakukan Penetapan Indikator Mutu Unit
- 1) Instalasi Gawat Darurat, terdiri dari (6 Indikator):
 - a) Penatalaksanaan prosedur dan tatalaksana pasien Onkologi UGD sesuai dengan hasil Triase standar 100%
 - b) Kelengkapan Asesmen Awal Medis gawat darurat pasien onkologi dalam Waktu 24 Jam standar 100%
 - c) Ketepatan identifikasi pasien IGD standar 100%
 - d) Respon time pelayanan Dokter IGD ≤ 5 menit standar $>90\%$

- e) Kematian pasien ≤ 24 jam di Unit Gawat Darurat standar ≤ 2 per 1000
- f) Kepatuhan cuci tangan SDM UGD (dokter, perawat, bidan) standar $> 85\%$

2) Instalasi Rawat Jalan, terdiri dari (5 indikator):

- a) Ketepatan identifikasi Pasien onkologi Rawat Jalan standar 100%
- b) Kelengkapan pendokumentasian catatan perkembangan terintegrasi (CPPT) rawat jalan metode SOAP standar 100%
- c) Kepatuhan cuci tangan SDM Rawat Jalan standar $> 85\%$
- d) Waktu tunggu di rawat jalan ≤ 60 menit standar $> 90\%$
- e) Ketepatan tatalaksana pasien resiko jatuh rawat jalan standar $> 90\%$

3) Instalasi Rawat Inap, terdiri dari (7 indikator):

- a) Ketepatan identifikasi Pasien Onkologi Rawat Inap standar 100%
- b) Kelengkapan dan Kesesuaian Pengisian Formulir Asesmen Awal Rawat Inap Pada Pasien Onkologi standar $> 95\%$
- c) Bukti kelengkapan komunikasi efektif melalui telepon (CABAK) standar $> 90\%$
- d) Kepatuhan Waktu Visite Dokter spesialis Onkologi standar $\geq 80\%$
- e) Kepatuhan Dokter Terhadap *Clinical Pathway* Pada Pelayanan Prioritas Onkologi standar $> 80\%$
- f) Kepatuhan cuci tangan SDM Rawat inap standar $> 85\%$
- g) Ketepatan tatalaksana pasien resiko jatuh standar $> 90\%$

4) Instalasi Kamar Operasi, terdiri dari (8 indikator):

- a) Monitor tatalaksana penandaan operasi dilakukan standar 100%
- b) Kepatuhan cuci tangan SDM Kamar Operasi standar $> 85\%$
- c) Kepatuhan penggunaan APD Kamar Operasi standar 100%
- d) Monitoring dokumen pelaksanaan tindakan anestesi standar 100%
- e) Kelengkapan pengkajian formulir surgical checklis keselamatan operasi standar 100%

- f) Kepatuhan pengisian laporan operasi dan persetujuan Tindakan kedokteran dan anestesi standar 100%
- g) Kepatuhan melaksanakan asesmen pra sedasi dan pra anestesi standar 100%
- h) Respon time operator/anestesi operasi elektif ≥ 60 menit standar $< 5\%$

5) Instalasi Kamar Bersalin, terdiri dari (7 indikator):

- a) Ketepatan identifikasi bayi baru lahir standar 100%
- b) Kelengkapan pengkajian awal rawat inap kebidanan standar $> 90\%$
- c) Kepatuhan penggunaan APD Kamar Bersalin standar 100%
- d) Bukti kelengkapan komunikasi efektif melalui telepon (CABAK) standar $> 90\%$
- e) Pelaksanaan IMD pada bayi baru lahir dengan persyaratan bayi bugar standar 100%
- f) Kepatuhan cuci tangan SDM Kamar Bersalin standar $> 85\%$
- g) Waktu Tanggap Operasi Sectio Caesaria Emergensi ≤ 30 menit standar $\geq 80\%$

6) Laboratorium, terdiri dari (6 Indikator):

- a. Ketepatan Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Laboratorium Darah Rutin $1 \leq 60$ menit standar $> 90\%$
- b. Kelengkapan Identifikasi Pasien standar 100%
- c. Penggunaan Kantong Darah Yang Diminta standar 100%
- d. Kelayakan sampel darah standar 0%
- e. Kepatuhan cuci tangan standar 100%
- f. Waktu Lapor Hasil Test Nilai Kritis ≤ 30 menit standar 100%

7) Farmasi, terdiri dari (7 Indikator):

- a. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional standar 80%
- b. Keterlambatan waktu penerimaan obat racikan > 60 menit standar $< 3\%$
- c. Keterlambatan waktu penerimaan obat non racikan > 20 menit standar $< 3\%$
- d. Kepatuhan double check high alert di rawat inap standar 100%
- e. Kepatuhan double check high alert pada pasien onkologi di rawat inap standar 100%
- f. Persentase kepatuhan pengelolaan obat narkotika standar 100%
- g. Kepatuhan pelabelan obat high alert standar 100%

- 8) Radiologi, terdiri dari (5 Indikator):
 - a. Pengulangan Foto Rontgen standar $<2\%$
 - b. Ketidak Lengkapan Dalam Pengisian Formulir Permintaan Radiologi Standar 0%
 - c. Respon Time Pelayanan Radiologi Cito Standar $\geq 75\%$
 - d. Respon Time Pelayanan Radiologi Reguler Standar 100%
 - e. Waktu lapor hasil kritis radiologi Standar $\geq 75\%$
- 9) Fisioterapi, terdiri dari (3 Indikator):
 - a. Ketepatan Identifikasi Pasien standar 100%
 - b. Pemberian edukasi pasien dan keluarga pasca Tindakan/operasi onkologi standar 100%
 - c. Kejadian Drop Out Pasien Terhadap Pelayanan Fisioterapi standar $\leq 50\%$
- c. Melakukan Pengumpulan & Analisa Data
 - 1) Melakukan pengumpulan data oleh PIC data dalam *worksheet* di *google drive*.
 - 2) Merekap hasil capaian indikator setiap bulan dan setiap 3 bulan.
 - 3) Melakukan analisa hasil capaian indikator mutuunit oleh Kepala Instalasi.
- d. Melakukan Pelaporan Indikator
 - 1) Melakukan pelaporan hasilcapaian indikator mutu unit setiap bulan.
 - 2) Melakukan pelaporan hasil capaian indikator mutu unit setiap 3 bulan ke Bidang Mutu dan Akreditasi.
- e. Melakukan Rencana Perbaikan & Pelaksanaan Perbaikan.
 - 1) Melakukan perbaikan sesuai rencana indak lanjut sesuai capaian indikator mutu.
 - 2) Melakukan monitoring perbaikan indikator mutu yang tidak tercapai.
- f. Melakukan monitoring mutu unit kerja
 - 1) Melakukan supervisi pengumpulan data oleh Kepala Instalasi.
 - 2) Melakukan *supervise* pelaporan, implementasi tindak lanjut diunit oleh Manajer Bidang/Bagian.
 - 3) Melakukan supervise pelaporan, implementasi tindaklanjut diunit oleh Bidang Mutu dan Akreditasi.
 - 4) Melakukan *supervise* pelaporan, tindaklanjut oleh Direktur RS.

3. Melakukan Monitoring Pengukuran Indikator Mutu Lainnya Di Rumah Sakit

a. Indikator Mutu PAB

- 1) Asesmen Pra operasi.
- 2) Asesmen pra anastesi/ sedasi
- 3) Proses monitoring status fisiologis selama anastesi.
- 4) Proses monitoring proses pemulihan anastesi dan sedasi dalam.
- 5) Evaluasi ulang bila terjadi konversi tindakan dari local/regional ke general.
- 6) Penandaan lokasi operasi.
- 7) Pelaksanaan *surgical safety checklist*.

b. Indikator Mutu PPRA

- 1) Perbaikan kuantitas penggunaan antibiotik.
- 2) Perbaikan kualitas penggunaan antibiotik.
- 3) Peningkatan mutu penanganan kasus infeksi secara multidisplin dan terintegrasi.
- 4) Penurunan angka infeksi rumah sakit yang disebabkan oleh mikroba resisten.

c. Indikator Mutu PONEK

- 1) Angka keterlambatan operasi section caesaria (SC) (> 30 menit).
- 2) Angka keterlambatan penyediaan darah (> 60 menit).
- 3) Angka kematian ibu dan bayi.
- 4) Kejadian tidak dilakukannya inisiasi menyusui dini (IMD) pada bayi baru lahir.

d. Indikator Mutu PPI

- 1) Indikator Ventilator Associated Pneumonia (VAP).
- 2) Indikator Infeksi Saluran Kencing (ISK).
- 3) Indikator Infeksi Daerah Operasi (IDO).
- 4) Indikator Hospital Acquired Pneumonia (HAP).
- 5) Indikator Infeksi Aliran Darah (IAD).
- 6) Indikator Phlebitis.

e. Indikator Mutu Dan Keselamatan Pasien Proses Rujukan

Monitoring jumlah pasien rujukan pasien di rumah sakit

f. Indikator Mutu Unit Pelayanan Yang Di *Outsourcing*-Kan

Kontrak manajemen di unit kerja pelayanan meliputi:

1) Tatagraha/Housekeeping

- Waktu Pengantaran Linen Bersih ke Ruangan Rawat Inap standar $\geq 80\%$
- Angka Ketepatan Waktu Penyiapan Kamar Rawat Inap standar $\geq 80\%$

4. Melakukan pengumpulan data, analisis, pelaporan dan feedback data indikator mutu terintegrasi

- a. Melakukan pengumpulan data indikator mutu oleh PIC disetiap unit kerja.
- b. Melakukan analisa data capaian indikator sesuai dengan ketentuan analisa data.
- c. Melakukan validasi data sesuai dengan ketentuan validasi data.
- d. Melakukan pelaporan data indikator mutu dari tingkat unit sampai dengan kepada Direktur PT Pemilik RS.
- e. Menyampaikan *feedback* hasil capaian indikator mutu ke semua staf di unit kerja.
- f. Terlaksananya publikasi data indikator mutu.
- g. Terlaksananya benchmark data.

5. Melakukan Pemilihan Evaluasi Prioritas Standar Pelayanan Kedokteran & Evaluasi Kepatuhan 5 Standar Pelayanan Kedokteran Setiap KSM

- a. Melakukan pemilihan 5 evaluasi standar pelayanan kedokteran prioritas dan 5 evaluasi standar pelayanan kedokteran tiap KSM melalui rapat KSM.
- b. Menetapkan 5 evaluasi standar pelayanan kedokteran prioritas dan evaluasi standar pelayanan kedokteran tiap KSM yaitu:
 - 1) Standar pelayanan kedokteran prioritas pelayanan KSM Onkologi:
 - a) CA Mammae
 - b) Limfoma Hodgkin
 - c) Mastitis Akut/Abses Mammae
 - d) Struma Noduler Non Toksis (SNNT)
 - e) CA Nasopharing
 - 2) Standar Pelayanan Kedokteran KSM Bedah:
 - a) Hernia Inguinalis

- b) Appendisitis Akut
- c) Haemorrhoid
- d) Benign Prostat Hyperplasia (BPH)
- e) Fraktur Tibia Fibula

3) Standar Pelayanan Kedokteran KSM Anak:

- a) Kejang Demam
- b) Demam Tifoid Anak
- c) Demam Berdarah Dengue Anak
- d) Diare Akut
- e) Asma Bronkiale

4) Standar Pelayanan Kedokteran KSM Penyakit Dalam:

- a) Diabetes Melitus tipe II
- b) Hipertensi
- c) Demam Tifoid Dewasa
- d) Demam Berdarah Dengue Dewasa
- e) Dispepsia

5) Standar Pelayanan Kedokteran KSM Jantung:

- a) Chronic Congestive Heart Failure (CHF)
- b) Non ST Elevasi Miocard Infarc (NSTEMI)
- c) ST Elevasi Miocard Infarc (STEMI)
- d) Supraventricular Tachycardia (SVT)
- e) Atrial Fibrillation (AF)

6) Standar Pelayanan Kedokteran KSM Obgyn:

- a) Sectio Caesaria (SC)
- b) Partus Prematurus Iminens
- c) Letak Sungsang
- d) Abortus Inkompli
- e) Ketuban Pecah Dini (KPD)

- c. Menyusun 5 evaluasi standar pelayanan kedokteran prioritas dan evaluasi standar pelayanan kedokteran tiap KSM oleh masing – masing KSM.
- d. Sosialisasi 5 evaluasi standar pelayanan kedokteran prioritas dan evaluasi standar pelayanan kedokteran tiap KSM kepada semua staf medis.
- e. Implementasi 5 evaluasi standar pelayanan kedokteran prioritas dan evaluasi standar pelayanan kedokteran tiap KSM.

6. Melaksanakan diklat PMKP

- a. Direksi/Manajer Mutu dan Akreditasi : PMKP STARKES (External).
- b. Manajer dan Kepala Instalasi : PMKP STARKES (External/Internal).
- c. Komite Medik dan Komite Keperawatan : PMKP STARKES (External/Internal).
- d. Staf Mutu dan Akreditasi : Sistem Manajemen Data (Internal).
- e. PIC Data Unit :Sistem Manajemen Data (Internal).
- f. Staf Klinis :Standar Berfokus Pada Pasien (Internal).

7. Melakukan audit medis dan atau audit klinis

- a. Menentukan topik audit.
- b. Melakukan audit medis dan atau audit klinis oleh masing – masing KSM.
- c. Merekap hasil audit medis dan atau audit klinis.
- d. Melaporkan hasil audit medis dan atau audit klinis ke Komite Medik.

8. Melakukan penilaian kinerja professional pemberi asuhan, staf klinis dan non klinis

- a. Menetapkan indikator mutu yang digunakan untuk penilaian kinerja staf.
- b. Melakukan rekapitulasi hasil indikator mutu yang berhubungan dengan penilaian kinerja staf.
- c. Merekap hasil capaian indikator mutu yang digunakan untuk penilaian kinerja staf klinis dan nonklinis.

9. Melakukan evaluasi kepuasan pasien

- a. Menetapkan indikator mutu yang memantau kepuasan pasien.
- b. Melakukan pengumpulan data melalui kuesioner pasien RJ maupun RWI.
- c. Membuat rekapitulasi hasil pengukuran kepuasan pasien.
- d. Membuat pelaporan hasil pengukuran capaian kepuasan pasien.

10. Melakukan pengukuran budaya keselamatan

- a. Melakukan pengukuran budaya keselamatan.
- b. Pelaporan insiden terkait dengan perilaku yang tidak pantas.
- c. Melakukan investigasi dan perbaikan perilaku.

11. Melakukan pelaporan insiden keselamatan pasien

- a. Melaporkan IKP secara internal ketim KPRS.
- b. Melaporkan IKP ke Pemilik PT.
- c. Melaporkan IKP secara eksternal ke KNKP.
- d. Melaporkan IKP ke Lembaga akreditasi sesuai yang digunakan oleh Lembaga akreditasi

12. Melaksanakan program manajemen risiko

- a. Melakukan identifikasi risiko di tingkat unit dan tingkat RS
- b. Menyusun Risk Register.
- c. Menyusun strategi untuk menurunkan risiko.
- d. Menyusun FMEA.
- e. Melakukan monitoring tindak lanjut FMEA.

V. CARA MELAKSANAKAN KEGIATAN

1. Melalui mekanisme rapat pimpinan
 - a. Pemilihan dan penetapan pelayanan prioritas RS.
 - b. Menyusun rencana tindak lanjut pencapaian indikator mutu prioritas.
2. Melalui mekanisme rapat koordinasi antar komite
 - a. Pemilihan, penetapan indikator mutu unit.
 - b. Pemilihan 5 standar pelayanan kedokteran prioritas yang akan dievaluasi di setiap Kelompok Staf Medis.
 - c. Sosialisasi PPK dan CP ke staf klinis terkait melalui rapat KSM.
 - d. Sosialisasi indikator mutu RS.
 - e. Koordinasi semua komponen dari kegiatan PPI.
 - f. Evaluasi tindak lanjut hasil survey budaya keselamatan.
 - g. Rapat penetapan risk register.
 - h. Rapat *patient safety*.
 - i. Rapat FMEA.
3. Melakukan audit ke unit-unit pelayanan
 - a. Pelaksanaan pengumpulan data indikator mutu unit.

- b. Pelaporan data surveilans PPI.
 - c. Pelaksanaan pengumpulan data untuk evaluasi kinerja staf klinis di unit.
 - d. Pelaksanaan sistem pelaporan insiden keselamatan pasien dari unit.
 - e. Tatalaksana terhadap manajemen risiko di unit.
 - f. Pelaksanaan pengukuran budaya keselamatan.
4. Melakukan pencatatan dan pelaporan
- a. Pelaporan indikator mutu RS.
 - b. Pelaporan indikator mutu unit.
 - c. Menyediakan data untuk penilaian kinerja staf klinis, dan staf non klinis.
 - d. Pencatatan dan pelaporan IKP.
 - e. Pencatatan dan pelaporan risiko.
 - f. Pencatatan dan pelaporan hasil pengukuran budaya keselamatan dan kejadian budaya keselamatan.

VI. SASARAN

NO	Hasil kegiatan	Sasaran
1	Terlaksanan monitoring pengukuran Indikator Mutu Nasional: <ul style="list-style-type: none"> 1) Kepatuhan cuci tangan standar $\geq 85\%$ 2) Kepatuhan penggunaan APD standar 100% 3) Kepatuhan identifikasi pasien standar 100% 4) Waktu tanggap operasi section caesaria emergensi ≤ 30 menit standar $\geq 80\%$ 5) Waktu tunggu rawat jalan ≤ 60 menit standar $\geq 80\%$ 6) Penundaan waktu operasi elektif > 60 menit standar $< 5\%$ 7) Waktu lapor hasil tes kritis laboratorium ≤ 30 menit standar 100% 8) Kepatuhan penggunaan formularium nasional (FORNAS) standar $\geq 80\%$ 9) Kepatuhan terhadap clinical pathway standar $\geq 80\%$ 10) Kepatuhan jam visite dokter standar $\geq 80\%$ 11) Kepatuhan Upaya pencegahan resiko pasien jatuh standar 100% 12) Kecepatan waktu tanggap komplain standar $\geq 80\%$ 13) Kepuasan pasien dan keluarga standar $\geq 76,61\%$ 	<ul style="list-style-type: none"> 1) Tercapai 100% 2) Tercapai 100% 3) Tercapai 100% 4) Tercapai 100% 5) Tercapai 100% 6) Tercapai 100% 7) Tercapai 100% 8) Tercapai 100% 9) Tercapai 100% 10) Tercapai 100% 11) Tercapai 100% 12) Tercapai 100% 13) Tercapai 100%
2	Terlaksana peningkatan mutu pelayanan klinis prioritas	

NO	Hasil kegiatan	Sasaran
	<p>a. Terpilihnya pelayanan klinis prioritas tahun 2023 yaitu : pelayanan Onkologi</p> <p>b. Ditetapkannya unit implementasi peningkatan mutu pelayanan prioritas yaitu unit :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Instalasi Rawat Jalan ▪ Instalasi IGD ▪ Instalasi Rawat Inap ▪ Instalasi Laboratorium ▪ Instalasi Farmasi ▪ Instalasi Radiologi ▪ Instalasi Fisioterapi ▪ Bagian Marketing ▪ Bagian Admisi ▪ Bagian HRD/ Personalia <p>c. Terpilihnya Indikator Mutu Prioritas RS (IMP-RS)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Waktu lapor hasil test laboratorium nilai kritis ≤ 30 menit pada pasien onkologi standar 100% ▪ Kepatuhan dokter terhadap clinical pathway pada pelayanan prioritas onkologi standar $>80\%$ ▪ Pelaksanaan ketepatan identifikasi pasien dengan benar pada pasien rawat inap onkologi standar 100% ▪ Ketepatan tatalaksana pasien resiko jatuh rawat standar $\geq 90\%$ ▪ Kelengkapan pengkajian formulir surgical checklis keselamatan operasi standar 100% ▪ Kepatuhan double check obat high alert pada pasien onkologi di rawat inap standar 100% <p>d. Ditetapkannya indikator pelayanan prioritas melalui SK penetapan direktur</p> <p>e. Terpilihnya 5 standar pelayanan kedokteran prioritas yang akan dievaluasi yaitu:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ PPK dan CP Onkologi CA Mammae ▪ PPK dan CP Onkologi Tumor Mammae ▪ PPK dan CP Onkologi Mastitis Akut/Abses Mammae ▪ PPK dan CP Onkologi Struma Nodosa Non Toksik ▪ PPK dan CP Onkologi CA Nasopharing 	<p>a. Teralisasi di Bulan Juli – Desember Tahun 2023</p> <p>b. Teralisasi di Bulan Juli – Desember Tahun 2023</p> <p>c. Terealisasi di Desember tahun 2023</p> <p>d. Terealisasi dibulan Juni Tahun 2023</p> <p>e. Terealisasi dibulan Juli Tahun 2023</p> <p>f. Terlaksana 100%</p>

NO	Hasil kegiatan	Sasaran
	f. Terlaksananya pengumpulan data, analisa, interpretasi data dan <i>feedback data</i> g. Terlaksana pelaporan capaian indikator mutu prioritas	g. Terlaksana setiap bulan dan setiap 3 bulan
3.	Terlaksananya peningkatan mutu unit a. Terlaksananya pemilihan indikator mutu unit b. Terlaksananya penetapan indikator mutu unit <ol style="list-style-type: none"> 1) Instalasi Gawat Darurat 2) Instalasi Rawat Jalan 3) Instalasi Rawat inap 4) Instalasi Kamar Operasi 5) Instalasi Kamar Bersalin 6) Laboratorium 7) Farmasi 8) Radiologi 9) Fisioterapi c. Terlaksananya pengumpulan & analisa data d. Terlaksananya pelaporan indikator e. Terlaksananya rencana perbaikan & pelaksanaan perbaikan f. Terlaksananya monitoring mutu unit kerja	a. Terealisasi di bulan Desember tahun 2023 b. Terealisasi di bulan Desember tahun 2023 c. Terlaksana 100% d. Terlaksana setiap bulan dan setiap 3 bulan e. Terlaksana 100% f. Terlaksana 100%
4	Melakukan monitoring pengukuran indikator mutu lainnya di rumah sakit	
a	Terlaksananya monitoring pengukuran indikator PAB: <ol style="list-style-type: none"> 1) Asesmen pra sedasi 2) Proses monitoring status fisiologis selama anestesi 3) Proses monitoring proses pemulihan anestesi dan sedasi dalam 4) Evaluasi ulang bila terjadi konversi tindakan dari local/regional ke general 5) Pelaksanaan asesmen pra bedah 6) Penandaan lokasi operasi 7) Pelaksanaan <i>surgical safety checklist</i> 8) Respon time operator/anestesi operasi elektif ≥ 60 menit 	1) Tercapai 100% 2) Tercapai 100% 3) Tercapai 100% 4) Tercapai 100% 5) Tercapai 100% 6) Tercapai 100% 7) Tercapai 100%
b	Terlaksananya monitoring pengukuran indikator PPRA: <ol style="list-style-type: none"> 1) Perbaikan kuantitas penggunaan antibiotik 2) Perbaikan kualitas penggunaan antibiotik 3) Peningkatan mutu penanganan kasus infeksi secara multidisplin dan terintegrasi 4) Penurunan angka infeksi rumah sakit yang disebabkan oleh mikroba resisten 	1) Tercapai 100% 2) Tercapai 100% 3) Tercapai 100% 4) Tercapai 100%

NO	Hasil kegiatan	Sasaran
c	<p>Terlaksananya monitoring pengukuran indikator mutu Kamar Bersalin:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Angka keterlambatan operasi section caesaria (SC) (> 30 menit) 2) Angka keterlambatan penyediaan darah (> 60 menit) 3) Angka kematian ibu dan bayi 4) Kejadian tidak dilakukannya inisiasi menyusui dini (IMD) pada bayi baru lahir 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Tercapai100% 2) Tercapai100% 3) Tercapai100% 4) Tercapai100%
d	<p>Melakukan monitoring pengukuran indikator mutu PPI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Indikator Ventilator Associated Pneumonia (VAP) 2) Indikator Infeksi Saluran Kencing (ISK) 3) Indikator Infeksi Daerah Operasi (IDO) 4) Indikator Hospital Acquired Pneumonia (HAP) 5) Indikator Infeksi Aliran Darah (IAD) 6) Indikator Phlebitis 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Tercapai100% 2) Tercapai100% 3) Tercapai100% 4) Tercapai100% 5) Tercapai100% 6) Tercapai100%
f	<p>Terlaksananya monitoring pengukuran mutu dan keselamatan pasien proses rujukan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Monitoring jumlah pasien rujukan pasien di rumah sakit 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Tercapai100%
g	<p>Terlaksananya pengukuran mutu unit pelayanan yang di outsourcing kan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tatagraha/Housekeeping <ul style="list-style-type: none"> • Waktu Pengantaran Linen Bersih ke Ruangan Rawat Inap standar $\geq 80\%$ • Angka Ketepatan Waktu Penyiapan Kamar Rawat Inap standar $\geq 80\%$ 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Tercapai100%
5	<p>Terlaksana pengumpulan data, analisis, pelaporan dan feedback data indikator mutu terintegrasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Terlaksananya pengumpulan data indikator mutu oleh PIC disetiap unit kerja sesuai dengan profil indikator b. Terlaksananya analisa data capaian indikator sesuai dengan ketentuan analisa data c. Terlaksananya validasi data sesuai dengan ketentuan validasi data d. Terlaksananya pelaporan data indikator mutu dari tingkat unit sampai dengan kePemilik e. Terlaksannaya menyampaikan feedback hasil capaian indikator mutu ke semua staf di unit kerja f. Terlaksananya publikasi data indikator mutu g. Terlaksananya brenchmark data 	<ol style="list-style-type: none"> a.Tercapai100% b.Tercapai100% c.Tercapai100% d.Tercapai100% e.Tercapai100% f. Tercapai100% g.Tercapai100%

NO	Hasil kegiatan	Sasaran
6	<p>Terlaksananya pemilihan evaluasi prioritas standar pelayanan kedokteran & evaluasi kepatuhan 5 standar pelayanan kedokteran setiap KSM</p> <p>a. Terlaksananya pemilihan 5 evaluasi standar pelayanan kedokteran prioritas dan 5 evaluasi standar pelayanan kedokteran tiap KSM</p> <p>b. Ditetapkannya 5 evaluasi standar pelayanan kedokteran prioritas dan evaluasi standar pelayanan kedokteran tiap KSM yaitu:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Standar pelayanan kedokteran prioritas KSM Onkologi: <ol style="list-style-type: none"> 1) CA Mammae 2) Tumor Mammae 3) Mastitis Akut/Abses Mammae 4) Struma Noduler Non Toksis (SNNT) 5) CA Nasopharing ▪ Standar pelayanan kedokteran KSM Anak : <ol style="list-style-type: none"> 1) Kejang Demam 2) Demam Tifoid Anak 3) Demam Berdarah Dengue Anak 4) Diare Akut 5) Asma Bronkiale ▪ Standar pelayanan kedokteran KSM Bedah : <ol style="list-style-type: none"> 1) Hernia Inguinalis 2) Appendisitis Akut 3) Haemorrhoid 4) Appendisitis Akut 5) Haemorrhoid ▪ Standar pelayanan kedokteran KSM Penyakit Dalam : <ol style="list-style-type: none"> 1) Diabetes Melitus tipe II 2) Hipertensi 3) Demam Tifoid Dewasa 4) Demam Berdarah Dengue Dewasa 5) Dispepsia 	<p>a. Terealisasi di bulan Desember tahun 2023</p> <p>b. Terealisasi di bulan Desember tahun 2023</p>

NO	Hasil kegiatan	Sasaran
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Standar pelayanan kedokteran KSM Jantung: <ol style="list-style-type: none"> 1) Chronic Congestive Heart Failure (CHF) 2) Non ST Elevasi Miocard Infarc (NSTEMI) 3) ST Elevasi Miocard Infarc (STEMI) 4) Supraventricular Tachycardia (SVT) 5) Atrial Fibrillation (AF) ▪ Standar pelayanan kedokteran KSM Obgyn: <ol style="list-style-type: none"> 1) Sectio Caesaria (SC) 2) Partus Prematurus Iminens 3) Letak Sungsang 4) Abortus Inkomplit 5) Ketuban Pecah Dini (KPD) <p>c. Tersusunnya 5 evaluasi standar pelayanan kedokteran prioritas dan evaluasi standar pelayanan kedokteran tiap KSM</p> <p>d. Terlaksana sosialisasi 5 evaluasi standar pelayanan kedokteran prioritas dan evaluasi standar pelayanan kedokteran tiap KSM kepada semua staf medis</p> <p>e. Terlaksana implementasi 5 evaluasi standar pelayanan kedokteran prioritas dan evaluasi standar pelayanan kedokteran tiap KSM</p>	<p>c. Terlaksana 100%</p> <p>d. Terlaksana 100%</p> <p>e. Terlaksana 100%</p>
7	<p>Terlaksananya Diklat PMKP:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Direktur /Direksi/Manajer Mutu dan Akreditasi: PMKP STARKES (External) b. Manajer dan Kepala Instalasi: PMKP STARKES (External/Internal) c. Komite Medik dan Komite Keperawatan: PMKP STARKES Staf Mutu dan Akreditasi: Sistem Manajemen Data (Internal) d. PIC Data Unit :Sistem Manajemen Data (Internal) e. Staf Klinis :Standar Berfokus Pada Pasien (Internal) 	<ol style="list-style-type: none"> a. Terlaksana 100% b. Terlaksana 100% c. Terlaksana 100% d. Terlaksana 100% e. Terlaksana 100% f. Terlaksana 100%
8	Terlaksana audit medis dan atau audit klinis	Terlaksana setiap 3 bulan

NO	Hasil kegiatan	Sasaran
9	<p>Terlaksananya penyediaan data untuk penilaian kinerja professional pemberi asuhan, staf klinis dan non klinis</p> <p>a. Ditetapkannya indikator mutu yang digunakan untuk penilaian kinerja staf</p> <p>b. Tersusunnya rekapitulasi hasil indikator mutu yang berhubungan dengan penilaian kinerja staf</p> <p>c. Terlaksananya analisa hasil capaian indikator mutu yang digunakan untuk penilaian kinerja staf klinis dan nonklinis</p>	<p>a. Tercapai100%</p> <p>b. Tercapai100%</p> <p>c. Tercapai100%</p>
10	<p>Terlaksananya evaluasi kepuasan pasien</p> <p>a. Terlaksananya penetapan indikator mutu yang memantau kepuasan pasien</p> <p>b. Terlaksananya pengumpulan data melalui kuesioner pasien RJ maupun RWI</p> <p>c. Tersusunnya rekapitulasi hasil pengukuran kepuasan pasien</p> <p>d. Tersusunnya pelaporan hasil pengukuran capaian kepuasan pasien</p>	<p>a. Tercapai100%</p> <p>b. Tercapai100%</p> <p>c. Tercapai100%</p> <p>d. Tercapai100%</p>
11	<p>Terlaksananya pengukuran budaya keselamatan</p> <p>a. Terlaksana pengukuran budaya keselamatan</p> <p>b. Terlaksana pelaporan insiden terkait dengan perilaku yang tidak pantas</p> <p>c. Terlaksananya investigasi dan perbaikan perilaku</p>	<p>a. Setiap 6 bulan</p> <p>b. Tercapai 100%</p> <p>c. Tercapai100%</p>
12	<p>Terlaksana pelaporan insiden keselamatan pasien</p> <p>a. Terlaksana pelaporan IKP secara internal ketim KPRS</p> <p>b. Terlaksana pelaporan IKP ke Pemilik PT</p> <p>c. Terlaksana pelaporan IKP secara eksternal ke KNKP</p> <p>d. Terlaksana pelaporan IKP ke Lembaga akreditasi</p>	<p>a. Tercapai100%</p> <p>b. Tercapai100%</p> <p>c. Tercapai100%</p> <p>d. Tercapai100%</p>
13	<p>Terlaksananya program manajemen risiko</p> <p>a. Melakukan identifikasi risiko ditingkat unit dan tingkat RS</p> <p>b. Menyusun Risk Register</p> <p>c. Menyusun strategi untuk menurunkan risiko</p> <p>d. Menyusun FMEA</p> <p>e. Melakukan monitoring tindak lanjut FMEA</p>	<p>a. Tercapai100%</p> <p>b. Tercapai100%</p> <p>c. Tercapai100%</p> <p>d. Tercapai100%</p> <p>e. Tercapai100%</p>

VII. JADWAL PELAKSANAAN KEGIATAN

No	KEGIATAN	Sasaran	BULAN (2023)											
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1.	Melakukan monitoring pengukuran indikator mutu nasional								X	X	X	X	X	X
2.	Melakukan peningkatan mutu pelayanan klinis prioritas							X	X	X	X	X	X	X
	a. Pemilihan jenis pelayanan klinis prioritas tahun 2023 yaitu : pelayanan Onkologi						X							
	b. Penetapan unit implementasi peningkatan mutu pelayanan prioritas di Rumah Sakit						X							
	c. Memilih indikator mutu prioritas RS (MP-RS)						X							
	d. Pengumpulan data, analisa, interpretasi data dan feedback data							X	X	X	X	X	X	X
	e. Pelaporan capaian indikator mutu prioritas										X			
3.	Melakukan peningkatan mutu unit													
	a. Pemilihan indikator mutu unit						X							
	b. Penetapan indikator mutu unit						X							
	c. Pengumpulan data & Analisa data indikator mutu unit							X	X	X	X	X	X	X
	d. Pelaporan indikator indikator mutu unit										X			

No	KEGIATAN	Sasaran	BULAN (2023)											
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	e. Melakukan rencana perbaikan & pelaksanaan perbaikan							X						
	f. Monitoring mutu unit kerja								X	X	X	X	X	X
4	Melakukan monitoring pengukuran indikator mutu lainnya di Rumah Sakit													
	a. Melakukan monitoring pengukuran indikator PAB								X	X	X	X	X	X
	b. Melakukan monitoring pengukuran indikator PPRA								X	X	X	X	X	X
	c. Melakukan monitoring pengukuran Indikator Mutu PONEK								X	X	X	X	X	X
	d. Melakukan monitoring pengukuran indikator mutu PPI								X	X	X	X	X	X
	e. Melakukan monitoring pengukuran indikator mutu profil ringkas rawat jalan								X	X	X	X	X	X
	f. Melakukan monitoring pengukuran mutu dan keselamatan pasien proses rujukan								X	X	X	X	X	X
	g. Melakukan pengukuran mutu pelayanan yang dikontrakan								X	X	X	X	X	X
	h. Melakukan pengukuran mutu pengadaan teknologi medis								X	X	X	X	X	X
5	Melakukan pengumpulan data, analisis, pelaporan dan feedback data indikator mutu terintegrasi								X	X	X	X	X	X

No	KEGIATAN	Sasaran	BULAN (2023)											
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	a. Pengumpulan data indikator mutu oleh PIC di setiap unit kerja sesuai dengan profil indikator								X	X	X	X	X	X
	b. Analisa data capaian indikator sesuai dengan ketentuan analisa data								X	X	X	X	X	X
	c. Validasi data sesuai dengan ketentuan validasi data										X	X	X	X
	d. Pelaporan data indikator mutu dari tingkat unit sampai dengan ke Pemilik											X		
	e. Penyampaian feedback hasil capaian indikator mutu ke semua staf di unit kerja											X		
6	Melakukan pemilihan evaluasi prioritas standar pelayanan kedokteran & evaluasi kepatuhan 5 standar pelayanan kedokteran setiap KSM													
	a. Pemilihan 5 evaluasi standar pelayanan kedokteran prioritas dan 5 evaluasi standar pelayanan kedokteran tiap KSM							X						
	b. Penetapan 5 evaluasi standar pelayanan kedokteran prioritas dan evaluasi standar pelayanan kedokteran tiap KSM							X						

No	KEGIATAN	Sasaran	BULAN (2023)											
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	c. Menyusun 5 evaluasi standar pelayanan kedokteran prioritas dan evaluasi standar pelayanan kedokteran tiap KSM							X						
	d. Sosialisasi 5 evaluasi standar pelayanan kedokteran prioritas dan evaluasi standar pelayanan kedokteran tiap KSM kepada semua staf medis							X						
	e. Implementasi 5 evaluasi standar pelayanan kedokteran prioritas dan evaluasi standar pelayanan kedokteran tiap KSM								X	X	X	X	X	X
7	Diklat PMKP:													
	a. Direktur Direksi/Manajer Mutu dan Akreditasi : PMKP STARKES KEMENKES (External)										X			
	b. Manajer dan Kepala Instalasi : PMKP STARKES KEMENKES (External/Internal)							X	X	X	X	X	X	X
	c. Komite Medik dan Komite Keperawatan: STARKES KEMENKES (External/Internal)							X	X	X	X	X	X	X
	d. Staf Mutu dan Akreditasi: Sistem Manajemen Data (Internal)							X	X	X	X	X	X	X

No	KEGIATAN	Sasaran	BULAN (2023)											
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	e. PIC Data Unit :Sistem Manajemen Data (Internal)							X	X	X	X	X	X	X
	f. Staf Klinis :Standar Berfokus Pada Pasien (Internal)							X	X	X	X	X	X	X
9	Melaksanakan audit medis dan atau audit klinis											X		
10	Melaksanakan pengumpulan data untuk penilaian kinerja professional pemberi asuhan, staf klinis dan non klinis													
	a. Menetapkan indikator mutu yang digunakan untuk penilaian kinerja staf							X						
	b. Membuat rekapitulasi hasil indikator mutu yang berhubungan dengan penilaian kinerja staf							X						
	c. Melaksanakan analisa hasil capaian indikator mutu yang digunakan untuk penilaian kinerja staf klinis dan nonklinis							X						
11	Melakukan evaluasi kepuasan pasien													
	a. Menetapkan indikator mutu yang memantau kepuasan pasien							X						
	b. Pengumpulan data melalui kuesioner pasien RJ maupun RWI							X	X	X	X	X	X	X
	c. Menyusun rekapitulasi hasil pengukuran kepuasan pasien							X	X	X	X	X	X	X

No	KEGIATAN	Sasaran	BULAN (2023)											
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	d. Menyusun pelaporan hasil pengukuran capaian kepuasan pasien											X		
12	Melaksanakan pengukuran budaya keselamatan								X	X	X			
	a. Pengukuran budaya keselamatan													
	b. Pelaporan insiden terkait dengan perilaku yang tidak pantas								X	X	X			
	c. Investigasi dan perbaikan perilaku								X	X	X			
13	Melaksanakan pelaporan insiden keselamatan pasien													
	a. Pelaporan IKP secara internal ke Tim KPRS								X	X	X			
	b. Pelaporan IKP ke Pemilik (PT Digdaya Kencana Pratama)													
	c. Pelaporan IKP secara eksternal ke KNKP								X	X	X			
	d. Pelaporan IKP ke KARS								X	X	X			
	e. Pelaporan insiden keselamatan pasien								X	X	X			
14	Terlaksananya program manajemen risiko													
	a. Melakukan identifikasi risiko ditingkat unit dan tingkat RS										X			
	b. Menyusun Risk register										X			
	c. Menyusun strategi untuk menurunkan risiko										X			
	d. Menyusun FMEA									X				

No	KEGIATAN	Sasaran	BULAN (2023)											
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	e. Melakukan monitoring tindak lanjut FMEA										X	X	X	X

VIII. EVALUASI PELAKSANAAN KEGIATAN DAN PELAPORANNYA

1. Evaluasi ditujukan pada evaluasi skedul kegiatan apakah ada pergeseran jadwal, kenapa dan apa jalan keluar sementara/ perbaikan.
2. Dilakukan setiap 1 (satu) bulan sekali oleh bidang / bagian dan dianalisa setiap triwulan, untuk di berikan rekomendasi dan di sampaikan kepada Pemilik (Direktur PT Digdaya Kencana Pratama)
3. Setelah ada *feedback* maka disampaikan melalui direktur ke Bidang Mutu & Akreditasi, Bidang Mutu menyampaikan *feedback* kepada manajer untuk ditindak lanjuti

IX. PENCATATAN, PELAPORAN DAN EVALUASI KEGIATAN

1. Kegiatan pengumpulan data indikator mutu di lakukan oleh PIC data unit dengan menggunakan *worksheet* yang ada di google drive
2. Data yang dikumpulkan kemudian diverifikasi oleh kepala instalasi / urusan, dilihat apakah sudah sesuai dengan profil indikator atau belum.
3. Setiap data capaian indikator dilakukan rekapitulasi setiap bulan, dilengkapi dengan analisa dan tindak lanjut.
4. Setiap tiga bulan, data tersebut direkap dan dianalisis oleh manajer menjadi laporan triwulan sebagai bentuk evaluasi unit.
5. Bidang Mutu dan Akreditasi RS bertugas melakukan validasi data hasil kegiatan jika ada data yang harus dievaluasi sesuai kebutuhan dalam prosedur validasi.
6. Setelah data valid maka laporan dari hasil analisa setiap unit direkap menjadi laporan hasil kegiatan rumah sakit, Direktur RS melaporkan kepada Direktur PT Pemilik RS
7. Setelah ada Feedback dari Direktur PT Pemilik RS kepada Direktur RS maka disosialisasikan kepada semua manajer untuk penyusunan tindak lanjut dan diinformasikan kepada semua staf diunit kerja.
8. Evaluasi dilakukan secara menyeluruh dari setiap kegiatan sesuai dengan jadwal kegiatan, hasil evaluasi disampaikan oleh Bidang Mutu dan Akreditasi dan diserahkan ke Direktur PT Pemilik RS untuk di tindaklanjuti.

X. RENCANA ANGGARAN BIAYA

NO	RENCANA KERJA	ESTIMASI BIAYA PER ITEM	TOTAL
1	Menetapkan prioritas kegiatan yang akan di evaluasi		
	a. Pemilihan dan penetapan indikator mutu RS di pelayanan prioritas	-	-
	b. Sosialisasi Indikator mutu yang sudah di tetapkan	-	-
	Melakukan standarisasi proses asuhan klinis		
	a. Pemilihan dan penentuan/ penetapan indikator unit	-	-
	b. Sosialisasi PPK dan CP	-	-
	c. Rapat hasil audit medik	Rp. 1.000.000,-	Rp. 1.000.000,-
	Kegiatan diklat untuk pelaksanaan PMKP		
	a. Diklat PMKP standar berfokus pada pasien staf klinis	Rp. 1.000.000,-	Rp. 1.000.000,-
	b. Diklat PIC data Mutu	Rp. 1.000.000,-	Rp. 1.000.000,-
	c. Diklat Staf Mutu	Rp. 1.000.000,-	Rp. 1.000.000,-
	d. Diklat komite medik dan komite keperawatan	Rp. 1.000.000,-	Rp. 1.000.000,-
	e. Diklat manajer mutu dan akreditasi	Rp. 1.000.000,-	Rp. 1.000.000,-
	f. Diklat para Pimpinan	Rp. 1.000.000,-	Rp. 1.000.000,-
	g. Diklat Pimpinan	Rp. 1.000.000,-	Rp. 1.000.000,-
2	Keselamatan pasien		
	a. Rapat pasien safety	-	-
	b. Rapat risk register	-	-
	c. Rapat FMEA	-	-
3.	Budaya keselamatan		
	a. Rapat evaluasi hasil survey budaya keselamatan	Rp. 1.000.000,-	Rp. 1.000.000,-
TOTAL			

26 Juni 2023

Menyetujui,



dr. Agung Darmanto, Sp.A

Direktur RS

