

**PEDOMAN
PENINGKATAN MUTU DAN
KESELAMATAN PASIEN**



**Dharma
Nugraha
Hospital**
Est.1996

**RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA
TAHUN 2023**

KATA PENGANTAR

Puji syukur kita panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas petunjuk dan rahmat- Nya sehingga buku Pedoman Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien di RS Dharma Nugraha telah selesai disusun.

Pedoman Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Dharma Nugraha disusun sebagai acuan bagi seluruh bagian/unit di rumah sakit dalam melaksanakan upaya pelayanan yang bermutu dan budaya keselamatan pasien, guna mencegah dan memperkecil kemungkinan terjadinya resiko dan kejadian yang tidak diharapkan dalam program dan kegiatan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien.

Dengan terbitnya Pedoman Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien di RS Dharma Nugraha diharapkan dokter, perawat, dan petugas kesehatan lain di rumah sakit memiliki acuan dalam memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan memperhatikan keselamatan pasien.

Pedoman ini akan dievaluasi kembali dan akan dilakukan perbaikan bila ditemukan hal-hal yang tidak sesuai lagi dengan kondisi di Rumah Sakit.

Kami mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada Tim Penyusun yang dengan segala upaya telah berhasil menyusun pedoman ini yang merupakan kerjasama dengan berbagai pihak di lingkungan Rumah Sakit Dharma Nugraha.

Jakarta, 14 April 2023

Direktur Rumah Sakit Dharma Nugraha

DAFTAR ISI

| | |
|--|-----------|
| KATA PENGANTAR | i |
| DAFTAR ISI..... | ii |
| BAB I PENDAHULUAN..... | 1 |
| A. Latar Belakang | 1 |
| B. Maksud dan Tujuan..... | 3 |
| C. Definisi Operasional..... | 4 |
| D. Landasan Hukum | 7 |
| BAB II KEBIJAKAN | 9 |
| BAB III KEGIATAN..... | 14 |
| A. Pengelolaan Kegiatan PMKP | 14 |
| B. Hubungan koordinasi bagian Mutu dan Akreditasi..... | 21 |
| A) Referensi terkini tentang PMKP berdasarkan ilmu pengetahuan dan informasi terkini dan perkembangan konsep PMKP | 29 |
| B) Sistem Manajemen data program PMKP | 30 |
| C. Pemilihan, Pengumpulan, Analisis dan Validasi data | 31 |
| D. Publikasi data Indikator mutu | 46 |
| E. Pelaporan dan Analisis IKP | 49 |
| F. Pencapaian dan Mempertahankan Perbaikan..... | 57 |
| G. Manajemen Risiko | 61 |
| H. Evaluasi Mutu Kontrak | 63 |
| I. Pendidikan dan Pelatihan..... | 64 |
| J. Data Untuk Penilaian Kinerja Staf Klinis | 67 |
| K. Budaya Keselamatan..... | 67 |
| L. Pertemuan/ Rapat..... | 68 |
| M. Feed Back dan Penyimpanan Informasi | 69 |
| N. Monitoring Pelaksanaan Program PMKP | 70 |
| BAB IV PENCATATAN DAN PELAPORAN | 73 |
| A. Pencatatan | 73 |
| B. Pelaporan..... | 74 |
| BAB V EVALUASI DAN TINDAK LANJUT | 78 |
| BAB VI PENUTUP | 79 |
| Daftar Pustaka..... | 80 |

LAMPIRAN
KEPUTUSAN DIREKTUR
NOMOR 018/ KEP-DIR./ RSDN/ IV/ 2023
TENTANG
PEDOMAN PENINGKATAN MUTU DAN
KESELAMATAN PASIEN DI RUMAH SAKIT
DHARMA NUGRAHA.

PEDOMAN PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Rumah sakit merupakan layanan jasa yang memiliki peran penting dalam kehidupan masyarakat. Rumah sakit merupakan tempat yang sangat kompleks, terdapat ratusan macam obat, ratusan test, ratusan prosedur, banyak terdapat alat dan teknologi. Berbagai profesi dan non profesi yang memberikan pelayanan pasien selama 24 jam secara terus-menerus, dimana keberagaman dan kerutinan pelayanan tersebut apabila tidak dikelola dengan baik dapat terjadi Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)/Adverse Event. Keselamatan Pasien (*Patient Safety*) merupakan isu global dan nasional bagi rumah sakit, komponen penting dari mutu layanan kesehatan, prinsip dasar dari pelayanan pasien dan komponen kritis dari manajemen mutu WHO (2004). Keselamatan pasien di rumah sakit kemudian menjadi isu penting karena banyaknya kasus *medical error* yang terjadi di berbagai negara.

Untuk dapat menangkal semua hal yang tidak diinginkan terkait dengan keselamatan pasien, maka rumah sakit harus memiliki Pedoman dan 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 Penyelenggara 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, mencakup:

- a. Peran serta dan keterlibatan setiap unit dalam program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

- b. Pengukuran data objektif yang tervalidasi.
- c. Penggunaan data yang objektif dan kaji banding untuk membuat program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

Pedoman Mutu dan Keselamatan Pasien RS Dharma Nugraha 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). Rumah sakit yang menerapkan kerangka kerja ini diharapkan 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.

B. MAKSUD DAN TUJUAN

- a. Peningkatan mutu dan keselamatan pasien merupakan proses kegiatan yang berkesinambungan (continuous improvement) yang dilaksanakan dengan koordinasi dan integrasi antara unit pelayanan dan komite-komite (Komite Medik, Komite Keperawatan, Komite/Tim PPI, Komite K3 dan fasilitas, Komite Etik, Komite PPRA, dan lain-lainnya).
- b. Oleh karena itu Direktur perlu menetapkan Komite/Tim Penyelenggara Mutu yang bertugas membantu Direktur atau Kepala Rumah Sakit dalam mengelola kegiatan peningkatan mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko di rumah sakit.
- c. Dalam melaksanakan tugasnya, Komite Penyelenggara Mutu memiliki fungsi sesuai dengan peraturan perundangundangan yang berlaku.

- d. Dalam proses pengukuran data, Direktur menetapkan:
- Kepala unit sebagai penanggung jawab peningkatan mutu dan keselamatan pasien (PMKP) di tingkat unit;
 - Staf pengumpul data; dan atau
 - Staf yang akan melakukan validasi data (validator). Bagi rumah sakit yang memiliki tenaga cukup, proses pengukuran data dilakukan oleh ketiga tenaga tersebut.
- e. Dalam hal keterbatasan tenaga, proses validasi data dapat dilakukan oleh penanggung jawab PMKP di unit kerja.
- f. Komite/Tim Penyelenggara Mutu, penanggung jawab mutu dan keselamatan pasien di unit, staf pengumpul data, validator perlu mendapat pelatihan peningkatan mutu dan keselamatan pasien termasuk pengukuran data mencakup pengumpulan data, analisis data, validasi data, serta perbaikan mutu.
- g. Komite/ Tim Penyelenggara Mutu akan melaporkan hasil pelaksanaan program PMKP kepada Direktur setiap 3 (tiga) bulan.
- h. Kemudian Direktur akan meneruskan laporan tersebut kepada Dewan Pengawas. Laporan tersebut mencakup:
- a) Hasil pengukuran data meliputi: Pencapaian semua indikator mutu, analisis, validasi dan perbaikan yang telah dilakukan.
 - b) Laporan semua insiden keselamatan pasien meliputi jumlah, jenis (kejadian sentinel, KTD, KNC, KTC, KPCS), tipe insiden dan tipe harm, tindak lanjut yang dilakukan, serta tindakan perbaikan tersebut dapat dipertahankan.
- i. Di samping laporan hasil pelaksanaan program PMKP, Komite/ Tim Penyelenggara Mutu juga melaporkan hasil pelaksanaan program manajemen risiko berupa pemantauan penanganan risiko yang telah dilaksanakan setiap 6 (enam) bulan kepada Direktur yang akan diteruskan kepada Dewan Pengawas.
- j. Rumah sakit membuat program peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang akan diterapkan pada semua unit setiap tahun.
- k. Program peningkatan mutu dan keselamatan pasien rumah sakit meliputi tapi tidak terbatas pada:
- a) Pengukuran mutu indikator termasuk indikator nasional mutu (INM), indikator mutu prioritas rumah sakit (IMP RS) dan indikator mutu prioritas unit (IMP Unit).

- b) Meningkatkan perbaikan mutu dan mempertahankan perbaikan berkelanjutan.
 - c) Mengurangi varian dalam praktek klinis dengan menerapkan PPK/Algoritme/Protokol dan melakukan pengukuran dengan clinical pathway.
 - d) Mengukur dampak efisiensi dan efektivitas prioritas perbaikan terhadap keuangan dan sumber daya misalnya SDM.
 - e) Pelaporan dan analisis insiden keselamatan pasien.
 - f) Penerapan sasaran keselamatan pasien.
 - g) Evaluasi kontrak klinis dan kontrak manajemen.
 - h) Pelatihan semua staf sesuai perannya dalam program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
 - i) Mengkomunikasikan hasil pengukuran mutu meliputi masalah mutu dan capaian data kepada staf.
1. Hal-hal penting yang perlu dilakukan agar program peningkatan mutu dan keselamatan pasien dapat diterapkan secara menyeluruh di unit pelayanan, meliputi:
 - a) Dukungan Direktur dan pimpinan di rumah sakit:
 - b) Upaya perubahan budaya menuju budaya keselamatan pasien;
 - c) Secara proaktif melakukan identifikasi dan menurunkan variasi dalam pelayanan klinis;
 - d) Menggunakan hasil pengukuran data untuk fokus pada isu pelayanan prioritas yang akan diperbaiki atau ditingkatkan; dan
 - e) Berupaya mencapai dan mempertahankan perbaikan yang berkelanjutan.

1. Tujuan Umum:

Meningkatkan pelayanan kesehatan dan keselamatan pasien melalui upaya peningkatan mutu pelayanan Rumah Sakit secara efektif dan efisien agar tercapai derajat kesehatan yang optimal, sehingga tercapainya kepuasan, harapan dan kebutuhan pasien terhadap pelayanan Rumah Sakit.

2. Tujuan Khusus

- a. Terlaksananya peningkatan mutu pelayanan rumah sakit secara berkelanjutan dan berkesinambungan melalui pengurangan risiko keselamatan pasien.

- b. Terselenggaranya pelayanan sesuai dengan pedoman praktek terkini, standar pelayanan klinis, standar profesi yang dilakukan secara konsisten sehingga berfungsi mengendalikan mutu dan biaya.
- c. Tercapainya profesionalisme dalam mutu pelayanan.
- d. Tersusunnya sistem monitoring dan evaluasi pelayanan rumah sakit melalui indikator mutu area klinis, indikator mutu manajemen dan indikator sasaran keselamatan pasien.
- e. Tercapainya Indikator Mutu Unit Kerja dan Indikator Mutu Rumah Sakit Dharma Nugraha
- f. Tercapainya budaya keselamatan pasien di Rumah Sakit Dharma Nugraha
- g. Tercapainya Target Kinerja RS dan Target Program PMKP Rumah Sakit , sehingga RS Dharma Nugraha dapat terus tumbuh, sehat dan berumur panjang (*business yang sehat*).

C. DEFINISI OPERASIONAL

1. **Mutu** adalah mutu bersifat persepsi dan dipahami berbeda oleh orang yang berbeda namun berimplikasi pada superioritas sesuatu hal. Penilaian indikator dapat digunakan untuk menilai mutu berbagai kondisi.
2. **Peningkatan Mutu** adalah pendekatan terhadap proses pembelajaran dan proses perbaikan yang terus menerus dari proses penyediaan pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan pasien dan pihak-pihak yang berkepentingan lainnya. Perbaikan kualitas secara terus menerus, perbaikan kinerja di tingkat RS dan manajemen mutu total.
3. **Komite Mutu Rumah Sakit yang selanjutnya disebut Komite Mutu** adalah unsur organisasi non struktural yang membantu kepala atau direktur rumah sakit dalam mengelola dan memandu program peningkatan mutu dan keselamatan pasien, serta mempertahankan standar pelayanan rumah sakit.
4. **Rumah Sakit** adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. 3.
5. **Kepala atau Direktur Rumah Sakit** adalah pimpinan tertinggi di Rumah Sakit yang bertugas memimpin penyelenggaraan Rumah Sakit.
6. **Menteri** adalah menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan.
7. **Verifikasi** Adalah pemeriksaan tentang kebenaran laporan, pernyataan, perhitungan uang, dan sebagainya di dalam Standar Akreditasi Rumah Sakit oleh Kementerian Republik

Indonesia, pemeriksaan kebenaran seperti asesmen, siapa pelaksana pelayanan kesehatan/kedokteran, rencana asuhan, rencana pra dan pasca bedah, pesanan obat, dan kredensial/bukti bukti keahlian/kelulusan harus dilakukan verifikasi.

8. **Indikator** adalah suatu cara untuk menilai penampilan kerja suatu kegiatan dengan menggunakan instrumen. Indikator merupakan variabel yang digunakan untuk memulai suatu perubahan.
9. **Pengumpulan Data** adalah kegiatan mencari data di lapangan yang akan digunakan untuk menjawab permasalahan penelitian.
10. **Analisis** adalah upaya atau cara untuk mengolah data menjadi informasi sehingga karakteristik data tersebut bisa dipahami dan bermanfaat untuk solusi permasalahan, terutama masalah yang berkaitan dengan penelitian.
11. **Validasi** Adalah alat penting untuk memahami mutu dari data dan untuk menetapkan tingkat kepercayaan (*confidence level*) para pengambil keputusan terhadap data itu sendiri, dan salah satu langkah dalam proses menetapkan prioritas penilaian, memilih apa yang harus dinilai, memilih dan mengetes indikator, mengumpulkan data, dan menggunakan data untuk peningkatan.
12. **Publikasi** adalah proses menyampaikan suatu informasi atau data mutu kepada publik secara internal maupun eksternal dengan menggunakan media publikasi.
13. **Benchmark** adalah suatu proses yang biasa digunakan dalam manajemen atau umumnya manajemen strategis, dimana suatu unit / bagian / organisasi mengukur dan membandingkan kinerjanya terhadap aktivitas atau kegiatan serupa unit / bagian / organisasi lain yang sejenis baik secara internal maupun eksternal.
14. **Sistem Manajemen Data Terintegrasi** adalah Sistem Manajemen Data yang didukung dengan teknologi informasi mulai dari pengumpulan, pelaporan, analisis, validasi serta publikasi data untuk internal rumah sakit dan eksternal RS.
15. **Run Chart** adalah merupakan suatu alat untuk pengembangan proses yang menampilkan data yang diamati dalam urutan waktu.
16. **Control Chart** (Diagram kontrol) adalah sebuah grafik yang memberi gambaran tentang perilaku sebuah proses.

17. **Histogram** adalah grafik batang yang menampilkan frekuensi data. Jumlah titik data yang terletak dalam rentang nilai (kelas) menjadi sangat mudah diinterpretasikan dengan menggunakan histogram
18. **Diagram pareto** adalah salah satu jenis chart yang terdiri dari grafik balok dan juga garis.
19. **PDSA** adalah metode untuk peningkatan atau perbaikan mutu.
20. **Keselamatan Pasien** adalah suatu sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman, meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya, serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.
21. **Insiden Keselamatan Pasien** adalah setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yg dapat dicegah pada pasien, terdiri dari: Sentinel, Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), Kejadian Nyaris Cedera (KNC), Kejadian Tidak Cedera (KTC) dan Kejadian Potensial Cedera Signifikan (KPCS).
22. **Kejadian tidak diharapkan (KTD)** adalah insiden keselamatan pasien yang menyebabkan cedera pada pasien.
21. **Kejadian tidak cedera (KTC)** adalah insiden keselamatan pasien yang sudah terpapar pada pasien namun tidak menyebabkan cedera. Misalnya : Pasien diberikan obat yang salah tidak terjadi reaksi pada pasien (Faktor Keberuntungan).
23. **Kejadian nyaris cedera (near-miss atau hampir cedera) atau KNC** adanya insiden keselamatan pasien yang belum terpapar pada pasien.
24. **Suatu kondisi potensial cedera signifikan (KPCS)** adalah suatu kondisi (selain dari proses penyakit atau kondisi pasien itu sendiri) yang berpotensi menyebabkan kejadian sentinel
25. **Kejadian Sentinel** adalah suatu kejadian yang tidak berhubungan dengan perjalanan penyakit pasien atau penyakit yang mendasarinya yang terjadi pada pasien.
26. **Insiden keselamatan pasien merupakan suatu kejadian yang tidak disengaja** ketika memberikan asuhan kepada pasien (care management problem (CMP) atau kondisi yang berhubungan dengan lingkungan di rumah sakit termasuk infrastruktur, sarana prasarana (service delivery problem (SDP), yang dapat berpotensi atau telah menyebabkan bahaya bagi pasien.

27. Kejadian *Sentinel* (*Sentinel Event*) adalah Suatu KTD (Kejadian Tidak Diharapkan) yang mengakibatkan kematian, cedera permanen atau cedera berat yang bersifat sementara/ reversible.
28. Kejadian juga dapat digolongkan sebagai kejadian sentinel jika terjadi salah satu dari berikut ini:
- a. Bunuh diri oleh pasien yang sedang dirawat, ditatalaksana, menerima pelayanan di unit yang selalu memiliki staf sepanjang hari atau dalam waktu 72 jam setelah pemulangan pasien, termasuk dari Unit Gawat Darurat (UGD) rumah sakit;
 - b. Kematian bayi cukup bulan yang tidak diantisipasi;
 - c. Bayi dipulangkan kepada orang tua yang salah;
 - d. Penculikan pasien yang sedang menerima perawatan, tata laksana, dan pelayanan;
 - e. Kaburnya pasien (atau pulang tanpa izin) dari unit perawatan yang selalu dijaga oleh staf sepanjang hari (termasuk UGD), yang menyebabkan kematian, cedera permanen, atau cedera sementara derajat berat bagi pasien tersebut;
 - f. Reaksi transfusi hemolitik yang melibatkan pemberian darah atau produk darah dengan inkompatibilitas golongan darah mayor (ABO, Rh, kelompok darah lainnya);
 - g. Pemerkosaan, kekerasan (yang menyebabkan kematian, cedera permanen, atau cedera sementara derajat berat) atau pembunuhan pasien yang sedang menerima perawatan, tata laksana, dan layanan ketika berada dalam lingkungan rumah sakit;
 - h. Pemerkosaan, kekerasan (yang menyebabkan kematian, cedera permanen, atau cedera sementara derajat berat) atau pembunuhan anggota staf, praktisi mandiri berizin, pengunjung, atau vendor ketika berada dalam lingkungan rumah sakit
 - i. Tindakan invasif, termasuk operasi yang dilakukan pada pasien yang salah, pada sisi yang salah, atau menggunakan prosedur yang salah (secara tidak sengaja);
 - j. Tertinggalnya benda asing dalam tubuh pasien secara tidak sengaja setelah suatu tindakan invasif, termasuk operasi;
 - k. Hiperbilirubinemia neonatal berat (bilirubin >30 mg/dL);
 - l. Fluoroskopi berkepanjangan dengan dosis kumulatif >1.500 rad pada satu medan tunggal atau pemberian radioterapi ke area tubuh yang salah atau pemberian radioterapi >25% melebihi dosis radioterapi yang direncanakan;
 - m. Kebakaran, lidah api, atau asap, uap panas, atau pijaran yang tidak diantisipasi selama satu episode perawatan pasien;

- n. Semua kematian ibu intrapartum (terkait dengan proses persalinan); atau
 - o. Morbiditas ibu derajat berat (terutama tidak berhubungan dengan perjalanan alamiah penyakit pasien atau kondisi lain yang mendasari) terjadi pada pasien dan menyebabkan cedera permanen atau cedera sementara derajat berat.
22. **Cedera permanen** adalah dampak yang dialami pasien yang bersifat ireversibel akibat insiden yang dialaminya misalnya kecacatan, kelumpuhan, kebutaan, tuli, dan lain-lainnya.
23. **Cedera berat yang bersifat sementara** adalah cedera yang bersifat kritis dan dapat mengancam nyawa yang berlangsung dalam suatu kurun waktu tanpa terjadi cedera permanen/gejala sisa, namun kondisi tersebut mengharuskan pemindahan pasien ke tingkat perawatan yang lebih tinggi /pengawasan pasien untuk jangka waktu yang lama, pemindahan pasien ke tingkat perawatan yang lebih tinggi karena adanya kondisi yang mengancam nyawa, atau penambahan operasi besar, tindakan, atau tata laksana untuk menanggulangi kondisi tersebut.
24. Definisi kejadian sentinel meliputi poin a) hingga o) di atas dan dapat meliputi kejadian-kejadian lainnya seperti yang disyaratkan dalam peraturan atau dianggap sesuai oleh rumah sakit untuk ditambahkan ke dalam daftar kejadian sentinel.
25. Komite/ Tim Penyelenggara Mutu segera membentuk tim investigator segera setelah menerima laporan kejadian sentinel. Semua kejadian yang memenuhi definisi tersebut dianalisis akar masalahnya secara komprehensif (RCA) dengan waktu tidak melebihi 45 (empat puluh lima) hari.
26. Tidak semua kesalahan menyebabkan kejadian sentinel, dan tidak semua kejadian sentinel terjadi akibat adanya suatu kesalahan.
27. Mengidentifikasi suatu insiden sebagai kejadian sentinel tidak mengindikasikan adanya tanggungan hukum.
28. **RCA (*Root Cause Analysis*)** adalah suatu proses yang berguna untuk mencari akar masalah dari sebuah insiden yang telah terjadi (reaktif).
29. **Manajemen Risiko (*Risk Management*)** adalah sebuah pendekatan metodologi yang terstruktur dalam mengelola (manage) sesuatu yang berkaitan dengan sebuah ancaman karena ketidakpastian. Ancaman yang dimaksud disini adalah akibat dari aktivitas individu / manusia termasuk: yang terdapat/berperan didalamnya. Aktivitas ini meliputi penilaian risiko

- yang mengancam, pengembangan strategi untuk menanggulangi risiko dengan pengelolaan sumber daya yang ada.
30. **FMEA (*Failure Mode And Effects Analysis*)** adalah suatu sistem yang berfungsi untuk mengidentifikasi potensi terjadinya masalah/error dalam proses pelayanan kesehatan dan penanganan pasien.
 31. **HVA (*Hazard Vulnerability Analysis*)** adalah suatu identifikasi bahaya dan efek langsung dan tidak langsung bahaya tersebut terhadap Rumah Sakit.
 32. **Budaya Keselamatan** adalah Sebuah lingkungan yang kolaboratif karena staf klinis memperlakukan satu sama lain secara hormat dengan melibatkan serta memberdayakan pasien dan keluarga. Pimpinan mendorong staf klinis pemberi asuhan bekerja sama dalam asuhan berfokus pada pasien.
 33. **Panduan Praktik Klinis (PPK)** atau *Clinical Practice Guidelines* merupakan pernyataan (acuan, statemen) yang sistematis yang membantu para praktisi dan pasien memilih asuhan yang tepat untuk suatu kondisi klinis tertentu.
 34. **Clinical Pathway** adalah konsep perencanaan pelayanan terpadu yang merangkum setiap langkah yang diberikan kepada pasien berdasarkan standar pelayanan, standar asuhan keperawatan dan standar pelayanan tenaga kesehatan lainnya, yang berbasis bukti dengan hasil yang dapat diukur dan dalam jangka waktu tertentu selama di rumah sakit.

D. LANDASAN HUKUM

Dasar hukum / kebijakan / peraturan pemerintah yang mewajibkan RS melaksanakan upaya Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien, yang tertuang dalam :

1. Undang-Undang Dasar RI tahun 1945 pasal 17 ayat 3
2. Undang - Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran.
3. Undang - undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan.
4. Undang - Undang Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit.
5. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan
6. Undang - Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan.
7. Peraturan Pemerintah RI Nomor 66 Tahun 2014 tentang Kesehatan Lingkungan.
8. Peraturan Presiden Nomor 35 tahun 2015 tentang Kementerian Kesehatan
9. Peraturan Presiden RI Nomor 77 Tahun 2015 Tentang Pedoman Organisasi RS.
10. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 269 Tahun 2008 tentang Rekam Medis.

11. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 755 Tahun 2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit.
12. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 82 thn 2013 tentang Sistem Informasi Manajemen RS.
13. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 56 tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit.
14. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor. 79 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Geriatri di Rumah Sakit.
15. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 91 Tahun 2015 tentang Standar Transfusi Pelayanan Darah.
16. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 24 Tahun 2016 tentang Persyaratan Teknis Bangunan dan Prasarana Rumah Sakit.
17. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 56 Tahun 2016 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Penyakit Akibat Kerja.
18. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 66 tahun 2016 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit.
19. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 72 tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit.
20. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien.
21. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 16 Tahun 2014 tentang Pedoman Survei Kepuasan Masyarakat Terhadap Penyelenggaraan Pelayanan Publik.
22. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 772 Tahun 2002 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By laws*).
23. Keputusan Menteri Kesehatan No. 129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.
24. Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia Nomor 21 Tahun 2014 Tentang Registrasi Dokter Dan Dokter Gigi Peserta Program Pendidikan Dokter Spesialis Dan Dokter Gigi Spesialis
25. Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Nomor HK.02.03/I/2630/2016 tentang Pedoman Teknis Penilaian Indikator Kinerja Individu (IKI) Direktur Utama Rumah Sakit Umum/Khusus dan Kepala Balai di Lingkungan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Tahun 2016.
26. Pedoman Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (*Patient Safety*), Kemenkes RI Edisi 2015.
27. Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (KP) (*Patient Safety Incident Report*), KKPRS 2015.
28. Pedoman Upaya Peningkatan Mutu Pelayanan Rumah Sakit, Depkes, 1994.

29. Petunjuk Pelaksanaan Indikator Mutu Pelayanan Rumah Sakit, WHO-Depkes, 2001.
30. Indikator Kinerja Rumah Sakit, Depkes, 2005.
31. Kamus Indikator Kinerja Badan Layanan Umum Unit Pelaksana Teknis Vertikal Ditjen Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Tahun 2016.

BAB II

KEBIJAKAN

A) DIREKTUR RUMAH SAKIT

1. Direktur menetapkan regulasi peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang berbentuk pedoman peningkatan mutu dan keselamatan pasien dan prosedur - prosedur lainnya, antara lain berisi sebagai berikut :
 - a. Penetapan organisasi yang mempunyai tugas mengarahkan, mengatur serta mengkoordinasi pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien dilakukan oleh komite Mutu Rumah Sakit;
 - b. Komite mutu RS yang melakukan pengelolaan kegiatan mutu dan keselamatan pasien di RS dan mengkoordinasikan semua kegiatan mutu disetiap unit kerja.
 - c. Peran direktur Rumah Sakit dan para pimpinan dalam merencanakan dan mengembangkan program peningkatan mutu serta keselamatan pasien;
 - d. Peran direktur Rumah Sakit dan para pimpinan dalam pemilihan indikator mutu tingkat Rumah Sakit (indikator mutu area klinis, indikator mutu area manajemen dan sasaran keselamatan pasien) serta keterlibatannya dalam menindaklanjuti capaian indikator mutu yang rendah; dan para pimpinan dalam memilih area prioritas sebagai fokus area untuk perbaikan;
 - e. Monitoring pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien, siapa saja yang melakukan monitoring, kapan dilakukan dan bagaimana melakukan monitoringnya.;
 - f. Proses pengumpulan data, analisis, feedback, dan pemberian informasi kepada staf.
 - g. Bagaimana alur pelaporan pelaksanaan pengukuran mutu Rumah Sakit, mulai dari unit sampai kepada pemilik Rumah Sakit.
 - h. Bantuan teknologi / sistem informasi Rumah Sakit yang akan diterapkan untuk pengumpulan dan analisis data mutu, keselamatan pasien, dan surveillance infeksi, sistem manajemen dokumen merupakan aplikasi alat bantu yang di gunakan untuk rumah sakit yang mengikuti program akreditasi berguna bagi RS dalam persiapan akreditasi untuk mengumpulkan, menyimpan dan mencari kembali dokumen bukti yang berhubungan dengan akreditasi, google sheet digunakan untuk pengumpulan

- data internal Rumah Sakit yaitu indikator mutu rumah sakit, pengumpulan data dari google sheet di input dalam sistem indikator lokal dan indikator wajib nasional, sedangkan website RS, website KPRS dan sistem yang di gunakan untuk data eksternal.
2. Direktur Rumah Sakit dan para pimpinan dalam merencanakan dan mengembangkan program peningkatan mutu serta keselamatan pasien.
 3. Direktur Rumah Sakit berkoordinasi dengan Manajer/ kepala Bidang/ kepala Bagian, Kepala Instalasi, Kepala Ruangan dan Kepala Urusan dalam memilih dan menetapkan pengukuran mutu pelayanan klinis yang prioritas untuk dilakukan evaluasi.
 4. Direktur Rumah Sakit memprioritaskan proses di RS yang diukur, program perbaikan dan kegiatan keselamatan pasien yang diterapkan dan bagaimana cara mengukur keberhasilan dalam upaya diseluruh RS.
 5. Direktur Rumah Sakit berperan dalam Pemilihan indikator mutu di tingkat RS (Indikator area klinik, manajemen dan Sasaran Keselamatan Pasien) dan keterlibatannya dalam menindaklanjuti capaian indikator yang masih rendah.
 6. Rumah Sakit mempunyai program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien yang menjangkau ke seluruh unit kerja di RS yang pengelolaan kegiatannya dilakukan oleh komite mutu RS.
 7. Dalam melakukan kegiatannya Komite mutu RS dibantu oleh penanggung jawab data di setiap unit kerja yang ditetapkan dalam SK Direktur dan sudah mengikuti pelatihan terkait dengan manajemen data rumah sakit dimulai dari pengumpulan, analisis dan rencana perbaikan.
 8. Rumah Sakit melakukan kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien dengan menggunakan referensi dan literatur terkini terkait asuhan pasien dan manajemen, *international clinical guidelines*, pedoman nasional praktik kedokteran, pedoman praktik klinis (*clinical practice guidelines*), temuan penelitian dan metodologi pendidikan, fasilitas internet, perpustakaan, jaringan online untuk pencarian sumber secara online.
 9. Sistem manajemen data di Rumah Sakit meliputi data: Data indikator mutu nasional, Indikator Mutu Prioritas RS, Indikator Mutu Unit, data pelaporan insiden keselamatan pasien, data hasil monitoring kinerja staf klinis (bila monitoring kinerja menggunakan indikator mutu), data hasil pengukuran budaya keselamatan, publikasi data memperhatikan kerahasiaan pasien.

10. Rumah Sakit mempunyai program pelatihan PMKP, pelatihan dapat dilakukan secara eksternal maupun internal dengan peserta : Direktur RS, Manager Bidang / Bagian, Kepala Instalasi/ Kepala Pelayanan, Kepala Ruangan / Kepala urusan, komite/ tim Mutu RS, Komite Medis, Komite Keperawatan, Staf Klinis dan PIC Data serta semua staf yang terlibat dalam pengumpulan, analisis, dan validasi data mutu.sesuai dengan perannya dalam program PMKP.
11. Rumah Sakit dalam menjalankan program pelatihan PMKP melakukan identifikasi dan menyediakan pelatih kompeten yang telah mengikuti pelatihan/ workshop atau pendidikan terkait peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
12. Proses Pemilihan, Pengumpulan, Analisis dan Validasi Data Indikator Mutu
 - a. Komite mutu Rumah Sakit terlibat dalam proses pemilihan prioritas pengukuran pelayanan klinis yang akan di evaluasi serta melakukan koordinasi dan integrasi pengukuran mutu di unit pelayanan serta melakukan supervisi dalam proses pengumpulan data.
 - b. Rumah Sakit setiap tahun memilih focus perbaikan, proses serta hasil praktik klinis dan manajemen dengan mengacu pada misi Rumah Sakit , kebutuhan pasien dan jenis pelayanan. Pemilihan didasarkan atas proses yang berimplikasi risiko tinggi, diberikan dalam volume besar dan cenderung menimbulkan masalah.
 - c. Pengukuran mutu prioritas Rumah Sakit dan mutu unit mutu: Indikator Indikator Mutu Sasaran Keselamatan Pasien dan Budaya Keselamatan. Setiap Indikator yang sudah terpilih agar dibuat profil atau gambaran singkat tentang indikator. Profil Indikator meliputi:
 - a) Judul indikator.
 - b) Dasar pemikiran.
 - c) Dimensi mutu.
 - d) Tujuan.
 - e) Definisi operasional.
 - f) Jenis indikator.
 - g) Satuan pengukuran.
 - h) Numerator (pembilang).

- i) Denominator (penyebut).
 - j) Target.
 - k) Kriteria inklusi dan eksklusi.
 - l) Formula.
 - m) Metode pengumpulan data.
 - n) Sumber data.
 - o) Instrumen pengambilan data.
 - p) Populasi/sampel (besar sampel dan cara pengambilan sampel).
 - q) Periode pengumpulan data.
 - r) Periode analisis dan pelaporan data.
 - s) Penyajian data.
 - t) Penanggung jawab.
- d. Setiap indikator mutu yang sudah dipilih bila sudah tercapai terus menerus selama 1 tahun dan tidak bermanfaat untuk melakukan perbaikan karena sudah tidak ada lagi yang perlu diperbaiki maka indikator tersebut diganti dengan indikator mutu baru.
- e. Direktur Rumah Sakit dan komite Mutu RS melakukan supervise terhadap proses pengumpulan dan analisa data.
13. Ketua Kelompok staf medis bersama dengan komite medis dan kelompok staf medis memilih dan menetapkan 5 (lima) panduan praktik klinis, alur klinis (*clinical pathway*), dan atau protocol klinis, dan/ atau prosedur, dan/ atau Standing order yang dipergunakan untuk pengukuran mutu prioritas RS dengan mengacu pada panduan praktik klinis dan alur klinis yang sudah diterapkan oleh kelompok staf medis di unit pelayanan.
14. Evaluasi Panduan Praktik Klinis dan alur klinis dapat dilakukan melalui audit medis dan atau audit klinis untuk menilai efektifitas penerapannya dan dapat dibuktikan bahwa penggunaan Panduan Praktik Klinis dan alur klinis dapat mengurangi variasi proses dan hasil. Indikator Area Klinis (IAK), Indikator Area Manajemen (IAM), Indikator Sasaran Keselamatan Pasien (ISKP) dapat digunakan indikator audit medis dan atau audit klinis.
15. Semua unit pelayanan baik klinis maupun manajerial memilih indikator yang terkait dengan prioritas unit dengan mengacu kepada: prioritas RS, menggunakan indikator mutu yang tercantum dalam standar pelayanan minimal, fokus mengukur hal-hal yang ingin

diperbaiki, pelayanan yang dikontrakkan (bila ada), koordinasi dengan komite medis dalam evaluasi penerapan PPK dan evaluasi kinerja Dokter menggunakan indikator mutu.

16. Pemilihan indikator mutu unit dilakukan oleh Kepala Instalasi dengan melibatkan Komite Mutu RS sehingga indikator yang dipilih valid, reliable, sensitive dan spesifik. Indikator mutu di unit pelayanan meliputi Indikator Mutu Area klinis (IAK), Indikator Mutu Area Manajemen (IAM), Indikator Mutu Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien, indikator mutu unit kerja (non pelayanan), minimal meliputi indikator area manajemen.
17. Rumah Sakit melakukan pengumpulan data dan informasi untuk mendukung asuhan pasien, manajemen rumah sakit, pengkajian praktik Professional, serta program mutu dan keselamatan pasien secara menyeluruh.
18. Data yang sudah dikumpulkan harus digabungkan, dianalisis dan diubah menjadi sebuah informasi untuk mencapai simpulan dan membuat keputusan. Proses analisis dilakukan dengan menggunakan metode statistik (Run charts, diagram control/ control charts, histogram dan diagram pareto).
19. Analisis data yang harus dilakukan, yaitu: membandingkan data di RS dari waktu ke waktu data (analisis trend): bulan ke bulan atau dari tahun ke tahun, membandingkan dengan RS lain bila mungkin sejenis : melalui database eksternal baik nasional maupun internasional, membandingkan dengan standar: badan akreditasi/ organisasi Professional, membandingkan dengan praktik yang diinginkan dalam *literature* sebagai *best practice* / *practice guidelines* (Panduan Praktik Klinis).
20. Analisis data dilakukan oleh Bagian Mutu dan Akreditasi dan PIC Data yang mempunyai pengalaman, pengetahuan dan keterampilan tentang proses analisis data dengan hasil analisis data dilaporkan kepada pimpinan yang bertanggung jawab akan proses atau hasil yang akan diukur dan yang mampu menindaklanjuti.
21. Direktur Rumah Sakit memprioritaskan proses di RS yang diukur» program perbaikan dan kegiatan keselamatan pasien yang diterapkan dan bagaimana cara mengukur keberhasilan dalam upaya diseluruh RS.
22. Komite Mutu RS menyusun sarana untuk mengevaluasi penggunaan sumber daya untuk proses yang telah diperbaiki, sumber daya dapat sumber daya manusia atau dapat melibatkan penggunaan teknologi dan sumber daya lainnya. Hasil analisa dapat memberikan informasi untuk perbaikan yang berdampak terhadap efisiensi dan biaya.

23. Komite mutu RS berkoordinasi dengan Komite Medis terkait dengan audit medis, bagian keuangan RS dan teknologi informasi (*Information technology*) untuk menganalisis *Billing System* untuk mengetahui kendali biaya.
24. Rumah Sakit melakukan validasi data indikator area klinis yang baru atau mengalami perubahan dan data yang akan dipublikasikan ke publik. Validasi secara internal perlu dilakukan untuk mencapai program mutu yang valid dengan adanya data yang dikumpulkan sudah benar, sesuai dan bermanfaat untuk perbaikan mutu.
25. Proses validasi data yang akan di publikasikan ke website atau media lain agar dapat menjamin kerahasiaan pasien serta keakuratan data.
26. Pelaporan dan Analisis Insiden Keselamatan Pasien
 - a. Rumah Sakit mempunyai System pelaporan insiden keselamatan pasien, pelaporan setiap kejadian insiden dilakukan secara internal dan eksternal/ laporan ke Komite Nasional Keselamatan Pasien.
 - b. Direktur Rumah Sakit melakukan evaluasi rutin sesuai jadwal yang tetap dengan menggunakan beberapa metode: survei resmi, wawancara staf, analisis data dan diskusi kelompok.
27. Rumah Sakit membuat perencanaan perbaikan terhadap mutu dan keselamatan pasien dengan menggunakan metode PDSA (*Plan Do Study Action*).
28. Manajemen Risiko
 - a. Rumah Sakit melakukan pendekatan proaktif untuk manajemen risiko dengan adanya program manajemen risiko yang mencakup: identifikasi risiko, prioritas risiko, pelaporan risiko, manajemen risiko, investigasi kejadian tidak diharapkan (KTD) dan manajemen terkait tuntutan (klaim).
 - b. Dalam menerapkan manajemen risiko di Rumah Sakit Dharma Nugraha melakukan analisis proaktif terhadap proses kritis dan berisiko tinggi dengan menggunakan *Failure Mode Effect Analysis* (FMEA) dan identifikasi untuk mengurangi risiko dengan menggunakan analisis kerentanan terhadap bahaya (*Hazard Vulnerability Analysis*). Proses pengurangan risiko dilaksanakan minimal 1 tahun sekali.
 - c. Rumah Sakit membuat daftar risiko dengan ruang lingkup manajemen risiko meliputi: pasien, staf medis, tenaga kesehatan dan tenaga lainnya yang bekerja di RS, fasilitas RS, lingkungan RS dan bisnis RS.

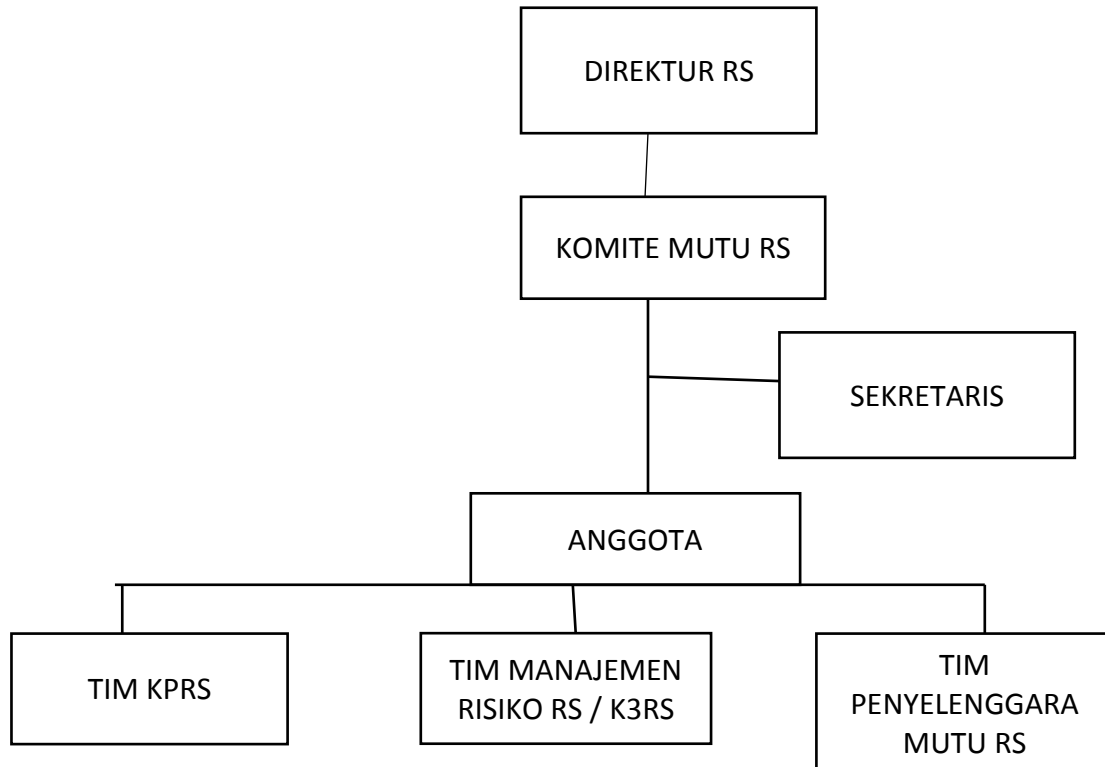
BAB III

KEGIATAN

A. PENGELOLAAN KEGIATAN PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN (PMKP)

1. STRUKTUR ORGANISASI KOMITE MUTU RUMAH SAKIT.

1. Direktur membentuk organisasi bagian mutu dan akreditasi Rumah Sakit, yang terdiri dari manajer mutu dan akreditasi, kepala urusan dan staf mutu dan risiko, kepala urusan dan staf akreditasi, dan penanggung jawab data di tiap-tiap unit kerja.



KETERANGAN:

1. Komite Mutu dibentuk/ ditetapkan oleh Kepala atau Direktur Rumah Sakit dan ditetapkan dengan surat keputusan.
2. Komite Mutu sebagaimana berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Kepala atau Direktur Rumah Sakit.

3. Susunan organisasi Komite Mutu paling sedikit terdiri atas:
 - a. ketua;
 - b. sekretaris; dan
 - c. anggota.
4. Ketua dan sekretaris dapat merangkap sebagai anggota.
5. Ketua tidak boleh merangkap sebagai pejabat struktural di Rumah Sakit.
6. Ketua, sekretaris, dan anggota Komite Mutu dipilih dan diangkat oleh Kepala atau Direktur Rumah Sakit.
7. Keanggotaan Komite Mutu paling sedikit terdiri atas:
 - a. tenaga medis;
 - b. tenaga keperawatan;
 - c. tenaga kesehatan lain; dan
 - d. tenaga non kesehatan.
8. Jumlah personil keanggotaan Komite Mutu disesuaikan dengan kemampuan dan ketersediaan sumber daya manusia Rumah Sakit
9. Keanggotaan Komite Mutu diangkat dan diberhentikan oleh Kepala atau Direktur Rumah Sakit
10. Untuk diangkat menjadi anggota Komite Mutu harus memenuhi persyaratan:
 - a. tidak pernah melakukan perbuatan tercela;
 - b. sehat jasmani dan jiwa;
 - c. memiliki pengetahuan dan/atau pengalaman bekerja dalam penyelenggaraan mutu Rumah Sakit;
 - d. bersedia bekerja sebagai anggota Komite Mutu; dan
 - e. memiliki komitmen terhadap peningkatan mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko di Rumah Sakit.
11. Masa kerja keanggotaan Komite Mutu berlaku untuk jangka waktu 3 (tiga) tahun dan dapat diangkat kembali setelah memenuhi persyaratan

2. TUGAS DAN FUNGSI KOMITE MUTU RUMAH SAKIT

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

- 1) Dalam melaksanakan tugas pelaksanaan dan evaluasi peningkatan mutu, Komite Mutu memiliki fungsi:
 - a. penyusunan kebijakan, pedoman dan program kerja terkait pengelolaan dan penerapan program mutu pelayanan Rumah Sakit;
 - b. pemberian masukan dan pertimbangan kepada Kepala atau Direktur Rumah Sakit terkait perbaikan mutu tingkat Rumah Sakit;
 - c. pemilihan prioritas perbaikan tingkat Rumah Sakit dan pengukuran indikator tingkat Rumah Sakit serta menindaklanjuti hasil capaian indikator tersebut;
 - d. pemantauan dan memandu penerapan program mutu di unit kerja;
 - e. pemantauan dan memandu unit kerja dalam memilih prioritas perbaikan, pengukuran mutu/indikator mutu, dan menindaklanjuti hasil capaian indikator mutu;
 - f. fasilitasi penyusunan profil indikator mutu dan instrumen untuk pengumpulan data;
 - g. fasilitasi pengumpulan data, analisis capaian, validasi dan pelaporan data dari seluruh unit kerja;
 - h. pengumpulan data, analisis capaian, validasi, dan pelaporan data indikator prioritas Rumah Sakit dan indikator mutu nasional Rumah Sakit;
 - i. koordinasi dan komunikasi dengan komite medis dan komite lainnya, satuan pemeriksaan internal, dan unit kerja lainnya yang terkait, serta staf;
 - j. pelaksanaan dukungan untuk implementasi budaya mutu di Rumah Sakit;
 - k. pengkajian standar mutu pelayanan di Rumah Sakit terhadap pelayanan, pendidikan, dan penelitian;
 - l. penyelenggaraan pelatihan peningkatan mutu; dan
 - m. penyusunan laporan pelaksanaan program peningkatan mutu.
- 2) Dalam melaksanakan tugas pelaksanaan dan evaluasi keselamatan pasien, Komite Mutu memiliki fungsi:
 - a. penyusunan kebijakan, pedoman, dan program kerja terkait keselamatan pasien Rumah Sakit;
 - b. pemberian masukan dan pertimbangan kepada Kepala atau Direktur Rumah Sakit dalam rangka pengambilan kebijakan keselamatan pasien;
 - c. pemantauan dan memandu penerapan keselamatan pasien di unit kerja;

- d. motivasi, edukasi, konsultasi, pemantauan dan penilaian tentang penerapan program keselamatan pasien;
 - e. pencatatan, analisis, dan pelaporan insiden, termasuk melakukan Root Cause Analysis (RCA), dan pemberian solusi untuk meningkatkan keselamatan pasien;
 - f. pelaporan insiden secara kontinu sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - g. melaksanakan pelatihan keselamatan pasien; dan
 - h. penyusunan laporan pelaksanaan program keselamatan pasien.
- 3) Dalam melaksanakan tugas pelaksanaan dan evaluasi manajemen risiko, Komite Mutu memiliki fungsi:
- a. penyusunan kebijakan, pedoman dan program kerja terkait manajemen risiko Rumah Sakit;
 - b. pemberian masukan dan pertimbangan kepada Kepala atau Direktur Rumah Sakit terkait manajemen risiko di Rumah Sakit;
 - c. pemantauan dan memandu penerapan manajemen risiko di unit kerja;
 - d. pemberian usulan atas profil risiko dan rencana penanganannya;
 - e. pelaksanaan dan pelaporan rencana penanganan risiko sesuai lingkup tugasnya;
 - f. pemberian usulan rencana kontingensi apabila kondisi yang tidak normal terjadi;
 - g. pelaksanaan penanganan risiko tinggi;
 - h. pelaksanaan pelatihan manajemen risiko; dan
 - i. penyusunan laporan pelaksanaan program manajemen risiko.
- 4) Selain melaksanakan fungsi Komite Mutu juga melaksanakan fungsi persiapan dan penyelenggaraan akreditasi Rumah Sakit.
- 5) Dalam melaksanakan tugas dan fungsi Komite Mutu dapat dibantu oleh tim yang bersifat ad hoc yang terdiri atas komite atau unit kerja lain, dan pakar/ahli yang terkait.
- 6) Tim yang bersifat ad hoc ditetapkan oleh Kepala atau Direktur Rumah Sakit berdasarkan usulan ketua Komite Mutu.

- 7) Hasil pelaksanaan tugas dan fungsi dilaporkan secara tertulis kepada Kepala atau Direktur Rumah Sakit disertai rekomendasi, paling sedikit setiap 3 (tiga) bulan atau sewaktu-waktu bila diperlukan, mencakup:
 - a) Hasil pengukuran data meliputi: Pencapaian semua indikator mutu, analisis, validasi dan perbaikan yang telah dilakukan.
 - b) Laporan semua insiden keselamatan pasien meliputi jumlah, jenis (kejadian sentinel, KTD, KNC, KTC, KPCS), tipe insiden dan tipe harm, tindak lanjut yang dilakukan, serta tindakan perbaikan tersebut dapat dipertahankan.
- 8) laporan hasil pelaksanaan program PMKP, Komite/ Tim Penyelenggara Mutu juga melaporkan hasil pelaksanaan program manajemen risiko berupa pemantauan penanganan risiko yang telah dilaksanakan setiap 6 (enam) bulan kepada Direktur yang akan diteruskan kepada Dewan Pengawas.
- 9) Program peningkatan mutu dan keselamatan pasien rumah sakit meliputi tapi tidak terbatas pada:
 - a) Pengukuran mutu indikator termasuk indikator nasional mutu (INM), indikator mutu prioritas rumah sakit (IMP RS) dan indikator mutu prioritas unit (IMP Unit).
 - b) Meningkatkan perbaikan mutu dan mempertahankan perbaikan berkelanjutan.
 - c) Mengurangi varian dalam praktek klinis dengan menerapkan PPK/Algoritme/Protokol dan melakukan pengukuran dengan clinical pathway.
 - d) Mengukur dampak efisiensi dan efektivitas prioritas perbaikan terhadap keuangan dan sumber daya misalnya SDM.
 - e) Pelaporan dan analisis insiden keselamatan pasien.
 - f) Penerapan sasaran keselamatan pasien.
 - g) Evaluasi kontrak klinis dan kontrak manajemen.
 - h) Pelatihan semua staf sesuai perannya dalam program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
 - i) Mengkomunikasikan hasil pengukuran mutu meliputi masalah mutu dan capaian data kepada staf
- 10) Kepala atau Direktur Rumah Sakit melaporkan hasil kegiatan penyelenggaraan mutu kepada pemilik Rumah Sakit, atau dewan pengawas Rumah Sakit bagi Rumah Sakit milik pemerintah pusat dan pemerintah daerah.

- 11) Pemilik atau dewan pengawas Rumah Sakit memberikan umpan balik berupa rekomendasi kepada Kepala atau Direktur Rumah Sakit untuk ditindaklanjuti.
- 12) Dalam rangka meningkatkan kinerja pelaksanaan tugas dan fungsi Komite Mutu, dapat dilakukan upaya peningkatan kapasitas keanggotaan Komite Mutu.
- 13) Upaya peningkatan kapasitas dilaksanakan melalui pelatihan oleh pemerintah pusat, pemerintah daerah, atau Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundangundangan.
- 14) Program peningkatan mutu dan keselamatan pasien dapat diterapkan secara menyeluruh di unit pelayanan, meliputi:
 - a) Dukungan Direktur dan pimpinan di rumah sakit;
 - b) Upaya perubahan budaya menuju budaya keselamatan pasien;
 - c) Secara proaktif melakukan identifikasi dan menurunkan variasi dalam pelayanan klinis;
 - d) Menggunakan hasil pengukuran data untuk fokus pada isu pelayanan prioritas yang akan diperbaiki atau ditingkatkan; dan
 - e) Berupaya mencapai dan mempertahankan perbaikan yang berkelanjutan.

A) STAF MUTU RISIKO DAN KESELAMATAN PASIEN

Uraian Tugas:

1. Membantu unit dalam penyusunan program PMKP di unit kerja.
2. Melakukan monitoring/survey rutin terkait penerapan program PMKP di Unit Kerja dan Program Manajemen Risiko di Unit Kerja.
3. Melakukan koordinasi dengan pimpinan unit pelayanan dalam memilih prioritas perbaikan, pengukuran mutu/indikator mutu, dan turnt memberikan saran tindaklanjuti atas hasil capaian indikator.
4. Melakukan koordinasi dengan pimpinan unit pelayanan dalam melakukan pemilihan risiko unit yang ada di unit kerja.
5. Membantu komite Mutu dan Akreditasi dalam koordinasi pemilihan prioritas program di tingkat unit kerja.
6. Membantu dalam menyusun profil indikator mutu unit, metode analisis, dan validasi data dari data indikator mutu yang dikumpulkan dari seluruh unit kerja di Rumah Sakit.
7. Membantu menyusun formulir untuk mengumpulkan data.

8. Menjalin komunikasi yang baik dengan semua pihak terkait serta menyampaikan masalah terkait pelaksanaan program mutu dan keselamatan pasien.
9. Melakukan koordinasi kegiatan pendidikan dan pelatihan PMKP yang telah disusun oleh komite Mutu & Akreditasi dengan Urusan Diklat RS
10. Mengkomunikasikan masalah-masalah mutu secara rutin kepada semua pimpinan di unit kerja dan PJ. Mutu Unit Kerja.
11. Menyelenggarakan dan melaksanakan kegiatan administrasi urusan mutu.
12. Melakukan telusur/ supervisi sistem manajemen data mutu di Unit kerja.
13. Melakukan pengolahan data hasil survei.
14. Melakukan verifikasi data indikator mutu RS sesuai dengan yang ditetapkan dalam kebijakan pengelolaan PMKP.
15. Melakukan validasi data indikator mutu area klinis sesuai dengan yang ditetapkan dalam kebijakan pengelolaan PMKP.

B) STAF MUTU AKREDITASI

Uraian Tugas:

1. Mengkoordinasikan program pengelolaan akreditasi dengan pimpinan unit dan pokja di Rumah Sakit.
2. Melakukan koordinasi dengan Tim Akreditasi RS dan lembaga akreditasi terkait jadwal bimbingan serta survei akreditasi di Rumah Sakit.
3. Melaksanakan koordinasi kegiatan akreditasi dengan Unit/Bagian/Bidang kelompok kerja akreditasi dan bidang/bagian dalam pengelolaan kegiatan akreditasi.
4. Menyelenggarakan dan melaksanakan kegiatan administrasi urusan akreditasi.
5. Membantu dalam penyusunan SPO yang diajukan jadi Bidang/Bagian/Unit kerja di RS.
6. Menjadwalkan dan memfasilitasi kegiatan telaah & sosialisasi SPO yang dilakukan oleh Bidang/Bagian/Unit Kerja.
7. Membuat *update* data base SPO yang ada di RS.
8. Menyelenggarakan dan melaksanakan kegiatan administrasi urusan mutu.
9. Memfasilitasi kegiatan self assessment yang dilakukan oleh koordinator dan pokja serta unit terkait.
10. Membuat laporan kegiatan *self-assessment*.

C) STAF MUTU

Uraian Tugas:

1. Mengawasi dan mengatur kegiatan bagian mutu manajemen di Rumah Sakit.
2. Merencanakan dan mengawasi kebutuhan tenaga, sarana, prasarana dan fasilitas bagian mutu.
3. Melaksanakan pengelolaan dan pengendalian mutu meliputi kegiatan survei, analisa dan evaluasi mutu.
4. Menyelenggarakan dan melaksanakan kegiatan administrasi urusan mutu.
5. Membantu dalam menyusun program kegiatan serta rencana kerja bagian mutu dan akreditasi, khusus kegiatan urusan mutu.
6. Mengawasi dan mengendalikan terlaksananya sistem prosedur/SPO dan kebijakan urusan mutu.
7. Mengkoordinasikan kegiatan pengendalian dan pengelolaan mutu dan unit kerja terkait.
8. Melakukan analisa, evaluasi dan menyusun laporan kinerja urusan mutu sebagai masukan kepada manajer mutu dan akreditasi.

D) STAF RISIKO

Uraian Tugas:

1. Melakukan asesmen risiko di setiap unit bersama- sama dengan kaper dan kains.
2. Membuat daftar risiko (*risk register*) Rumah Sakit yang di ambil dari risiko risiko ruangan
3. Melakukan analisa risiko berdasarkan dampak dan frekuensi kegiatan selanjutnya menjadi *risk priority number* (RPN).
4. Merekap dan menyusun laporan risiko dan IKP yang terjadi pada hari itu beserta pengelolaan yang dilakukan.
5. Melakukan komunikasi dan koordinasi dalam pelaksanaan manajemen risiko dan Insiden Keselamat pasien.
6. Mengkoordinasikan pembuatan FMEA.
7. Mengkoordinasikan pembuatan Laporan IKP ke Dep. MA PT. Digdaya Kencana Pratama

E) PIC DATA UNIT

Uraian Tugas:

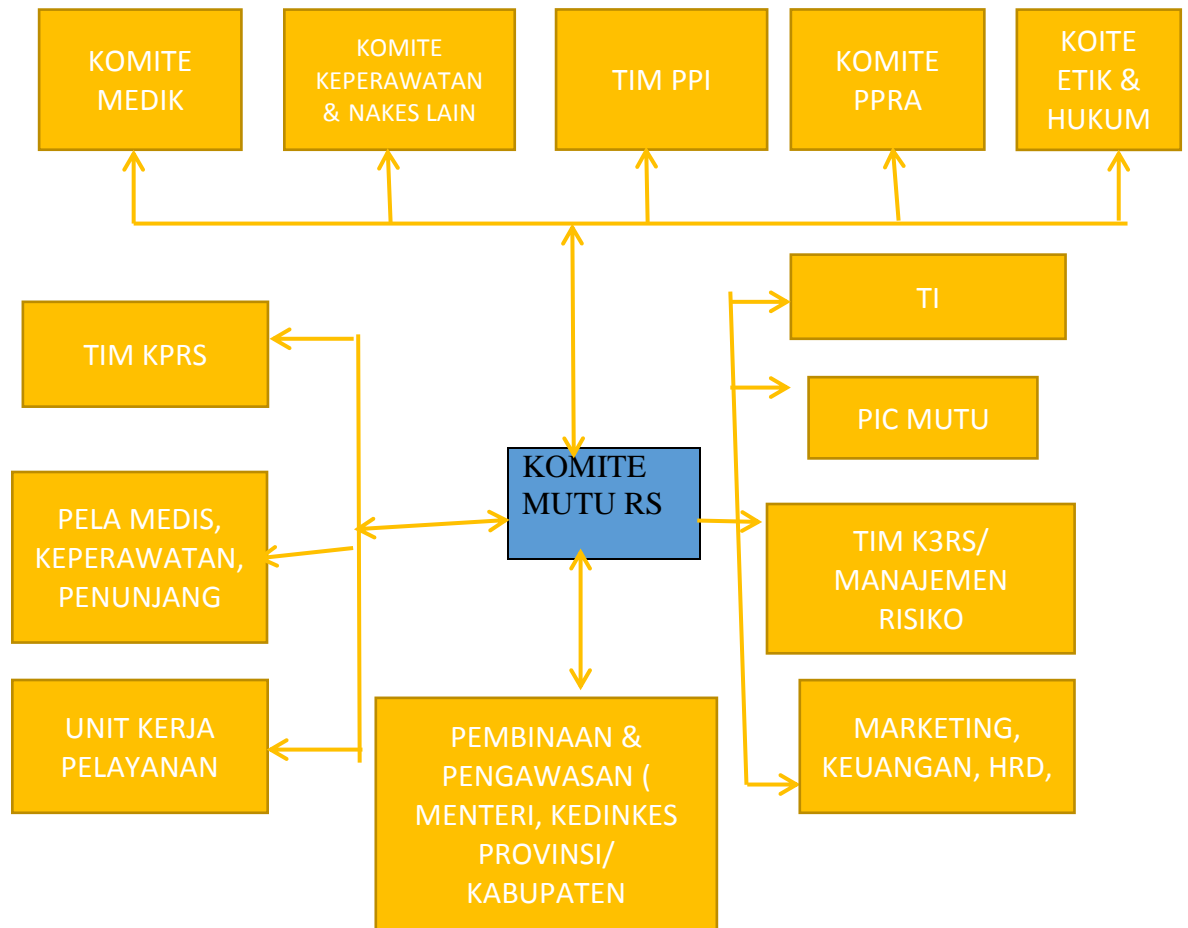
1. Melaksanakan program mutu dan melakukan monitoring dan survey terhadap pelaksanaan program mutu bersama - sama dengan Pimpinan langsung di Unit Kerja (Kaints/Kaperu/Kaur).
2. Berkoordinasi dengan pimpinan unit (atasan langsung) sebagai PJ. langsung pelaksanaan program mutu di Unit kerja.
3. Berkoordinasi dengan Bagian Mutu dan Akreditasi terkait pelaksanaan program mutu di Unit Kerja.

4. Melakukan pengarsipan notulen dan informasi tertulis tentang Mutu, serta laporan Indikator Mutu Unit untuk disimpan di unit kerjanya.
5. Melakukan pengumpulan data indikator mutu di Unit kerja yang masuk ke dalam laporan indikator mutu unit kerja.
6. Melakukan penginputan data secara harian pada worksheet, dan data bulanan via Google sheet dengan menggunakan *password* masing - masing instalasi/unit kerja.
7. Memastikan penginputan data pada setiap SHEET telah terisi lengkap dan benar.
8. Memberikan laporan indikator mutu kepada Staf Bagian Mutu dan Akreditasi yang telah diverifikasi oleh Atasan Langsung, Manager Bidang / Bagian
9. Menerima feedback rekomendasi dari manajer mutu, setelah mendapat rekomendasi dari Direktur Rumah Sakit Direktur PT. Digdaya Kencana Pratama.

B. HUBUNGAN KOORDINASI KOMITE MUTU RS DENGAN BAGIAN / UNIT LAIN

1. Kepala atau Direktur Rumah Sakit menetapkan kebijakan, prosedur, dan sumber daya yang diperlukan untuk menjalankan tugas dan fungsi Komite Mutu.
2. Komite Mutu dalam melaksanakan tugas dan fungsinya, dapat berkoordinasi dengan unsur komite medis, komite keperawatan, komite pencegahan dan pengendalian infeksi, komite etik dan hukum, dan unsur organisasi atau unit kerja terkait lainnya.
3. Koordinasi dilakukan melalui tata hubungan kerja penyelenggaraan mutu di Rumah Sakit yang ditetapkan oleh Kepala atau Direktur Rumah Sakit.
4. Tata hubungan kerja meliputi:
 - b. tata hubungan kerja dalam penerapan peningkatan mutu Rumah Sakit;
 - c. tata hubungan kerja dalam penerapan keselamatan pasien; dan
 - d. tata hubungan kerja dalam penerapan manajemen risiko.
5. Direktur membentuk Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit, yang diketuai oleh Wakil Direktur Medis/ Manajer Pelayanan Medis dan sebagai sekretaris adalah ketua komite mutu rumah sakit.

Keterangan :



1. KOMITE MEDIK

- a. Komite mutu rumah sakit menyiapkan data penilaian kinerja DPJP Staf Medis yang terkait aspek penilaiannya berkaitan dengan indikator mutu RS antara lain:
- Data ketidaklengkapan Pengisian RM.
 - Data keterlambatan DPJP dalam melakukan visite di RWI.
 - Data keterlambatan DPJP dalam memenuhi jadwal praktek di RWJ.
 - Data kejadian Insiden keselamatan pasien yang terkait dengan DPJP.
 - Data pelaporan dugaan pelanggaran / dilema etik.
- b. Komite mutu berkoordinasi dengan Komite Medik membuat rencana pelatihan / diklat:

- Manajemen Data, Analisa Data, Diklat PMKP untuk Tim Komite Medik dan KSM.
- Diklat Tata Cara pengisian clinical pathway, pembuatan RCA, serta Management Risiko Medis dan handling complain jika terjadi kasus gugatan hukum yang terkait dengan aspek medis bagi staf medis.
- c. Terlibat dalam pemilihan indikator mutu di tingkat RS dan menindaklanjuti capaian indikator mutu yang masih rendah.

2. **KOMITE KEPERAWATAN**

- a. Komite mutu Rumah Sakit menyiapkan data penilaian kinerja Staf Keperawatan yang terkait aspek penilaiannya berkaitan dengan indikator mutu RS, antara lain:
 - Data ketidaklengkapan Pengisian BRM.
 - Data kejadian Insiden keselamatan pasien yang terkait dengan Keperawatan.
 - Data Pelaporan dugaan pelanggaran/dilemaetik
- b. Bagian Mutu berkoordinasi dengan Komite Keperawatan membuat rencana pelatihan/diklat sebagai tindak lanjut pemenuhan/peningkatan kompetensi staf keperawatan terkait Mutu dan Keselamatan Pasien.
- c. Terlibat dalam pemilihan indikator mutu di tingkat RS dan menindaklanjuti capaian indikator mutu yang masih rendah.

3. **TIM PPI**

- a. Bagian Mutu dan Komite PPI adalah orang yang berbeda.
- b. Laporan bulanan hasil surveilans dari Komite PPI ditembuskan ke Bagian Mutu, termasuk hasil pemantauan dan evaluasi kejadian HAIS di rumahsakit.
- c. Hasil surveilans dibahas bersama-sama dalam suatu rapat integrasi pertriwulan antara Bagian Mutu dan Komite PPI.
- d. Bagian Mutu memfasilitasi Komite PPI dalam menyusun indikator Rumah Sakit terkait Program PPI yang diintegrasikan ke dalam indikator mutu RS.
- e. Bagian Mutu bekerja sama dengan Komite PPI menyusun risiko HAIS yang diintegrasikan ke dalam *Risk Register* RS serta Program Mutu & keselamatan Pasien RumahSakit.

- f. Bagian Mutu bersama – sama dengan Komite PPI melakukan monitoring indikator Rumah Sakit terkait Program PPI yang terintegrasi ke dalam indikator mutu RS.
- g. Bagian Mutu bersama-sama dengan Tim/ Komite PPI melakukan pengintegrasian data PPI dan data mutu yang akan dipublikasikan ke eksternal.

4. KOMITE TENAGA KESEHATAN LAIN

- a. Komite mutu menyiapkan data penilaian kinerja Staf tenaga kesehatan lain yang terkait aspek penilaiannya berkaitan dengan indikator mutu RS, antara lain:
 - Data ketidaklengkapan Pengisian BRM.
 - Data kejadian Insiden keselamatan pasien yang terkait dengan tenaga kesehatan lain.
 - Data Pelaporan dugaan pelanggaran/dilemma etik
- b) Bagian Mutu berkoordinasi dengan Komite tenaga kesehatan lain membuat rencana pelatihan / diklat sebagai tindak lanjut pemenuhan / peningkatan kompetensi staf tenaga kesehatan lain terkait Mutu dan Keselamatan Pasien.
- c) Terlibat dalam pemilihan indikator mutu di tingkat RS dan menindak lanjuti capaian indikator mutu yang masih rendah.

5. KOMITE/ TIM ETIK DAN HUKUM

- a. Ketua komite mutu rumah sakit merupakan anggota dari Tim Etik RS.
- b. Tim Etik melakukan pemantauan terhadap penerapan etik karyawan dalam bekerja, baik etik sesama pekerja/atasan/bawahan, etik antara dokter dan karyawan/pasien, etik antara karyawan dengan dokter/pasien
- c. Laporan pelaporan kejadian pelanggaran etik diberikan ke Sekretaris Tim Etik, jika kejadian etik berkaitan dengan profesi maka diteruskan ke bagian profesi terkait selain ke Bagian Mutu.
- d. Bagian mutu dan Tim Etik menyusun indikator tentang pengukuran penerapan etik di RS.
- e. Tim Etik melakukan pengukuran penerapan etik di RS di Rumah Sakit yang hasilnya diserahkan ke Bagian Mutu untuk kemudian diintegrasikan dengan pengukuran budaya keselamatan rumah sakit.

6. KOMITE PPRA

- a. Komite mutu rumah sakit berkoordinasi dengan komite PPRA berkaitan dengan pemantauan kepatuhan terhadap formularium rumah sakit
- b. Pemantauan berkaitan hasil pemantauan PPRA baik kualitatif maupun kuantitatif
- c. Koordinasi hasil penyusunan formularium rumah sakit

7. IT RS

- a. Bagian mutu berkoordinasi dengan IT RS dalam hal pengajuan penambahan fasilitas dan aplikasi/fitur terkait kebutuhan pengolahan data.
Bagian mutu berkoordinasi dengan IT RS dalam hal penginputan dokumen Akreditasi ke dalam sistem dan Sistem Manajemen Data yang digunakan di lingkungan RS meliputi data: Indikator mutu nasional, indikator mutu prioritas RS, indikator mutu unit, indikator mutu ponek, indikator mutu PAB, mutu yang dikontrakan, hasil surveillanee, indikator mutu insiden keselamatan pasien, indikator insiden/kejadian.kecelakaan di RS.
- b. Bagian Mutu berkoordinasi dengan IT RS terkait pengajuan PDSA, *lean management* untuk meningkatkan mutu dan kinerja yang membutuhkan support IT.
- c. Bagian mutu berkoordinasi dengan IT RS dan Kaints Farmasi guna memastikan tidak terjadi error System e-press terutama di hari padat kunjungan.
- d. Bagian mutu berkoordinasi dengan IT RS dalam hal tatalaksana penyelenggaraan diklat bagi karyawan di Rumah Sakit, khususnya staf mutu dan PJ. Mutu yang terkait dengan support System di RS.

8. TIM KPRS

- a. Manajer Mutu dan Akreditasi merupakan sekretaris Tim KPRS. Tim KPRS melakukan ronde *patient safety* terintegrasi bersama dengan Tim K3RS, Komite PPI, Tim ABRT, Manajer Bagian / Bagian lainnya minimal setiap triwulan sebagai bentuk dukungan manajemen terhadap pelaksanaan program mutu dan keselamatan pasien di Rumah Sakit. Data ronde kemudian di himpun oleh komite mutu rumah sakit untuk diolah menjadi laporan.

- b. Laporan kejadian insiden keselamatan pasien di unit kerja diberikan kepada Sekretaris Tim KPRS.
- c. Setiap kejadian insiden baru dilakukan pembahasan kasus dan simulasi guna mencegah terjadinya kasus berulang dikarenakan ketidaktahuan petugas (budaya pembelajaran).

9. TIM REGULASI

- a) Komite mutu rumah sakit merupakan anggota dari Tim Regulasi RS.
- b) Tim Regulasi melakukan koreksi pada setiap Kebijakan dan SPO baru yang diajukan dari unit sebelum diajukan ke Direktur untuk kemudian disosialisasikan oleh unit terkait.
- c) Tim Regulasi melakukan telaah setiap SPO baru yang diajukan dari unit sebelum diajukan ke Direktur untuk kemudian disosialisasikan oleh unit terkait.
- d) Tim Regulasi RS berkoordinasi dengan SPI secara berkala melakukan pemantauan ketersediaan regulasi di setiap unit kerja.
- e) Tim regulasi RS berkoordinasi dengan semua pimpinan di unit kerja dalam hal *update* data base regulasi yang ada di unit kerja.
- f) Tim Regulasi melakukan review dan evaluasi regulasi yang ada secara berkala, untuk kemudian diajukan penetapan ulang atau revisi oleh Direktur RS berdasarkan hasil telaah Tim Regulasi.
- g) Tim Regulasi melakukan review dan evaluasi visi dan misi RS, untuk kemudian diajukan penetapan ulang atau revisi oleh Direktur Rs berdasarkan hasil telaah tim Regulasi.
- h) Kebijakan yang telah ditetapkan, berkas asli disimpan di Sekretaris Rumah Sakit, sedangkan SPO berkas asli disimpan di Bagian Mutu RS. Kebijakan dan SPO yang telah disosialisasikan didokumentasikan di Sekretaris Tim Regulasi.

10. K3RS

- a. Tim K3RS melakukan pemantauan terhadap keselamatan dan kesehatan kerja karyawan.
- b. Laporan Kejadian ketidakamanan fasilitas dan alat yang mengakibatkan cedera atau risiko lainnya terhadap karyawan, dokter dan pengunjung diterima oleh tim K3RS dan

dibahas bersama - sama dalam suatu rapat integrasi pertriwulan antara komite mutu dan Tim K3RS dan Tim MFK.

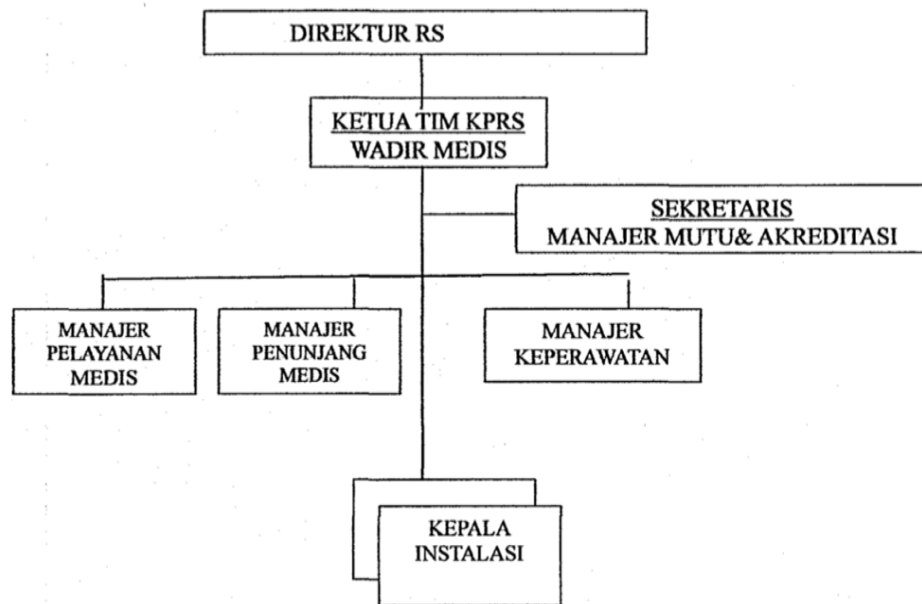
- c. Komite mutu berkoordinasi dengan tim K3RS tentang management risiko dan evaluasi program secara berkesinambungan.
- d. Komite mutu memfasilitasi Tim K3RS mengenai indikator tentang pengukuran budaya keselamatan & kesehatan kerja karyawan. Tim K3RS melakukan pengukuran budaya keselamatan karyawan di Rumah Sakityang hasilnya diserahkan ke komite Mutu untuk kemudian diintegrasikan dengan pengukuran budaya keselamatan rumah sakit.

11. BAGIAN-BAGIAN LAIN

- a. Komite mutu memfasilitasi Bagian/Bagian, Kepala Urusan, Kepala Pelayanan dan Kepala Instalasi membahas usulan indikator mutu Unit kerja.
- b. Melakukan pemantauan mutu di bagian/bagian lain.
- c. Komite mutu bersama - samadengan Bagian lain menyusun Program Diklat sebagai upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
- d. Komite mutu memfasilitasi kebutuhan pertemuan, kebutuhan penyusunan *worksheet* dan profil indikator mutu yang diajukan dari Bagian lain yang ada di RumahSakit.
- e. Komite mutu berkoordinasi dengan Bagian lain di Rumah Sakitdalam melaksanakan pengelolaan dan pengendalian mutu meliputi kegiatan survei, analisa dan evaluasi mutu serta pengendalian risiko meliputi identifikasi, analisa, penanganan risiko, implementasi dan monitoring.
- f. Komite mutu berkoordinasi dengan semua Bagian lain guna memantau kepatuhan Laporan Pencapaian Indikator Mutu Bagian/ Bagian/unit kerja setiap bulan.
- g. Komite mutu melakukan supervisi proses pengelolaan mutu di unit kerja, melakukan pembahasan hasil temuan dan memberikan usulan rekomendasi perbaikan.
- h. Laporan Pencapaian Indikator Mutu dibahas bersama- sama dalam rapat Staf per bulan, dan secara detail dibahas pertriwulan dalam rapat Mutu RS.
- i. Komite mutu bersama-sama dengan Bagian lain di RS melakukan pemantauan terhadap Pelaksanaan dan Pencapaian indikator mutu RS.

- j. Komite Mutu mengkomunikasikan kepada Bagian lain dalam kegiatan program akreditasi sesuai dengan BAB yang ditetapkan pada Starkes dan pengawasan kegiatan akreditasi sampai selesai survei.
- k. Komite Mutu mengkomunikasikan hasil temuan survei kepada Bagian/Bagian/Unit Kerja per kali kegiatan survei dilakukan untuk dapat ditindak lanjuti.
- l. Komite mutu berkoordinasi dengan Bagian di Rumah Sakit dalam melaksanakan monitoring dan evaluasi terhadap penerapan budaya keselamatan rumah sakit.

Struktur Organisasi Tim KPRS



Uraian Tugas:

1. Ketua:

- a) Bertanggung jawab terhadap implementasi program keselamatan pasien.
- b) Mengintegrasikan program keselamatan pasien antar bagian / bagian dan seluruh unit di Rumah Sakit.
- c) Bertanggung jawab terhadap terlaksananya program, proaktif untuk identifikasi risiko dan program untuk menekan atau mengurangi kejadian yang tidak diharapkan.
- d) Mendorong dan menumbuhkan komunikasi dan koordinasi antar bagian / bagian dan unit serta individu berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang keselamatan pasien.
- e) Melakukan evaluasi dan mengkaji efektivitas program keselamatan pasien di Rumah Sakit.
- f) Berkoordinasi dengan Komite Medik, KSM-KSM, dan Komite Keperawatan dalam membahas risiko atau kejadian yang tidak diharapkan yang berkaitan dengan profesi dan etika (Medis dan Keperawatan).

2. Sekretaris:

- a) Mengumpulkan laporan kejadian (*incident report*) dari bagian/bagian dan unit serta menyampaikan laporan kejadian *incident report* tersebut ke Ketua Tim KPRS.
- b) Melakukan pencatatan/registrasi risiko dan kejadian tidak diharapkan.
- c) Membantu Ketua Tim KPRS dalam menjalankan program keselamatan pasien di Rumah Sakit dalam hal administrasi, registrasi dan sistem pelaporan.

3. Manajer:

- a) Bertanggung jawab terhadap terlaksananya program keselamatan pasien di bidang / bagian atau unit masing-masing.
- b) Membantu Ketua Tim KPRS dalam program keselamatan pasien di Rumah Sakit, sesuai bidang / bagian masing-masing.

4. Kepala instalasi :

- a) Bertanggung jawab terhadap terlaksananya program keselamatan pasien di bagian / bagian atau unit masing-masing.
- b) Membuat laporan kejadian/*incident report/simple investigation* masalah yang menimbulkan risiko dan kejadian yang tidak diharapkan.
- c) Membantu Ketua Tim KPRS dalam program keselamatan pasien di Rumah Sakit, sesuai bagian / bagian masing-masing

- a. Peran Direktur Rumah Sakit dan Para Pimpinan di Rumah Sakit
- a) Menetapkan organisasi yang mempunyai tugas mengarahkan, mengatur dan mengkoordinasikan pelaksanaan program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien yaitu Bagian Mutu dan Akreditasi Rumah Sakit
 - b) Direktur Rumah Sakit, Wakil Direktur dan Manager Bidang/ Bagian, Kepala Instalasi berperan dalam merencanakan dan mengembangkan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
 - c) Direktur Rumah Sakit, Wakil Direktur dan Manager Bidang/ Bagian, Kepala Instalasi berperan dalam pemilihan indikator mutu di tingkat RS (indikator area klinik, area manajemen dan sasaran keselamatan pasien) dan keterlibatannya dalam menindaklanjuti capaian indikator yang masih rendah.
 - d) Direktur Rumah Sakit, Wakil Direktur dan Manager Bidang/ Bagian, Kepala Instalasi, Komite Medik berperan dalam memilih area prioritas sebagai area fokus untuk perbaikan
 - e) Direktur Rumah Sakit, Wakil Direktur dan Manager Bidang/ Bagian dan Kepala Instalasi melakukan monitoring/ supervisi terhadap pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan, dilakukan melalui rapat koordinasi tentang pemantauan dan implementasi tindak lanjut program peningkatan mutu dan keselamatan pasien dari rencana tindak lanjut.
 - f) Direktur Rumah Sakit bertanggung jawab melaporkan pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien kepada representasi pemilik, meliputi:
 - 1) Setiap 3 (tiga) bulan meliputi capaian dan analisis dari indikator mutu prioritas (IAK, IAM, ISKP), indikator mutu unit (IAK, IAM, ISKP), indikator wajib nasional dari Kemenkes, capaian implementasi panduan praktik klinis serta penerapan sasaran keselamatan pasien.
 - 2) Setiap 3 (tiga) bulan Direktur Rumah Sakit melaporkan penerapan keselamatan pasien kepada representasi pemilik mencakup:
 - Jumlah dan jenis kejadian tidak diharapkan/ insiden keselamatan pasien serta analisis akar masalahnya.
 - Apakah pasien dan keluarga telah mendapatkan informasi tentang kejadian tersebut.

- Tindakan yang telah diambil untuk meningkatkan keselamatan sebagai respon terhadap kejadian tersebut.
 - Apakah tindakan perbaikan tersebut dipertahankan
- 3) Khusus untuk kejadian sentinel, Direktur Rumah Sakit wajib melaporkan kejadian kepada pemilik dan representasi pemilik paling lambat 2x24 jam setelah kejadian melaporkan ulang hasil analisis akar masalah setelah 45 hari.
 - 4) Representasi pemilik mengkaji dan merespon laporan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien khususnya terkait dengan capaian indikator yang masih rendah.

I. REFERENSI TERKINI TENTANG PMKP BERDASARKAN ILMU PENGETAHUAN DAN INFORMASI TERKINI DAN PERKEMBANGAN KONSEP PMKP

Dalam menjalankan kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien memerlukan regulasi yang didasarkan pada referensi ilmiah terkini sesuai perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi. Referensi yang disediakan di Rumah Sakit dapat berupa literatur ilmiah terkait asuhan dan manajemen, *international clinical guidelines*, pedoman nasional praktik kedokteran, pedoman praktik klinis (*clinical practice guidelines*), temuan penelitian dan metodologi pendidikan, fasilitas internet, bahan cetak di perpustakaan, sumber - sumber pencarian *online*, bahan- bahan pribadi dan peraturan perundang- undangan merupakan sumber informasi terkini yang berharga.

Referensi dan informasi terkini/literature ilmiah yang digunakan rumah sakit dalam meningkatkan mutu dan keselamatan pasien:

1. Literatur ilmiah dan informasi lainnya yang dapat dipergunakan untuk mendukung asuhan pasien terkini, misalnya pedoman nasional pelayanan kedokteran dan internasional *clinical guidelines*.
2. Literatur ilmiah dan informasi lainnya yang dapat dipergunakan untuk mendukung penelitian (khusus untuk rumah sakit pendidikan).
3. Literatur ilmiah dan informasi lainnya yang (dapat) dipergunakan untuk mendukung terselenggaranya manajemen yang baik.
4. Informasi lainnya sesuai kebutuhan rumah sakit, misalnya data indikator mutu di tingkat nasional atau internasional.

5. Peraturan perundang-undangan terkait dengan mutuan keselamatan pasien di rumah sakit termasuk pedoman-pedoman yang dikeluarkan oleh pemerintah.

Referensi diatas dapat digunakan dalam melaksanakan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien, menyusun regulasi proses kegiatan asuhan klinis pada pasien dan proses kegiatan manajemen.

II. SISTEM MANAJEMEN DATA TERINTEGRASI DENGAN SISTEM INFORMASI TEKNOLOGI

Rumah sakit perlu mempunyai sistem manajemen data yang didukung dengan teknologi informasi yang dimulai dari pengumpulan, pelaporan, analisa, validasi dan publikasi data untuk internal Rumah Sakit dan eksternal Rumah Sakit.

Sistem Manajemen Data Mutu yang digunakan di RS adalah Semi Komputerisasi dimana sebagian sudah menggunakan sistem komputerisasi yaitu SISMADAK dan *Google Sheet* dan dilakukan dilakukan breezing antara Sistem lembaga akreditasi dan Google Sheet. Namun data yang diinput dari unit belum bisa diintegrasikan menjadi Iaporan RS secara otomatis, sehingga masih menggunakan kertas sebagai berkas pendukung laporan.

III. INDIKATOR NASIONAL MUTU

1. Kepatuhan kebersihan tangan
2. Kepatuhan penggunaan alat pelindung diri
3. Kepatuhan membantu pasien
4. Waktu tanggap operasi section sesaria emergency
5. Waktu tunggu rawat jalan
6. Penundaan operasi elektif
7. Kepatuhan waktu visite dokter
8. Hasil pelaporan kritis laboratorium
9. Kepatuhan penggunaan formularium nasional
10. Kepatuhan terhadap alur klinis (clynical pathway)
11. Kepatuhan upaya risiko pencegahan pasien jatuh
12. Kecepatan waktu tanggap keluhan
13. Kepuasan pasien

Data yang dikumpulkan menggunakan komputerisasi, meliputi:

| No. | DATA | SISTEM MANAJEMEN DATA |
|-----|---|--|
| 1. | Indikator Mutu Nasional | SISMADAK (rekapan harian), google sheet (untuk data per sampel) |
| 2. | Indikator Mutu Prioritas RS | SISMADAK (rekapan harian), google sheet (untuk data per sampel) |
| 3. | Indikator Mutu Unit | SISMADAK (rekapan harian), google sheet (untuk data per sampel) |
| 4. | Indikator PAB | SISMADAK (rekapan harian), google sheet (untuk data per sampel) |
| 5. | Indikator PONEK | SISMADAK (rekapan harian), google sheet (untuk data per sampel) |
| 6. | Indikator PPRA | SISMADAK (rekapan harian), google sheet (untuk data per sampel) |
| 7. | Indikator Mutu Pelayanan yang dikontrakan | SISMADAK (rekapan harian), google sheet (untuk data per sampel) |
| 8. | <i>Surveillance</i> PPI | SISMADAK (rekapan harian), google sheet (untuk data per sampel) |
| 9. | Insiden Keselamatan Pasien | SISMADAK (laporan ke LARS), KNKP (eksternal), barcode (untuk rekapan data IKP dari unit) |
| 10. | Hasil Monitoring Kinerja Staf Klinis / Kepatuhan Penggunaan <i>Clinical Pathway</i> (Komite Medik & Yanmed) | SISMADAK (rekapan harian) dan google sheet bila dimasukkan ke dalam indikator mutu. |
| 11. | Kejadian Kecelakaan Kerja | Google sheet |
| 12. | Penerapan Budaya Keselamatan | Google sheet |

A. PEMILIHAN, PENGUMPULAN, ANALISIS, VALIDASI DAN PUBLIKASI INDIKATOR MUTU

1. Pemilihan Indikator Mutu RS

- Setiap tahun rumah sakit harus memilih fokus perbaikan, proses serta hasil praktik klinis dan mengacu pada misi rumah sakit, kebutuhan pasien dan jenis pelayanan. Pemilihan ini didasarkan atas proses yang berimplikasi risiko tinggi, diberikan dalam volume besar atau cenderung menimbulkan masalah.
- Direktur Rumah Sakit, para pimpinan dan Bagian Mutu dan Akreditasi Rumah Sakit menetapkan dan merancang upaya peningkatan mutu pelayanan prioritas rumah sakit, dengan memperhatikan beberapa hal:
 - Misi Rumah Sakit.

- 2) Data-data dari permasalahan yang ada, misalnya komplain pasien, capaian indikator mutu yang masih rendah, terdapat kejadian yang tidak diharapkan.
- 3) Adanya sistem dan serta proses yang memperlihatkan variasi paling banyak, misalnya pelayanan pasien stroke yang dilakukan oleh lebih satu dokter spesialis saraf dan memperlihatkan proses pelayanan yang masih bervariasi atau belum terstandarisasi sehingga hasil pelayanannya juga bervariasi.
- 4) Dampak dari perbaikan, misalnya penilaian efisiensi suatu proses klinis yang kompleks pada pelayanan stroke, pelayanan jantung dan lainnya, dan/ atau identifikasi pengurangan biaya dan sumber daya yang digunakan dengan perbaikan suatu proses. Penilaian dampak dari perbaikan tersebut akan menunjang pemahaman tentang biaya relatif yang dikeluarkan demi investasi mutu dari sumber daya manusia, finansial dan keuntungan lain dari investasi tersebut. Sehingga diperlukan program (*tool*) sederhana untuk menghitung sumber daya yang digunakan pada proses yang lama dan proses yang baru.
- 5) Dampak pada perbaikan sistem sehingga efek perbaikan dapat terjadi di seluruh rumah sakit, misalnya sistem manajemen obat di Rumah Sakit.
- 6) Direktur Rumah sakit memilih pelayanan prioritas yang akan dievaluasi melalui rapat yang dipimpin oleh Direktur Rumah Sakit dihadiri oleh Manager Bidang/Bagian, Bagian Mutu dan Akreditasi, Komite Medik, Komite Keperawatan, Komite Staf Klinis Lainnya serta para Kepala Instalasi.
- 7) Rapat pemilihan pelayanan prioritas dilaksanakan setiap tahun dengan pembahasan pemilihan pelayanan prioritas, termasuk kajian dasar pemilihan prioritas, monitoring pelaksanaan program prioritas/ monitoring capaian - capaian indikator prioritas dan perbaikan mutu.
- 8) Pelayanan prioritas yang sudah dipilih dalam rapat ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit dalam SK Direktur dan pelayanan prioritas yang sudah terpilih akan menjadi salah satu dasar pemilihan indikator mutu unit.

2. Pemilihan Indikator Mutu Unit

- a. Setiap unit kerja/ unit pelayanan di Rumah Sakit memilih dan menetapkan indikator mutu yang dipergunakan untuk mengukur mutu unit kerja.

- b. Pimpinan unit kerja dan unit pelayanan dalam menerapkan pemilihan dan pengawasan penilaian secara spesifik terhadap unit pelayanan mencakup hal - hal sebagai berikut:
- 1) Penilaian RS secara menyeluruh dan perbaikan prioritas yang ditetapkan oleh Direktur RS, yang terkait secara spesifik dengan Departmen atau unit layanan mereka.
 - 2) Penilaian yang terkait dengan prioritas di unit kerja/unit pelayanan secara spesifik untuk mengurangi variasi, meningkatkan keselamatan dan untuk tindakan/tata laksana berisiko tinggi, meningkatkan kepuasan pasien, dan meningkatkan efesiensi (fokus mengukur hal-hal yang ingin diperbaiki).
 - 3) Penilaian spesifik di unit pelayanan ini juga diharapkan dapat dipergunakan untuk melakukan evaluasi praktik Professional berkelanjutan dari para Professional pemberi asuhan/PPA (melakukan koordinasi dengan komite medis bila evaluasi penerapan panduan praktek klinis dan evaluasi kinerja dokter menggunakan indikator mutu).
- c. Pemilihan unsur penilaian di unit berdasarkan atas kegiatan dan proses yang membutuhkan perbaikan di setiap unit kerja/ unit pelayanan, dilengkapi dengan target yang ditetapkan
- d. Indikator mutu unit kerja juga dapat menggunakan indikator mutu yang tercantum dalam standar pelayanan minimal rumah sakit (KEPMENKES 129/MENKES/ SK/ II/ 2008)

| No. | Bagian/Bagian | Indikator Mutu |
|-----|--------------------|--|
| 1. | Unit Gawat Darurat | Penatalaksanaan prosedur dan tatalaksana pasien IGD sesuai dengan hasil Triase |
| | | Kelengkapan Asesmen Awal Medis IGD dalam Waktu 24 Jam |
| | | Ketepatan identifikasi pasien IGD |
| | | Respon time pelayanan Dokter IGD ≤ 5 menit |
| | | Kematian pasien ≤ 24 jam di Unit Gawat Darurat |
| 2. | Rawat Jalan | Ketepatan identifikasi Pasien Rawat Jalan |

| | | |
|----|---------------|---|
| | | Kelengkapan pendokumentasian catatan perkembangan terintegrasi (CPPT) rawat jalan metode SOAP |
| | | Kepatuhan cuci tangan SDM Rawat Jalan |
| | | Kelengkapan pengisian Profil ringkasan medis rawat jalan (PRMRJ) pasien onkologi |
| | | Waktu tunggu di rawat jalan < 60 menit |
| | | Ketepatan tatalaksana pasien resiko jatuh |
| 3. | Rawat Inap | Ketepatan identifikasi Pasien Onkologi Rawat Inap |
| | | Kelengkapan dan Kesesuaian Pengisian Formulir Asesmen Awal Rawat Inap Pada Pasien Onkologi |
| | | Bukti kelengkapan komunikasi efektif melalui telepon (CABAG) |
| | | Ketepatan pemberian edukasi pada pasien onkologi pasca tindakan |
| | | Kepatuhan Waktu Visite Dokter spesialis Onkologi |
| | | Kepatuhan Dokter Terhadap <i>Clinical Pathway</i> Pada Pelayanan Prioritas Onkologi |
| | | Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan / kematian |
| | | Kepatuhan cuci tangan SDM Rawat |
| | | Ketepatan tatalaksana pasien resiko jatuh |
| 4. | Kamar Operasi | Waktu tunggu operasi elektif |
| | | Kejadian kematian di meja operasi |
| | | Tidak adanya kejadian operasi salah sisi |
| | | Tidak adanya kejadian operasi salah orang |
| | | Tidak adanya kejadian salah Tindakan pada operasi |
| | | Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing / lain pada tubuh setelah operasi |
| | | Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan anestesi <i>endotracheal tube</i> |

| | | |
|-----|----------------|--|
| 5. | Kamar Bersalin | Ketepatan identifikasi bayi baru lahir |
| | | Kelengkapan pengkajian awal rawat inap kebidanan |
| | | Kepatuhan penggunaan APD Kamar Bersalin |
| | | Bukti kelengkapan komunikasi efektif melalui telepon (CABAG) |
| | | Pelaksanaan IMD pada bayi baru lahir dengan persyaratan bayi bugar |
| | | Kepatuhan cuci tangan SDM Kamar |
| | | Pemberi pelayanan unit intensif |
| 7. | Radiologi | Reject Film |
| | | Jumlah Evaluasi Monitoring Jenis Pelayanan: jumlah pasien per bulan, jumlah pemeriksaan per bulan, dan jumlah jenis pembayaran |
| 8. | Laboratorium | TAT Hasil Pelayanan Laboratorium Rawat Jalan ≤ 60 menit |
| | | Angka kejadian salah input |
| | | Angka kejadian tertusuk jarum |
| | | Angka kejadian sampel reject |
| | | Kepatuhan cuci tangan |
| | | Waktu Lapor Hasil Test Nilai Kritis ≤ 30 menit |
| | | Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik |
| | | Kepuasan pelanggan |
| 10. | Farmasi | Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional |
| | | Persentase Kecepatan Pelayanan Resep (Obat Paten dan Obat Racik) |
| | | Ketepatan penyimpanan obat kemoterapi/ obat onkologi di farmasi |
| | | Kejadian ketidak tersediaan obat kemoterapi pasien onkologi |
| | | Presentasi temuan obat onkologi high alert yang tidak berlabel |
| | | Persentase Kepatuhan Pengelolaan Obat Narkotika |
| | | Kejadian kesalahan penyerahan obat |

| | | |
|-----|-------------------------------|---|
| 14. | Rekam Medik | Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan |
| | | Kelengkapan informed concent setelah mendapatkan informasi yang jelas |
| | | Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan |
| | | Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap |
| 15. | Pengolahan limbah | Baku mutu limbah cair |
| | | Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan |
| 16. | Administrasi dan manajemen | Tindak lanjut penyelesain hasil pertemuan direksi |
| | | Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja |
| | | Ketepatan waktu pengusulan kenaikan Jenjang (career pathway |
| | | Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala |
| | | Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun |
| | | <i>Cost recovery</i> |
| | | Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan |
| | | Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap |
| | | Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu |
| 17. | Ambulance | Waktu pelayanan ambulance |
| | | Kecepatan memberikan pelayanan ambulance di Rumah Sakit |
| | | <i>Response time</i> pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan |
| 18. | Pemulasaran jenazah | Waktu tanggap (<i>response time</i>) pelayanan pemulasaran jenazah |
| 19. | Pelayanan pemeliharaan sarana | Kecepatan waktu menanggapi alat rusak |
| | | Ketepatan waktu pemeliharaan alat |

| | | |
|-----|---|---|
| | Rumah Sakit | Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi |
| 20. | Pelayanan Laundry | Tidak adanya kejadian linen yang hilang |
| | | Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap |
| 21. | Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) | Ada anggota tim PPI yang terlatih |
| | | Tersedia APD di setiap instalasi / departemen |
| | | Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosocomial / HAI (<i>Health Care Associated Infection</i>) di RS (min. 1 parameter) |

- e. Pengukuran Mutu Nasional meliputi: Kepatuhan identitas pasien, *Emergency respon time* (EMT), Waktu tunggu Rawat Jalan, Penundaan operasi elektif, kepatuhan jam visite dokter, waktu lapor tes kritis laboratorium, Kepatuhan penggunaan Formularium Nasional (FORNAS), kepatuhan cuci tangan, kepatuhan upaya pencegahan risiko cedera akibat pasien jatuh, kepatuhan terhadap *clinical pathway*, Kepuasan pasien dan keluarga serta kecepatan respon terhadap keluhan.
- f. Pemilihan indikator mutu unit mencakup:
 - 1) Indikator Mutu Nasional
 - 2) Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit
 - 3) Indikator Mutu Prioritas Unit
 - 4) Indikator Mutu Pelayanan yang dikontrakkan
 - 5) Indikator Mutu PONEK, PAB, PROGNAS
 - 6) Evaluasi kepatuhan DPJP terhadap PPK, dan penilaian terhadap kinerja PPA (OPPE) bila menggunakan indikator mutu.
- g. Pemilihan indikator dilakukan oleh Pimpinan unit kerja dan unit pelayanan terlibat langsung melalui rapat pemilihan indikator mutu unit.
- h. Rapat pemilihan indikator mutu unit dilaksanakan setiap tahun di pimpin langsung oleh Pimpinan Unit Kerja/ Unit Pelayanan diadai oleh Manager Bidang/ Bagian terkait, Bidang Mutu dan Akreditasi Rumah Sakit.
- i. Bidang Mutu dan Akreditasi Rumah Sakit memfasilitasi pemilihan indikator mutu unit kerja sehingga indikator yang dipilih tersebut valid, reliable, sensitive dan spesifik.

- j. Indikator mutu unit pelayanan dapat meliputi Indikator Area Klinis (LAK), Indikator Area Manajemen (IAM) dan Indikator Mutu Sasaran Keselamatan Pasien (ISKP). Untuk indikator mutu unit kerja (non pelayanan) minimal meliputi Indikator Area Manajemen
- 1) Indikator Area Klinis (IAK) yaitu indikator mutu yang bersumber dari area pelayanan:
 - a) Assesment pasien.
 - b) Pelayanan radiologi dan pencitraan diagnostik.
 - c) Pelayanan laboratorium.
 - d) Prosedur operasi.
 - e) Penggunaan antibiotika dan obat lainnya.
 - f) Kesalahan obat dan nyaris cedera.
 - g) Penggunaan anestesi dan sedasi.
 - h) Penggunaan darah dan produk darah.
 - i) Ketersediaan isi dan penggunaan catatan tentang pasien.
 - j) Pencegahan dan pengendalian, pengawasan serta pelaporan infeksi.
 - 2) Indikator Area Manajemen (IAM) yaitu indikator mutu yang bersumber dari area manajemen:
 - a) Pengadaan suplai serta obat penting yang dibutuhkan secara rutin.
 - b) Pelaporan kegiatan seperti yang diatur undang-undang dan peraturan.
 - c) Manajemen risiko.
 - d) Manajemen penggunaan sumberdaya.
 - e) Harapan dan kepuasan pasien atau keluarga pasien.
 - f) Harapan dan kepuasan staf.
 - g) Demografi dan diagnosis klinis pasien.
 - h) Manajemen keuangan.
 - i) Pencegahan dan pengendalian peristiwa yang membahayakan keselamatan pasien, keluarga pasien dan staf.
 - 3) Indikator Mutu Sasaran Keselamatan Pasien (ISKP) yaitu indikator mutu yang mengukur kepatuhan staf dalam penerapan sasaran keselamatan pasien dan budaya keselamatan:
 - a) Pemantauan ketepatan identifikasi pasien.
 - b) Pemantauan peningkatan komunikasi yang efektif.

- c) Pemantauan keamanan obat yang perlu diwaspadai.
 - d) Pemantauan menghindari salah sisi, salah pasien dan salah prosedur pembedahan.
 - e) Pemantauan pencegahan infeksi nosokomial.
 - f) Pemantauan pencegahan risiko jatuh.
- k. Setiap indikator yang sudah dipilih dilengkapi dengan profil indikator, meliputi:
- 1) Judul indikator
 - 2) Definisi operasional
 - 3) Tujuan dan dimensi mutu
 - 4) Dasar pemikiran/alasan pemilihan indikator
 - 5) Numerator, denominator, dan formula pengukuran
 - 6) Metodologi pengumpulan data
 - 7) Cakupan data
 - 8) Frekuensi pengumpulan data
 - 9) Frekuensi analisis data
 - 10) Metodologi analisis data
 - 11) Sumber data
 - 12) Penanggung jawab pengumpul data
 - 13) Publikasi data
- l. Jika pada penilaian pertama didapatkan bahwa target tidak terpenuhi, namun saat strategi perbaikan telah dilaksanakan maka Kepala Unit Kerja/ Unit Pelayanan dapat melihat perbaikan menuju tercapainya target tersebut. Ketika target tercapai dan dipertahankan untuk setidaknya empat periode penilaian (1 tahun) maka dipilih indikator mutu baru.
- m. Indikator mutu yang dipilih perlu memperhatikan enam dimensi mutu dari WHO yaitu: *effective, efficient, accessible, acceptable/patient - centred, equitable and safe*.
- n. Indikator Mutu yang **ideal** mempunyai 4 kriteria, yaitu:
- 1) Sahih (Valid), yaitu benar-benar dapat dipakai untuk mengukur aspek yang akan dinilai.
 - 2) Dapat dipercaya (Reliable), yaitu mampu menunjukkan hasil yang benar pada penilaian yang dilakukan secara berulang kali, artinya komponen indikatornya tetap.

- 3) Sensitif, yaitu peka untuk digunakan sebagai bahan pengukuran.
- 4) Spesifik, yaitu mampu memberikan gambaran perubahan ukuran yang jelas pada suatu jenis kegiatan tertentu.
- o. Indikator mutu unit yang sudah dipilih pada saat rapat, kemudian diajukan oleh Kepala Unit Kerja/ Unit Pelayanan ke Bagian Mutu dan Akreditasi untuk ditetapkan dalam SK Direktur.

3. Pengumpulan Data Indikator

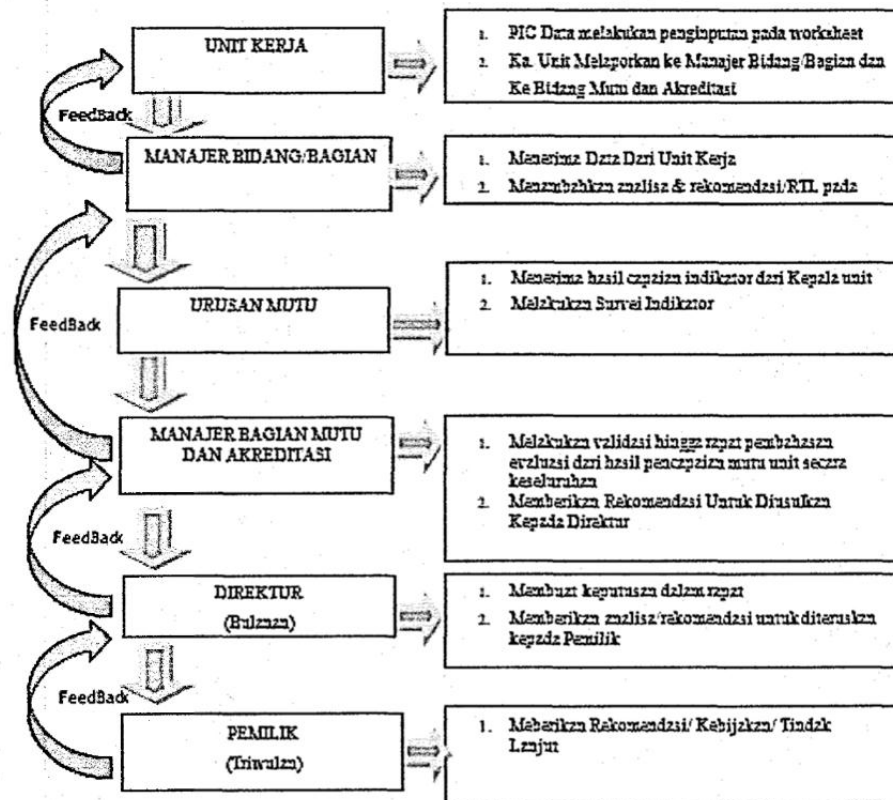
- a. Pengumpulan data merupakan salah satu kegiatan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien untuk mendukung asuhan pasien dan manajemen rumah sakit lebih baik.
- b. Adapun data yang dikumpulkan menggunakan sistem manajemen data secara elektronik (SISMADAK dan Google Sheet), yaitu:
 - 1) Data indikator mutu nasional (PMKP)
 - 2) Data dari indikator mutu unit (PMKP)
 - 3) Data dari indikator mutu prioritas RS (PMKP)
 - 4) Data indikator mutu Ponek (PROGNAS)
 - 5) Data indikator mutu pada bab PAB (PAB)
 - 6) Data pelaporan insiden keselamatan pasien (PMKP)
 - 7) Data hasil monitoring kinerja staf klinis (bila monitoring kinerja menggunakan indikator mutu) (PMKP)
 - 8) Data insiden/kejadian/kecelakaan di RS (MFK)
 - 9) Data hasil surveilans (PPI)
 - 10) Data hasil pengukuran budaya keselamatan
 - 11) Data mutu evaluasi kontrak
- c. Proses pengumpulan data di RSDharma Nugraha dapat dilakukan dengan cara observasi, kuesioner dan validasi. Dalam proses pengumpulan data meliputi:
 - 1) Populasi, adalah seluruh pasien baik yang berobat ke pasien RJ maupun RI.
 - 2) Sampel adalah pengambilan dilakukan secara acak pada pasien yang sedang atau telah mendapatkan pelayanan di RS Dharma Nugraha pengumpulan data dilakukan sampai dengan jumlah sampel untuk diteliti.

- d. Jumlah sampel diambil dari jumlah populasi pasien dengan ketentuan:
 - 1) Bila jumlah populasi < 30 , maka sampel diambil dengan total sampel yang ada.
 - 2) Bila jumlah populasi antara 30 - 300, maka sampel diambil adalah 30 sampel.
 - 3) Bila jumlah populasi > 300 , maka sampel yang diambil adalah 10% dari total sampel yang ada.
- e. Pengumpulan data indikator mutu nasional (PMKP)
 - 1) Pengumpulan dan penginputan data dilakukan oleh PIC Data.
 - 2) Pengumpulan dan pencatatan data indikator mutu nasional dilakukan pada *worksheet* yang terdapat di *google drive* menggunakan sistem manajemen data.
 - 3) Kepala Instalasi melakukan monitoring dan supervisi bersamaan dengan indikator mutu rumah sakit.
- f. Pengumpulan data indikator mutu (RS, Unit) meliputi:
 - 1) Lakukan pengumpulan data indikator mutu oleh PIC Data di masing - masing unit.
 - 2) Lakukan input data sensus harian dengan menggunakan *google sheet* oleh PIC Data masing - masing unit.
 - 3) Lakukan rekap data harian dengan memasukan numerator dan denominator ke SISMADAK oleh PIC Data masing - masing unit sesuai dengan data yang sudah di input dalam *google sheet*.
 - 4) Kepala Instalasi melakukan monitoring dan supervisi bersamaan dengan indikator mutu rumah sakit.
- g. Data indikator mutu Ponek (PROGNAS)
 - 1) Lakukan pengumpulan data indikator mutu oleh PIC Data di masing-masing unit (unit terkait dengan pelayanan PONEK, HIV, DOTS, Stunting, Pelayanan KB di RS).
 - 2) Lakukan input data sensus harian dengan menggunakan *google sheet* oleh PIC Data masing-masing unit.
 - 3) Lakukan rekap data harian dengan memasukan numerator dan denominator ke SISMADAK oleh PIC data masing - masing unit sesuai dengan data yang sudah di input dalam *google sheet*.
 - 4) Kepala Instalasi melakukan monitoring dan supervisi bersamaan dengan indikator mutu rumah sakit.

- h. Data indikator mutu pada bab PAB (PAB)
 - 1) Lakukan pengumpulan data indikator mutu oleh PIC Data di masing - masing unit (unit terkait dengan pelayanan PONEK, HIV, DOTS, Stunting dan wasting, Pelayanan KB di RS).
 - 2) Lakukan input data sensus harian dengan menggunakan *google sheet* oleh PIC Data masing - masing unit.
 - 3) Lakukan rekap data harian dengan memasukan numerator dan denominator ke SISMAKAD oleh PIC data masing - masing unit sesuai dengan data yang sudah di input dalam *google sheet*.
 - 4) Kepala Instalasi melakukan monitoring dan supervisi bersamaan dengan indikator mutu rumah sakit
- i. Pelaporan insiden keselamatan pasien:
 - 1) Data kejadian Insiden Keselamatan Pasien (IKP) diperoleh dari laporan petugas. Pelapor maupun terlapor diwajibkan untuk yang mengisi formulir IKP internal yang harus dilaporkan 24x24 jam kepada tim KPRS.
 - 2) Pelaporan juga dilengkapi dengan pengisian formulir kronologis.
 - 3) Kepala Instalasi melakukan grading dan merekap kejadian insiden keselamatan pasien dalam *google sheet* dan rekap tersebut diserahkan ke Tim KPRS
- j. Data hasil monitoring kinerja staf klinis (bila monitoring kinerja menggunakan indikator mutu)
 - 1) Pengumpulan dan pencatatan data penilaian kinerja PPA, staf klinis dan non klinis dilakukan pada *worksheet (Logbook)*.
 - 2) Sedangkan untuk berkas pendukung laporan tetap menggunakan formulir *Clinical Pathway* yang wajib diisi dan dilengkapi oleh semua PPA.
 - 3) Pengumpulan dan penginputan data dilakukan oleh PIC Data melalui *google sheet* dan H-DIVA (bila dimasukkan kedalam indikator mutu)
- k. Data hasil pengukuran budaya keselamatan
 - 1) Pengukuran budaya keselamatan dilakukan menggunakan *barcode* budaya keselamatan pasien yang dibagikan di setiap unit. Sehingga setiap orang yang mengisi melalui akses *barcode* terjaga kerahasiannya.

- 2) Aspek yang diukur dalam budaya keselamatan adalah pelanggaran terhadap perilaku tidak layak, perilaku mengganggu, perilaku yang melecehkan dan pelecehan seksual.
 - 3) Pelaporan juga dilengkapi dengan form kronologis paling lambat 1x24 jam
- l. Pelaporan kecelakaan kerja di RS
- 1) Data kejadian Insiden/Kejadian/Kecelakaan kerja di RS diperoleh dari laporan petugas. Pelapor maupun petugas yang mengalami kejadian diwajibkan untuk yang mengisi formulir kecelakaan kerja dalam bentuk *barcode* kecelakaan kerja.
 - 2) Pelaporan juga dilengkapi dengan pengisian formulir kronologis kejadian kecelakaan kerja sebagai berkas pendukung laporan, kemudian diserahkan ke Tim K3RS.
- m. Data surveilans PPI
- 1) Pengumpulan dan pencatatan data indikator mutu PPI dilakukan pada *worksheet* dalam *google sheet* dan direkap harian dalam SISMADAK.
 - 2) Pengumpulan dan penginputan data dilakukan oleh IPCN.
- n. Data mutu evaluasi kontrak
- 1) Lakukan pengumpulan data indikator mutu oleh PIC Data di masing - masing unit.
 - 2) Lakukan input data sensus harian dengan menggunakan *google sheet* oleh PIC Data masing - masing unit.
 - 3) Lakukan rekap data harian dengan memasukan numerator dan denominator ke SISMADAK oleh PIC data masing-masing unit sesuai dengan data yang sudah di input dalam *google sheet*.
 - 4) Kepala Instalasi melakukan monitoring dan supervisi bersamaan dengan indikator mutu rumah sakit.
 - 5) Untuk rekap bulanan masih menggunakan print manual

o. Pelaporan indikator mutu



- 1) Mekanisme pelaporan capaian indikator mutu dari Kepala Unit Kerja/ Unit Pelayanan diserahkan ke Bidang Mutu dan Akreditasi, kemudian laporan capaian diserahkan ke Direktur RS dan ke Pemilik.
- 2) Pemilik atau representasi pemilik wajib memberikan respon terhadap laporan tersebut, khususnya bila terjadi insiden keselamatan pasien dan capaian pemenuhan indikator yang masih rendah, termasuk juga untuk perbaikan/ memenuhi standar diperlukan dana/ anggaran tambahan maka representasi pemilik diharapkan dapat memperhatikan usulan tersebut untuk membantu mengupayakan dana/ anggaran tambahan tersebut.

4. Analisis Indikator Mutu

- a. Analisis data dilakukan agar dapat menyediakan informasi yang berguna untuk mengidentifikasi kebutuhan pasien.
- b. Data yang sudah dikumpulkan, digabungkan, dianalisis, dan diubah menjadi informasi yang berguna untuk mencapai simpulan dan membuat keputusan yang berguna dalam upaya peningkatan dan perbaikan.
- c. Data dianalisis oleh Bagian Mutu dan Akreditasi yang sudah memahami manajemen informasi, mempunyai keterampilan dan pengumpulandatan mengetahui cara menggunakan alat statistic sederhana (Run charts, diagram control/ control charts, histogram dan diagram pareto) yang dapat berguna dalam proses analisis data dan dalam menafsirkan variasi dan memutuskan area paling membutuhkan perbaikan, hasil analisis data dilaporkan kepada para pimpinan yang bertanggung jawab akan proses atau hasil yang diukur dan yang mampu menindak lanjuti.
- d. Hasil dari analisis data dilaporkan kepada Direktur dan diberikan kembali feedbacknya kepada pimpinan yang bertanggung jawab akan proses atau hasil yang diukur dan mampu menindaklanjuti untuk memperbaiki/meningkatkan proses klinis serta manajerial.
- e. Data dibandingkan sesuai dengan tujuan analisis data. Perbandingan tersebut membantu rumah sakit dalam memahami perubahan dan penyebab perubahan yang tidak diinginkan serta membantu memfokuskan upaya perbaikan.

Data dibandingkan dalam empat hal:

- 1) Dengan rumah sakit tersebut sendiri dari waktu ke waktu (analisis tren), misalnya dari bulan ke bulan atau dari tahun ketahun.
- 2) Dengan rumah sakit sejenis seperti melalui database referensi eksternal nasional maupun internasional
- 3) Dengan standar-standar seperti yang ditentukan oleh badan akreditasi atau organisasi Professional ataupun standar-standar yang ditentukan oleh Undang-Undang atau peraturan.
- 4) Dengan praktik-praktik yang diinginkan yang dalam literature digolongkan sebagai best practice (praktik terbaik) atau better practice (praktik yang lebih baik) atau *practice guidelines* (panduan praktik klinis).

- f. Data yang dianalisis adalah semua data yang terkait dengan pencapaian program PMKP yang menjadi prioritas untuk diukur dan berdampak terhadap peningkatan mutu serta efisiensi biaya pertahun.

5. Validasi Data Indikator Mutu

- a. Validasi data dilakukan pada 55indakan55 area klinis yang baru atau mengalami perubahan
dan data yang akan dipublikasikan dan melakukan perbaikan berdasarkan hasil validasi data.
- b. Validasi dilakukan untuk memastikan bahwa data yang dikumpulkan baik dan valid. Validasi data dilakukan setiap triwulan, dengan penanggung jawab adalah Manajer Mutu & Akreditasi.
- c. Validasi data yang dilakukan meliputi:
 - 1) Merupakan pengukuran area klinis baru.
 - 2) Bila ada perubahan pencatatan pasien dari manual ke elektronik sehingga sumber data berubah.
 - 3) Bila data dipublikasi ke masyarakat baik melalui website rumah sakit atau media lain.
 - 4) Bila ada perubahan pengukuran.
 - 5) Bila ada perubahan data pengukuran tanpa diketahui sebabnya.
 - 6) Bila ada perubahan subjek data seperti perubahan umur rata-rata pasien, riset diubah, panduan praktik klinis baru diberlakukan, serta terdapat teknologi dan metodologi pengobatan baru.
- d. Proses validasi data mencakup berikut, namun tidak terbatas sebagai berikut:
 - 1) Mengumpulkan ulang data oleh orang kedua yang tidak terlibat dalam proses pengumpulan data sebelumnya (data asli).
 - 2) Menggunakan sampel tercatat, kasus, dan data lainnya yang sah secara statistic. Sampel 100% hanya dibutuhkan jika jumlah pencatatan, kasus, atau data lainnya sangat kecil jumlahnya.
 - 3) Membandingkan data asli dengan data yang di kumpulkan ulang.

- 4) Menghitung keakuratan dengan membagi jumlah elemen data yang ditemukan dengan total jumlah data elemen dikalikan dengan 100. Tingkat akurasi 90% adalah patokan yang baik.
 - 5) Jika elemen data yang ditemukan ternyata tidak sama dengan catatan alasannya (misalnya data tidak jelas definisinya) dan dilakukan tindakan koreksinya.
 - 6) Koleksi sampel baru setelah semua tindakan koreksi dilakukan untuk memastikan tidak menghasilkan tingkat akurasi yang diharapkan.
- e. Proses validasi data yang akan dipublikasi diajukan oleh Manajer Mutu dan Akreditasi kepada Direktur Rumah sakit, dan harus dipastikan dapat menjamin kerahasiaan pasien serta keakuratan data.
 - f. Proses validasi data rumah sakit dapat menggunakan cara/ proses lain sesuai dengan referensi ilmiah terkini.
 - g. Proses validasi data yang akan dipublikasi diajukan oleh Manajer Mutu dan Akreditasi kepada Direktur rumah sakit dan harus dipastikan dapat menjamin kerahasiaan pasien serta keakuratan data.

6. Publikasi Data Indikator Mutu

Publikasi data indikator mutu RS dilakukan secara internal dan eksternal sesuai dengan profil indikator.

- c. Publikasi data secara internal untuk menyampaikan informasi di dalam lingkungan RS sesuai dengan kebutuhan RS. Publikasi internal dilakukan dengan pemasangan hasil mutu di masing-masing RS dan Lift RS, publikasi meliputi data indikator IAK baru (dengan presentase 5% dari total IAK baru).
- d. Publikasi data eksternal untuk menyampaikan informasi diluar RS dengan melakukan perbandingan dari waktu ke waktu, RS setipe, standar dan praktek yang baik misal dibandingkan dengan 13 Indikator Kemenkes. Publikasi eksternal dilakukan melalui:
 - 1) *Website RS*
 - 2) *SISMADAK*
- e. *Benchmark*. bukti publikasi data ke luar RS (1 indikator Kemkes melalui SISMADAK), RS yang setipe (harus dengan RS yang memantau indikator mutu nasional Kemkes)

D. PPK DAN *CLINICAL PATHWAY*

1. Setiap Kelompok Staf Medis (KSM) memilih dan menetapkan panduan praktik klinik (PPK) yang dapat dilengkapi dengan alur klinis (*Clinical Pathway*) dan/ atau protokol klinis dan atau prosedur dan atau Standing Order sebagai panduan dari asuhan klinik yang akan dilakukan.
2. Wakil Direktur Medis bersama-sama dengan komite medis dan Kelompok Staf Medis memilih dan menetapkan 5 (lima) panduan praktik klinis, alur klinis (*clinical pathway*), dan/atau protokol klinis, dan/atau prosedur, dan/atau Standing order yang dipergunakan untuk pengukuran mutu prioritas mmah sakit dengan mengacu pada panduan praktik klinis dan alur klinis yang sudah diterapkan oleh kelompok staf medis di unit-unit pelayanan.
3. Tujuan dari standarisasi proses asuhan klinis yang dimonitor oleh Komite Medik adalah sebagai berikut:
 - a. Melakukan standarisasi proses asuhan klinis.
 - b. Mengurangi risiko dalam proses asuhan terutama yang berkaitan asuhan kritis.
 - c. Memanfaatkan sumber dayayang tersedia dengan efisien dalam memberikan asuhan klinis tepat waktu dan efektif.
 - d. Memanfaatkan indikator prioritas sebagai indikator dalam penilaian kepatuhan penerapan alur klinis di area yang akan diperbaiki di tingkat rumah sakit.
 - e. Secara konsisten menggunakan praktik berbasis bukti (*evidence based practices*) dalam memberikan asuhan bermutu tinggi.
 - f. Penerapan panduan praktik klinis - *clinical pathway* dipilih oleh masing - masing kelompok staf medis adalah di unit-unit pelayanan, dimana DPJP memberikan asuhan
 - g. Mengacu pada prioritas pengukuran mutu pelayanan klinis yang akan dievaluasi maka selain ditetapkan indiaktor mutu, juga diperlukan standarisasi proses asuhan klinis pada prioritas pengukuran mutu di rumah sakit. Penerapan panduan praktik klinis - *clinical pathway* dipilih oleh masing-masing kelompok staf medis adalah unit-unit pelayanan, dimana DPJP memberikan asuhan.
4. Mengacu pada prioritas pengukuran mutu pelayanan klinis yang akan di evaluasi maka selain ditetapkan indiaktor mutu, juga diperlukan standarisasi proses asuhan klinis pada prioritas pengukuran mutu di Rumah Sakit.

5. Wakil Direktur Medis bersama- sama dengan Komite Medis dan Kelompok Staf Medis (KSM) agar memilih dan menetapkan 5 (lima) Panduan Praktik Klinis, alur klinis (*Clinical Pathway*) dan/atau protocol klinis dan atau prosedur dan atau Standing Order yang dipergunakan untuk pengukuran mutu prioritas Rumah Sakit dengan mengacu pada Panduan Praktik Klinis dan alur klinis yang sudah diterapkan oleh Kelompok Staf Medis di unit-unit pelayanan.
6. Pemilihan, penyusunan dan evaluasi pelaksanaan PPK dipilih melalui rapat yang dihadiri oleh Wakil Direktur Medis, Komite medik dan KSM, Kepala Instalasi/ Pelayanan. PPK CP yang sudah terpilih ditetapkan dalam SK Direktur termasuk untuk PPK Prioritas.
7. Monitoring- evaluasi PPK dan CP dapat dilakukan melalui audit medis dan atau audit klinis dan indikator mutu. Monitoring dilakukan untuk menilai efektifitas penerapan panduan praktik klinik dan alur klinis sehingga dapat dibuktikan bahwa penggunaan panduan praktik klinis dan alur klinis telah mengurangi adanya variasi dari proses dan hasil.
8. Indikator Area Klinis (IAK), Indikator Area Manajemen (IAM) dan Indikator Sasaran Keselamatan Pasien (ISKP) dapat digunakan sebagai indikator audit medis dan atau audit klinis.
9. Evaluasi dan audit medis dilakukan setiap Triwulan oleh Komite Medik bersama - sama dengan anggota Komite Medik dan difasilitasi oleh Manajer Pelayanan Medis. Audit dilakukan untuk melihat variasi dari proses dan hasil dengan proses:

- a. Pemilihan topik yang akan dilakukan audit

Pemilihan dan penetapan topik atau masalah yang ingin dilakukan audit dipilih berdasarkan kesepakatan komite medik dan kelompok stafmedis, pemilihan topik tersebut bisa berupa penanggulangan penyakit tertentu di rumah sakit (misalnya *thypus abdominalis*), penggunaan obat tertentu (misalnya: penggunaan antibiotik), tentang prosedur atau tindakan tertentu, tentang infeksi nosokomial di rumah sakit, tentang kematian karena penyakit tertentu, dan lain-lain. Pemilihan topik ini sangat penting, dalam memilih topik agar memperhatikan jumlah kasus atau epidemiologi penyakit yang ada di rumah sakit dan adanya keinginan untuk melakukan perbaikan.

- b. Penetapan standar dan kriteria

Setelah topik dipilih maka perlu ditentukan kriteria atau standar profesi yang jelas, obyektif dan rinci terkait dengan topik tersebut. Penetapan standar dan prosedur ini oleh

- mitra bestari (*peer group*) dan/atau dengan ikatan profesi setempat. Ada dua level standar dan kriteria yaitu *must do* yang merupakan absolut minimum kriteria dan *should do* yang merupakan tambahan kriteria yang merupakan hasil penelitian yang berbasis bukti.
- c. Penetapan jumlah kasus/sampel yang akan di audit
Tetapkan kasus dan dalam mengambil sampel bisa dengan menggunakan metode pengambilan sampel tetapi bisajuga dengan cara sederhana, misalnya jumlah kasus dalam kurun waktu 3 bulan ada 200 kasus yang diaudit, maka 200 kasus yang diaudit.
 - d. Membandingkan standar/kriteria dengan pelaksanaan pelayanan
Subkomite mutu profesi atau tim pelaksana audit medis mempelajari rekam medis untuk mengetahui apakah kriteria atau standar dan prosedur yang telah ditetapkan tadi telah dilaksanakan atau telah dicapai dalam masalah atau kasus-kasus yang dipelajari. Data tentang kasus-kasus yang tidak memenuhi kriteria yang telah ditetapkan dipisahkan dan dikumpulkan untuk di analisis.
 - e. Melakukan analisis kasus yang tidak sesuai standar dan kriteria
Sub komite mutu profesi atau tim pelaksana audit medis menyerahkan sampel kasus tersebut pada mitra bestari (*peer group*) untuk dinilai lebih lanjut. Kasus-kasus tersebut di analisis dan didiskusikan apa kemungkinan penyebabnya dan mengapa terjadi ketidaksesuaian dengan standar.
 - f. Menerapkan perbaikan
Mitra bestari (*peer group*) melakukan tindakan korektif terhadap kelima kasus yang defisiensi tersebut secara kolegal, dan menghindari "*blaming culture*". Hai ini dilakukan dengan membuat rekomendasi upaya perbaikannya, cara-cara pencegahan dan penanggulangan, mengadakan program pendidikan dan latihan, penyusunan dan perbaikan prosedur yang ada dan lain sebagainya.
 - g. Rencana reaudit
Mempelajari lagi topik yang sama di waktu kemudian, misalnya setelah 6 (enam) bulan kemudian. Tujuan reaudit dilaksanakan adalah untuk mengetahui apakah sudah ada upaya perbaikan. Hai ini bukan berarti topik audit adalah sama terus menerus, audit yang dilakukan 6 (enam) bulan kemudian ini lebih untuk melihat upaya perbaikan.

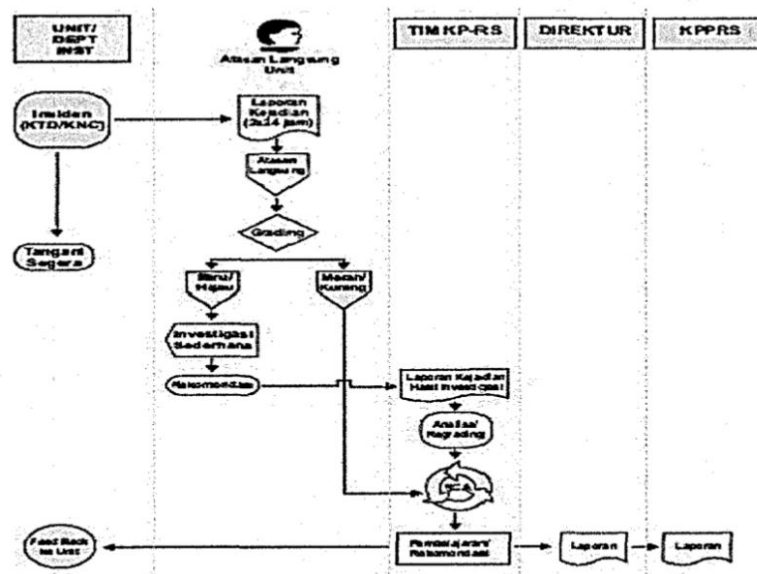
- Namun sambil melihat upaya perbaikan ini, Subkomite mutu profesi atau tim pelaksana audit dan mitra bestari (*peer group*) dapat memilih topik yang lain.
10. Hasil audit klinis dan atau audit medis harus dapat menunjukkan adanya perbaikan variasi dalam lima focus area pada pemberian pelayanan.
 11. Hasil audit klinis dan atau audit medis diserahkan oleh Komite Medik melalui Manager Pelayanan Medis kepada Direktur Rumah Sakit untuk ditindaklanjuti dan menjadi data untuk evaluasi kinerja staf medis

E. PELAPORAN DAN ANALISIS INSIDEN KESELAMATAN PASIEN

1. Sistem pelaporan insiden antara lain meliputi:

- a. Kebijakan RS Dharma Nugraha
menetapkan sistem pelaporan insiden keselamatan pasien baik internal maupun eksternal
- b. Alur pelaporan
- c. Formulir pelaporan
- d. Prosedur pelaporan
- e. Insiden yang harus dilaporkan, yaitu kejadian yang sudah terjadi, potensial terjadi, ataupun yang nyaris terjadi
- f. Siapa saja yang membuat laporan
 - 1) Siapa saja atau semua staf RS yang pertama menemukan kejadian/insiden.
 - 2) Siapa saja atau semua staf terlibat dalam kejadian/insiden
- g. Batas waktu pelaporan

2. Alur Pelaporan Insiden



a. Alur Pelaporan Insiden ke Tim Keselamatan Pasien di RS (*Internal*)

- 1) Apabila terjadi suatu insiden (KNC/KTD) dirumah sakit, wajib segera ditindak lanjuti (dicegah/ditangani) untuk mengurangi dampak/akibat yang tidak diharapkan.
- 2) Setelah ditindak lanjuti, segera buat laporan insidennya dengan mengisi Formulir Laporan Insiden pada akhir jam kerja/shift kepada atasan langsung (paling lambat 2 x 24jam).
- 3) Setelah selesai mengisi laporan, segera serahkan kepada atasan langsung pelapor (atasan langsung/pimpinan unit kerja)
- 4) Atasan langsung akan memeriksa laporan dan melakukan *grading risiko* terhadap insiden yang dilaporkan.
- 5) Hasil *grading* akan menentukan bentuk investigasi dan analisa yang akan dilakukan sebagai berikut:

Grade Biru : Investigasi sederhana oleh atasan langsung, waktu maksimal 1 minggu.

Grade Hijau : Investigasi sederhana oleh atasan langsung, waktu maksimal 1 minggu.

Grade Kuning : Investigasi komprehensif / RCA oleh Tim KP di RS, waktu maksimal 45 hari.

Grade Merah : Investigasi komprehensif / RCA oleh Tim KP di RS, waktu maksimal 45 hari.

- 6) Setelah selesai melakukan investigasi sederhana, laporan hasil investigasi dan laporan insiden dilaporkan Tim Keselamatan Pasien di RS.
 - 7) Tim KPRS akan menganalisa kembali hasil investigasi dan laporan insiden untuk menentukan apakah perlu dilakukan investigasi lanjutan (RCA) dengan melakukan regrading.
 - 8) Untuk Grade Kuning/Merah, Tim KPRS akan melakukan analisis akar masalah / *Root Cause Analysis (RCA)*.
 - 9) Setelah melakukan RCA, Tim Keselamatan Pasien di RS akan membuat laporan dan rekomendasi untuk perbaikan serta “pembelajaran” berupa : petunjuk ”*safety alert*” untuk mencegah kejadian yang sama terulang kembali.
 - 10) Hasil RCA, rekomendasi dan rencana kerja dilaporkan kepada Direksi.
 - 11) Rekomendasi untuk “ perbaikan dan pembelajaran” diberikan umpan balik kepada unit kerja terkait serta sosialisasi kepada seluruh unit di rumah sakit.
 - 12) Unit Kerja membuat analisa dan trend kejadian disatuan kerjanya masing- masing.
 - 13) Monitoring dan evaluasi perbaikan oleh Tim KPRS.
- b. Laporan Insiden Keselamatan Pasien dilaporkan kepada pemilik dan representasi pemilik terdiri dari:
- 1) Laporan kejadian tidak diharapkan (KTD) setiap 3 bulan.
 - 2) Laporan kejadian sentinel setiap ada kejadian dan laporan ulang setelah dilakukan analisis dengan menggunakan metode *Root Cause Analysis (RCA)*.
 - 3) Analisis dan rekomendasi tindak lanjut RCA selesai dalam waktu 45hari. Hasil RCA dilaporkan kembali kepada representasi pemilik.
- c. Alur Pelaporan Insiden ke Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (*Eksternal*) :
- 1) Laporan hasil investigasi sederhana/analisis akar masalah /RCA yang terjadi pada pasien dan telah mendapatkan rekomendasi dan solusi oleh Tim Keselamatan Pasien di RS (Internal) / Pimpinan RS dilaporkan dengan cara melakukan *entry data*

(*e-reporting*) dikirim ke KNKP melalui <https://mutufasyankes.kemkes.go.id/> dengan menggunakan *user name* dan *password* untuk menjamin kerahasiaan sumber informasi (Depkes, 2015).

- 2) Kejadian sentinel dilaporkan ke Lembaga akreditasi dalam 5 x 24 jam, IR (incident report) dikirim melalui email lembaga akreditasi

3. Jenis Insiden

Insiden di fasilitas pelayanan kesehatan meliputi:

- a. **Kondisi Potensial Cedera (KPC)** adalah kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, namun belum terjadi insiden.
- b. **Kejadian Nyaris Cedera (KNC) / Near Miss** adalah teijadinya insiden yang belum sampai terpapar ke pasien. Suatu Insiden yang tidak menyebabkan cedera pada pasien akibat melaksanakan suatu tindakan (*commission*) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (*omission*), dapat teijadi karena “keberuntungan” (misal pasien terima suatu obat kontraindikasi tetapi 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 anti dotumnya).

Adapun istilah-istilah yang berhubungan dengan cedera obat yaitu:

- a. **Kejadian Tidak Diharapkan / KTD** (*Adverse Event*)
- b. **Kejadian Nyaris Cedera / KNC** (*Near Miss*)

| Istilah | Definisi | Contoh |
|--|---|--|
| Terjadi Cedera | | |
| Terjadinya kecelakaan kejadian yang tidak diharapkan (<i>Adverse Event</i>) | Kejadian cedera pada pasien selama proses terapi/penatalaksanaan medis. Penatalaksanaan medis mencakup seluruh aspek pelayanan, termasuk diagnosis, terapi, kegagalan diagnosis/terapi, system, peralatan untuk pelayanan, <i>adverse event</i> dapat | <ul style="list-style-type: none"> • Iritasi pada kulit karena penggunaan perban. • Jatuh dari tempat tidur. |

| | | |
|---|--|--|
| | dicegah atau tidak dapat dicegah | |
| Reaksi obat yang tidak diharapkan (<i>Adverse drug reaction</i>) | Kejadian cedera pada pasien selama proses terapi akibat penggunaan obat. | <ul style="list-style-type: none"> • Steven Jhonson Syndrom akibat : sulfa, obat epilepsy, dll. |
| Kejadian tentang obat yang tidak diharapkan (<i>Adverse drug reaction</i>) | Respon yang tidak diharapkan terhadap terapi obat dan mengganggu atau menimbulkan cedera pada pengguna obat dosis normal. | <ul style="list-style-type: none"> • Shock anafilaksis pada penggunaan antibiotik penisilin. • Mengantuk pada penggunaan CTM. |
| Reaksi obat yang tidak diharapkan (ROTD) ada yang berkaitan | Mengganggu atau menimbulkan cedera pada penggunaan obat dosis lazim sama dengan ROTD tapi dilihat dari sudut pandang obat. | Respon yang tidak diharapkan terhadap terapi obat. |
| Efek obat yang tidak diharapkan (<i>Adverse drug reaction</i>) | ROTD dilihat dari sudut pandang pasien | <ul style="list-style-type: none"> • Shock anafilaksis pada penggunaan antibiotik golongan penisilin. • Mengantuk pada penggunaan CTM. |
| Cidera Dapat Terjadi Atau Tidak Terjadi | | |
| <i>Medication Error</i> | Kejadian yang dapat dicegah akibat penggunaan obat yang menyebabkan cedera. | Peresepan obat yang tidak rasional. Kesalahan perhitungan dosis pada racikan. |
| Efek Samping | Efek yang dapat diprediksi, tergantung pada dosis yang bukan efek tujuan obat. Efek samping dapat dikehendaki atau tidak. | Ketidak patuhan pasien sehingga terjadi dosis berlebih (sebaiknya istilah ini dihindarkan) |

c. Kejadian Sentinel

- 1) *Adverse Drug Event*
- 2) *Adverse Drug Reaction*
- 3) *Medication Error*

Apoteker harus mampu mengenali istilah-istilah di atas beserta contohnya sehingga dapat membedakan dan mengidentifikasi kejadian-kejadian yang berkaitan dengan cedera akibat penggunaan obat dalam melaksanakan program keselamatan pasien.

d. **Kejadian yang tergolong KNC dan harus dilaporkan adalah:**

- 1) Kesalahan pemberian obat
- 2) Kesalahan expertise
- 3) Kesalahan laboratorium.

e. **Kejadian Tidak Cedera (KTC)** adalah insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak timbul cedera. Kejadian KTC harus dilaporkan adalah semua kejadian yang terjadi di rumah sakit.

f. **Kejadian Tidak diharapkan (KTD)** adalah insiden yang mengakibatkan cedera yang tidak diharapkan pada pasien karena suatu tindakan (*commission*) atau karena tidak bertindak (*omission*) bukan karena *underlying disease* atau kondisi pasien

Analisis kejadian tidak diharapkan dilakukan terhadap hal - hal berikut:

- 1) Semua reaksi transfusi yang sudah dikonfirmasi, jika terjadi sesuai definisi yang ditetapkan rumah sakit.
- 2) Semua kejadian serius akibat efek samping obat (*adverse drug event*), jika terjadi sesuai definisi yang ditetapkan rumah sakit.
- 3) Semua kesalahan pengobatan (*medication error*) yang signifikan, jika terjadi sesuai dengan definisi rumah sakit.
- 4) Semua perbedaan besar (*discrepancy*) antara diagnosa pra-operasi dan diagnosis paska-operasi.
- 5) Efek samping atau pola efek samping selama sedasi moderat atau mendalam dan pemakaian anastesi,
- 6) Kejadian lain, seperti infeksi yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan atau wabah penyakit menular yaitu *outbreak*.

g. **Kejadian Sentinel** adalah merupakan suatu kejadian tidak diharapkan (KTD) yang mengakibatkan kematian, cedera permanen, atau cedera berat yang temporer dan membutuhkan intervensi untuk mempertahankan kehidupan, baik fisik maupun psikis yang tidak terkait dengan perjalanan penyakit atau keadaan pasien.

Kejadian sentinel meliputi:

- 1) Kematian tidak terduga termasuk, dan tidak terbatas hanya:
 - a) Kematian yang tidak berhubungan dengan perjalanan penyakit pasien atau kondisi pasien (contoh : kematian setelah infeksi pasca operasi atau emboli paru-paru).
 - b) Kematian bayi aterm.
 - c) Bunuh diri
 - 2) Kehilangan permanen fungsi yang tidak terkait dengan penyakit pasien atau kondisi pasien.
 - 3) Operasi salah tempat, salah prosedur, salah pasien.
 - 4) Terjangkitnya penyakit kronik ataupun penyakit fatal akibat transfusi darah atau produk darah.
 - 5) Penculikan anak termasuk bayi atau anak termasuk bayi yang dikirim ke rumah bukan rumah orang tuanya
 - 6) Perkosaan, kekerasan di tempat kerja, seperti penyerangan (berakibat kematian atau kehilangan fungsi secara permanen), atau pembunuhan (yang disengaja) atas pasien, anggota staf, dokter, siswa latihan, serta pengunjung atau vendor/pihak ketiga ketika berada dalam lingkungan rumah sakit.
- Penting untuk diperhatikan bahwa istilah kejadian sentinel tidak selalu mengarah kepada kekeliruan (error) dan kesalahan (mistake) maupun member kesan pertanggung jawaban legal (liability) tertentu.

4. Metode Analisis Akar Masalah

- a. Semua kejadian sentinel harus dilakukan analisis akar masalah (**RCA = Root Cause Analysis**). Tujuan dari analisis akar masalah agar RS dapat mengerti dengan baik dan komprehensif asal kejadian, apabila Analisis Akar Masalah menunjukkan perbaikan sistem atau tindakan lain dapat mengurangi risiko seperti itu terjadi lagi, RS merancang ulang proses dan mengambil tindakan yang perlu dilakukan. Kejadian sentinel bukan indikator terkait dengan pelanggaran hukum.
- b. Ada Beberapa Metode Analisis Akar Masalah, antara lain:

- 1) Analisis *5-Whys* atau *Why-why*

Dengan bertanya 'kenapa?' berulang kali, maka dapat mengupas lapisan di atas lapisan masalah untuk mencapai garis bawah (dan temukan akar penyebabnya). Dengan mengidentifikasi penyebab masalah secepat mungkin, kita dapat menangani penyebab sebenarnya dari masalah, bukan hanya sekedar simptom. Teknik 5 Whys ini sangat baik

untuk digunakan menyelesaikan masalah-masalah sederhana sampai masalah dengan tingkat kerumitany ang medium. Sedangkan untuk masalah-masalah yang lebih kritis atau kompleks, sumber penyebabnya dapat terdiri dari beberapa dapat menggunakan Ishikawa Diagram atau *Fish Bone Diagram*.

2) *Fish Bone Diagram*

Fishbone diagram akan mengidentifikasi berbagai sebab potensial dari satu efek atau masalah, dan menganalisis masalah tersebut melalui sesi *brain storming*. Masalah akan dipecah menjadi sejumlah kategori yang berkaitan, mencakup manusia, material, mesin, prosedur, kebijakan, dan sebagainya. Setiap kategori mempunyai sebab-sebab yang perlu diuraikan melalui sesi *brainstorming*. Berikut sumber penyebab timbulnya masalah di suatu perusahaan/rumah sakit:

- Man (Tenaga Kerja):
hal ini berkaitan dengan kekurangan pengetahuan dan keterampilan dari sumber daya manusia.
- Mesin / peralatan:
tidak adanya sistem perawatan preventif terhadap mesin, kesesuaian mesin dengan spesifikasi, mesin tidak dikalibrasi, dan beberapa hal lainnya.
- Metode kerja:
berkaitan dengan prosedur dan metode kerja yang tidak benar, tidak jelas, tidak diketahui, tidak transparan, tidak cocok, dan lain sebagainya.
- Material:
ketiadaan spesifikasi kualitas bahan baku yang digunakan.
- Tempat & Lingkungan Kerja:
tidak memperhatikan kebersihan, lingkungan kerja tidak kondusif, kurangnya lampu penerangan, ventilasi yang buruk, bising, dan lain sebagainya.
- Motivasi:
sikap kerja yang benar dan Professional, misal sulit bekerja sama

3) RCA

a) Definisi RCA

Analisa akar masalah (Root Cause Analysis / RCA) adalah sebuah alat kerja yang sangat berguna untuk mencari akar masalah dari suatu insiden yang telah terjadi. RCA adalah sebuah pendekatan terstruktur untuk mengidentifikasi berbagai factor diantaranya alam, situasi dan kondisi, lokasi, manusia, waktu terjadinya masalah dari kejadian-kejadian dimasa lalu untuk mengidentifikasi penyebab masalah yang bisa diperbaiki untuk mencegah masalah yang sama terjadi kembali. RCA juga berguna untuk mengidentifikasi pelajaran yang dapat dipetik untuk mencegah kerugian kembali terjadi dalam proses.

b) Prinsip Pelaksanaan RCA

- Fokus pada problem solving.
- Fokus pada sistem & process, bukan pada individu .
- Fair, teliti dan efisien.

c) Penggunaan RCA RCA digunakan jika:

- Bila ada kejadian sentinel.
- Bila hasil matrix grading, band risiko-nya berwarna merah.

4) *Failure Mode & Effect Analysis (FMEA)*

a) *Failure Mode & Effect Analysis*

(FMEA adalah pendekatan sistematik yang menerapkan suatu metode pentabelan untuk membantu proses pemikiran yang digunakan oleh *engginers* untuk mode kegagalan potensial dan efeknya. FMEA merupakan Teknik evaluasi tingkat keandalan dari sebuah system untuk menentukan efek dari kegagalan dari system tersebut. Kegagalan digolongkan berdasarkan dampak yang diberikan.

b) FMEA atau *Failure Mode and Effect Analysis* adalah salah satu tool yang merupakan metode sistematik untuk mengidentifikasi dan mencegah terjadinya masalah dalam aktifitas (produksi atau pelayanan).

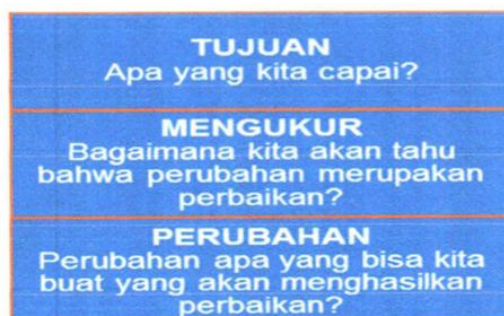
c) FMEA perlu dilakukan di RS:

- Dapat mencegah *error & nearmiss* untuk mencegah pasien cedera.
- Dapat meningkatkan efektivitas & efisiensi proses.

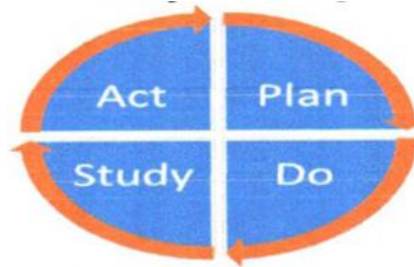
- Menggunakan pendekatan pro aktif untuk keselamatan pasien juga membuat lingkungan lebih baik dengan mempertemukan keinginan konsumen, regulator pembayar untuk fokus pada penurunan risiko dan peningkatan akuntabilitas.
- d) FMEA bisa dilakukan pada: proses yang telah dilakukan saat ini, proses yang belum dilakukan atau baru akan dilakukan (misal: implementasi elektronik RM, pembelian alat baru, dan redesain kamar operasi,dll
- e) Langkah FMEA:
- Menentukan topik FMEA dan bentuk TIM
 - Gambarkan alur proses
 - Identifikasi Modus kegagalan & dampaknya
 - Tetapkan prioritas Modus Kegagalan
 - Identifikasi Akar Penyebab Modus Kegagalan
 - Identifikas Akar Penyebab Modus Kegagalan
 - Disain ulang proses
 - Analisis dan Uji coba Proses Baru
 - Implementasi dan Monitor Proses Baru

F. PENCAPAIAN DAN MEMPERTAHANKAN PERBAIKAN

1. Para Manajer Pimpinan di Unit Kerja melakukan rencana perbaikan terhadap mutu dan keselamatan pasien atas capaian hasil mutu dengan menggunakan metode PDSA
2. *PDSA* adalah metode untuk peningkatan atau perbaikan mutu dengan dua tahap yaitu: tahap tiga pertanyaan mendasar dan tahap uji ide perubahan
 - a. Tiga pertanyaan mendasar (*Aim, Measurement, Change*) yang dapat diatasi dalam urutan apapun



- b. Siklus *Plan-Do-Study-Act* (PDSA) untuk menguji perubahan pengaturan kerja nyata.
- c. Siklus PDSA memandu uji perubahan untuk menentukan apakah perubahan itu adalah peningkatan



Metode PDSA terus dikembangkan dan untuk menguji metode baru untuk mempercepat dan berkelanjutan peningkatan outcome. Berbagai staf, tenaga professional dan system secara keseluruhan berperan dalam mempercepat implementasi, penyebaran, dan skala luas untuk pendekatan inovatif meningkatkan outcome pelayanan rumah sakit. Semua bidang rumah sakit tanpa kecuali harus ikut dalam perbaikan pelayanan rumah sakit, kemampuan *improvement* adalah dasar penting untuk kesuksesan peningkatan mutu dan keselamatan pasien rumah sakit.

3. PDSA terdiri dari dua tahap dan semua langkah harus dilaksanakan.
 - a. Tahap I : merupakan tahap pembelajaran dari masalah yang akan dilakukan improvement
 - b. Tahap II : merupakan langkah uji perubahan yang dapat beberapa siklus uji perubahan.
4. Developing AIM Sistem

Sebuah pernyataan tujuan adalah jawaban untuk pertanyaan, "Apa yang kita capai? Sebuah tujuan yang baik adalah pernyataan tegas dari apa yang Anda capai: spesifik, terukur, dan menyatakan di bawah ini:

 - Seberapa baik ?
 - Untuk siapa (atau untuk system apa) ?
 - Kapan ?
5. Menetapkan pengukuran

Pengukuran adalah bagian penting dari pengujian dan menerapkan perubahan: pengukuran memberitahu tim apakah perubahan mereka benar-benar membuat *improvement*. Pengukuran

untuk penelitian dan pengukuran untuk belajar dan perbaikan proses yang sangat berbeda. Grafik dapat menguraikan, pada tingkat dasar, beberapa perbedaan antara dua pendekatan. Pengukuran untuk perbaikan didasarkan pada melacak beberapa langkah sederhana untuk melihat apakah perubahan mulai bekerja. Tujuannya adalah untuk membantu tim Anda dan tim lainnya belajar dari perubahan. Hal ini untuk belajar, tidak menghakimi, sebagai perbaikan adalah proses yang berkelanjutan-itulah tidak begitu banyak tentang di mana Anda berada sekarang, tapi di mana Anda akan pergi.

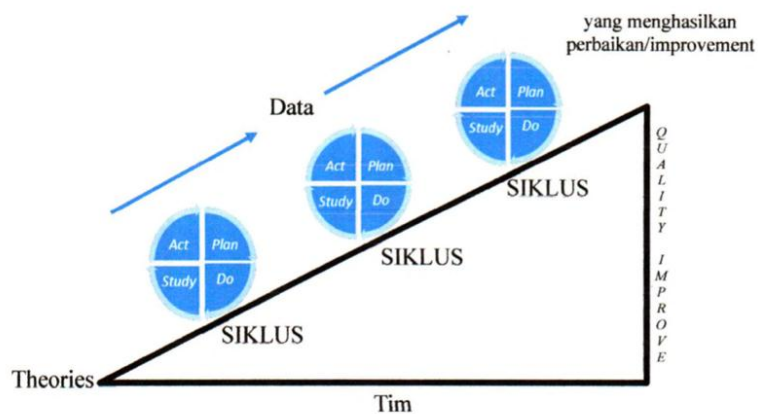
6. Pemilihan Uji Perubahan Sementara semua perubahan tidak menyebabkan *improvement* membutuhkan perubahan. Kemampuan untuk mengembangkan, menguji dan menerapkan perubahan sangat penting bagi setiap individu, kelompok, atau organisasi yang ingin terus menerus *improvement*. Ada banyak jenis perubahan yang akan menyebabkan *improvement*, namun perubahan spesifik dikembangkan dari sejumlah konsep perubahan. Sebuah konsep perubahan adalah gagasan umum atau pendekatan terhadap perubahan yang telah ditemukan untuk menjadi berguna dalam mengembangkan ide-ide spesifik untuk perubahan yang mengarah pada perbaikan. Kreatif menggabungkan konsep perubahan ini dengan pengetahuan tentang mata pelajaran tertentu dapat membantu menghasilkan ide-ide untuk tes perubahan. Setelah menghasilkan ide-ide, menjalankan *Plan-Do-Study-Act* (PDSA) siklus untuk menguji perubahan atau kelompok perubahan pada skala kecil untuk melihat apakah mereka menghasilkan perbaikan. Jika mereka melakukannya, memperluas tes dan secara bertahap memasukkan lebih besar dan lebih besar sampel sampai Anda yakin bahwa perubahan harus diadopsi lebih luas.

7. Pengujian Perubahan Langkah-langkah:

- a. Plan: Rencana tes atau observasi, termasuk rencana untuk mengumpulkan data.
 - 1) Bagian dari tujuan tes.
 - 2) Bagian pertanyaan yang ingin dijawab dan diprediksi tentang apa yang akan terjadi dan mengapa.
 - 3) Mengembangkan rencana untuk menguji perubahan. (Siapa ? Apa ? Kapan ? Dimana ? Apa data yang perlu dikumpulkan ?)
- b. Do: Cobalah tes dalam skala kecil.
 - 1) Melakukan tes.
 - 2) Masalah Dokumen dan pengamatan tak terduga.

- 3) Mulai analisis data.
 - c. *Studi*: Sisihkan waktu untuk menganalisis data dan mempelajari hasil.
 - 1) Lengkapi analisis data.
 - 2) Bandingkan data prediksi Anda.
 - 3) Rangkum dan merefleksikan apa yang telah dipelajari.
 - d. *Act*: Menjelaskan perubahan, berdasarkan apa yang telah dipelajari dari tes.
 - 1) Tentukan apa modifikasi harus dilakukan.
 - 2) Siapkan rencana untuk PDSA berikutnya.

Tujuan dari siklus PDSA bukan untuk mengubah jika ada sesuatu yang efektif; itu adalah untuk mempelajari mengapa atau mengapa tidak ada sesuatu yang efektif. Cara yang akan dipelajari dari siklus PDSA didasarkan pada data yang dikumpulkan. Itulah mengapa harus sangat spesifik Ketika mengidentifikasi yang haly ang akan diukur selama proyek tersebut.
8. Menghubungkan Siklus PDSA
- Ketika menyelesaikan satu siklus PDSA, dilanjutkan terjun langsung ke yang berikutnya. Itulah yang kita sebut "menghubungkan" siklus PDSA. Selama beberapa satu siklus PDSA terkait
- semua penghubungan dalam membuat karya perubahan sistem Anda mendapatkan merapikan sampai Anda siap untuk menerapkan perubahan di satu lokasi. Menjalankan serangkaian tes dengan cara, juga membantu mengatasi resistensi orang sering merasa berubah. Menghubungkan tes kecil perubahan membantu memastikan terkaitan dari semua orang yang terlibat.



8. Dokumentas PDSA

PDSA cycle dapat dilakukan pada semua hasil capaian mutu yang masih rendah atau peningkatan mutu pada lebih unggul.

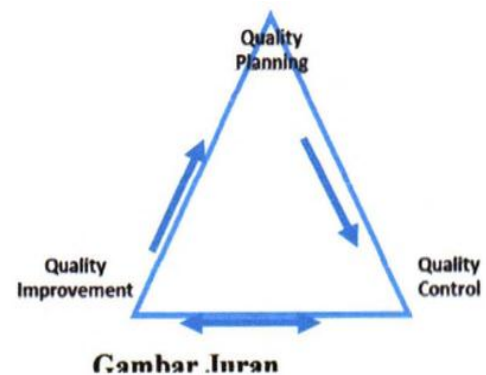
Pada manajemen mutu menurut Juran bahwa terdapat tiga komponen (*Juran Trilogy*) yaitu *Quality Planning*, *Quality Control* dan *Quality Improvement*, yang mana PDSA ini merupakan tanggung jawab dari *Quality Improvement* untuk

buat *improvement* yang diterapkan di unit-unit pelayanan kesehatan di rumah sakit sebagai *Quality Plan* dan sekaligus sebagai *outcome* rumah sakit.

Proses yang belum atau tidak memberikan hasil yang sesuai dirancang harus dilakukan *improvement*. PDSA dilakukan di *quality improvement* dari seluruh tahap *the model for improvement* dengan siklus PDSA dengan me hat data capaian mutu dari *Quality Control*. Laporan Peningkatan Mutu (*Quality Improvement Report*).

Salah satu bagian dalam laporan peningkatan mutu adalah strategi peningkatan mutu yang menggunakan PDSA, melaporkan masing-masing hasil dari siklus PDSA yang terhubung dari setiap siklus. Menjelaskan setiap siklus yang berhasil maupun yang belum berhasil dan termasuk perubahan dari Tahap I metode *improvement* PDSA.

Laporan ini menjadi informasi penting organisasi rumah sakit untuk membuat strategi peningkatan mutu dan keselamatan pasien. Walaupun yang perlu diingat bahwa



PDSA bukan merupakan metode identifikasi masalah tetapi adalah metode peningkatan mutu dari proses yang belum mencapai sesuai harapan *outcome* RS.

G. MANAJEMEN RISIKO

1. Tatalaksana manajemen risiko yang dilakukan di RS Dharma Nugraha dengan mengatur:

a. Identifikasi Risiko

- 1) Identifikasi risiko adalah proses menemukan, mengenal dan mendeskripsikan risiko. Proses identifikasi di rumah sakit melalui pendekatan proaktif dan reaktif.
- 2) Proses identifikasi proaktif melalui kegiatan yang dilakukan dengan cara proaktif mencari risiko yang berdampak nyata bagi rumah sakit. Metode yang dilakukan adalah:
 - Ronde Keselamatan Pasien
 - *Brainstorming*
 - Survei HAIS
 - Pembahasan kasus potensial masalah melalui Rapat KSM dan pembahasan kasus sulit.
 - Audit medis
- 3) Proses identifikasi risiko proaktif merupakan kegiatan identifikasi yang memperhatikan proses-proses risiko yang terjadi pada pasien, antara lain: manajemen pengobatan, risiko jatuh, pengendalian infeksi, gizi, risiko peralatan dan risiko sebagai akibat kondisi yang sudah lama berlangsung.

b. Analisa Risiko

- 1) Analisa risiko adalah proses untuk memahami sifat risiko dan menentukan peringkat risiko. Setelah dilakukan identifikasi, risiko dianalisa dengan cara menilai seberapa sering peluang risiko tersebut muncul, serta berat ringannya dampak yang ditimbulkan. Analisa risiko yang dilakukan dengan menentukan tingkat atau prioritas dari risiko yang mungkin terjadi serta dampaknya terhadap proses dan kualitas pelayanan rumah sakit melalui penghitungan *risk priority number* (RPN).
- 2) Dalam menyusun daftar risiko diharapkan RS agar memperhatikan ruang lingkup manajemen risiko rumah sakit yang meliputi beberapa hal, namun tidak terbatas

pada: pasien, staf medis, tenaga kesehatan dan tenaga lainnya yang bekerja di RS, fasilitas RS, lingkungan RS dan bisnis RS.

- 3) Metode analisa risiko dalam proses asesmen risiko adalah *Root Cause Analysis* (RCA) dan *Failure Mode Effect Analysis* (FMEA).

$$\text{Risk Priority Number} = \text{Severity (S)} \times \text{Probability (P)}$$

RPN merupakan alat untuk menetapkan prioritas penanganan risiko, nilai RPN semakin tinggi maka prioritas penanganan semakin tinggi dan utama.

c. Evaluasi Risiko

- 1) Evaluasi risiko adalah proses membandingkan antara hasil analisa risiko dengan kriteria risiko untuk menentukan apakah risiko dan/atau besarnya dapat diterima atau ditoleransi.
- 2) Evaluasi risiko di RS Dharma Nugraha saat ini menggunakan metode: *prioritize the risk*.

d. Pengelolaan Risiko

Hasil dari Analisa dan evaluasi risiko menghasilkan suatu rekomendasi bagaimana penanganan dampak risiko terhadap pelayanan kesehatan rumah sakit tersebut dapat dihindari atau diturunkan.

e. Pengawasan (Monitor) dan Tinjauan (Review)

Pengawasan dan tinjauan memang merupakan kegiatan yang umum dilakukan oleh RS Dharma Nugraha. Dalam melakukan pengawasan dan tinjauan diperlukan suatu alat bantu yang dinamis dan efektif untuk mendata risiko dan dampak dari risiko tersebut dan cara penanganannya. Alat bantu yang akan digunakan adalah *Risk Register* (Daftar Risiko).

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

Failure Mode and Effect Analysis adalah salah satu tool lean yang merupakan metode sistematis untuk mengidentifikasi dan mencegah terjadinya masalah dalam aktifitas (produksi atau pelayanan).

Aktifitas utama dalam melakukan FMEA di rumah sakit antara lain:

- a. Analisa Failure Mode-failure mode adalah proses atau subproses yang melalui berbagai cara dapat gagal memberikan hasil yang diharapkan.
- b. Analisa masalah (hazard analysis) adalah proses mengumpulkan dan mengevaluasi informasi mengenai masalah yang berkaitan dengan proses yang dipilih (area yang menjadi fokus FMEA). Tujuannya adalah untuk memperoleh daftar masalah/kesalahan yang signifikan, yang paling sering menyebabkan cedera atau sakit.
- c. Menetapkan kontrol yang efektif yaitu menentukan langkah pencegahan (*barrier*) untuk menghilangkan atau mengurangi secara signifikan semua kemungkinan terjadinya masalah atau problem dalam aktifitas sehari-hari. Tahapan FMEA:
 - 1) Bentuk Tim FMEA
 - 2) Menggambarkan diagram dari proses (Diagram Proses)
 - 3) Brainstorming potensial *Failure Mode*
 - 4) Menentukan prioritas *Failure Mode*
 - 5) *Hazard Analysis*
 - 6) Implementasi dan monitoring hasil dari redesign (*Action & Outcome monitoring*)
 - 7) Uji Coba
 - 8) Evaluasi Uji Coba

3. HVA

(*Hazard Vulnerability Analysis*) adalah suatu identifikasi bahaya dan efek langsung dan tidak langsung bahaya tersebut terhadap rumah sakit. Bahaya sebenarnya dianalisis dalam konteks populasi berisiko untuk menentukan kerentanan terhadap setiap bahaya tertentu.

Monev dilakukan oleh Tim K3RS yang berkoordinasi dengan Bagian Mutu RS.

4. ICRA

(Infection Control Risk Asesment) adalah proses pengurangan risiko dari infeksi melalui tahapan perencanaan fasilitas, desain, renovasi, dan pemeliharaan fasilitas melalui pengetahuan tentang infeksi, agen infeksi, dan lingkungan untuk mengantisipasi dampak, potensial. Monitoring dan evaluasi (monev) dilakukan oleh tim PPI yang berkoordinasi dengan Bagian Mutu RS.

H. EVALUASI MUTU KONTRAK

1. Kontrak atau perjanjian di RS Dharma Nugraha meliputi kontrak pelayanan klinis, kontrak pelayanan manajemen dan kontrak dengan sumber daya manusia khususnya untuk staf medis yang meliputi kredensial, rekredensial dan penilaian kinerja.
2. Manajer Bidang / Bagian dan Kepala Instalasi bersama dengan Bagian Mutu dan Akreditasi menetapkan indikator mutu pelayanan yang dikontrakkan dan melakukan monitoring kontrak dengan menetapkan indikator mutu pelayanan kontrak dan dilakukan pemantauan diunit terkait.
3. PIC Data mengumpulkan data indikator pelayanan yang dikontrakkan dengan menginput data setiap hari dengan menggunakan *google sheet*
4. Kepala Instalasi melaporkan hasil capaian indikator mutu setiap bulan kepada Bagian Mutu dan Akreditasi RS oleh Kepala Instalasi.
5. Bagian Mutu dan Akreditasi menyampaikan *feedback* hasil analisis indikator mutu pelayanan kontrak ke unit pelayanan/unit kerja.
6. Bidang Mutu dan Akreditasi melaporkan hasil analisis indikator mutu kepada Manajer Bidang/Bagian terkait.
7. Manajer Bidang/Bagian menindak lanjuti hasil analisis informasi mutu dan disampaikan ke unit
8. Bagian Mutu dan Akreditasi memberikan laporan rekomendasi kepada Direktur berdasarkan hasil evaluasi yang diberikan dari Para Pimpinan Penanggung Jawab Kontrak Medis/Manajemen.
9. Evaluasi perpanjangan kontrak untuk setiap kontrak yang akan mendekati masa habis kontrak wajib dan akan dilakukan perpanjangan/pemutusan kontrak harus dikumpulkan serta dilaporkan ke Bagian Mutu Rumah Sakit, minimal 3 bulan sebelum masa kontrak habis menggunakan format evaluasi kontrak yang telah ditetapkan.
10. Hasil evaluasi dan rekomendasi untuk perbaikan dan peningkatan mutu kinerja pihak ke-3.

I. PENDIDIKAN & PELATIHAN DIKLAT PMKP

1. RS Dharma Nugraha mempunyai program pelatihan peningkatan mutu dan keselamatan pasien untuk Pimpinan RS dan semua staf yang terlibat dalam pengumpulan, analisis dan validasi data mutu, Manager bidang/ bagian, kepala instalasi, Komite Medis, Komite

Keperawatan dan Staf Klinis di RS perlu paham konsep program dan peningkatan mutu dan keselamatan pasien sehingga dapat melaksanakan perbaikan sesuai bidang tugasnya menjadi lebih baik

2. Bagian Mutu dan Akreditasi membuat program diklat peningkatan mutu dan keselamatan pasien dan berkoordinasi dengan bagian diklat RS. Adapun usulan Diklat PMKP, dengan mempertimbangkan: Hasil kegiatan pengukuran mutu dan keselamatan Diklat PMKP yang wajib dilakukan review secara berkala Penggunaan metode/media baru dalam melakukan pengisian / penginputan data yang terkait dengan indikator mutu Unit dan RS. Pencapaian diklat yang belum mencapai target 100 %. Temuan masalah yang ada dilapangan yang terkait dengan pengelolaan program PMKP di RS Penggunaan metode/sistem manajemen data elektronik dalam melakukan pengumpulan, pelaporan, analisis, validasi dan publikasi.
3. Pelatihan PMKP dilakukan secara eksternal dan internal RS, untuk pelaksanaan pelatihan PMKP internal dilaksanakan oleh narasumber yang kompeten yaitu telah mengikuti pelatihan/ workshop PMKP eksternal lembaga akreditasi dan narasumber tersebut telah ditetapkan dalam SK Direktur
4. Program Pelatihan PMKP meliputi:

| No. | JABATAN | LOKASI DIKLAT | MATERI |
|-----|--|----------------------|---|
| 1. | Direktur, wakil direktur, manager mutu dan akreditasi | Eksternal | Konsep & prinsip PMKP. |
| 2. | Manager bidang / bagian, kepala instalasi | Internal | Konsep & prinsip PMKP. |
| 3. | Komite medik & keperawatan | Eksternal / internal | Konsep & prinsip PMKP PCC (<i>patient center care</i>) |
| 4. | Staf mutu, staf risiko, staf keselamatan pasien, staf akreditasi | Internal | Konsep & prinsip PMKP. |
| 5. | PIC data unit | Internal | Sistem manajemen data. |
| 6. | Staf klinis | Internal | Standar berfokus pada pasien. |

5. Membuat TOR Diklat Program pelatihan PMKP diberikan dalam 4 kelompok yaitu:

a. Tingkat Karyawan Baru

1) Materi yang diberikan berupa:

- Diklat Dasar: Materi pengenalan dasar tentang PMKP yang berisi Peningkatan Mutu, Indikator Mutu, *Patient Safety*, dan Budaya Keselamatan.
- Materi tentang Akreditasi RS.

2) Penyelenggaraan diklat dilakukan di RS (Internal) dengan fasilitator Urusan Diklat dengan Pengajar adalah Tim Pengajar PMKP yang ditetapkan oleh SK. Direktur RS Dharma Nugraha

3) Jumlah peserta yang mengikuti diklat disesuaikan dengan jumlah karyawan pada proses rekrutmen, dan masuk ke dalam program diklat ORKA (Orientasi Karyawan Baru), yang WAJIB diikuti oleh semua karyawanbaru.

b. Tingkat Staf RS, Pimpinan Unit, dan Manajer

1) Diklat Lanjutan : Materi yang diberikan berupa materi lanjutan tentang PMKP,yakni

- *Risk Management*: Grading Risiko dan Pengendalian Risiko.
- Indikator Mutu Unit & *Patient Safety* Unit: materi disesuaikan dengan Indikator Mutu Unit Kerja & *Patient Safety* Unit yang diberikan diklat, Alur Pelaporan IKP dan Cara Membuat Laporan IKP.
- Pembuatan RCA
- Pembuatan FMEA
- Pembuatan Analisa dan PDSA
- Pengisian & Evaluasi *Clinical Pathway*
- Manajemen Data Pengukuran Mutu Terintegrasi: Pengumpulan, Pelaporan,Analisis, Validasi, dan Publikasi indikator mutu.
- Akreditasi lanjutan Cara melakukan SA

2) Kriteria peserta diklat, yakni Direksi, Manajer, Komite Medis, Komite Keperawatan, Kepala Instalasi, Kepala Urusan, dan Kepala Perawatan Ruangan, Kepala Pelayanan serta MPP.

c. Bagian Mutu & Akreditasi dan PIC Data Mutu Unit

1) Materi yang diberikan berupa materi diklat lanjutan PMKP dengan ditambahkan Tata Cara Survei, Pengumpulan data dan Program Excel/SPSS (Statistik lanjutan).

- 2) Penyelenggaraan diklat dilakukan di RS (Internal) dan luar RS (Eksternal), fasilitator dan pengelolaan tetap dilakukan oleh Urusan Diklat. Untuk diklat yang diselenggarakan secara internal tetap diberikan oleh Tim Pengajar PMKP yang ditetapkan oleh SK. Direktur RS Dharma Nugraha
- 3) Kriteria peserta diklat, yakni Manajer Mutu, Staf Mutu, dan PIC Data. Mutu Unit.
- d. Tingkat Pimpinan / Direksi
 - 1) Materi yang diberikan berupa materi diklat lanjutan tentang PMKP yakni ditambahkan dengan Workshop PMKP, Management Strategi Mutu, *Balance Score Card*.
 - 2) Penyelenggaraan diklat dilakukan di RS (Internal) dan luar RS (Eksternal) yang diadakan dari pihak luar yang telah diakui dan bersertifikat.
 - 3) Kriteria peserta diklat, yakni Direksi (Direktur, Wakil Direktur Medis dan Wakil Direktur Umum).

6. Evaluasi Pelaksanaan Diklat

- a. Tahapan evaluasi dari hasil pelaksanaan diklat yang terdiri dari:
 - 1) Evaluasi proses & pengajar: Kuesioner
 - 2) Evaluasi peserta: pre dan post test
- b. Pembuatan sertifikat untuk peserta yang telah mengikuti diklat PMKP (Kepala Instalasi, Komite Medis, Komite Keperawatan, Staf Mutu, Staf Risiko, Staf Keselamatan Pasien, PIC Data, Staf Klinis)

7. Pelaporan

Bagian diklat RS Dharma Nugraha melaporkan hasil pencapaian diklat PMKP yang dilaksanakan ke Bagian Mutu dan Akreditasi RS, dilakukan evaluasi dan akan menjadi data untuk perencanaan diklat selanjutnya.

8. Dokumentasi

Setiap tahapan dalam pelaksanaan pendidikan dan latihan harus di dokumentasikan sebagai dokumen bukti pelaksanaan:

- a. TOR masing-masing diklat PMKP.
- b. Undangan diklat baik kepada pemberi materi maupaun kepada peserta termasuk jadwal pelaksanaan.
- c. Materi diklat.

- d. Absensi pemberi materi dan peserta.
- e. Laporan pelaksanaan diklat.

Hasil kegiatan diklat di dokumentasikan dalam bentuk sertifikat diklat disimpan dalam berkas karyawan, hasil *post test* dan *pre test* disimpan di bagian diklat.

J. DATA UNTUK PENILAIAN KINERJA STAF KLINIS

1. Direktur Rumah sakit menetapkan proses yang seragam untuk melaksanakan evaluasi mutu dan keselamatan asuhan pasien yang aman yang diberikan oleh setiap anggota dan staf medis dengan cara mengumpulkan dan menganalisis data serta informasi tentang sikap, perkembangan Professional dan hasil layanan klinis termasuk partisipasi dalam kegiatan peningkatan mutu rumah sakit.
2. Proses monitoring dan evaluasi berkelanjutan dengan terus menerus mengumpulkan dan menganalisis serta informasi tentang sikap, perkembangan Professional dan hasil dari layanan klinis anggota staf klinis. Kepala Instalasi bersama Komite Medik/ Komite Keperawatan /Komite Staf Klinis Lain bertanggung jawab untuk menintegrasikan data dan informasi tentang staf klinis tersebut.
3. Proses evaluasi staf klinis dilakukan dan didokumentasikan secara berkala minimal 1 tahun sekali.
4. Unit kerja menyediakan data, termasuk bila dimasukkan kedalam indikator mutu unit yang digunakan untuk evaluasi kinerja staf klinis termasuk data terkait dengan partisipasi dalam kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien di unitnya.
5. PIC Data unit menginput data harian indikator mutu terkait evaluasi kinerja staf klinis, kemudian dilaporkan ke Bagian Mutu dan Akreditasi.
6. Bagian Mutu dan Akreditasi memberikan *feedback* kepada unit terkait dengan capaian indikator mutu yang berkaitan dengan evaluasi kinerja staf klinis.

K. BUDAYA KESELAMATAN

1. Direktur rumah sakit menciptakan, mendukung dan berkomitmen terhadap budaya keselamatan untuk seluruh staf di seluruh area rumah sakit dan melaksanakan, melakukan monitoring dan mengambil tindakan untuk memperbaiki program budaya keselamatan di seluruh area rumahsakit yang diatur secara rahasia, sederhana dan mudah diakses oleh pihak

yang mempunyai kewenangan untuk melaporkan masalah yang terkait dengan budaya keselamatan.

2. Hal - hal penting untuk menuju budaya keselamatan di RS:

- a. Staf rumah sakit mengetahui bahwa kegiatan operasional rumah sakit berisiko tinggi dan bertekad untuk melaksanakan tugas dengan konsisten dan aman.
 - b. Regulasi dan lingkungan kerja mendorong staf tidak takut mendapat hukuman bila membuat laporan tentang kejadian tidak diharapkan dan kejadian nyaris cedera.
 - c. Direktur rumah sakit mendorong tim keselamatan pasien melaporkan insiden keselamatan pasien ke tingkat nasional.
 - d. Mendorong kolaborasi antar staf klinis dengan pimpinan untuk mencari penyelesaian masalah keselamatan pasien.
3. Direktur Rumah Sakit telah menggunakan pengukuran/indikator mutu untuk mengevaluasi dan memantau budaya keselamatan dalam rumah sakit serta melaksanakan perbaikan yang telah teridentifikasi dari pengukuran dan evaluasi tersebut.
4. Pengukuran indikator mutu terkait dengan budaya keselamatan dapat mencakup tidak terjadinya kekerasan ditempat kerja dan tidak ada perilaku yang tidak mendukung budaya keselamatan.
5. Pengumpulan indikator budaya keselamatan dapat dilihat dari pengukuran kuesioner/ survey yang dilakukan oleh semua staf di RS.
6. Hasil pengukuran kuesioner/ survei dilakukan rekap oleh Bagian Mutu dan Akreditasi RS kemudian dibuat evaluasi pencapaian pengukuran budaya keselamatan berdasarkan hasil identifikasi serta dibuat rencana perbaikan.

L. PERTEMUAN RAPAT

1. Rapat dilakukan secara terjadwal, baik bulanan, triwulan maupun pertahun.
2. Jadwal rapat yang telah dibuat diberikan kepada sekretaris untuk dimasukkan ke dalam jadwal rapat dalam 1 tahun.
3. Rapat mutu terdiri dari:
 - a. Rapat pemilihan mutu prioritas

- 1) Dipimpin oleh Direktur RS, dihadiri oleh para Manager Bidang/ Bagian, Bagian Mutu dan Akreditasi RS dan para kepala instalasi/ kepala unit.
- 2) Rapat dilaksanakan di akhir tahun.
- b. Rapat penyusunan program prioritas kajian dasar pemilihan prioritas
 - 1) Dipimpin oleh Direktur RS, dihadiri oleh para Manager Bidang/ Bagian, Bagian Mutu dan Akreditasi RS dan para kepala instalasi/ kepala unit.
 - 2) Rapat dilaksanakan di akhir tahun.
- c. Rapat penyampaian monitoring pelaksanaan program prioritas, capaian program prioritas, rencana perbaikan
 - 1) Rapat dipimpin oleh Direktur RS, dihadiri oleh Manager bidang/ bagian, Kepala Instalasi.
 - 2) Membahas capaian program prioritas dan RTL program prioritas, dilaksanakan setiap 3 bulan.
- d. Rapat penyampaian hasil program peningkatan mutu dan keselamatan pasien, rencana tindak lanjut.
- e. Rapat koordinasi dengan Tim//Komite PPI
 - 1) Pembahasan capaian hasil surveilans terintegrasi dengan data mutu.
 - 2) Membahas analisa dan rencana tindak lanjut.
 - 3) Rapat dilaksanakan setiap 3 bulan.
- f. Rapat pemilihan dan evaluasi mutu pelayanan yang dikontrakan
 - 1) Membahas pemilihan vendor pelayanan yang dikontrakan.
 - 2) Menetapkan indikator mutu pelayanan yang diselenggarakan baik kontrak klinis maupun manajemen.
 - 3) Hasil capaian-capaian indikator mutu pelayanan yang dikontrakan setiap 3 bulan.
 - 4) Rapat dihadiri oleh Manager Bidang/Bagian, Kepala Unit, Bagian Mutu dan Akreditasi.
- g. Rapat PIC Data
 - 1) Rapat dihadiri oleh Bagian Mutu dan Akreditasi dan PIC Data.
 - 2) Membahas alur pelaporan indikator mutu unit, cara pengumpulan data dengan menggunakan sistem manajemen data terintegrasi

M. FEED BACK DAN PENYAMPAIAN INFORMASI

1. Komunikasi dan informasi terkait program peningkatan mutu dan keselamatan pasien secara berkala kepada staf merupakan hal yang penting.
2. Alur penyampaian komunikasi mutu dilakukan melalui jalur yang efektif, seperti: poster, notulen, pertemuan staf (rapat). Informasi yang diberikan antara lain berupa program yang baru saja selesai, perkembangan dalam pencapaian sasaran keselamatan pasien, hasil analisis kejadian sentinel atau kejadian tidak diinginkan lainnya, ataupun penelitian terkini maupun program *benchmark*.
3. Informasi yang diberikan antara lain dapat berupa program baru atau program yang baru saja selesai, perkembangan dalam mencapai Sasaran Keselamatan Pasien, hasil analisis kejadian sentinel atau kejadian tidak diinginkan lainnya, ataupun penelitian terkini maupun program *benchmark*.
4. Perbaikan/Upaya Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien yang telah dilakukan diinformasikan kepada seluruh karyawan dan DPJP melalui:
 - a. Morning Meeting
 - b. Rapat Staf
 - c. Rapat Koordinasi
 - d. Rapat Mutu
 - e. Rapat Komite Medik
 - f. Surat menyurat yang mudah dibaca karyawan dan staf medis
 - g. Majalah dinding yang dipublikasikan di tempat yang mudah dibaca oleh karyawan, maupun dokter provider

N. MONITORING PELAKSANAAN PROGRAM PMKP

1. Direktur Rumah Sakit menerapkan suatu Struktur dan proses untuk memantau dan melakukan koordinasi menyeluruh terhadap program yang ada di Rumah Sakit. Tindakan ini memastikan adanya koordinasi diseluruh unit pelayanan dalam upaya pengukuran dan perbaikan. Koordinasi ini dapat tercapai melalui pemantauan dari Bagian Mutu dan Akreditasi RS. Koordinasi ini mendukung pendekatan sistem untuk pemantauan kualitas dan aktifitas perbaikan sehingga mengurangi duplikasi upaya peningkatan mutu.
2. Supervisi
 - a. Kepala Instalasi

Supervisi Kepala Instalasi dalam memantau progress pengumpulan data meliputi:

- 1) Pemantauan pengisian formulir data dasar pengumpulan data indikator dalam SISMAKAD dan *google sheet*.
- 2) Pengisian sensus harian/ data harian terisi setiap hari.
- 3) Merekap capaian indikator mutu bulanan.
- 4) Bukti laporan capaian indikator setiap bulan dan diserahkan ke Bidang Mutu dan Akreditasi.
- 5) Dilaksanakannya supervisi oleh Kepala Instalasi .

b. Manager Bidang/ Bagian

Supervisi Manager Bidang/ Bagian dalam progress pengumpulan indikator mutu unit meliputi:

- 1) Adanya laporan capaian indikator mutu unit dari Bagian Mutu dan Akreditasi RS.
- 2) Adanya rencana tindak lanjut yang disusun oleh Manager Bidang/ Bagian yang akan diusulkan ke Bagian Mutu dan Akreditasi.
- 3) Ada bukti monitoring terhadap pelaksanaan tindak lanjut hasil capaian indikator.
- 4) Adanya bukti *feedback* ke unit terhadap hasil capaian indikator unit terkait dan upaya untuk meningkatkan dan mempertahankan indikator unitnya.
- 5) Adanya bukti implementasi terhadap tindak lanjut yang sudah disusun terkait capaian indikator.

c. Bagian Mutu dan Akreditasi

Supervisi yang dilakukan terhadap Bagian Mutu dan Akreditasi RS dalam memantau progress pengumpulan data meliputi:

- 1) Laporan rekapitulasi bulanan hasil capaian indikator.
- 2) Adanya bukti hasil analisis indikator mutu.
- 3) Bukti hasil validasi indikator mutu.
- 4) Bukti pelaksanaan rapat koordinasi mutu.
- 5) Adanya bukti rencana tindak lanjut yang diajukan oleh Manager Bidang/ Bagian.
- 6) Adanya bukti implementasi rencana tindak lanjut yang dilakukan oleh unit.
- 7) Bukti laporan kegiatan PMKP setiap bulan dan triwulan ke Direktur RS.
- 8) Bukti laporan insiden keselamatan pasien dari Tim KPRS ke Direktur setiap 3 bulan.

d. Direktur

Supervisi yang dilakukan terhadap Direktur dalam memantau progress pengumpulan data meliputi:

- 1) Memantau kehadiran Manager Bidang/ Bagian dalam rapat pembahasan rencana tindak lanjut hasil capaian mutu.
- 2) Direktur menyetujui rencana tindak lanjut dari capaian indikator.
- 3) Direktur menyerahkan laporan capaian indikator mutu setiap 3 bulan ke pemilik.
- 4) Direktur menerima *feedback* dari pemilik.
- 5) Direktur menyerahkan laporan kejadian insiden keselamatan pasien setiap 3 bulan.
- 6) Direktur menerima *feedback* dari pemilik.
- 7) Direktur menyerahkan laporan insiden sentinel kepada pemilik tepat waktu.
- 8) Direktur menerima *feedback* dari pemilik.

Hasil supervisi dibahas dalam rapat yang dihadiri oleh Direktur RS, Bidang Mutu dan Akreditasi, Manager Bidang/ Bagian, PIC Data

3. Hasil supervisi yang sudah dilakukan dibahas dalam rapat koordinasi mutu yang dihadiri oleh Direktur RS, Wakil Direktur, Manager Bidang/ Bagian, Bagian Mutu dan Akreditasi, Kepala Instalasi dan PIC Data sehingga dapat disetujui rencana tindak lanjut yang akan dilakukan sebagai upaya perbaikan dari masing - masing indikator.

BAB IV

PENCATATAN DAN PELAPORAN

A. PENCATATAN

Pencatatan data- data dengan menggunakan sistem manajemen data elektronik yaitu dengan menggunakan SISMADAK dan *google sheet*.

Data - data yang dikumpulkan meliputi:

1. Data indikator mutu nasional dikumpulkan dalam SISMADAK (rekapan harian), *google sheet* (untuk data per sampel) data diinput setiap hari sesuai tanggal berjalan oleh PIC Data Unit.
2. Data darf indikator mutu unit dikumpulkan dalam SISMADAK (rekapan harian), *google sheet* (untuk data per sampel) data diinput setiap hari sesuai tanggal berjalan oleh PIC Data Unit.
3. Data dari indikator mutu prioritas RS dikumpulkan dalam SISMADAK (rekapan harian), *google sheet* (untuk data per sampel) data diinput setiap hari sesuai tanggal berjalan oleh PIC Data Unit.
4. Data indikator mutu Ponek dikumpulkan dalam SISMADAK (rekapan harian), *google sheet* (untuk data per sampel) data diinput setiap hari sesuai tanggal beijalan oleh PIC Data Unit.
5. Data indikator mutu pada bab PAB dikumpulkan dalam SISMADAK (rekapan harian), *google sheet* (untuk data per sampel) data diinput setiap hari sesuai tanggal berjalan oleh PIC Data Unit.
6. Data pelaporan insiden keselamatan pasien dikumpulkan dalam SISMADAK (laporan ke KARS), KNKP (Eksternal), *barcode* insiden keselamatan pasien (untuk rekapan data IKP darfi unit) diinput bila terjadi kejadian IKP di unit.
7. Data hasil monitoring kineija stafklinis (bila monitoring kinerja menggunakan indikator mutu) (PMKP) dikumpulkan SISMADAK (rekapan harian) dan *google sheet* bila dimasukan kedalam indikator mutu dan diinput setiap hari oleh PIC Data Unit.
8. Data insiden/kejadian/kecelakaan di RS diinput oleh staf yang terpapar kecelakaan kerja dalam bentuk *barcode* dilaporkan ke Tim K3RS oleh pelapor.
9. Data hasil surveilans PPI diinput oleh IPCN setiap unit dalam SISMADAK dan *google sheet* setiap hari sesuai tanggal berjalan.

10. Data hasil pengukuran budaya keselamatan dalam bentuk kuesioner yang ada dalam *google sheet* diisi oleh setiap staf di unit kerja. Pengukuran budaya keselamatan dilakukan 2x dalam setahun (tiap 6 bulan).
11. Data mutu evaluasi kontrak dikumpulkan dalam SISMADAK (rekapan harian), *Google Sheet* (untuk data per sampel), diinput oleh PIC data unit setiap hari sesuai tanggal berjalan.

B. PELAPORAN

1. Laporan Bulanan Indikator Mutu Rumah Sakit

- a. Data dari Instalasi / Unit dikumpulkan setiap bulan oleh PIC Data Unit dengan menggunakan sistem manajemen data elektronik yang sudah ada menggunakan SISMADAK dan *google sheet*.
- b. Data diverifikasi oleh Kepala Instalasi/Kepala Urusan kemudian diberikan kepada Manajer dan Wakil Direktur terkait untuk diverifikasi dan disetujui.
- c. Kepala Instalasi melaporkan hasil capaian indikator mutu unit ke Bidang Mutu dan Akreditasi.
- d. Data yang telah dilakukan verifikasi dan divalidasi disusun dalam bentuk laporan bulanan indikator Mutu oleh staf mutu.
- e. Laporan bulanan indikator mutu diberikan kepada manajer mutu untuk dilakukan verifikasi ulang untuk kemudian diberikan kepada direktur rumah sakit untuk disetujui.
- f. Direktur RS memberikan *feedback* atas laporan tersebut kepada Manajer Mutu untuk kemudian diberikan kepada Instalasi/Unit/Urusan terkait untuk ditindak lanjuti.

2. Laporan Triwulan Indikator Mutu Rumah Sakit

- a. Data dari Instalasi/Unit dikumpulkan setiap triwulan oleh PIC Data Mutu di Unit Kerja dengan menggunakan sistem manajemen data yang sudah ada menggunakan SISMADAK dan *google sheet*.
- b. Data diverifikasi oleh Kepala Instalasi /Kepala Urusan kemudian dibuat analisa dan rencana tindak lanjut pada indikator yang tidak tercapai dan diserahkan ke Bidang Mutu dan Akreditasi.
- c. Data yang telah dianalisa diberikan kepada Manajer dan Wakil Direktur terkait untuk diverifikasi dan disetujui.

- d. Data yang telah dilakukan verifikasi dan validasi disusun dalam bentuk laporan Triwulan oleh staf mutu.
 - e. Laporan Triwulan indikator mutu diberikan kepada Manajer Mutu untuk dilakukan verifikasi ulang, serta memberikan rekomendasi persetujuan atas Analisa dan rencana tindak lanjut yang telah dibuat untuk kemudian diberikan kepada Direktur Rumah Sakit.
 - f. Direktur RS melakukan penelaahan terhadap rekomendasi tindak lanjut yang diajukan, jika disetujui maka laporan pencapaian indikator Mutu Rumah Sakit diberikan kepada Pemilik meliputi Indikator mutu prioritas, indikator mutu unit dan Indikator Mutu Nasional.
 - g. Pemilik memberikan *feedback* atas laporan tersebut kepada Direktur Rumah sakit untuk kemudian diberikan kepada Instalasi/Unit/Urusan terkait untuk ditindaklanjuti.
3. Laporan *Surveillance*
- a. Data dikumpulkan dan penginputan data dilakukan oleh IPCN menggunakan *google form* dalam *google sheet*.
 - b. PPI melakukan monitoring dan verifikasi.
 - c. Pelaporan dilakukan setiap bulan kepada direktur.
4. Laporan Kecelakaan Kerja RS
- a. Pencatatan kejadian Kecelakaan Kerja terkait dengan K3RS dilakukan dengan menggunakan Sistem Manajemen Data Elektronik menggunakan *barcode kecelakaan kerja*.
 - b. Pelaporan dilakukan setiap terjadi kejadian, dan setiap 3 bulan oleh Tim KPRS ke Direktur.
5. Laporan IKP (Insiden Keselamatan Pasien)
- a. Alur Pelaporan Insiden ke Tim Keselamatan Pasien di RS (*Internal*):
 - 1) Apabila terjadi suatu insiden (KNC/KTD) di rumah sakit, wajib segera ditindaklanjuti (dicegah/ditangani) untuk mengurangi dampak/akibat yang tidak diharapkan.
 - 2) Setelah ditindaklanjuti, segera buat laporan insidennya dengan mengisi Formulir Laporan Insiden pada akhir jam kerja/shift kepada atasan langsung (paling lambat 2x24jam).
 - 3) Setelah selesai mengisi laporan, segera serahkan kepada atasan langsung pelapor (atasan langsung/pimpinan unit kerja).

- 4) Atasan langsung akan memeriksa laporan dan melakukan *grading risiko* terhadap insiden yang dilaporkan.
 - 5) Hasil *grading* akan menentukan bentuk investigasi dan analisa yang akan dilakukan sebagai berikut:
 - Grade Biru : Investigasi sederhana oleh atasan langsung, waktu maksimal 1 minggu.
 - Grade Hijau : Investigasi sederhana oleh atasan langsung, waktu maksimal 1 minggu.
 - Grade Kuning : Investigasi komprehensif / RCA oleh Tim KP di RS, waktu maksimal 45 hari.
 - Grade Merah : Investigasi komprehensif / RCA oleh Tim KP di RS, waktu maksimal 45 hari.
 - 6) Setelah selesai melakukan investigasi sederhana, laporan hasil investigasi dan laporan insiden dilaporkan Tim Keselamatan Pasien di RS.
 - 7) Tim KPRS akan menganalisa kembali hasil investigasi dan laporan insiden untuk menentukan apakah perlu dilakukan investigasi lanjutan (RCA) dengan melakukan *regrading*.
 - 8) Untuk Grade Kuning/Merah, Tim KPRS akan melakukan analisis akar masalah / *Root Cause Analysis (RCA)*.
 - 9) Setelah melakukan RCA, Tim Keselamatan Pasien di RS akan membuat laporan dan rekomendasi untuk perbaikan serta “pembelajaran” berupa : petunjuk ”*safety alert*” untuk mencegah kejadian yang sama terulang kembali.
 - 10) Hasil RCA, rekomendasi dan rencana kerja dilaporkan kepada Direksi.
 - 11) Rekomendasi untuk “ perbaikan dan pembelajaran” diberikan umpan balik kepada unit kerja terkait serta sosialisasi kepada seluruh unit di rumah sakit.
 - 12) Unit Kerja membuat analisa dan trend kejadian disatuan kerjanya masing- masing.
 - 13) Monitoring dan evaluasi perbaikan oleh Tim KPRS.
 - 14) Pelaporan insiden keselamatan pasien dilaporkan kepada representasi pemilik dan pemilik minimal setiap 3 bulan sekali, dan bila ada kejadian sentinel dilaporkan langsung setiap kejadian dan dilaporkan kembali setelah dilakukan RCA maksimal 45 hari dari kejadian.
- b. Alur Pelaporan Insiden ke KPPRS - Komite Kelamatan Pasien Rumah Sakit (*Eksternal*):
Laporan hasil investigasi sederhana/analisis akar masalah/ RCA yang terjadi pada

pasiendan telah mendapatkan rekomendasi dan solusi oleh Tim Kelormatan Pasien di RS (Internal) / Pimpinan RS dilaporkan dengan cara melakukan *entry* data (*e-reporting*) dikirim ke KKPRS melalui *website* <https://mutufasyankes.kemkes.go.id/> dengan menggunakan *username* dan *password* untuk menjamin kerahasiaan sumber informasi

c. Alur Pelaporan Insiden Ke KARS

Kejadian sentinel dilaporkan ke KARS dalam 5x24 jam, IR (*incident report*) dikirim melalui email lembaga akreditasi KARS

6. Laporan Kejadian Dugaan Pelanggaran Etik

Alur Pelaporan Kejadian Dugaan Pelanggaran Etik Ke Tim Komite Etik

- a. Apabila terjadi suatu dugaan pelanggaran etik, maka atasan di unit kerja wajib segera menindaklanjuti awal untuk mengurangi dampak/akibat yang tidak diharapkan.
- b. Setelah ditindaklanjuti, segera buat laporan Kejadian Dugaan Pelanggaran Etik dengan mengisi Formulir Laporan Pelanggaran Etik pada akhir jam *shift* kepada atasan langsung (paling lambat 1 x 24jam).
- c. Setelah selesai mengisi laporan, segera serahkan kepada atasan langsung pelapor (atasan langsung sesuai dengan keputusan manajemen : Kaints / Kaper /Kaur dan Manajer Terkait)
- d. Laporan dugaan kejadian Pelanggaran etik kemudian diserahkan dan dilaporkan ke Tim Komite Etik RS.
- e. Tim Komite Etik melakukan analisa untuk kemudian dibuat laporan dan rekomendasi kemudian dilaporkan kepada Direktur RS. Untuk kemudian ditindaklanjuti oleh Bidang / Bagian sesuai arahan Direktur.
- f. Rekomendasi diberikan umpan balik kepada unit kerja terkait erta sosialisasi kepada seluruh unit di rumah sakit.

7. Laporan Pengukuran Budaya Keselamatan

- a. Kuesioner yang telah diisi oleh staf melalui *barcode* budaya keselamatan akan dilakukan rekap oleh Bidang Mutu dan Akreditasi kemudian dibuat laporan analisa dan rekomendasi tindaklanjutnya oleh Manajer Mutu dan Akreditasi.
- b. Laporan yang sudah disertakan analisa dan rekomendasi tindak lanjut diberikan kepada Direktur untuk disetujui.

- c. *Feedback* dari Direktur Rumah sakit disosialisasikan kembali oleh manajer mutu di forum pertemuan *moming meeting*, rapat Mutu RS dan Rapat Staf dan Rapat Koordinasi.
8. Laporan Pencapaian Evaluasi Penerapan *Clinical Pathway*
- a. Laporan yang telah direkap oleh Case Manajer/MPP dan Manajer Yanmed, kemudian diberikan kepada Komite Medis.
 - b. Komite Medis membuat analisa dan rekomendasi tindaklanjutnya.
 - c. Laporan yang sudah disertakan analisa dan rekomendasi tindaklanjut diberikan kepada Direktur untuk disetujui.
 - d. *Feedback* dari Direktur Rumah sakit disosialisasikan kembali oleh manajer yanmed dan Ketua Komite Medik di forum pertemuan *lunch meeting*, pertemuan KSM dan Komite Medik.
 - e. Jika terbukti terjadi penyimpangan tata laksana clinical pathway dari DPJP, maka dapat dijadikan penilaian kinerja DPJP sebagai bahan penilaian OPPE.

BAB V

EVALUASI DAN TINDAK LANJUT

Memantau pelaksanaan peningkatan mutu dan keselamatan pasien di bagian/ bidang terkait dilakukan oleh petugas mutu unit yang ditunjuk. Peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang dievaluasi adalah peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang telah disusun dan ditetapkan. Rekomendasi digunakan sebagai bahan masukan untuk peningkatan kineja masing-masing bagian/ bidang dalam mengimplementasikan peningkatan Mutu dan Akreditasi.

Evaluasi laporan Program PMKP dibahas dalam rapat mutu yang dipimpin oleh Direktur setiap 3 bulan yaitu mengenai evaluasi pelaksanaan kegiatan, hambatan serta analisa dan saran perbaikan untuk mencapai sasaran.

Analisa dilakukan setiap 3 (tiga) bulan dengan menggunakan metode Statistik sederhana, dengan cara:

1. Membandingkan dari waktu ke waktu, dari bulan ke bulan atau dari tahun ke tahun berikutnya.
2. Membandingkan dengan rumah sakit lain,
3. Membandingkan dengan standar yang ada, seperti standar ditetapkan oleh badan akreditasi, ikatan profesional atau menggunakan ketentuan yang ditetapkan dalam undang-undang atau peraturan dan membandingkan dengan praktek-praktek yang baik.

Laporan yang telah disetujui oleh Direktur rumah sakit diajukan ke Pemilik rumah sakit. Setiap akhir tahun Direktur bersama Manajer Mutu dan Akreditasi akan mengevaluasi apakah program di masing - masing bidang/ bagian masih harus dilakukan pemantauan peningkatan mutu atau dijadikan kegiatan rutin bagian/ bidang, sehingga mutu pelayanan di RS Dharma Nugraha dapat terus berkembang sesuai dengan pengembangan pelayanan di RS Dharma Nugraha

BAB VI

PENUTUP

Demikian Pedoman Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien RS Dharma Nugraha untuk dapat dipergunakan dan dijalankan oleh RS Dharma Nugraha melalui program peningkatan mutu dan keselamatan pasien secara berkesinambungan dan berkelanjutan. Buku pedoman ini akan di review secara berkala paling lambat 3 (tiga) tahun sekali.

Ditetapkan di Jakarta

Pada tanggal 14 April 2023

DIREKTUR,

The image shows a handwritten signature in black ink, which appears to be 'Agung', written over a blue logo. The logo consists of a stylized flower-like symbol on the left and the text 'Dharma Nugraha Hospital Est. 1996' on the right.

dr. Agung Darmanto, Sp.A

Daftar Pustaka

1. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 755 Tahun 2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit.
2. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 56 tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit.
3. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 24 Tahun 2016 tentang Persyaratan Teknis Bangunan dan Prasarana Rumah Sakit.
4. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien.
5. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 772 Tahun 2002 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By laws*).
6. Peraturan Menteri Kesehatan RI no 1128 tahun 2021 tentang akreditasi rumah sakit.
7. Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit
8. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 496/ MENKES/ SK/ IV/2015 tentang Pedoman Audit Medis.
9. Buku Pedoman Penyusunan Panduan Praktik dan *Clinical Pathway* Dalam Asuhan Terintegrasi sesuai Standar Akreditasi RS 2012. Tahun 2015.
10. Pedoman Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (*Patient Safety*, Kemenkes RI Edisi 2015
11. Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) (*Patient Safety Incident Report*), KKPRS 2015.
12. Pedoman Upaya Peningkatan Mutu Pelayanan Rumah Sakit, Depkes, 1994.
13. Petunjuk Pelaksanaan Indikator Mutu Pelayanan Rumah Sakit, WHO-Depkes, 2001.