

**PERATURAN DIREKTUR  
RUMAH SAKIT INTAN HUSADA  
NOMOR : 3708/A000/XI/2021**

**TENTANG  
PEDOMAN PELAYANAN KOMITE MUTU**

**RS INTAN HUSADA**

Jl. Mayor Suherman No. 72 Tarogong Kidul – Garut 44151

**LEMBAR VALIDASI**  
**PEDOMAN PELAYANAN KOMITE MUTU**  
**NOMOR: 3708/A000/XI/2021**

		Nama Lengkap	Jabatan	Tanda Tangan	Tanggal
<b>Penyusun</b>	:	Desty Dwi Widiyanti, Amd.Kep	Ketua Subkomite Mutu		10-11-2021
	:	Kartini Cendrawasih, S.Kep	Ketua Subkomite Keselamatan		10-11-2021
	:	Mentari Rahmadita, S.Kep	Ketua Subkomite Manajemen Risiko		10-11-2021
<b>Verifikator</b>	:	dr. Iva Tania	Manajer Pelayanan Medik		10-11-2021
<b>Validator</b>	:	drg. Muhammad Hasan, MARS	Direktur RS Intan Husada		10-11-2021

**LEMBAR PENGESAHAN**  
**PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT INTAN HUSADA**  
**NOMOR : 3708/A000/XI/2021**  
**TENTANG**  
**PEDOMAN PELAYANAN KOMITE MUTU**  
**DIREKTUR RUMAH SAKIT INTAN HUSADA**

Menimbang :

- a. bahwa rumah sakit berkewajiban untuk meningkatkan mutu dan mempertahankan standar pelayanan rumah sakit melalui penyelenggaraan tata kelola mutu rumah sakit yang baik;
- b. bahwa dalam rangka mendukung peningkatan mutu dan mempertahankan standar pelayanan rumah sakit, diperlukan acuan dalam pelaksanaan pelayanan yang efektif dan aman di Komite Mutu;
- c. berdasarkan pertimbangan sebagaimana di maksud dalam huruf a di atas, maka perlu menetapkan Peraturan Direktur tentang Pedoman Pelayanan Komite Mutu;

Mengingat :

1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit;
2. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 77 Tahun 2015 Tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit;
3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129 Tahun 2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2020 Tentang Akreditasi Rumah Sakit;
5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 80 Tahun 2020 Tentang Komite Mutu Rumah Sakit;
6. Keputusan Kepala Dinas Penanaman Modal dan Perizinan Terpadu Kabupaten Garut Nomor 503/244/02-IORS.SOS/DPMPPT/2021 Tentang Izin Operasional Rumah Sakit Kelas C kepada Rumah Sakit Intan Husada;
7. Keputusan Direktur Utama PT. RS Intan Husada Nomor 34/PT.RSIH/XI/2021 Tentang Pengangkatan drg. Muhammad Hasan, MARS Sebagai Direktur Rumah Sakit Intan Husada;
8. Peraturan Direktur Utama PT. Rumah Sakit Intan Husada Nomor 052/PT-RSIH/X/2021-S0 Tentang Struktur Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Intan Husada;
9. Peraturan Direktur RS Intan Husada Nomor 3530/A000/XI/2021 Tentang Kebijakan Standar Manajemen Rumah Sakit;

## MEMUTUSKAN

- Menetapkan : **PERATURAN DIREKTUR TENTANG PEDOMAN PELAYANAN KOMITE MUTU**
- Kesatu : Pedoman Pelayanan Komite Mutu di Rumah Sakit Intan Husada digunakan sebagai acuan dalam penyelenggaraan pengorganisasian pelayanan Mutu di Rumah Sakit Intan Husada.
- Kedua : Pedoman Pelayanan Komite Mutu sebagaimana tercantum dalam lampiran ini menjadi satu kesatuan dari Peraturan Direktur yang tidak dipisahkan.
- Ketiga : Peraturan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dan apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam ketetapan ini akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Garut  
Pada Tanggal : 10 November 2021  
Direktur,

**drg. Muhammad Hasan, MARS**  
**NIP. 21110183633**



## DAFTAR ISI

LEMBAR VALIDASI	
LEMBAR PENGESAHAN	
DAFTAR ISI	i
DAFTAR TABEL	ii
DAFTAR GAMBAR	iii
BAB I	1
PENDAHULUAN	1
A. Tujuan	1
1. Tujuan Umum	1
2. Tujuan Khusus	1
B. Ruang Lingkup Pelayanan	1
C. Batasan Operasional	2
BAB II	3
STANDAR KETENAGAAN	3
A. Kualifikasi Sumber Daya Manusia	3
B. Distribusi Ketenagaan	4
C. Pengaturan Jaga	5
BAB III	6
STANDAR FASILITAS	6
A. Denah Ruang	6
B. Standar Fasilitas	6
BAB IV	7
TATA LAKSANA PELAYANAN	7
A. Tata Laksana Pelayanan Pelaksanaan dan Evaluasi Peningkatan Mutu	7
B. Tata Laksana Pelayanan Pelaksanaan dan Evaluasi Keselamatan Pasien	9
C. Tata Laksana Pelayanan Pelaksanaan dan Evaluasi Manajemen Risiko	10
BAB V	13
LOGISTIK	13
A. Perencanaan Logistik	13
B. Alur Pengadaan Logistik	14
C. Pengadaan logistik	14
D. Monitoring dan Evaluasi Logistik	14
BAB VI	15
KESELAMATAN KERJA	15
BAB VII	17
PENGENDALIAN MUTU	17
A. Indikator Mutu	17
D. Monitoring	21
E. Evaluasi	21
F. Pelaporan	21
G. <i>Continuous Improvement</i>	21
BAB IX	22
PENUTUP	22
DAFTAR PUSTAKA	23

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Kualifikasi SDM.....	3
Tabel 2.2 Distribusi Ketenagaan .....	5
Tabel 5.1 Barang Logistik Umum .....	13

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1 Denah Ruang Komite Mutu .....	7
------------------------------------------	---



## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

Sebagai salah satu institusi yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang mempunyai fungsi untuk memberikan pelayanan kesehatan paripurna kepada masyarakat, baik promotif, preventif, kuratif, maupun rehabilitatif, rumah sakit dituntut memiliki tata kelola organisasi yang efektif, efisien dan akuntabel. Aplikasi peran penting tersebut terwujud dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan oleh pengorganisasian yang berorientasi pada visi misi yang ditetapkan dan memiliki tanggung jawab dalam pengelolaan manajemen peningkatan mutu dan keselamatan pasien. Pengorganisasian rumah sakit disusun dengan tujuan untuk mencapai visi dan misi rumah sakit dengan menjalankan tata kelola perusahaan yang baik (*Good Corporate Governance*) dan tata kelola klinis yang baik (*Good Clinical Governance*).

Rumah Sakit Intan Husada memiliki visi menjadi rumah sakit terbaik di Priangan Timur, sedangkan salah satu misi yang diemban adalah menyelenggarakan pelayanan kesehatan paripurna dan bersikap mengutamakan keselamatan pasien dan kepuasan pasien. Sehingga untuk menjaga dan meningkatkan mutu Rumah Sakit Intan Husada harus mempunyai suatu pedoman pelayanan yang dapat dilakukan di semua tingkatan.

Mutu pelayanan merupakan faktor yang esensial dalam seluruh operasional sebuah rumah sakit. Salah satu indikator mutu yang penting adalah keselamatan pasien, disamping indikator-indikator lainnya. Mutu suatu rumah sakit tidak bisa dikatakan baik bila belum terlaksana keselamatan pasien di rumah sakit tersebut. Manajemen risiko merupakan salah satu alat yang paling penting guna terlaksananya proses manajemen mutu yang efektif. Rumah Sakit Intan Husada (RSIH) berkomitmen untuk melakukan perbaikan mutu pelayanan dan keselamatan pasien secara terus menerus yang diperoleh konsumen, sebagaimana yang dibuktikan dari hasil pelayanan.

Selaras dengan hal tersebut dan dalam rangka mewujudkan pelayanan yang bermutu, maka diperlukan suatu Pedoman Pelayanan Komite Mutu yang dijadikan sebagai acuan pelaksanaan kegiatan untuk melaksanakan kegiatan pelayanan di RS Intan Husada Garut.

#### **A. Tujuan**

##### **1. Tujuan Umum**

Sebagai acuan bagi Komite Mutu dalam melaksanakan perencanaan, pengendalian dan pengawasan mutu pelayanan rumah sakit.

##### **2. Tujuan Khusus**

- a) Sebagai acuan bagi Komite Mutu dalam pelaksanaan dan evaluasi peningkatan mutu pelayanan di RSIH
- b) Sebagai acuan bagi Komite Mutu dalam pelaksanaan dan evaluasi keselamatan pasien di RSIH
- c) Sebagai acuan bagi Komite Mutu dalam pelaksanaan dan evaluasi manajemen risiko di RSIH

#### **B. Ruang Lingkup Pelayanan**

Ruang lingkup pelayanan Komite Mutu yaitu terhadap pasien, pengunjung, staf medis, staf karyawan dan fasilitas yang ada di seluruh lingkungan RSIH, melalui kegiatan:

1. Kegiatan pelaksanaan dan evaluasi peningkatan mutu pelayanan di RSIH



2. Kegiatan pelaksanaan dan evaluasi keselamatan pasien di RSIH
3. Kegiatan pelaksanaan dan evaluasi manajemen risiko di RSIH

### **C. Batasan Operasional**

1. Kegiatan Pelaksanaan dan Evaluasi Peningkatan Mutu Pelayanan adalah kegiatan peningkatan mutu rumah sakit yang digambarkan dari data pengukuran indikator mutu yang dikumpulkan dan dilakukan monitoring serta evaluasi berkala sebagai acuan untuk dilakukan perbaikan mutu pelayanan melalui kegiatan PDSA. PDSA (*Plan, Do, Study, Act*) adalah proses perbaikan mutu seluruh bagian di unit-unit rumah sakit yang berperan penting dalam peningkatan mutu rumah sakit, dalam setiap tahap pekerjaan atau pelayanan
2. Kegiatan Pelaksanaan dan Evaluasi Keselamatan Pasien adalah kegiatan yang dilaksanakan dengan membuat laporan insiden keselamatan pasien (insiden langsung dirasakan oleh pasien pada saat dalam masa asuhan oleh PPA) dan dianalisis serta dicari akar masalahnya untuk perbaikan agar insiden tersebut tidak terulang kembali
3. Kegiatan Pelaksanaan dan Evaluasi Manajemen Risiko adalah kegiatan proses yang proaktif dan kontinu meliputi identifikasi, analisis, evaluasi, pengendalian, informasi komunikasi, pemantauan, dan pelaporan risiko, termasuk berbagai strategi yang dijalankan untuk mengelola risiko dan potensinya

## BAB II

### STANDAR KETENAGAAN

#### A. Kualifikasi Sumber Daya Manusia

Tabel 2.1 Kualifikasi SDM

No	Nama Jabatan	Pendidikan	Kualifikasi
1.	Ketua Komite Mutu	S1 Kedokteran/ Profesi Dokter/Tenaga Medis Lain	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dokter atau tenaga medis (minimal S1 kesehatan) yang memiliki minat dalam Komite Mutu Rumah Sakit</li> <li>- Mengikuti pendidikan atau pelatihan di Bidang Mutu, Risiko, dan Keselamatan dengan sertifikat KARS/SNARS (eksternal)</li> <li>- Memiliki kemampuan <i>leadership</i> dan inovatif;</li> <li>- Dapat bekerjasama dalam tim</li> </ul>
2.	Ketua Subkomite Mutu	D3/S1 Tenaga Medis/Tenaga Kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pendidikan sekurang-kurangnya D3/S1 S1 (diutamakan ilmu kesehatan rumah sakit) yang memiliki minat dalam Komite Mutu Rumah Sakit</li> <li>- Mengikuti pendidikan atau pelatihan di Bidang Mutu, Risiko dan Keselamatan Pasien (internal atau eksternal)</li> <li>- Memiliki kemampuan <i>leadership</i> dan inovatif</li> <li>- Dapat bekerjasama dalam tim</li> <li>- Memiliki kemampuan operasional komputer</li> </ul>
3.	Ketua Subkomite Keselamatan Pasien	D3/S1 Tenaga Medis/Tenaga Kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pendidikan sekurang-kurangnya D3/S1 (diutamakan ilmu kesehatan rumah sakit) yang memiliki minat dalam Komite Mutu Rumah Sakit</li> <li>- Mengikuti pendidikan atau pelatihan di Bidang Mutu, Risiko dan Keselamatan Pasien (internal atau eksternal)</li> <li>- Memiliki kemampuan <i>leadership</i> dan inovatif</li> <li>- Dapat bekerjasama dalam tim;</li> <li>- Memiliki kemampuan operasional komputer</li> </ul>
3.	Ketua Subkomite Manajemen Risiko	D3/S1 Tenaga Medis/Tenaga Kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pendidikan sekurang-kurangnya D3/S1 (diutamakan ilmu kesehatan rumah sakit)</li> </ul>

			<p>yang memiliki minat dalam Komite Mutu Rumah Sakit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengikuti pendidikan atau pelatihan di Bidang Mutu, Risiko dan Keselamatan Pasien (internal atau eksternal)</li> <li>- Memiliki kemampuan <i>leadership</i> dan inovatif</li> </ul>
4.	Penanggungjawab Mutu Unit Kerja	D3/S1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pendidikan sekurang-kurangnya D3 yang memiliki minat dalam Komite Mutu Rumah Sakit</li> <li>- Mengikuti pendidikan atau pelatihan di Bidang Mutu, Risiko dan Keselamatan Pasien (internal)</li> <li>- Dapat bekerjasama dalam tim</li> <li>- Memiliki kemampuan operasional komputer</li> <li>- Bersedia bekerja secara penuh waktu atau paruh waktu sesuai kebutuhan rumah sakit</li> </ul>

## B. Distribusi Ketenagaan

Tabel 2.2 Distribusi Ketenagaan

No.	Nama Jabatan	Jumlah (Orang)
1.	Ketua Komite Mutu	1
2.	Ketua Subkomite Mutu	1
3.	Ketua Subkomite Keselamatan Pasien	1
4.	Ketua Subkomite Manajemen Risiko	1
5.	Penanggungjawab Mutu Unit Kerja a. Komite PPI b. Komite Medik c. Komite Keperawatan d. Ruang Perawatan Akasia e. Ruang Perawatan Asoka f. Ruang Perawatan Anthurium g. Ruang Perawatan Azalea h. Unit Intensif Anak i. Unit Intensif Dewasa j. Unit Kamar Operasi k. Unit Kamar Bersalin l. Unit Gawat Darurat m. Unit Rawat Jalan n. Unit Laboratorium	30

o. Unit Radiologi	
p. Unit Farmasi	
q. Unit Rekam Medis	
r. Unit Gizi	
s. Unit Binatu	
t. Unit SDM & Diklat	
u. Unit Umum	
v. Unit Kesekretariatan	
w. Unit Logistik	
x. Unit Pengeluaran	
y. Unit Pendapatan	
z. Unit Akuntansi	
aa. Unit IT	
bb. Unit Bisnis	
cc. Unit Humas Internal	
dd. Unit Humas Eksternal	
<b>Total</b>	<b>34</b>

### C. Pengaturan Jaga

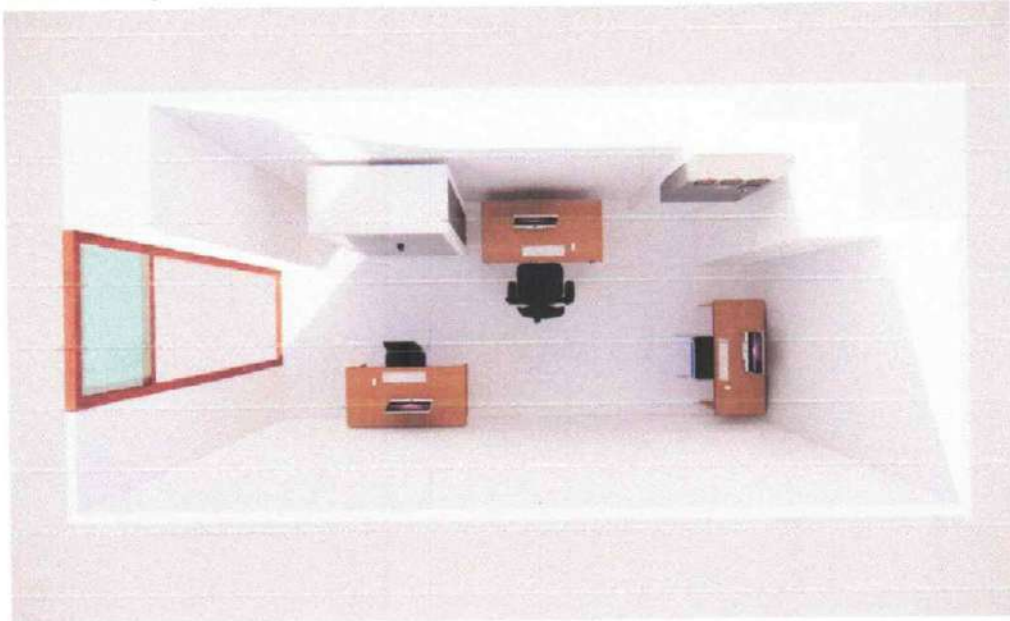
Pengaturan jaga di Komite Mutu mengikuti jam *office hour* RSIH yaitu :

1. Senin sampai dengan Jumat : pukul 07.30-15.30 WIB
2. Sabtu : pukul 07.30-12.00 WIB (tanpa istirahat)
3. Libur pada hari minggu dan tanggal merah atau libur nasional



### BAB III STANDAR FASILITAS

#### A. Denah Ruang



Gambar 3.1 Denah Ruang Komite Mutu

#### B. Standar Fasilitas

Tabel 3.1 Standar Fasilitas Komite Mutu

No	Fasilitas	Jumlah
A	Fisik Bangunan	
	Gedung perkantoran lantai 2 (Ruang Panel)	1
B	Peralatan	
	Meja	1
	Kursi	1
	Komputer	1
	Line Internet	1
	Apar	1

## **BAB IV**

### **TATA LAKSANA PELAYANAN**

#### **A. Tata Laksana Pelayanan Pelaksanaan dan Evaluasi Peningkatan Mutu**

##### **1. Kegiatan Pengelolaan Indikator Mutu**

###### **a) Kegiatan Pemilahan/Penetapan Indikator Mutu**

- 1) Indikator mutu tingkat rumah sakit ditetapkan melalui sebuah proses yang melibatkan secara aktif Direktur, Manajer, Asisten Manajer, Ketua Komite, Kepala Unit dan Kepala Ruangan
- 2) Indikator mutu prioritas ditetapkan melalui sebuah proses yang melibatkan secara Direktur, Manajer, Asisten Manajer, Ketua Komite, Kepala Unit dan Kepala Ruangan sebagai acuan dalam penyelenggaraan layanan yang efisien dan efektif.
- 3) Indikator mutu unit ditetapkan melalui sebuah proses yang melibatkan secara aktif Komite Mutu, Kepala Unit, dan Kepala Ruangan.

###### **b) Kegiatan Pengumpulan Data Indikator Mutu**

Pengumpulan data dilakukan oleh petugas pengumpul data atau penanggung jawab mutu unit kerja yang telah ditetapkan melalui Surat Keputusan Direktur. Data indikator dapat dicatat dalam sensus harian dan direkap setiap bulan untuk Komite Mutu. Data yang dikumpulkan meliputi :

- 1) Indikator Area Klinis (IAK)
- 2) Indikator Area Manajemen (IAM)
- 3) Sasaran Keselamatan Pasien (SKP)
- 4) Insiden Keselamatan Pasien (IKP)
- 5) Indikator Mutu Nasional (IMN)
- 6) Indikator Mutu Unit Kerja
- 7) Standar Pelayanan Minimal (SPM)
- 8) Program Nasional (PROGNAS)
- 9) Pengukuran *Survey* Budaya Keselamatan Pasien.
- 10) Capaian Implementasi PPK (Panduan Praktik Klinis) dan alur klinis

Data yang dikumpulkan termasuk dari layanan prioritas yang ditetapkan oleh RS Intan Husada. Data yang dikumpulkan akan dilakukan rekapitulasi untuk selanjutnya diserahkan kepada Komite Mutu paling lambat tanggal 15 setiap bulannya untuk dilakukan pengolahan data lebih lanjut.

###### **c) Kegiatan Analisa Data Indikator**

Data indikator yang telah dikumpulkan oleh pengumpul data akan dilakukan analisis sederhana oleh penanggung jawab mutu unit, kemudian dilakukan analisis lebih lanjut oleh Subkomite Mutu. Tujuan analisis data adalah dapat membandingkan rumah sakit dalam empat hal :

- 1) Dengan rumah sakit tersebut sendiri dari waktu ke waktu, misalnya dari bulan ke bulan atau dari tahun ke tahun.
- 2) Dengan rumah sakit sejenis seperti melalui database referensi.



- 3) Dengan standar-standar seperti yang ditentukan oleh badan akreditasi atau organisasi profesional ataupun standar-standar yang ditentukan oleh undang-undang atau peraturan
  - 4) Dengan praktik-praktik yang diinginkan dalam literatur digolongkan sebagai *best practice* (praktik terbaik) atau *better practice* (praktik yang lebih baik) atau *practice guidelines* (panduan praktik klinik)
- d) Kegiatan Validasi Data Indikator
- Validasi data merupakan alat penting untuk memahami mutu data dan untuk menetapkan tingkat kepercayaan (*confidence level*) terhadap data itu sendiri, karena keabsahan dan ketepatan pengukuran adalah inti dari semua perbaikan dalam program peningkatan mutu. Proses validasi data secara internal perlu dilakukan karena program mutu dianggap valid jika data yang dikumpulkan sudah sesuai dan benar dengan tingkat akurasi  $\geq 90\%$ . Terdapat beberapa kriteria dilakukannya validasi data yang terinci dalam Panduan Validasi data.
- e) Kegiatan Pelaporan Indikator Mutu
- 1) Penanggung Jawab mutu unit akan melaporkan data indikator bulanan ke Subkomite mutu paling lambat tanggal 15 setiap bulannya.
  - 2) Komite Mutu menyusun laporan supervisi pengumpulan indikator mutu unit dan memberikannya kepada Direktur paling lambat tanggal 16 setiap bulannya.
  - 3) Data indikator mutu akan di *upload* oleh Komite Mutu ke Mutu Fasyankes SIMAR tanggal 20 setiap bulannya.
  - 4) Laporan pelaksanaan program Komite Mutu setiap 3 bulan yang meliputi capaian dan analisis indikator mutu area klinis, area manajemen, sasaran keselamatan pasien, capaian implementasi PPK dan alur klinis serta penerapan sasaran keselamatan pasien. Laporan tersebut dilaporkan kepada Direktur.
- f) Kegiatan Publikasi Data
- 1) Publikasi adalah proses penerbitan laporan dengan media publikasi secara internal ataupun eksternal keluar rumah sakit setelah mendapat persetujuan dari Direktur.
  - 2) Publikasi Internal : seluruh data yang dikumpulkan oleh unit akan diberikan kembali kepada unit bila diperlukan melalui aplikasi.
  - 3) Publikasi Eksternal : data Indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) dilaporkan kepada Dinas Kesehatan kabupaten Garut setiap tahun, sedangkan Data Indikator Mutu Nasional (IMN) dilakukan melalui aplikasi Mutu Fasyankes SIMAR

## 2. Kegiatan Peningkatan Mutu Pelayanan

Peningkatan mutu pelayanan rumah sakit dapat ditingkatkan melalui perbaikan indikator - indikator mutu rumah sakit yang belum tercapai atau masih dibawah standar. Perbaikan indikator itu melalui kegiatan PDSA (*Plan, Do, Study, Act*). Terdapat empat tahapan dalam siklus PDSA yaitu :

- a) *Plan* merupakan tahapan analisa proses dan perencanaan atau pengembangan solusi perubahan yang akan diuji coba dan diterapkan.
- b) *Do* merupakan tahapan melakukan uji coba atas langkah-langkah perubahan yang telah direncanakan.
- c) *Study* merupakan tahapan mempelajari dan mengevaluasi data dengan membandingkan sebelum dan setelah perubahan serta memantau perubahan yang telah dipelajari.
- d) *Action* merupakan tindak lanjut dari hasil uji coba dan memonitoring perubahan dengan melakukan pengukuran dan pengendalian proses secara berkala. Bila perbaikan berhasil akan dijadikan standar, bila tidak berhasil akan dilakukan langkah-langkah PDSA siklus berikutnya dengan rencana yang berbeda.

## **B. Tata Laksana Pelayanan Pelaksanaan dan Evaluasi Keselamatan Pasien**

### **1. Penerapan Standar Keselamatan Pasien Rumah Sakit**

Mengingat masalah keselamatan pasien merupakan masalah yang perlu ditangani segera di rumah sakit di Indonesia maka diperlukan standar keselamatan pasien rumah sakit yang merupakan acuan bagi rumah sakit di Indonesia untuk melaksanakan kegiatannya. Standar keselamatan pasien tersebut terdiri dari tujuh standar yaitu :

- a) Hak pasien
- b) Mendidik pasien dan keluarga
- c) Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan
- d) Penggunaan metode-metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien
- e) Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien
- f) Mendidik karyawan tentang keselamatan pasien
- g) Komunikasi yang merupakan kunci bagi karyawan untuk mencapai keselamatan pasien

### **2. Kegiatan Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien**

Dalam menerapkan Standar Keselamatan Pasien maka rumah sakit harus melaksanakan Tujuh Langkah Keselamatan Pasien. Adapun 7 langkah tersebut adalah :

- a) Membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien
- b) Memimpin dan mendukung staf
- c) Mengintegrasikan aktivitas pengelolaan risiko
- d) Mengembangkan sistem pelaporan
- e) Melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien
- f) Belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien
- g) Mencegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien

### **3. Kegiatan Sasaran Keselamatan Pasien**

- a) Mengidentifikasi pasien dengan benar
- b) Meningkatkan komunikasi yang efektif
- c) Meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai



- d) Memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang benar
- e) Mengurangi risiko infeksi akibat perawatan kesehatan
- f) Mengurangi risiko cedera pasien akibat terjatuh

#### 4. Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien

Suatu sistem untuk mendokumentasikan laporan insiden keselamatan pasien, analisis dan solusi dan tindak lanjut untuk pembelajaran.

- a) Prinsip Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien
  - 1) Fungsi utama Pelaporan Insiden adalah untuk meningkatkan Keselamatan Pasien melalui pembelajaran dari kegagalan/kesalahan
  - 2) Pelaporan insiden harus aman. Staf tidak boleh dihukum karena melapor
  - 3) Pelaporan insiden hanya akan bermanfaat kalau menghasilkan respons yang konstruktif, minimal memberi umpan balik tentang data KTD dan analisisnya. Idealnya, juga menghasilkan rekomendasi untuk perubahan proses dan sistem
  - 4) Analisis yang baik dan proses pembelajaran yang berharga memerlukan keahlian/keterampilan. Komite Mutu harus menyebarkan informasi, pengembangan solusi dan rekomendasi perubahan
- b) Kebijakan Pelaporan Insiden
  - 1) Kecelakaan yang dilaporkan adalah KTD, KNC, KTC, KPC dan kejadian Sentinel.
  - 2) Laporan insiden dibuat oleh :
    - a) Semua staf RS Intan Husada yang pertama menemukan kejadian
    - b) Semua staf RS Intan Husada yang terlibat dalam kejadian
  - 3) Pengawasan Pelaporan Insiden dikoordinir oleh Komite Mutu
  - 4) Unit kerja mencatat setiap insiden yang terjadi unit kerja masing-masing
  - 5) Laporan insiden harus dilaporkan ke atasan langsung/Kepala Unit 2 x 24 jam sejak insiden terjadi
- c) Penanganan Insiden

Penanganan insiden ditujukan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan dan keselamatan pasien. Dalam melakukan penanganan insiden, dilakukan kegiatan berupa pelaporan, verifikasi, investigasi, dan analisis penyebab insiden tanpa menyalahkan, menghukum, dan mempermalukan seseorang.

### C. Tata Laksana Pelayanan Pelaksanaan dan Evaluasi Manajemen Risiko

#### 1. Proses Manajemen Risiko

##### a. Identifikasi Risiko

Usaha-usaha yang dilakukan untuk mengidentifikasi situasi yang dapat menyebabkan cedera, tuntutan atau kerugian. Instrumen yang dapat digunakan untuk mengidentifikasi risiko antara lain :

- 1) *Risk Register*/Daftar Risiko
- 2) Laporan insiden (KTD, KNC, KTC, *Sentinel Event*)
- 3) *Hazard Vulnerable Analysis (HVA)*

- 4) Review rekam medik
- 5) Pengaduan pelanggan
- 6) *Survey*
- 7) *Self Assesment*
- 8) *Brainstorming*

b. Analisa Risiko

Dalam tahapan ini, dilakukan pembahasan secara rinci dan pencatatan selengkap mungkin segala sesuatu tentang semua risiko yang teridentifikasi, meliputi bagaimana hal itu bisa terjadi, akibat yang ditimbulkan, tingkat keparahan, frekuensi kejadian, cara pencegahannya atau rencana tindakan untuk mengatasi risiko tersebut. Beberapa *tools* yang digunakan di RSIH untuk menganalisa suatu risiko adalah Analisa Akar Masalah/*Root Cause Analysis (RCA)* dan Analisa Modus Dampak dan Kegagalan/*Failure Mode Effect Analysis (FMEA)*.

1) Evaluasi Risiko

Dalam tahapan ini dilakukan prediksi tingkat risiko dan menentukan prioritas risiko dengan menggunakan penilaian matriks risiko. Penilaian Matriks Risiko adalah suatu metoda analisa kualitatif untuk menentukan derajat risiko suatu insiden berdasarkan DAMPAK dan PROBABILITAS.

2) Pengelolaan Risiko

Setelah dilakukan penilaian risiko langkah selanjutnya adalah menentukan tindakan pengelolaan risiko sebagai berikut :

a) *Risk Retention*

Dilakukan pada risiko yang tingkatnya rendah (*probabillity* dan dampak yang rendah), misalnya kerusakan pada peralatan yang tidak membahayakan. Risiko dalam hal ini umumnya dapat dikelola atau diatasi oleh rumah sakit

b) *Risk Transfer*

Dilakukan pada risiko yang jarang terjadi tapi bisa berakibat serius (*probability* rendah, dampaknya tinggi). Dalam keadaan seperti ini dilakukan pengalihan risiko agar pihak lain ikut menanggung melalui kontrak, kerjasama, *joint venture* dan asuransi

c) *Risk Reduction*

Dilakukan pada risiko yang sering terjadi, tetapi akibatnya tidak membahayakan (*probabiliti* tinggi, dampaknya rendah), misalnya kecelakaan kerja yang berakibat cedera ringan. Dalam keadaan ini dilakukan upaya-upaya untuk mengurangi risiko dengan penerapan teknologi pengendalian

d) *Risk Avoidance*

Dilakukan pada risiko yang sering terjadi dan berdampak tinggi (*probability* dan dampak tinggi) misalnya kecelakaan yang sering terjadi dan berakibat fatal. Dalam keadaan ini kegiatan yang menimbulkan risiko tersebut sebisa mungkin dihindari atau tidak dilaksanakan.



- e) *Segregation* (pemisahan)  
Memisahkan orang-orang atau barang-barang yang dapat menyebabkan kerugian.
- f) *Loss prevention*  
Mengendalikan kerugian dengan cara melakukan pencegahan kerugian
- g) *Loss reduction*  
Mengurangi dampak kerugian yang telah terjadi
- h) *Non insurance transfer*  
Memindahkan risiko kepada pihak lain, dengan tanpa menggunakan kontrak asuransi

3) Komunikasi dan Konsultasi

Pada setiap tahapan kegiatan dilakukan komunikasi dan konsultasi kepada semua pihak, baik internal maupun eksternal.

**2. Faktor yang Menentukan Keberhasilan Penerapan Manajemen Risiko**

- a. Komitmen pimpinan terhadap kebijakan, proses, dan rencana tindakan
- b. Pihak yang ditetapkan untuk secara langsung bertanggung jawab guna mengoordinasikan Proses Manajemen Risiko
- c. Kesadaran setiap pejabat dan/atau Pegawai di lingkungan Kementerian terhadap prinsip Manajemen Risiko untuk menciptakan kultur/budaya yang tepat dan memahami manfaat yang dapat diperoleh dari Manajemen Risiko yang efektif
- d. Kebijakan Manajemen Risiko yang merinci peranan dan tanggung jawab dari unsur pimpinan dan staf pada setiap unit kerja

## BAB V LOGISTIK

### A. Perencanaan Logistik

Perencanaan kebutuhan logistik merupakan kegiatan untuk menentukan jumlah dan periode pengadaan logistik di Komite Mutu sesuai dengan hasil kegiatan pemilihan untuk menjamin terpenuhinya kriteria tepat jenis, tepat jumlah, tepat waktu dan efisien. Perencanaan dilakukan untuk menghindari kekosongan logistik dengan menggunakan metode yang dapat dipertanggungjawabkan dan dasar-dasar perencanaan yang telah ditentukan sehingga tercapai efisiensi dan penghematan biaya serta kualitasnya dapat dipertanggungjawabkan.

Adapun kelompok logistik di Komite Mutu meliputi :

Tabel 5.1 Barang Logistik Umum

No	Jenis Barang Logistik Umum	Alur Pengadaan	
		Rutin	Tidak Rutin
1	Kertas A4	√	
2	Map	√	
3	Bindex	√	
4	Clip trigonal no 3 & no 5	√	
5	Pulpen, Pensil, penghapus, penggaris	√	
6	Isi Cuter dan staples	√	
7	Plastik Cover	√	
8	Buku Kecil	√	
9	Gunting	√	
10	Lakban hitam (jilid)	√	
11	<i>Banner</i>		√
12	<i>Flyer</i>		√
13	Jam dinding		√
14	Kursi		√
15	Kabel listrik		√
16	Komputer		√
17	<i>Mouse</i>		√
18	<i>Multiple drawer</i>		√
19	<i>Printer</i>		√
20	Plastik sampul (jilid)		√
21	Penggaris besi		√



## **B. Alur Pengadaan Logistik**

Semua permintaan barang yang dilakukan oleh Komite Mutu melalui logistik umum baik permintaan barang rutin maupun permintaan barang tidak rutin.

- Barang rutin adalah barang ATK (alat tulis kantor) dan ART (alat rumah tangga) yang dibutuhkan secara rutin dimana jadwal permintaannya setiap seminggu sekali
- Barang tidak rutin adalah penggantian barang yang rusak maupun permintaan barang baru yang sebelumnya tidak terdapat di Komite Mutu ataupun *upgrade* barang ke level yang lebih tinggi dan jadwal permintaannya tidak pasti, atau sesuai kebutuhan pada periode tertentu

## **C. Pengadaan logistik**

Pengadaan logistik di Komite Mutu dilakukan melalui Logistik Umum, sesuai dengan ketentuan atau prosedur yang sudah ditetapkan

Pengendalian dilakukan terhadap jenis, jumlah dan penggunaan logistik. Tujuan pengendalian persediaan logistik adalah untuk memastikan persediaan efektif dan efisien atau tidak terjadi kelebihan dan kekurangan/kekosongan, kerusakan, kadaluwarsa, dan kehilangan serta pengembalian pesanan logistik. Adapun cara untuk mengendalikan persediaan logistik di Komite Mutu adalah :

1. Melakukan evaluasi persediaan yang jarang digunakan (*slow moving*).
2. Melakukan evaluasi persediaan yang tidak digunakan dalam waktu tiga bulan berturut-turut (*death stock*).
3. *Stock opname* yang dilakukan secara periodik dan berkala.

## **D. Monitoring dan Evaluasi Logistik**

Untuk mencapai akuntabilitas terhadap penyelenggaraan pelaksanaan kegiatan dan pengembangan di Komite Mutu diperlukan adanya manajemen kegiatan berupa monitoring dan evaluasi. Adapun yang menjadi indikator dalam melakukan monitoring dan evaluasi adalah sebagai berikut:

1. Ketepatan perencanaan kebutuhan selama periode tertentu.
2. Ketepatan pengalokasian dana yang berdampak terhadap pemenuhan/kebutuhan.
3. Ketepatan penyimpanan yang berpotensi terjadinya kerusakan, kesalahan dalam pemberian, kehilangan fisik yang tidak mampu telusur, kesalahan dalam pendistribusian.

## BAB VI KESELAMATAN KERJA

Keselamatan kerja adalah keselamatan yang berkaitan dengan mesin, pesawat, alat kerja, bahan dan proses pengolahan, landasan kerja dan lingkungan kerja serta cara-cara melakukan pekerjaan. Keselamatan kerja merupakan tugas semua orang yang berada di rumah sakit termasuk Komite Mutu dengan demikian keselamatan kerja adalah dari, oleh dan untuk setiap tenaga kerja dan orang lain yang berada di rumah sakit serta masyarakat di sekitar rumah sakit yang mungkin terkena dampak akibat suatu proses kerja. Dengan demikian jelas bahwa keselamatan kerja adalah merupakan sarana utama untuk mencegah terjadinya kecelakaan kerja yang dapat menimbulkan kerugian yang berupa luka/cidera, cacat /kematian, kerugian harta benda dan kerusakan peralatan mesin dan lingkungan secara luas.

Sistem manajemen risiko akan membantu dalam mengelola insiden secara efektif dan mencegah kejadian berulang kembali. Adapun upaya yang dilakukan oleh Komite Mutu dalam kegiatan penilaian risiko meliputi:

### 1. Identifikasi Risiko

Mengelompokkan risiko yang teridentifikasi kedalam risiko keselamatan pasien dengan mengacu pada alur pelayanan yang terkait dengan risiko untuk mengevaluasi kesalahan pada alur pelayanan yang menyebabkan terjadinya insiden. Setiap efek dari kegagalan yang teridentifikasi dikumpulkan dalam daftar risiko dan diurutkan berdasarkan *Risk Priority Number* (RPN)

### 2. Analisis Risiko

Melakukan analisis risiko dengan metode *Failure Mode Effect Analysis* (FMEA)

### 3. Evaluasi Risiko

Berdasarkan hasil penilaian risiko tersebut di atas, berikut risiko yang menyangkut keselamatan kerja di Komite Mutu antara lain:

Risiko	Terjatuh
Penyebab Risiko	1. Permukaan lantai licin, 2. Terdapat insalasi kabel yang tidak rapih,
Mitigasi Risiko	1. Jika melihat genangan air segera menaruh benda (contoh : tempat sampah) di depan atau dibelakang genangan dan segera melaporkannya kebagian terkait 2. Jika terdapat instalasi kabel di ruangan yang tidak rapih segera melapor ke unit terkait
Tindak lanjut/Perbaikan	Masing - masing unit

Risiko	Tersengat Listrik
Penyebab Risiko	1. Terdapat kabel yang terkelupas, 2. Terdapat genangan air dekat instalasi listrik,
Mitigasi Risiko	1. Jika melihat kabel yang terkelupas pada ruangan segera melaporkan pada unit terkait dan beri tanda pemberitahuan agar tidak ada rekan kerja yang memegang untuk sementara



	2. Jika melihat genangan air dekat instalasi listrik pada ruangan segera lapor ke bagian terkait jika genangan semakin banyak lakukan pemutusan aliran listrik/ mencabut stopkontak.
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Risiko	Kebakaran
Penyebab Risiko	1. Terdapat kabel yang terkelupas, 2. Terdapat genangan air dekat instalasi listrik yang mengakibatkan konsleting listrik, 3. Terdapat sumber api/asap, 4. Terdapat gas LPG yang bocor
Mitigasi Risiko	1. Jika terdapat instalasi kabel di ruangan yang tidak rapih segera melapor ke bagian terkait 2. Jika melihat genangan air dekat instalasi listrik pada ruangan segera lapor ke bagian terkait jika genangan semakin banyak lakukan pemutusan aliran listrik/ mencabut stop kontak. 3. Jika melihat sumber api/asap pada ruang kerja selain yang tidak bersumber dari alat memang difungsikan untuk mengeluarkan api segera padamkan menggunakan Alat Pemadam Api Ringan (APAR) 4. Jika terdapat instalasi gas LPG yang ditemukan terdapat kebocoran maka segera matikan valve pada pusat/unit dan segera laporkan kepada unit terkait

Risiko	Bencana
Penyebab Risiko	1. Alam 2. Manusia
Mitigasi Risiko	1. Panduan/SPO mengenai panduan bencana

Risiko	Penyakit Akibat Kerja
Penyebab Risiko	1. Tidak menggunakan APD standar
Mitigasi Risiko	1. Panduan/SPO mengenai panduan APD pada karyawan

## BAB VII PENGENDALIAN MUTU

### A. Indikator Mutu

#### 1. Subkomite Mutu

Indikator yang diukur oleh Subkomite Mutu adalah mengenai Kepatuhan Pelaporan Indikator Mutu, dengan profil indikator sebagai berikut:

<b>Kode Indikator</b>	IML1
<b>Nama Indikator</b>	Kepatuhan Pelaporan Indikator Mutu Nasional
<b>Dasar Pemikiran/ Literatur</b>	Standar Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1.1, PMK No. 80 Tahun 2020 Tentang Komite Mutu Rumah Sakit, Sistem Manajemen Dokumen Akreditasi.
<b>Dimensi Mutu</b>	Efisiensi dan Efektifitas
<b>Tujuan</b>	Setiap unit bisa mengumpulkan laporan tepat waktu dari waktu yang telah di tentukan
<b>Definisi Operasional</b>	Kepatuhan Pelaporan Indikator mutu adalah terkumpulnya seluruh data indikator mutu dari unit kepada Subkomite Mutu secara rutin sesuai dengan waktu yang telah di tetapkan yaitu paling lambat tanggal 10 setiap bulannya dan apabila dikumpulkan di tanggal 11 s/d 15 akan dinyatakan terlambat, sedangkan untuk indikator yang dikumpulkan di atas tanggal 15 dinyatakan tidak mengumpulkan.
<b>Jenis Indikator</b>	Proses dan <i>Outcome</i>
<b>Numerator</b>	Jumlah Indikator mutu yang diterima oleh Subkomite Mutu sebelum tanggal 16 setiap bulannya
<b>Denominator</b>	Seluruh jumlah indikator mutu setiap bulan nya
<b>Kriteria Inklusi</b>	Seluruh jumlah indikator mutu sebelum tanggal 16 setiap bulan
<b>Kriteria Eksklusi</b>	Indikator prognas dan SPM (Standar Pelayanan Minimal)
<b>Formula</b>	Jumlah Indikator mutu yang diterima oleh Subkomite Mutu sebelum tanggal 16 setiap bulannya dibagi Seluruh jumlah indikator mutu setiap bulan $\times 100\%$
<b>Sumber Data</b>	Sensus
<b>Frekuensi Pengumpulan Data</b>	Bulanan
<b>Periode Analisis</b>	Per Tiga Bulan
<b>Cara Pengumpulan Data</b>	Retrospektif
<b>Cakupan Data</b>	Total Populasi
<b>Rencana Analisis</b>	Diagram Garis
<b>Instrumen Pengambilan Data</b>	Nama formulir Supervisi Pengumpulan Laporan



<b>Penanggung jawab</b>	Ketua Subkomite Mutu
<b>Kelompok Indikator</b>	IAM
<b>Area Indikator</b>	IML
<b>Nilai Standar</b>	85%
<b>Wilayah Pengamatan</b>	Seluruh Unit RSIH
<b>Fungsi Objektif</b>	Maksimal
<b>Satuan Pengukuran</b>	%
<b>Skala Ratio</b>	100
<b>Publikasi</b>	
<b>Internal</b>	Rapat Koordinasi dan SMIM
<b>Eksternal</b>	Mutu Fasyankes SIMAR

<b>Kode Indikator</b>	IML2
<b>Nama Indikator</b>	Pelaksanaan PDSA Skala Rumah Sakit
<b>Dasar Pemikiran/Literatur</b>	Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1.1
<b>Dimensi Mutu</b>	Keselamatan dan Keamanan, Fokus kepada pasien, Kesiambungan Pelayanan
<b>Tujuan</b>	Meningkatkan mutu pelayanan dan <i>patient's safety</i>
<b>Definisi Operasional</b>	PDSA yang dilakukan dapat berasal dari hasil capaian indikator mutu yang belum sesuai dengan standar, dari permasalahan yang ada atau dari rekomendasi RCA.
<b>Jenis Indikator</b>	Proses dan <i>Outcome</i>
<b>Numerator</b>	Jumlah pelaksanaan PDSA dalam 6 bulan
<b>Denominator</b>	Jumlah PDSA yang direncanakan dalam 6 bulan
<b>Kriteria Inklusi</b>	PDSA yang dilakukan skala RS
<b>Kriteria Eksklusi</b>	PDSA unit/divisi
<b>Formula</b>	Jumlah pelaksanaan PDSA dalam 6 bulan dibagi jumlah PDSA yang direncanakan dalam 6 bulan x 100%
<b>Sumber Data</b>	Rekap data dari Komite Mutu
<b>Frekuensi Pengumpulan Data</b>	Semester
<b>Periode Analisis</b>	Per 6 Bulan
<b>Cara Pengumpulan Data</b>	<i>Concurrent</i>
<b>Cakupan Data</b>	Sampel
<b>Rencana Analisis</b>	Diagram Garis
<b>Instrumen Pengambilan Data</b>	Nama formulir PDSA
<b>Penanggung jawab</b>	Ketua Komite Mutu
<b>Kelompok Indikator</b>	IAM
<b>Area Indikator</b>	IML
<b>Nilai Standar</b>	1 (satu)
<b>Wilayah Pengamatan</b>	Data unit/data dari sistem IT
<b>Fungsi Objektif</b>	Maksimal
<b>Satuan Pengukuran</b>	%

## 2. Subkomite Keselamatan Pasien

Indikator yang diukur oleh Subkomite Keselamatan Pasien adalah Jumlah Laporan Insiden Keselamatan Pasien, dengan profil indikator sebagai berikut:

<b>Kode Indikator</b>	IML 3
<b>Nama Indikator</b>	Persentase Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien
<b>Dasar Pemikiran/Literatur</b>	PMK No. 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit, Standar Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1.1, PMK No. 80 Tahun 2020 Tentang Komite Mutu Rumah Sakit, Pedoman Pelaporan IKP tahun 2015
<b>Dimensi Mutu</b>	Keselamatan ( <i>safe</i> ), berorientasi kepada pasien
<b>Tujuan</b>	Dapat diketahui persentase pelaporan insiden keselamatan pasien dan tersedianya data jumlah laporan insiden keselamatan pasien di rumah sakit
<b>Definisi Operasional</b>	Pelaporan insiden keselamatan pasien adalah pelaporan insiden keselamatan pasien 2x24 jam ke Subkomite Keselamatan Pasien. Laporan Insiden keselamatan pasien adalah jumlah laporan insiden atau laporan kejadian dari peristiwa yang dapat mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan <i>harm</i> (penyakit, cedera, cacat, kematian dan lain-lain) yang tidak seharusnya terjadi dan dituliskan dalam bentuk formulir laporan insiden Keselamatan Pasien
<b>Jenis Indikator</b>	<i>Proses dan Outcome</i>
<b>Numerator</b>	Jumlah laporan insiden keselamatan pasien yang dilaporkan dalam satu bulan
<b>Denominator</b>	Jumlah kejadian insiden keselamatan pasien yang terjadi dalam bulan tersebut
<b>Kriteria Inklusi</b>	Semua kejadian insiden keselamatan pasien
<b>Kriteria Eksklusi</b>	Insiden pada karyawan/staf RS, pengunjung, dll selain pasien
<b>Formula</b>	Jumlah laporan insiden keselamatan pasien dalam satu bulan dibagi jumlah kejadian insiden keselamatan pasien dalam bulan tersebut x 100%
<b>Sumber Data</b>	Sensus
<b>Frekuensi Pengumpulan Data</b>	Bulanan
<b>Periode Analisis</b>	Per Tiga Bulan
<b>Cara Pengumpulan Data</b>	<i>Concurrent</i>
<b>Cakupan Data</b>	Total Populasi
<b>Rencana Analisis</b>	Diagram Garis
<b>Instrumen Pengambilan Data</b>	Formulir Pelaporan Insiden
<b>Penanggung jawab</b>	Ketua Subkomite Keselamatan Pasien
<b>Kelompok Indikator</b>	IAM
<b>Area Indikator</b>	IML (Indikator Mutu Lokal)
<b>Nilai Standar</b>	100%



Wilayah Pengamatan	Seluruh Pelayanan Rumah Sakit
Fungsi Objektif	Maksimal
Satuan Pengukuran	%
Skala Ratio	100
Publikasi	
Internal	Rapat Koordinasi dan SIM RS
Eksternal	Mutu Fasyankes SIMAR

### 3. Subkomite Manajemen Risiko

Indikator yang diukur oleh Subkomite Manajemen Risiko adalah Pelaksanaan *Failure Mode Effect Analysis* (FMEA) minimal 1 kali dalam 1 tahun, dengan profil indikator sebagai berikut :

Kode Indikator	IML4
Nama Indikator	Pelaksanaan <i>Failure Mode Effect Analysis</i> (FMEA)
Dasar Pemikiran/Literatur	Standar Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1.1, Permenkes No. 80 Tahun 2020 Tentang Komite Mutu
Dimensi Mutu	Berorientasi kepada pasien, terintegrasi
Tujuan	Meningkatkan mutu pelayanan dan mengenali suatu masalah/risiko yang ada, agar dapat dicegah atau tidak terjadi lagi dikemudian hari
Definisi Operasional	FMEA yang dilakukan berasal dari <i>risk register</i> yang sudah dikumpulkan dari setiap unit yang masuk dalam prioritas risiko/ranking tertinggi dari <i>risk register</i> atau dari rekomendasi RCA.
Jenis Indikator	Proses dan <i>Outcome</i>
Numerator	Tidak Ada
Denominator	Tidak Ada
Kriteria Inklusi	Semua FMEA yang dilakukan oleh Komite Mutu selama 1 tahun
Kriteria Eksklusi	Tidak Ada
Formula	Tidak Ada
Sumber Data	Pelaksanaan FMEA di RSIH
Frekuensi Pengumpulan Data	Tahunan
Periode Analisis	Per Tahun
Cara Pengumpulan Data	<i>Concurrent</i>
Cakupan Data	Total Populasi
Rencana Analisis	Diagram Garis
Instrumen Pengambilan Data	Lembar Kerja
Penanggung jawab	Ketua Subkomite Manajemen Risiko
Kelompok Indikator	IAM
Area Indikator	IML (Indikator Mutu Lokal)
Nilai Standar	1 (satu)
Wilayah Pengamatan	Data Unit
Fungsi Objektif	Maksimal



<b>Satuan Pengukuran</b>	
<b>Skala Ratio</b>	1 (satu)
<b>Publikasi</b>	
<b>Internal</b>	Rapat Koordinasi dan SIM RS
<b>Eksternal</b>	Mutu Fasyankes SIMAR

#### **D. Monitoring**

Setiap indikator mutu yang diukur oleh masing-masing Subkomite akan dilakukan monitoring setiap bulannya

#### **E. Evaluasi**

Masing-masing indikator mutu akan dilakukan evaluasi setiap periode pelaporannya untuk menilai indikator mutu tersebut tercapai atau tidak yang kemudian dilakukan analisa oleh masing-masing sub komite

#### **F. Pelaporan**

Hasil capaian indikator mutu akan dilaporkan kepada Ketua Komite Mutu dan dilakukan evaluasi setiap periodenya (tergantung periode yang dilaporkan)

#### **G. *Continuous Improvement***

*Continuous improvement* merupakan upaya yang dilakukan jika hasil evaluasi capaian indikator mutu dari masing-masing Subkomite belum tercapai. *Continuous improvement* yang dilakukan dapat berupa :

1. Penyusunan rencana perbaikan
2. *Review* kebijakan/prosedur
3. Penyusunan kebijakan/prosedur baru  
Melakukan koordinasi dengan unit-unit terkait

## **BAB IX PENUTUP**

Pedoman Komite Mutu RS Intan Husada ini diharapkan menjadi acuan bagi pembuatan dokumen selanjutnya (panduan, SPO, daftar tilik, formulir dan lain-lain) dan acuan bagi semua pihak yang terlibat dalam pelaksanaan program Komite Mutu, sehingga penerapan program Komite Mutu ini berdampak pada peningkatan mutu dan keselamatan pasien rumah sakit. Penerapan program Komite Mutu di RSIH akan terlaksana dengan optimal bila didukung oleh komitmen para pengambil kebijakan dan seluruh petugas kesehatan yang terlibat dalam pelayanan kesehatan.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Peraturan Menteri Kesehatan., (2017), No. 11 Tahun 2017 tentang : Keselamatan Pasien, Departemen Kesehatan Republik Indonesia
2. Sutoto., (2017), *Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit*, Jakarta : Komisi Akreditasi Rumah Sakit
3. Peraturan Menteri Kesehatan., (2020), No. 80 Tahun 2020 tentang : Komite Mutu Rumah Sakit