

PEDOMAN PELAYANAN KOMITE PMKP  
DI RSUD dr. MURJANI SAMPIT

NOMOR : 001 /PDM/KPMKP/P09/RSUD-DM/I/2018

KEPUTUSAN DIREKTUR RSUD dr. MURJANI SAMPIT  
NOMOR : 001/PDM/KPMKP/P09/RSUD-DM/I/2018  
tentang  
PEDOMAN PELAYANAN KOMITE PMKP  
DI RSUD dr. MURJANI SAMPIT

Tindakan	Nama	Jabatan	Tanda Tangan	Tanggal
Disiapkan		Ketua Komite PMKP		
Diperiksa		Wakil Direktur Pelayanan		
Disetujui		Direktur		



**PEMERINTAH KABUPATEN KOTAWARINGIN TIMUR**  
**RSUD dr. MURJANI SAMPIT**

Jalan HM.Arsyad No.65, Sampit Kode Pos 74322  
Telp (0531) 21010 Faks (0531) 21782  
e-mail: [rsdmsampit@yahoo.com](mailto:rsdmsampit@yahoo.com)



**KEPUTUSAN DIREKTUR RSUD dr. MURJANI SAMPIT**

**NOMOR : 001 /PDM/KPMKP/RSUD-DM/I/2018**

**tentang**

**PEDOMAN PELAYANAN KOMITE PMKP**

**DI RSUD dr. MURJANI SAMPIT**

**DIREKTUR RSUD dr. MURJANI SAMPIT**

**MENIMBANG :**

- a. bahwa peningkatan mutu dan keselamatan pasien adalah program yang disusun secara objektif dan sistematis untuk memantau serta menilai mutu serta kewajaran asuhan terhadap pasien, menggunakan peluang untuk meningkatkan asuhan pasien dan memecahkan masalah-masalah yang terungkap;
- b. bahwa rumah sakit harus memenuhi elemen-elemen yang dipersyaratkan dalam standar Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan di atas perlu ketetapan Direktur tentang Pedoman Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien di RSUD dr. Murjani Sampit.

**MENGINGAT :**

- 1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran;
- 2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan;
- 3. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
- 4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129 tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
- 5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 251 tahun 2012 tentang Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit;
- 6. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien;
- 7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 34 tahun 2017 tentang Akreditasi Rumah Sakit;

8. Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Tengah Nomor 134 tahun 2013 tentang Pemberian Ijin Operasional Tetap Kepada RSUD dr. Murjani Sampit.
9. Peraturan Bupati Kotawaringin Timur Nomor 10 tahun 2011 tentang Tata Kelola RSUD dr. Murjani Sampit.
10. Peraturan Bupati Kotawaringin Timur Nomor 29 tahun 2011, tentang Standar Pelayanan Minimal RSUD dr. Murjani Sampit.

MEMUTUSKAN :

MENETAPKAN :

- KESATU : Pedoman Pelayanan Komite PMKP di RSUD dr. Murjani Sampit sebagaimana tercantum dalam lampiran surat keputusan ini;
- KEDUA : Keputusan Direktur ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dan akan dilakukan evaluasi setiap tahunnya serta dilakukan revisi setiap 3 (tiga) tahun.
- KETIGA : Apabila hasil evaluasi mensyaratkan adanya perbaikan maka akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Sampit

Tanggal : 02 Januari 2018



Direktur

dr. DENNY MUDA PERDANA, Sp.Rad

Pembina Utama Muda

NIP. 19621121 199610 1 001

TEMBUSAN Yth :

1. Kepala Instalasi RSUD dr. Murjani Sampit
2. Arsip

## BAB I PENDAHULUAN

### A. LATAR BELAKANG

Peningkatan mutu dan keselamatan pasien adalah program yang disusun secara objektif dan sistematis untuk memantau dan menilai mutu serta kewajaran asuhan terhadap pasien, menggunakan peluang untuk meningkatkan asuhan pasien dan memecahkan masalah-masalah yang terungkap (Jacobalis 5, 1989)

Rumah Sakit Umum Daerah dr. Murjani Sampit adalah salah satu institusi milik Pemerintah Daerah Kabupaten Kotawaringin Timur Provinsi Kalimantan Tengah yang memberikan pelayanan langsung khususnya pelayanan kesehatan. Dalam upaya memberikan pelayanan, rumah sakit dituntut memberikan pelayanan sebaik-baiknya sebagai *public service*. Hal tersebut berdasarkan pada tuntutan masyarakat terhadap pelayanan yang lebih baik, lebih ramah dan lebih bermutu.

Semakin meningkatnya tingkat pendidikan dan sosial ekonomi masyarakat, maka sistem nilai dan orientasi dalam masyarakat pun mulai berubah. Dengan semakin meningkatnya tuntutan masyarakat akan mutu pelayanan kesehatan, maka fungsi rumah sakit sebagai pemberi pelayanan kesehatan secara bertahap terus ditingkatkan agar menjadi efektif dan efisien serta memberi kepuasan terhadap pasien, keluarga dan masyarakat. Berdasarkan hal tersebut, peningkatan mutu dan keselamatan pasien perlu dilakukan.

Rumah Sakit Umum Daerah dr. Murjani Sampit perlu menjawab tantangan dan tuntutan masyarakat terhadap peningkatan pelayanan secara bertahap melalui upaya program peningkatan mutu pelayanan rumah sakit. Hal ini sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Minimal Pelayanan Rumah Sakit yang menyebutkan bahwa rumah sakit sebagai salah satu sarana kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat memiliki peran yang sangat strategis dalam mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Oleh karena itu rumah sakit dituntut untuk memberikan pelayanan yang bermutu sesuai dengan standar yang ditetapkan dan dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat.

Program PMKP (Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien) merupakan kriteria mayor dalam memenuhi dari elemen-elemen yang ada, yaitu harus terpenuhi minimal 80%, dari total masing-masing elemen penilaian yang harus dipenuhi sesuai standar akreditasi. Berdasarkan elemen tersebut rumah sakit harus memenuhi elemen-elemen yang disyaratkan dalam standar PMKP. Oleh karena itu disusunlah Pedoman Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien ini.

## B. TUJUAN

### 1. Tujuan Umum

Sebagai pedoman pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien di RSUD dr. Murjani Sampit.

### 2. Tujuan Khusus

- a. Sebagai pedoman dalam pelayanan Komite PMKP sehingga lebih terprosedur.
- b. Sebagai pelaksanaan sistem monitoring pelayanan rumah sakit melalui indikator mutu pelayanan rumah sakit dan keselamatan pasien.

## C. RUANG LINGKUP PELAYANAN

Ruang lingkup pelayanan Komite PMKP meliputi pelayanan sebagai berikut :

### 1. Indikator Mutu

- a. Penyusunan indikator mutu terdiri atas :

- 1) Usulan dari unit rumah sakit
- 2) Pemilihan 10 (sepuluh) kamus indikator mutu dan diusulkan ke Direktur
- 3) Penetapan kebijakan tentang indikator mutu
- 4) Pelaksanaan sesuai kebijakan, panduan, pedoman, dan SPO tentang indikator mutu

- b. Jenis indikator mutu terdiri atas area klinis, area manajerial, dan area sasaran keselamatan pasien

- c. Kamus Profil Indikator Mutu

- d. Sosialisasi indikator mutu

- e. Trial indikator mutu

- f. Implementasi indikator mutu

- g. Validasi indikator mutu

- h. Pencatatan dan pelaporan indikator mutu

- i. Analisis data indikator mutu

- j. Rapat pimpinan indikator mutu baik insidental/ bulanan atau tri bulan

- k. *Benchmarking* indikator mutu dengan rumah sakit yang se-tipe dengan RSUD dr. Murjani Sampit.

- l. Publikasi atas indikator mutu antara lain website, media informasi, mading dan sosialisasi baik tertulis maupun lisan.

- m. Evaluasi dan tindak lanjut (monitoring dan evaluasi) indikator mutu

- n. Pelaporan ke Direktur

### 2. Manajemen tata kelola mutu

### 3. Pelaksanaan rencana kegiatan anggaran Komite PMKP

### 4. PPK (Panduan Praktek Klinis) dan *Clinical Pathways (CP)*

### 5. Monitoring dan evaluasi penerapan/ hasil kegiatan 7 (tujuh) langkah menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit

### 6. Monitoring dan evaluasi penerapan/ hasil kegiatan pelaksanaan 6 (enam) Sasaran Keselamatan Pasien

### 7. Monitoring dan evaluasi pelaksanaan manajemen resiko klinik

8. Pelaksanaan asesmen resiko secara proaktif :
  - a. *Failure Mode and Effects Analysis (FMEA)*
  - b. Koordinasi dan monitoring analisis kerentanan terhadap bahaya (HVA)
  - c. Koordinasi dan monitoring asesmen risiko dari pengendalian infeksi (ICRA)
9. Monitoring dan evaluasi pendidikan dan pelatihan PMKP
10. Monitoring dan evaluasi surveillance PPI
11. Monitoring dan evaluasi pelaksanaan kontrak
12. Monitoring dan evaluasi penilaian kinerja unit
13. Monitoring dan evaluasi penilaian kinerja individu (profesi dan staf)
14. Pelaporan ke direktur dan laporan tentang kegiatan sub komite peningkatan mutu

#### D. Batasan Operasional

##### 1. Indikator mutu

Indikator mutu adalah suatu cara untuk menilai penampilan suatu kegiatan yang berkaitan dengan mutu, dengan menggunakan instrumen. Indikator merupakan variabel yang digunakan untuk menganalisis suatu perubahan. Menurut WHO, indikator adalah variabel untuk mengukur perubahan.

##### a. Penyusunan indikator mutu terdiri atas :

- 1) Usulan dari unit rumah sakit
- 2) Pemilihan 10 (sepuluh) kamus indikator mutu dan diusulkan ke Direktur
- 3) Penetapan kebijakan tentang indikator mutu
- 4) Pelaksanaan sesuai dengan kebijakan, panduan, pedoman, dan SPO tentang indikator mutu

##### b. Jenis indikator mutu

- 1) Indikator klinis
- 2) Indikator manajerial
- 3) Indikator sasaran keselamatan pasien rumah sakit

##### c. Kamus Profil Indikator Mutu

Adalah kumpulan profil yang ada didalam indikator mutu sebagai acuan dalam pelaksanaan pelayanan. Kamus profil indikator berisi poin-poin indikator mutu dari tiap unit rumah sakit dimana didalamnya mencakup judul, dimensi mutu, tujuan, definisi operasional, nominator, denominator, frekuensi pengumpulan data, periode analisis, sumber data, PCI, standar dari indikator mutu sebagai acuan dalam pelaksanaan indikator mutu.

##### d. Sosialisasi Indikator Mutu

Adalah proses pemberitahuan isi dari indikator mutu pada unit terkait untuk dilaksanakan di unit masing-masing. Hasil pencapaian indikator mutu disosialisasikan kepada unit terkait agar unit tersebut dapat melakukan tindak lanjut atas angka capaian indikator mutu yang telah didapat.

e. Trial Indikator Mutu

Adalah proses uji coba indikator mutu pada unit terkait untuk dinilai validitas, reliabel, sensitivitas dan spesifik pada suatu indikator mutu yang telah dibuat.

f. Implementasi Indikator Mutu

Adalah suatu tindakan atau pelaksanaan dari sebuah indikator mutu yang sudah disusun secara matang dan terperinci. Implementasi biasanya dilakukan setelah perencanaan sudah dianggap *fix*.

g. Validasi Indikator Mutu

Adalah sebuah data atau informasi yang sesuai dengan keadaan senyatanya. Hasil pelaksanaan indikator mutu pada unit terkait dilakukan pembuktian dengan cara yang sesuai bahwa setiap prosedur, kegiatan atau mekanisme yang digunakan dalam prosedur dan pengawasan apakah sudah mencapai hasil yang diinginkan/ sesuai target (minimal sesuai standar pelayanan minimal rumah sakit).

h. Pencatatan dan Pelaporan Indikator Mutu

Adalah melakukan pencatatan data penyelenggaraan tiap kegiatan indikator mutu unit dan melaporkan data tersebut kepada Direktur berupa laporan lengkap pelaksanaan indikator mutu dengan menggunakan format yang ditetapkan.

i. Analisis Data Indikator Mutu

Adalah instrumen atau data yang diorganisir, diklasifikasi sampai pengambilan keputusan yang digunakan dalam tiap langkah untuk mengukur hasil akhir.

j. Rapat Pimpinan Indikator Mutu Baik Insidentil/ Bulanan atau Tri Bulan

Adalah koordinasi yang dilakukan oleh pimpinan unit yang berkaitan dengan indikator mutu pada unit tersebut.

k. *Benchmarking* Indikator Mutu dengan Rumah Sakit Yang Se-tipe

Adalah proses yang sistematis dan berdasarkan data untuk peningkatan berkesinambungan yang melibatkan perbandingan dengan pihak internal dan atau eksternal untuk mengidentifikasi, mencapai, dan mempertahankan *best practice*.

Benchmarking terdiri dari 2 (dua) jenis yaitu internal *benchmarking* dan eksternal *benchmarking*.

1) Internal *benchmarking* adalah membandingkan proses yang sama pada area yang berbeda dalam suatu organisasi, dalam periode tertentu.

2) Eksternal *benchmarking* adalah membandingkan performa, target atau proses dengan antar satu atau lebih organisasi.

l. Publikasi Data Indikator Mutu

Adalah penyiaran dan pemaparan macam-macam indikator mutu kepada unit-unit terkait agar dilaksanakan dilapangan. Publikasi antara lain dapat dilaksanakan melalui website, media informasi, mading dan sosialisasi baik tertulis maupun lisan.



- m. Evaluasi Dan Tindak Lanjut (Monitoring Dan Evaluasi) Indikator Mutu  
Adalah proses analisis, penilaian dan pengumpulan informasi secara sistematis dan kontinyu terhadap indikator mutu sehingga dapat dijadikan koreksi untuk penyempurnaan indikator mutu selanjutnya.
  - n. Pelaporan ke Direktur  
Adalah melaporkan hasil dari kegiatan yang dilakukan oleh Komite PMKP kepada direktur. Pelaporan dilaksanakan setiap tri bulan sekali.
2. Manajemen Tata Kelola Mutu
- Adalah kombinasi proses dan struktur yang diterapkan oleh Komite Mutu untuk menginformasikan, mengarahkan, mengelola, dan memantau kegiatan PMKP dalam rangka pencapaian tujuan. Manajemen tata kelola mutu terdiri atas kebijakan/ panduan/ pedoman/ SPO tentang mutu, berupa sosialisasi, implementasi monitoring dan evaluasi.
3. Pelaksanaan Rencana Kegiatan Anggaran Sub Komite Peningkatan Mutu
- Adalah pelaksanaan anggaran kegiatan Sub Komite Peningkatan Mutu yang telah diusulkan oleh Komite PMKP dan disetujui oleh Direktur untuk direalisasikan.
4. Panduan Praktek Klinis (PPK)
- a. Panduan Praktek Klinis (PPK)  
PPK dibuat berdasarkan pada evidence mutakhir, sehingga bersifat “ideal” dan tidak selalu dapat diterapkan dalam praktik disemua tingkat pelayanan. Sesuai asas umum bahwa tidak ada panduan pelayanan yang dapat dilakukan untuk semua tingkat fasilitas, maka PPK harus diterjemahkan sesuai dengan kondisi dan fasilitas setempat menjadi Panduan Praktik Klinis (PPK).
  - b. *Clinical Pathway (CP)*  
Adalah suatu konsep perencanaan pelayanan terpadu yang merangkum setiap langkah yang diberikan kepada pasien berdasarkan standar pelayanan medis dan asuhan keperawatan yang berbasis bukti dengan hasil yang terukur dan dalam jangka waktu tertentu selama di rumah sakit
5. Monitoring Dan Evaluasi Penerapan/ Hasil Kegiatan 7 Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit
- Terdiri atas :
- a. Membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien  
Merupakan cara melaksanakan kegiatan dengan asesmen budaya keselamatan pasien.
  - b. Pimpin dan dukung staf anda  
Pelaksanaan kegiatan implementasi *clinical risk* dapat dilakukan dengan langkah
    - 1) Pernyataan/ deklarasi tentang gerakan moral “*patient safety*”
    - 2) Tetapkan pimpinan operasional untuk *patient safety*
    - 3) Tunjukkan para penggerak *patient safety* di unit pelayanan
    - 4) Lakukan briefing (sebelum melakukan pekerjaan) dan debriefing (setelah melakukan pekerjaan) tim

5) Ciptakan suasana kerja yang kondusif

c. Integrasikan aktivitas pengelola risiko

*Assesment tool* dalam pelaksanaan kegiatan dilakukan dengan langkah :

1) Penilaian matriks risiko/ *Risk matrix grading*

Penilaian matriks risiko adalah suatu metode analisis kualitatif untuk menetapkan derajat resiko suatu insiden berdasarkan dampak dan probabilitasnya.

a) RCA faktor yang jika dikoreksi atau dihilangkan akan mencegah terulangnya kejadian serupa.

b) Akar atau isu fundamental adalah titik awal dimana bila suatu tindakan diambil pada titik tersebut maka tindakan itu akan mengurangi peluang terjadinya insiden.

c) Metode evaluasi terstruktur untuk identifikasi akar masalah dari KTD, dengan tindakan adekuat untuk mencegah kejadian yang sama berulang kembali.

d) Metode proses analisis yang dapat digunakan secara retrospektif untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang menyebabkan kejadian tidak diharapkan (KTD)

e) Proses terstruktur yang menggunakan metode analitik yang telah diakui.

2) FMEA adalah metode perbaikan kinerja dengan mengidentifikasi dan mencegah potensi kegagalan sebelum terjadi. Hal tersebut didesain untuk meningkatkan keselamatan pasien.

d. Kembangkan sistem pelaporan

Dapat dilaksanakan dengan cara :

1) Laporan insiden rumah sakit (internal) : KPC, KTC, KTD, Sentinel dan KNC. Maksimal 2 X 24 jam ke Komite KPRS pada kejadian insiden baik pasien maupun pengunjung, keluarga maupun karyawan, yang terjadi di rumah sakit dengan laporan insiden internal secara tertulis.

2) Laporan insiden eksternal rumah sakit

e. Libatkan dan komunikasikan dengan pasien

Adalah cara kegiatan dengan mengembangkan cara-cara komunikasi yang terbuka dengan pasien, misal :

1) Melibatkan pasien dan masyarakat dalam mengembangkan pelayanan yang lebih aman, dengan cara memberikan informasi hak dan kewajiban pasien serta rumah sakit.

2) Melibatkan pasien dalam proses perawatan dan pengobatan dirinya sendiri.

3) Bila terjadi sesuatu yang tidak diharapkan, doronglah untuk saling terbuka, komunikasi dua arah antara profesional kesehatan dan pasien.

- f. Belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien  
Adalah cara melaksanakan kegiatan dengan pembuatan akar masalah atau RCA dari kejadian insiden dengan matrix grading kuning dan merah yang telah dilaporkan ke Komite KPRS.
  - g. Cegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien  
Adalah cara melaksanakan kegiatan menggunakan redesain sistem dengan FMEA, dengan cara proaktif sebelum insiden terjadi di rumah sakit.
6. Monitoring Dan Evaluasi Penerapan/ Hasil Kegiatan Pelaksanaan 6 (Enam) Sasaran Keselamatan Pasien
- Meliputi sasaran atas kegiatan yang melibatkan unit terkait dan sub komite keselamatan pasien dan terdiri atas koordinasi, pelaporan hasil kegiatan, monitoring evaluasi dan tindak lanjut tentang :
- a. Ketepatan Identifikasi Keselamatan Pasien  
Adalah cara mengidentifikasi pasien dengan menggunakan pemasangan gelang identifikasi pasien.
  - b. Peningkatan Komunikasi Yang Efektif  
Adalah peningkatan cara untuk menyampaikan informasi mengenai suatu kondisi baik kondisi pasien, hasil pemeriksaan penunjang yang kritis, ruangan, peralatan, permintaan, kepada seseorang (dokter, perawat, kepala bagian, penanggungjawab, atasan, bawahan, dan unit terkait) melalui telepon maupun secara lisan yang dilakukan secara akurat, lengkap, dimengerti, tidak duplikasi dan tepat kepada penerima informasi sehingga dapat mengurangi kesalahan dan untuk meningkatkan keselamatan pasien.
  - c. Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai  
HAM (*High Alert Medication*) atau obat kewaspadaan tinggi adalah obat-obatan yang termasuk dalam obat yang dapat menyebabkan risiko tinggi membahayakan pasien secara signifikan apabila terjadi kesalahan.
  - d. Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi  
Adalah setiap pasien yang akan dilakukan tindakan pembedahan harus dilakukan verifikasi mengenai ketepatan lokasi, prosedur dan pasien oleh tim kamar bedah (ahli anastesi, ahli bedah dan perawat) dengan menggunakan *check list safety surgery* yang terdiri dari :
    - 1) Sebelum induksi anastesi (*Sign in*)
    - 2) Sebelum insisi pembedahan (*Time out*)
    - 3) Sebelum penutupan luka (*Sign out*)
  - e. Mengurangi resiko infeksi terkait pelayanan kesehatan  
Yaitu rumah sakit menerapkan program *hand hygiene* yang efektif, kebijakan atau prosedur dikembangkan untuk mengarahkan pengurangan secara berkelanjutan dari risiko infeksi yang terkait dengan pelayanan kesehatan.

- f. Pengurangan resiko pasien jatuh  
Pencegahan pasien jatuh adalah suatu cara mengidentifikasi kemungkinan pasien tersebut mempunyai risiko atau kemungkinan yang besar/kecil untuk terjadinya jatuh sehingga dapat diambil tindakan pencegahan serta mengatasi cedera akibat jatuh, minimalkan dampak yang diakibatkan cedera akibat jatuh dan mencegah kecacatan serta kematian.
- 7. Monitoring dan Evaluasi Pelaksanaan Manajemen Resiko Klinik  
Meliputi sasaran atas kegiatan yang melibatkan unit terkait dan komite Keselamatan Pasien, yang terdiri atas koordinasi, pelaporan hasil kegiatan dan monitoring evaluasi serta tindak lanjut yaitu:
  - a. Pelaporan insiden, sentinel, KTD, KTC, KNC, dan masing-masing unit
  - b. RCA (*Route Cause Analysis*) atau analisis akar
- 8. Pelaksanaan Asesmen Risiko Secara Proaktif :
  - a. *Failure Mode And Effects Analysis* (FMEA)
  - b. Koordinasi dan monitoring Analisis kerentanan terhadap bahaya (HVA)  
HVA adalah metode yang dirancang dan digunakan Rumah Sakit untuk menilai kerentanan bahaya secara individu. Alat ini akan digunakan oleh rumah sakit individu untuk mengidentifikasi dan peningkatan berbagai risiko dan faktor yang meringankan terkait dengan rumah sakit kesiapsiagaan darurat.
  - c. Koordinasi dan monitoring asesmen resiko dari pengendalian infeksi (ICRA)  
Bertujuan untuk mengontrol kontaminasi mikroba udara di daerah perawatan pasien yang diduduki selama pembongkaran, renovasi, dan proyek-proyek kontriksi baru.
- 9. Monitoring serta Evaluasi Pendidikan dan Pelatihan  
Kegiatan hasil proses pendidikan dan pelatihan dari usulan program PMKP yang diusulkan ke Direktur dan telah dilaksanakan, dilakukan evaluasi bersama dengan Unit Pengembangan Staf, yang mengadakan pelatihan baik *in house training* ataupun *ex house training*.
  - a. Monitoring dan evaluasi pelaksanaan kontrak bersama dengan unit yang melakukan pelaksanaan kontrak, antara lain Bagian Kepegawaian dan Diklat, atau seluruh unit terkait.
  - b. Monitoring dan evaluasi penilaian kinerja unit yang melakukan pelaksanaannya berkoordinasi dengan Bagian Kepegawaian dan Diklat.
  - c. Monitoring dan evaluasi penilaian kinerja individu (Profesi & Staf) yang pelaksanaannya bersamaan dengan Bagian Kepegawaian dan Diklat, komite unit dan unit.
  - d. Pelaporan ke direktur dan laporan tentang kegiatan komite PMKP  
Komite PMKP melaporkan hasil kegiatan setiap tri bulan serta bagian tahunan kepada direktur baik tertulis atau presentasi dan selanjutnya dilaporkan ke direktur.

BAB II

STANDAR KETENAGAAN

A. KUALIFIKASI SUMBER DAYA MANUSIA

Kualifikasi Pendidikan	Jumlah	Nama
S2 Kedokteran	1 orang	Drg. Ari Wijayanto, M,Kes
S1 Kedokteran	1 orang	Dr. Febby Yudha Herlambang
S2 Keperawatan	1 orang	Idham Fahmi, S,Kep. M.Kes
S1 Keperawatan	1 orang	Ratih Wulansari, S.Kep.Ns
S1 Kesehatan Masyarakat	1 orang	Juniati, SKM
S1 Teknik	1 orang	Arief Rakhman, ST
S1 Ekonomi	1 orang	Hadi Suswandi, SE
D3 Kebidanan	4 orang	Sri Mulyani, Amd.Keb
		Anita Lesteri, Amd.Keb
		Dwi Novita Sari, Amd.Keb
		Weny Devika Sari, Amd.Keb

B. Distribusi Ketenagaan

- Ketua : 1 orang
- Sekretaris : 1 orang
- Ketua Sub Komite : 2 orang
- Anggota : 8 orang

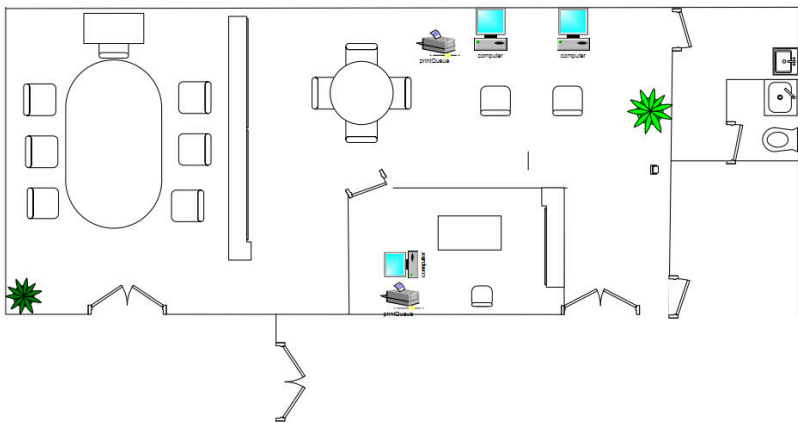
C. Pengaturan Jaga

Dinas pagi karyawan pukul 07.00 – 14.00 WIB

BAB III

STANDAR FASILITAS

A. Denah Ruang



B. Standar Fasilitas

Sarana dan Prasarana Minimal Komite Mutu

Berdasarkan Departemen Kesehatan Republik Indonesia Direktorat Jenderal Pelayanan Medik Direktorat Rumah Sakit Khusus dan Swasta Sub Direktorat Penunjang Medik

No.	Jenis Kelengkapan	Keterangan
1	Gedung	-
2	Ventilasi	1 X Luas Lantai atau AC 1 PK/20 m <sup>2</sup>
3	Penerangan	80 Watt/ m <sup>2</sup>
4	Air Mengalir, Bersih	50 Liter/ Pekerja/ Hari
5	Daya Listrik	2200 VA
6	Tata Raung : a. Ruang Tunggu b. Ruang Administrasi/ Arsip c. Ruang Perpustakaan	16 m <sup>2</sup> 2 m <sup>2</sup> 4 m <sup>2</sup>

## BAB IV

### TATA LAKSANA PELAYANAN

#### I. INDIKATOR MUTU

##### A. Peningkatan Mutu

Adalah suatu cara untuk menilai penampilan suatu kegiatan yang berkaitan dengan mutu dengan menggunakan instrumen. Indikator merupakan variabel yang digunakan untuk menganalisis suatu perubahan. Menurut WHO, indikator adalah variabel untuk mengukur perubahan.

1. Penyusunan indikator mutu terdiri atas pemilihan indikator mutu, penetapan kebijakan, panduan, dan SPO tentang indikator mutu.

Penyusunan indikator mutu sesuai kamus profil indikator, penetapan kebijakan, panduan, serta SPO tentang indikator mutu, kemudian dilakukan pemilihan indikator mutu pada 5 (lima) area prioritas dengan kriteria pemilihan unit-unit dengan kasus *high risk, high volume, high cost* sesuai kebutuhan unit-unit rumah sakit, dengan target minimal mengacu pada SPM Rumah Sakit. Indikator mutu terpilih dari unit diajukan kepada komite PMKP dengan format profil indikator

2. Jenis indikator mutu

- a. Indikator klinis

Indikator mutu area klinis adalah cara untuk menilai mutu atau kualitas dari suatu kegiatan, dalam hal ini mutu pelayanan di rumah sakit yang berkaitan langsung dengan proses perawatan dan pelayanan terhadap penyakit pasien.

- b. Indikator manajerial

Indikator mutu area manajerial adalah cara untuk menilai mutu atau kualitas dari suatu kegiatan, dalam hal ini mutu pelayanan di rumah sakit yang berkaitan langsung dengan proses *me-manage*/mengatur dalam hal perencanaan, pengorganisasian, pengkoordinasian, dan pengontrolan sumber daya untuk mencapai sasaran secara efektif dan efisien dengan penyelesaian pekerjaan inti melalui orang lain (definisi menurut Mary parker Follet). Efektif berarti bahwa tujuan dapat dicapai sesuai dengan perencanaan, sementara efisien berarti bahwa tugas yang ada dilaksanakan secara benar, terorganisir, dan sesuai dengan jadwal/target.

- c. Indikator Sasaran Keselamatan Pasien Rumah Sakit

Indikator mutu area sasaran keselamatan pasien adalah cara untuk menilai mutu atau kualitas dari suatu kegiatan, dalam hal ini mutu pelayanan di rumah sakit, dalam upaya menurunkan angka kejadian/ insiden untuk meningkatkan keselamatan pasien.

##### B. Kamus Profil Indikator Mutu

Konten form profil indikator mutu meliputi: judul indikator, dimensi mutu, tujuan, definisi operasional, frekuensi pengumpulan data, periode analisa, numerator, denominator, sumber data, standar, penanggungjawab.

C. Sosialisasi Indikator Mutu Ke Unit Terkait

Indikator mutu utama terpilih yang telah disetujui oleh direktur dan disepakati bersama dilakukan sosialisasi kepada unit terkait, agar unit terkait dapat melakukan tindak lanjut. Sosialisasi indikator mutu antara lain dilaksanakan di *website* (IT Blog), media informasi, majalah dinding (mading) dan sosialisasi baik tertulis maupun lisan.

D. Populasi dan Sampel

Aspek *sampling* dalam pengukuran indikator mutu rumah sakit adalah :

1. Populasi adalah wilayah generasi yang terdiri atas objek/ subjek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2007:90).
2. Sampel adalah bagian dari jumlah karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut. Ukuran sample atau jumlah sampel yang diambil menjadi persoalan yang penting manakala jenis penelitian yang akan dilakukan adalah penelitian yang menjadi persoalan yang penting manakala jenis penelitian yang akan dilakukan adalah penelitian yang menggunakan analisis kuantitatif. Pada penelitian yang menggunakan analisis kualitatif, ukuran sample bukan menjadi nomor satu, karena yang dipentingkan adalah kekayaan informasi. Walau jumlahnya sedikit tetapi jika kaya akan informasi, maka sampelnya lebih bermanfaat.
3. Menentukan jumlah sampel
  - a. Ukuran populasi diatas 1000, maka sample = 10 %
  - b. Ukuran populasi  $\geq 100$ , sampelnya paling sedikit 30 %
  - c. Ukuran populasi  $< 100$ , sampelnya harus 100%

G. Sosialisasi Indikator Mutu Ke Unit Terkait.

Indikator mutu terpilih yang telah disetujui oleh direktur dan disepakati bersama disosialisasikan kepada unit terkait, agar unit tersebut dapat melakukan tindak lanjut. Sosialisasi indikator mutu antara lain dilaksanakan di *website*, media informasi, majalah dinding (mading) sosialisasi baik tertulis maupun lisan.

H. Uji Coba/Trial Indikator Mutu

Uji coba indikator mutu terpilih pada unit terkait dalam waktu 1 (satu) bulan atau dalam waktu yang telah ditentukan.

I. Revisi Dan Menyepakati Bersama

Revisi dari hasil uji coba indikator mutu terpilih dari unit terkait.

J. Implementasi indikator mutu

Penerapan indikator mutu pada unit terkait untuk dilaksanakan dalam rangka meningkatkan mutu dan keselamatan pasien.

K. Validasi Indikator Mutu

Hasil pelaksanaan indikator mutu pada unit terkait dilakukan pembuktian dengan cara yang sesuai dengan pembuktian dengan cara yang sesuai bahwa setiap prosedur, kegiatan atau mekanisme yang digunakan dalam prosedur dan pengawasan apakah sudah mencapai hasil yang diinginkan/sesuai target (minimal sesuai dengan standar pelayanan minimal rumah sakit SPM RS). Apakah data atau informasi yang disajikan sudah sesuai dengan keadaan kenyataannya.



Jumlah sampel yang digunakan

1. Populasi  $\geq 180$ , diambil sample minimal 5 % atau maksimum 50 sampel validasi
2. Populasi  $\leq 180$ , diambil sample minimal 9 atau jika hanya ada 9 sampel, maka 100 % dijadikan sample validasi.

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam proses validasi indikator mutu :

1. Pencapaian sasaran mutu dilaksanakan validasi dan analisa data oleh petugas yang berkompeten dengan dukungan teknologi
2. Indikator sasaran mutu dilakukan validasi data baik internal maupun eksternal
3. Validasi data dilakukan saat :
  - a. Implementasi pengukuran proses baru
  - b. Publikasi data
  - c. Terjadi perubahan proses yang sudah berjalan
  - d. Terjadi perubahan hasil pengukuran dengan sebab yang tidak diketahui
  - e. Sumber dan subyek pengumpulan data berubah
4. Komite mutu melakukan perbandingan data asli dengan hasil data yang diambil oleh orang kedua.
5. Hasil sample data yang dilakukan oleh orang pertama dan kedua bisa terjadi kesamaan atau perbedaan secara signifikan.
6. Hasil data yang mengalami perbedaan secara signifikan atau ada perbedaan akurasi cukup jauh, maka bisa melakukan pengukuran data ulang dengan rumus akurasi sebagai berikut :
7. Jumlah temuan yang berbeda dibagi total sampel yang ada dikalikan 100%.

Dengan Rumus akurasi :

$$\frac{\text{Jumlah temuan}}{\text{Total sample}} \times 100 \%$$

8. Data baik jika hasil ketidakakuratan data tidak melebihi dari 10 %
9. Data hasil ketidakakuratan  $\geq 10 \%$ , maka dilakukan  $10 \%$ , maka dilakukan *corrective action* diimplementasikan, lakukan proses pengumpulan data lagi sampai akurasi data mencapai  $> 90 \%$
10. Data dari sasaran mutu baru setelah *corrective action* dilakukan pengukuran frekuensi analisa data oleh unit.
11. Penentuan frekuensi analisa data sasaran *corrective action* sesuai dengan kebutuhan dan urgensi dari proses pengumpulan data tersebut yang ditentukan oleh Direktur
12. Tampilan data hasil analisa data *corrective action* kepada Direktur Rumah sakit untuk mendapatkan legalitas sesuai dengan tujuan validasi data terutama untuk kepentingan publikasi pimpinan rumah sakit memastikan reliabilitas data.

L. Pencatatan dan Pelaporan indikator Mutu

Pencatatan adalah melakukan pencatatan data penyelenggaraan tiap kegiatan indikator mutu unit dan melaporkan data tersebut kepada Direktur berupa laporan lengkap pelaksanaan indikator mutu dengan menggunakan format yang telah ditetapkan.

Pelaporan berisi laporan hasil pelaksanaan indikator mutu pada unit terkait.

1. Pelaporan dari unit ke komite mutu setiap 1 (satu) bulan
2. Pelaporan dari komite ke direktur setiap 3 (tiga) bulan

M. Analisa Indikator Mutu

Analisa data secara deskriptif (meliputi tampilan dan kesesuaian hasil sesuai target). Instrumen atau data yang diorganisir, diklasifikasi sampai pengambilan keputusan yang digunakan dalam setiap langkah untuk mengukur hasil akhir.

N. Rapat pimpinan indikator mutu baik insidentil, Bulanan atau Tri Bulanan

Rapat tinjauan / rapat pimpinan baik insidentil maupun rutin adalah kegiatan koordinasi yang dilakukan oleh pimpinan unit yang berkaitan dengan indikator mutu pada unit tersebut dan kegiatan mutu bersama dengan direktur dalam membahas, mengevaluasi, dan melakukan tindak lanjut mengenai indikator mutu, dilaksanakan setiap 1 (satu) bulan dan 3 (tiga) bulan.

O. *Benchmarking* internal/Eksternal

*Benchmarking* = uji standar mutu menguji atau membandingkan standar mutu yang telah ditetapkan terhadap standar mutu pihak lain. Dengan melakukan atau melalui *benchmarking* rumah sakit dapat mengetahui seberapa jauh mereka dibandingkan dengan yang terbaik dari sejenisnya.

*Benchmarking* adalah proses yang sistematis dan berdasarkan data untuk peningkatan berkesinambungan yang melibatkan perbandingan dengan pihak internal dan atau eksternal untuk mengidentifikasi, mencapai, dan mempertahankan *best practice* dengan cara membandingkan hasil data :

1. Di dalam RS/trend
2. Dengan RS lain
3. Dengan standar
4. Dengan Best practice

Ada 2 (dua) jenis *benchmarking* yaitu *benchmarking* internal dan eksternal.

1. Internal *Benchmarking* adalah membandingkan proses yang sama pada area yang berbeda dalam suatu organisasi, dalam periode tertentu.

Syarat dilakukannya internal *benchmarking* pada unit kerja di RSUD dr. Murjani Sampit adalah :

- a. Indikator sasaran mutunya sama
  - b. Unit setipe pada RSUD dr. Murjani Sampit
  - c. Jenis layanan setipe
  - d. Periode frekuensi pengukuran data sama
2. Eksternal *Benchmarking* adalah membandingkan performa, target atau proses dengan antara satu atau lebih organisasi.

Penentuan *Partner Benchmarking* :

- a. Jenis rumah sakit sesuai tipe minimal Rumah sakit tipe B
- b. Tipe organisasi rumah sakit sama
- c. Hubungan kompetitif
- d. Jenis pasien yang dijalani
- e. Ukuran organisasi
- f. Lokasi geografis

Jika *benchmarking* hasil gap analisis positif ataupun negatif dan perbedaannya sangat bermakna, yaitu gap melebihi 10 % maka dilakukan Root Cause Analysis (RCA) untuk menetapkan prioritas mana yang akan dilakukan perbaikan dengan tetap memperhatikan siklus PDCA.

Jika hasil jelek dari standar, dilakukan langkah sesuai siklus PDCA yaitu :

Plan : Plan lagi sesuatu yang baru, *redesign* lagi sesuatu yang baru

Do : Lakukan trial selama 3 (tiga) bulan

Check : Cek/diukur penggunaanya selama 3 (tiga) bulan. Selama proses kerja baru wajib membuat sasaran mutu atas proses kerja baru tersebut, untuk menentukan bagus apa tidak.

Action : Action apabila ada yang tidak perlu dibenahi kembali SPO sasaran mutu tersebut

- P. Publikasi data indikator Mutu Antara Lain website, Media Informasi, Mading Dan Sosialisasi Baik Tertulis Maupun Lisan

Hasil pencapaian indikator mutu dilakukan sosialisasi kepada unit terkait. Agar unit terkait data melakukan tindak lanjut atas angka pencapaian indikator mutu yang telah didapat.

- Q. Pemantauan (Monitoring Dan Evaluasi) Dan Tinjak Lanjut Indikator Mutu

Monitoring indikator mutu adalah proses analisis, penilaian dan pengumpulan informasi secara sistematis secara kontinyu terhadap indikator mutu sehingga dapat mengidentifikasi persoalan, dapat mengetahui yang dikerjakan telah berhasil atau belum (Lienert, 2002) dan dijadikan koreksi untuk penyempurnaan indikator mutu selanjutnya. Hasil pengukuran lebih tinggi/lebih rendah dari target diterima dikomunikasikan upaya perbaikan (Pancheon, 2008).

Evaluasi adalah proses penilaian pencapaian tujuan dan pengungkapan masalah kinerja program/proyek untuk memberikan umpan balik bagi peningkatan kualitas kinerja program/proyek.

Dalam program menjaga mutu, pelaksanaan rencana kerja, serta perbaikan yang dilakukan secara terus menerus dan berkesinambungan untuk lebih meningkatkan mutu pelayanan kebidanan yang diselenggarakan

Proses pelaksanaan monitoring dan evaluasi dalam peningkatan mutu dan keselamatan pasien menggunakan 5 (lima) siklus yaitu :

### 1. *Design*

Tahap dalam siklus layanan dan sebuah elemen yang penting didalam suatu perubahan dalam rangka peningkatan mutu dan keselamatan pasien, peran *design* dalam proses perubahan dapat dijelaskan sebagai perancangan dari fungsi proses peningkatan mutu dan keselamatan pasien di RSUD dr. Murjani sampit.

### 2. *Meassure*

Untuk menilai dari suatu *design* yang telah dibuat dilakukan proses *meassure* yaitu pengukuran terhadap proses peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang dapat menentukan kinerja sekarang dan sebelum mengalami perubahan dalam pelaksanaan penilaian tersebut menggunakan *internal database*.

### 3. *Assess*

Data dari unit yang telah dimasukan dalam internal *database* kemudian dilakukan analisa terhadap data tersebut dengan menyesuaikan dengan SOP dan informasi yang ditampilkan, untuk dilakukan validasi dari data yang diinput apakah sudah sesuai dengan SPO yang ada. Sehingga dapat dilakukan perbandingan pada informasi yang muncul dan dapat diputuskan proses perbaikan selanjutnya.

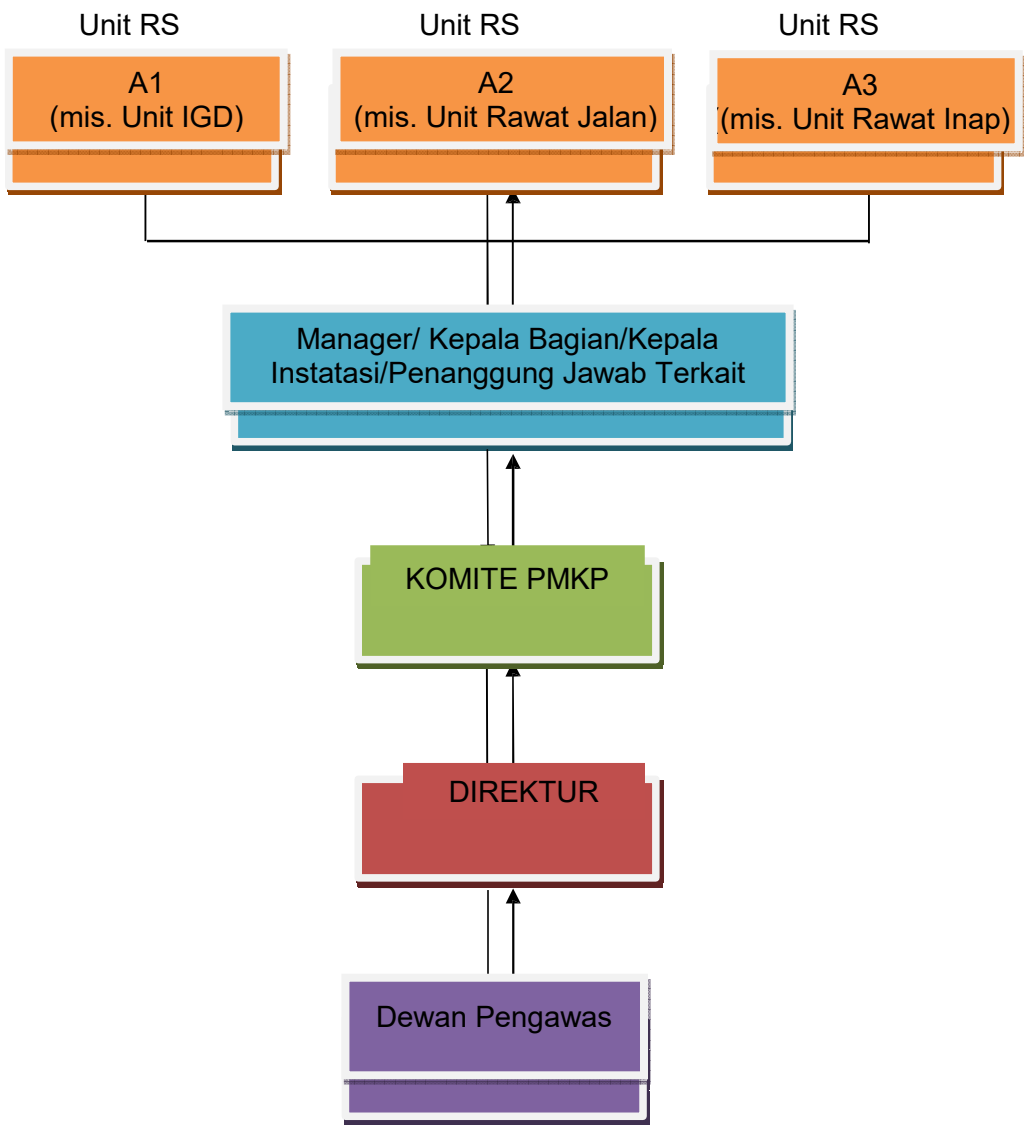
### 4. *Improvement*

Dari data yang telah dikumpulkan dilakukan perbaikan inovasi yang dapat memunculkan trobosan baru dalam peningkatan mutu dan keselamatan pasien sehingga dapat diputuskan proses perbaiakan selanjutnya.

### 5. *Redesign*

Perbaikan dari keseluruhan proses yang ada dalam siklus monitoring dan evaluasi harus bersifat mencakup pada semua aspek yang berkaitan dengan proses PMKP. Proses ini terus berputar sehingga dapat memonitoring dan mengevaluasi suatu program yang berjalan sesuai dengan pedoman yang ada.

ALUR PELAPORAN



## II. Manajemen Tata Kelola Mutu

Adalah kombinasi proses dari struktur yang diterapkan oleh Komite Mutu untuk menginformasikan, mengarahkan, mengelola, dan memantau kegiatan PMKP dalam rangka pencapaian tujuan. Terdiri atas kebijakan/panduan/ pedoman SPO tentang mutu, berupa sosialisasi, implementasi, monitoring dan evaluasi.

### 1. Standar Tata Kelola Pengelolaan Mutu

Tanggung jawab pengelola dan akuntabilitasnya digambarkan didalam peraturan internal (bylaws). Kebijakan, prosedur atau dokumen serupa yang menjadi pedoman bagaimana tanggung jawab akuntabilitas dilaksanakan.

#### a. Maksud dan Tujuan Tata kelola Pengelolaan Mutu

Pada sebuah unit organisasi rumah sakit, pemilik (yang bisa satu orang atau lebih). Atau sebuah kelompok dari individu-individu yang dikenal (misalnya *board* dari *governing body*) dapat dipercaya untuk mengawasi cara bekerja organisasi rumah sakit dan bertanggung jawab untuk menyediakan pelayanan kesehatan yang bermutu bagi masyarakatnya atau bagi penduduk yang membutuhkan pelayanan.

Tanggung jawab dan akuntabilitas dalam unit organisasi tersebut diuraikan dalam sebuah dokumen yang menjelaskan bagaimana hal-hal tersebut akan dilaksanakan. Juga diuraikan bagaimana unit yang memerintah/berkuasa dan kinerja para manager organisasi rumah sakit dievaluasi berdasarkan kriteria spesifik yang berlaku dalam organisasi ini.

Tatakelola rumah sakit dan struktur manajemen tercantum atau tergambar dalam sebuah bagan rumah sakit atau dokumen lain yang menunjukkan adanya garis kewenangan dan akuntabilitasnya. Dalam bagan rumah sakit ditetapkan nama orang atau jabatannya.

#### b. Elemen Penilaian Tata Kelola Pengelolaan Mutu.

- 1) Struktur Organisasi dan Tata Kelola (SOTK) diuraikan tertulis dalam dokumen dan mereka yang bertanggung jawab untuk memimpin dan mengelola diidentifikasi dengan jabatan atau nama.
- 2) Tata kelola, tanggung jawab dan akuntabilitasnya dimuat dalam dokumen.
- 3) Dokumen menjelaskan bagaimana kinerja yang memimpin dan para manajer dievaluasi dengan kriteria tertentu.
- 4) Ada dokumentasi penilaian kinerja dari unit pimpinan setiap tahun.

#### c. Standar Tata Kelola Pengelolaan Mutu

Mereka yang bertanggung jawab memimpin, menyampaikan kepada masyarakat secara terbuka misi organisasi yang disetujuinya.

#### d. Standar Tata Kelola Pengelolaan Mutu

Mereka yang bertanggung jawab untuk memimpin, menyetujui program pendekatan mutu dan keselamatan pasien dan secara teratur menerima serta menindak lanjuti laporan tentang program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

### III. Pelaksanaan Rencana Kegiatan Anggaran Komite Mutu

Adalah pelaksanaan anggaran kegiatan komite mutu pada tahun berjalan yang telah diusulkan oleh Komite Mutu dan disetujui oleh direktur untuk direalisasikan pada tahun berjalan.

### IV. Panduan Praktek Klinis (PPK) dan *Clinical Pathway*

#### Panduan Praktek Klinik (PPK)

PNPK dibuat berdasarkan pada *evidence mutakhir*, sehingga bersifat “ideal” dan tidak selalu dapat diterapkan dalam praktik disemua tingkat pelayanan. Sesuai dengan asas umum bahwa tidak ada panduan pelayanan yang dapat dilakukan untuk semua tingkat fasilitas, maka PNPk harus diterjemahkan sesuai dengan kondisi dan fasilitas setempat menjadi Panduan Praktik Klinis (PPK). *Clinical pathway* (CP, alur klinis) memiliki banyak sinonim, yakni *care oathway*, *care map*, *integrated care pathways*, *multidisciplinary pathways of care*, *pathways of care*, *collaborative care pathways*.

CP dibuat untuk memberikan rincian apa yang harus dilakukan pada kondisi klinis tertentu CP memberikan rencana tatalaksana hari demi hari dengan standar pelayanan yang dianggap sesuai. Pelayanan dalam CP bersifat multidisiplin sehingga semua pihak yang terlibat dalam pelayanan (dokter/dokter gigi, perawat, fisioterapist, dll) dapat menggunakan format yang sama. Kelebihan format ini adalah perkembangan pasien dapat dimonitor setiap hari, baik intervensi maupun outcome-nya, terdiri atas kegiatan koordinasi dan monitoring hasil kegiatan PPK atau *clinichal pathway* bersama Komite Medik, Manajer Pelayanan Medik/Direktur atau tim yang ditunjuk

#### 1. Tujuan PPK mencakup :

- a. Meningkatkan mutu pelayanan pada keadaan klinis dan lingkungan tertentu
- b. Mengurangi jumlah intervensi yang tidak perlu atau berbahaya
- c. Memberika opsi pengobatan terbaik dengan keuntungan maksimal
- d. Memberikan opsi pengobatan dan resiko terkecil
- e. Memberikan tata laksana dengan biaya yang memadai

#### 2. Penyusunan PPK

Untuk kebanyakan penyakit atau kondisi kesehatan yang tidak memenuhi syarat untuk dibuat PNPk, atau yang PNPk-nya belum ada, maka para staf medis di rumah sakit atau fasilitas pelayanan kesehatan harus membuat PPK dengan memperhatikan sumber daya yang tersedia dan dengan :

- a. Mengacu pada pustaka mutakhir, termasuk PNPk dari negara lain
- b. Kesepakatan para staf medis

Di rumah sakit umum PPK harus dibuat untuk penyakit-penyakit terbanyak sesuai dengan subdisiplin masing-masing. Pembuatan PPK dikoordinasi oleh Komite Medis setempat dan berlaku setelah disahkan oleh Direktur.

### 3. Perangkat untuk pelaksanaan PPK

Dalam PPK mungkin terdapat hal-hal yang memerlukan rincian langkah demi langkah. Untuk ini, sesuai dengan karakteristik permasalahan serta kebutuhan, dapat dibuat *clinical pathway* (alur klinis) algoritme, protokol, prosedur, maupun *standing order*

Contoh :

- a. Dalam PPK disebutkan bahwa tata laksana *stroke* non-hemoragik harus dilakukan secara multidisiplin dan dengan pemeriksaan secara intervensi dengan urutan tertentu. Karakteristik penyakit *stroke* non-hemoragik sesuai untuk di buat alur klinis (*clinical pathway*) sehingga perlu dibuat CP untu *stroke* non hemoragik
- b. Dalam PPK disebutkan bahwa pasien gagal ginjal kronik perlu dilakukan hemodialisis. Uraian rinci tentang hemodialisis dimuat dalam protokol hemodialisis pada dokumen terpisah
- c. Dalam PPK disebutkan bahwa pada anak dengan kejang demam kompleks perlu dilakukan pungsi lumbal. Uraian pelaksanaan tidak dimuat dalam PPK melainkan dalam Prosedur pungsi lumbal dalam dokumen terpisah.
- d. Dalam tatalaksana kejang demam diperlukan pemberian diazepam rektal dengan dosis tertentu yang harus diberikan oleh perawat bila dokter tidak ada ini diatur dalam “standing order”.

### 4. Penerapan PPK

Panduan Praktek Klinis (Termasuk “turunan-turunanya” yaitu *clinical pathway*, algoritme, protokol, prosedur, *standing orders* merupakan panduan yang harus diterapkan sesuai dengan keadaan pasien. Oleh karenanya dikatakan bahwa semua PPK bersifat rekomendasi atau *advis*. Berikut alasan mengapa PPK harus diterapkan dengan memperhatikan kondisi pasien secara individual.

- a. PPK dibuat untuk ‘average patiens’
- b. PPK dibuat untuk penyakit atau kondisi kesehatan tunggal
- c. Respon pasien terhadap prosedur diagnostik trepeutik sangat bervariasi
- d. PPK dianggap valid saat dicetak
- e. Praktek kedokteran moderen mengharuskan kita mengakomodasi apa yang dikehendaki oleh keluarga pasien

Orang yang berwenang menilai secara komprehensif keadaan pasien adalah dokter yang bertugas merawat. Dialah yang akhirnya menentukan untuk memberikan atau tidak memberikan obat atau prosedur sesuai dengan PPK. Dalam hal ia tidak melaksanakan apa yang ada dalam rekam medis, dan ia harus siap untuk mempertanggung jawabkannya. Bila ini tidak dilakukan maka dokter tersebut dianggap lalai melakukan kewajibannya kepada pasien.

### 5. Revisi PPK

PPK merupakan panduan terkini untuk tatalaksana pasien, karenanya harus selalu mengikuti kemajuan ilmu dan teknologi kedokteran. Untuk itu PPK secara periodik perlu dilakukan revisi, biasanya setiap 2 (dua) tahun. Idealnya meskipun



tidak ada perbaikan dengan sebagian besar PPK yang ada, peninjauan tetap harus dilakukan setiap 2 (dua) tahun. Masukan revisi diperoleh dari PNPK yang lalu (bila ada), pustaka mutakhir, serta pemantauan rutin apakah PPK selama ini dapat dan sudah dikerjakan dengan baik. Proses formal audit klinis dapat merupakan sumber yang berharga untuk revisi PPK, namun bila audit klinis belum dilaksanakan, pemantauan rutin merupakan sumber yang penting pula. Untuk menghemat anggaran dirumah-rumah sakit yang sudah mempunyai 'intranet', PPK dan panduan lain dapat di- *upload* yang dapat diakses setiap saat oleh para dokter profesional lainnya, dan bila perlu dicetak.

### Clinical Pathway (CP)

*Clinical Pathway* (CP, alur klinis) memiliki banyak sinonim, yakni care pathway, care map, integrated care pathways, multidisciplinary pathways of care, pathways of care, collaborative care pathways. CP memberikan rencana tata laksana hari demi hari dengan standar pelayanan yang dianggap sesuai. Pelayanan dalam CP bersifat multidisiplin sehingga semua pihak yang terlibat dalam pelayanan (dokter/dokter gigi, perawat, fisioterapist dll) dapat menggunakan format yang sama.

Kelebihan format ini adalah perkembangan pasien dapat dimonitor setiap hari, baik intervensi maupun outcome-nya. Oleh karenanya CP paling layak dibuat untuk penyakit atau kondisi klinis yang bersifat *multidisiplin*, dan perjalanan klinisnya dapat diprediksi (Pada setidaknya 70 % kasus) Bila dalam perjalanan klinis ditemukan hal-hal yang menyimpang, ini harus dicatat sebagai *varian* yang harus dinilai lebih lanjut.

Perjalanan klinis dan outcome penyakit yang dibuat dalam CP dapat tidak sesuai dengan harapan karena :

- a. Memang sifat penyakit pada individu tertentu,
- b. Terapi tidak diberikan sesuai ketentuan,
- c. Pasien tidak mentoleransi obat,
- d. Terdapat ko-morbiditas.

Ada pun yang terjadi harus dilakukan evaluasi dan dokter memberikan intervensi sesuai dengan keadaan pasien. Pada umumnya di suatu rumah sakit umum hanya 30 persen pasien yang di rawat dengan menggunakan CP. Selebihnya pasien dirawat dengan prosedur biasa (*usual care*). CP hanya efektif dan efisien apabila dilaksanakan untuk penyakit atau kondisi kesehatan yang perjalanannya *predictable*, khususnya bila memerlukan perawatan multidisiplin.

Ide pembuatan CP adalah membuat standarisasi pemeriksaan dan perawatan pasien yang memiliki pola tertentu. Bila perjalanan klinis suatu penyakit sangat bervariasi, tentu sulit untuk membuat 'standar' pemeriksaan dan tindakan yang diperlukan hari demi hari, Namun demikian tidak tertutup kemungkinan untuk membuat CP bagi penyakit apa pun, namun dengan catatan :

- a. Ditetapkan kriteria inklusi dan eksklusi yang jelas

- b. Bila pasien sudah dirawat dengan CP namun ternyata mengalami komplikasi atau terdapat ko-morbiditas tertentu, maka pasien tersebut harus dikeluarkan dari CP dan dirawat dengan perawatan biasa.

#### Format CP Untuk Pemberi Jasa Dan Pasien

CP adalah dokumen tertulis. Terdapat pelbagai jenis format CP yang tergantung pada jenis penyakit atau masalah serta kesepakatan para profesional. Namun pada umumnya format CP berupa tabel yang kolomnya merupakan waktu (hari,jam) sedangkan barisnya merupakan observasi / pemeriksaan/ tindakan/ intervensi yang diperlukan. Format CP dapat amat rumit dan rinci ( misalnya pemberian obat setiap 6 jam dengan dosis tertentu bila ini melibatkan banyak obat maka menjadi amat rumit ). Ruang yang tersedia untuk mencatat hal-hal yang diperlukan juga dapat terbatas, lebih-lebih format yang sama diisi semua profesi yang terlibat dalam perawatan, karena sifat multidisiplin CP.

CP yang baik juga seyogianya dilengkapi dengan format untuk pasien dan keluarga, sehingga pihak pasien dan keluarga dapat melakukan kontrol terhadap apa yang seharusnya diperoleh dan apa yang tidak. Versi untuk pasien ini mencakup :

- a. Penyakit atau keadaan yang dihadapi
- b. Dokter dan petugas lain yang terlibat dalam pelayanan
- c. Perawatan yang seharusnya diperoleh dan kapan harus diperoleh
- d. Rencana Lama perawatan

#### Algoritme

Algoritme merupakan format tertulis berupa *flowchart* dari pohon pengambilan keputusan. Dengan format ini dapat dilihat secara cepat apa yang harus dilakukan pada situasi tertentu. Algoritme merupakan panduan yang efektif dalam beberapa keadaan klinis tertentu misalnya di ruang gawat darurat atau instalasi gawat darurat. Bila staf dihadapkan pada situasi yang darurat, dengan menggunakan algoritme ia dapat melakukan tindakan yang cepat untuk memberikan pertolongan

#### Protokol

Protokol merupakan panduan tata laksana untuk kondisi atau situasi tertentu. Misalnya dalam PPK disebutkan bila pasien mengalami atau terancam mengalami gagal napas dengan kriteria tertentu perlu dilakukan pemasangan ventilasi mekanik. Untuk ini diperlukan panduan berupa protokol, bagaimana melakukan pemasangan ventilasi mekanik, dari pemasangan *endotracheal tube*, mengatur konsentrasi oksigen, kecepatan pernapasan, bagaimana pemantauan, apa yang harus diperhatikan, pemeriksaan berkala apa yang harus dilakukan, dan seterusnya. Dalam protokol harus diperhatikan, pemeriksaan berkala apa yang harus dilakukan, dan seterusnya. Dalam protokol harus termasuk siapa yang dapat melaksanakan, komplikasi yang mungkin timbul dan cara

pencegahan atau mengatasinya, kapan suatu intervensi harus dihentikan, dan seterusnya.

### Prosedur

Prosedur merupakan uraian langkah-langkah untuk melaksanakan tugas teknis tertentu. Prosedur dapat dilakukan oleh perawat (misalnya cara memotong dan mengikat tali pusat bayi baru lahir, merawat luka, *suctioning*, pemasangan pipa nasogastrik), atau oleh dokter (misalnya pungsi lumbal atau biopsi susum tulang)

### Standing orders

*Standing orders* adalah suatu set intruksi dokter kepada perawat atau profesional kesehatan lain untuk melaksanakan tugas pada saat dokter tidak ada ditempat. *Standing orders* dapat diberikan oleh dokter pada pasien tertentu atau secara umum dengan persetujuan medis. Contoh : perawatan pascabedah tertentu, pemberian antipiretik untuk demam, pemberian anti kejang per rektal untuk pasien kejang per rektal untuk pasien kejang, defibrilasi untuk aritmia tertentu.

## KESELAMATAN PASIEN

### V. Monitoring dan Evaluasi Kegiatan 7 (Tujuh) Langkah Menuju Keselamatan

#### Pasien Rumah Sakit

Monitoring Dan Evaluasi Penerapan / Hasil Kegiatan 7 (Tujuh) Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit terdiri atas :

#### A. Membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien

Adalah cara melaksanakan kegiatan dengan asesmen budaya keselamatan pasien

#### B. Pimpin dan dukung staf anda

Adalah cara melaksanakan kegiatan implementasi *clinical risk* dengan langkah :

1. Pernyataan /deklarasi tentang gerakan moral “patient safety”
2. Ronde/visite pasien keselamatan pasien terdiri dari :
  - a. Direktur
  - b. Satu/dua orang perawat
  - c. Tim KPRS
  - d. Fokus pada masalah keselamatan pasien
3. Tetapkan pimpinan operasional untuk pasien safety  
Komite keselamatan pasien
4. Tunjuk para penggerak *patient safety* di tiap unit pelayanan berupa *champion link safety*
5. Lakukan briefing (sebelum melakukan pekerjaan) dan debriefing (setelah melakukan pekerjaan) tim

6. Ciptakan suasana kerja yang kondusif

Suatu lingkungan dengan keharusan untuk melaporkan insiden keselamatan pasien tanpa takut dihukum menghilangkan budaya *blaming culture*.

C. Integrasikan aktivitas pengelolaan resiko

Adalah cara melaksanakan kegiatan dengan cara membuat *assesment tool* dengan langkah :

1. *Risk matrix gading*

Adalah suatu metode analisis kualitatif untuk menentukan derajat resiko suatu insiden berdasarkan Dampak dan Probalitasnya.

a. Dampak (consequence)

Penilaian dampak/akibat suatu insiden adalah seberapa berat akibat yang dialami pasien mulai dari tidak ada cedera sampai meninggal.

b. Probabilitas /frekuensi/likelihood

Penilaian Probabilitas/frekuensi resiko adalah seberapa seringnya insiden tersebut terjadi.

c. Band Resiko

Band Resiko adalah derajat resiko yang digambarkan dalam empat warna yaitu Biru, Hijau, Kuning dan Merah "Bands" akan menentukan investigasi yang akan dilakukan.

2. RCA (*Route Cause Analysis*) atau analisis akar

Langkah-langkah RCA :

a. Identifikasi insiden

b. Pembentukan tim

c. Pengumpulan data

d. Pemetaan data

e. Identifikasi masalah

f. Analisis informasi

g. Rekomendasi dan solusi

3. *Failure Mode And Effets Analysis* (FMEA)

Langkah-langkah pembuatan FMEA :

a. Memilih proses yang beresiko tinggi dan membentuk tim.

b. Membuat diagram proses

c. Bertukar pikiran tentang modus kegagalan dan menetapkan dampaknya

d. Memprioritaskan modus kegagalan

e. Identifikasi akar masalah

f. Redesain proses

g. Analisis dan uji prose baru

h. Implementasi dan monitor perbaikan proses

4. Kembangkan sistem pelaporan

Cara melaksanakan dengan :

- a. Pelaporan insiden rumah sakit (internal) : KPC, KTC, KTD, sentiel dan KNC. Maksimal 2 X 24 jam ke komite KPRS pada kejadian insiden baik pasien, pengunjung, keluarga maupun karyawan yang terjadi dirumah sakit dengan pelaporan insiden internal secara tertulis.
- b. Pelapran insiden eksternal rumah sakit

5. Libatkan dan Komunikasi dengan pasien

Adalah cara melaksanakan kegiatan dengan mengembangkan cara-cara komunikasi yang terbuka dengan pasien misal :

- a. Melibatkan pasien dan masyarakat dalam mengembangkan pelayanan yang lebih aman, dengan cara informasi hak dan kewajiban pasien rumah sakit.
- b. Melibatkan pasien dalam proses perawatan dan pengobatan dirinya sendiri
  - 1) Banyak bukti yag menunjukkan bahwa pasien sangat ingin dilibatkan sebagai mitra dalam proses pengobatan dirinya sendiri (brosur)
  - 2) Kemitraan ini berarti petugas kesehatan perlu melibatkan pasien dalam :
    - a) Menentukan diagnosa yang tepat
    - b) Memutuskan pengobatan yang benar
    - c) Mendiskusikan resiko
    - d) Memastikan obat yang diberikan dengan benar dengan monitor dengan 5 tip utama yaitu :
      - Berbagilah pertanyaan atau kepedulian tentang obat-obatan yang anda peroleh dan tanyakan tentang pilihan lain.
      - Ceritakan kepada profesi kesehatan tentang obat-obatan yang sedang anda gunakan.
      - Ceritakan apabila anda menganggap obat-obatan tersebut tidak efektif atau menimbulkan efek samping.
      - Tanyakan apabila anda tidak yakin bagaimana cara menggunakan obat tersebut untuk berapa lama.
      - Tanyakan apabila anda memerlukan bantuan untuk memperoleh obat tersebut secara reguler.
- c. Bila terjadi suatu yang tidak diharapkan, doronglah untuk saling terbuka, komunikasi dua arah antara profesional kesehatan dan pasien.
  - 1) Keterbukaan pada saat terjadi insiden merupakan unsur fundamental dalam kemitraan antara pasien dan pemberi pelayanan kesehatan.
  - 2) Bila terjadi insiden, pasien atau keluarga sangat ingin mendapatkan informasi tentang apa yang sesungguhnya terjadi
  - 3) Mereka juga mengharapkan seseorang menyampaikan “maaf”

D. Belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien

Adalah cara melaksanakan kegiatan dengan pembuatan akar masalah atau RCA dari kejadian insiden dengan matrix grading kuning dan merah yang telah dilaporkan ke komite KPRS

E. Cegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien

Adalah cara melaksanakan kegiatan dengan menggunakan redesain sistem dengan FMEA dengan cara proaktif sebelum insiden terjadi di rumah sakit.

VI. Monitoring dan Evaluasi Penerapan / Hasil Kegiatan Pelaksanaan 6 (Enam)

Sasaran Keselamatan Pasien

Meliputi sasaran terdiri atas kegiatan yang melibatkan unit terkait dengan komite keselamatan pasien terdiri atas koordinasi, pelaporan hasil kegiatan dan monitoring evaluasi dan tindak lanjut tentang :

A. Sasaran 1 : Ketepatan Identifikasi Pasien

B. Sasaran II : Peningkatan Komunikasi yang Efektif

C. Sasaran III : Peningkatan Keamanan Obat Yang Perlu diwaspadai (*high alert medications*)

D. Sasaran IV : Kepastian Tepat Lokasi, Tepat Prosedur, Tepat Pasien Operasi

E. Sasaran V : Pengurangan Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan

F. Sasaran VI : Pengurangan Resiko Pasien Jatuh

Menggunakan format investigasi pasien jatuh untuk mengetahui faktor intrinsik dan ekstrinsik yang berkontribusi terhadap jatuhnya pasien

Meliputi sasaran terdiri atas kegiatan yang melibatkan unit terkait dan komite keselamatan pasien terdiri atas koordinasi, pelaporan hasil kegiatan dan monitoring evaluasi dan tindak lanjut terdiri atas :

1) Pelaporan insiden (sentinel, KTD, KTC, KNC) dari masing-masing unit

a) Kejadian sentinel

*Kejadian sentinel* adalah kejadian tak terduga (KTD) yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius/kehilangan fungsi utama fisik secara permanen yang tidak terikat dengan proses alami penyakit pasien atau kondisi yang mendasarinya.

Kejadian sentinel harus di laporkan dari unit pelayanan rumah sakit ke Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit dalam waktu 1 X 24 Jam, setelah terjadinya insiden, dengan melengkapi Formulir Laporan Insiden.

Kejadian *sentinel* yang harus dilaporkan antara lain :

- Kematian yang tidak teratasi yang tidak berhubungan dengan proses penyakit
- Kehilangan permanen dari fungsi fisiologis pasien yang tidak berhubungan dengan proses penyakit
- Salah lokasi, prosedur dan salah pasien saat pembedahan

- Penculikan bayi, salah identifikasi bayi
- Kekerasan / Pemerkosaan di tempat kerja yang mengakibatkan kematian, cacat permanen, dan kasus bunuh diri di rumah sakit

b) Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)

Kejadian tidak diharapkan/KTD atau *Adverse event* adalah insiden yang mengakibatkan cedera pada pasien. Kejadian Tidak Diharapkan / KTD (*Adverse event*) harus dilaporkan dari unit pelayanan rumah sakit ke Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit / KKPRS dalam waktu 2 x 24 jam, setelah terjadinya insiden, dengan melengkapi formulir laporan insiden

Kejadian Tidak Diharapkan/KTD antara lain :

- Reaksi transfusi
- Efek samping obat yang serius
- Signifikan *medical error*
- Diet
- Transfusi
- Radiologi
- Laboratorium

FORMULIR LAPORAN INSIDEN ke Tim KP di RS  
Rumah Sakit Umum Daerah dr. Murjani Sampit

RAHASIA, TIDAK BOLEH DIFOTOCOPY, DILAPORKAN  
MAKSIMAL 2X24 JAM

LAPORAN INSIDEN KNC, KTC, KTD DAN KEJADIAN SENTINEL  
(INTERNAL)

I. DATA PASIEN

Nama : .....

No MR : ..... Ruangan : .....

Umur\* : .....

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 0-1 bulan            | <input type="checkbox"/> >1 bulan – 1 tahun   |
| <input type="checkbox"/> >1 tahun – 5 tahun   | <input type="checkbox"/> >5 tahun -15 tahun   |
| <input type="checkbox"/> >15 tahun – 30 tahun | <input type="checkbox"/> >30 tahun – 65 tahun |
| <input type="checkbox"/> > 65 tahun           |   |

Jenis Kelamin : ☐ Laki-laki ☐ Perempuan

Penanggung biaya pasien :

- |   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pribadi          | <input type="checkbox"/> Perusahaan* |
| <input type="checkbox"/> ASKES Pemerintah | <input type="checkbox"/> JKN PBI     |
| <input type="checkbox"/> Asuransi Swasta  | <input type="checkbox"/> JKN Non PBI |

Tanggal Masuk RS : ..... Jam .....

II. RINCIAN KEJADIAN

1. Tanggal dan Waktu Insiden

Tanggal : ..... Jam .....

2. Insiden :

.....

3. Kronologis Insiden

.....

.....

.....

4. Jenis Insiden

☐ Kejadian Nyaris Cidera (KNC)/ *Near Miss*

☐ Kejadian Tidak Cidera (KTC)/ *No Harm*

☐ Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)/ *Adverse Event*

☐ Kejadian Sentinel/ *Sentinel Event*

5. Orang Pertama Yang Melaporkan Insiden\*

☐ Karyawan : Dokter/ Perawat/ Petugas lainnya

☐ Pasien

☐ Keluarga / Pendamping pasien

☐ Pengunjung

☐ Lain-lain ..... (sebutkan)

6. Insiden terjadi pada\*

☐ Pasien

☐ Lain-lain ..... (sebutkan)

Mis : karyawan/ Pengunjung/ Pendamping/ Keluarga pasien, lapor ke K3 RS

7. Insiden menyangkut pasien :

☐ Pasien rawat inap

☐ Pasien rawat jalan

☐ Pasien UGD

☐ Lain-lain ..... sebutkan)

8. Tempat Insiden

Lokasi kejadian ..... (sebutkan)

(Tempat pasien berada).

9. Insiden terjadi pada pasien : (sesuai kasus penyakit/ spesialisasi)

☐ Penyakit Dalam dan Subspesialisasinya

☐ Anak dan Subspesialisasinya

☐ Bedah dan Subspesialisasinya



- ☐ Obstetri Gynekologi dan Subspesialisasinya
- ☐ THT dan Subspesialisasinya
- ☐ Mata dan Subspesialisasinya
- ☐ Saraf dan Subspesialisasinya
- ☐ Anastesi dan Subspesialisasinya
- ☐ Kulit & kelamin dan Subspesialisasinya
- ☐ Jantung dan Subspesialisasinya
- ☐ Paru dan Subspesialisasinya
- ☐ Jiwa dan Subspesialisasinya
- ☐ Lain-lain ..... (sebutkan)

10. Unit/ Departemen terkait yang menyebabkan insiden  
Unit kerja penyebab ..... (sebutkan)

11. Akibat Insiden Terhadap Pasien\* :
- ☐ Kematian
  - ☐ Cedera Irreversibel / Cedera Berat
  - ☐ Cedera Reversibel / Cedera sedang
  - ☐ Cedera Ringan
  - ☐ Tidak ada cedera

12. Tindakan yang dilakukan segera kejadian, dan hasilnya :  
.....  
.....  
.....

13. Tindakan dilakukan oleh\* :
- ☐ Tim : terdiri dari : .....
  - ☐ Dokter
  - ☐ Perawat
  - ☐ Petugas lainnya .....

14. Apakah kejadian yang sama pernah terjadi diunit kerja lain ?\*

☐ Ya ☐ Tidak

Apabila Ya, isi bagian dibawah ini.

Kapan dan langkah/ tindakan apa yang telah diambil pada unit kerja tersebut untuk mencegah terulangnya kejadian yang sama ?

.....  
.....  
.....

Grading Resiko Kejadian\* (Diisi oleh diatas pelapor)

☐ BIRU ☐ HIJAU ☐ KUNING ☐ MERAH

NB. \* = pilih satu jawaban

Pembuat Laporan	Penerima Laporan/ Atasan Langsung
(Nama Terang) : .....	(Nama Terang) : .....
Paraf : .....	Paraf : .....
KKP-RS.02/2014	

VIII. Pelaksanaan Assesmen resiko secara proaktif

A. *Failure Mode and Effects Analysis (FMEA)*

Langkah-langkah pembuatan (FMEA)

1. Memilih proses yang beriko tinggi dan membentuk tim
2. Membuat diagram proses
3. Bertukar pikiran tentang modus kegagalan dan menetapkan dampaknya
4. Memprioritaskan modus kegagalan
5. Identifikasi akar masalah
6. Redesain proses
7. Analisis dan uji proses baru
8. Implementasi dan monitor perbaikan proses

B. Koordinasi dan monitoring analisis kerentanan terhadap bahaya (HVA)

HVA adalah metode yang dirancang untuk digunakan Rumah Sakit untuk MENILAI kerentanan bahaya secara individu. Alat ini akan digunakan oleh rumah sakit individu untuk mengidentifikasi dan peringkat sebagai resiko dan faktor yang meringankann terkait dengan rumah sakit kesiapsiagaan darurat.

Tujuan dari matriks HVA adalah untuk mengevaluasi kemampuan dari fasilitas medis untuk memberikan perawatan medis bagi masyarakat dan / atau pasien pada saat ini dan staf di keadaan darurat atau bencana.

Peringkat bersifat subjektif dan dirancang untuk mencerminkan kesiapan umum fasilitas untuk menanggapi sebuah kejadian fasilitas harus memanfaatkan hasil HVA ini untuk melakukan analisis gap program kesiapan rumah sakit

Analisis kesenjangan ini kemudian dapat digunakan untuk memprioritaskan proyek-proyek yang berkaitan dengan rumah sakit kesiapsiagaan darurat. Sangat disarankan bahwa alat ini digunakan oleh sebuah rumah sakit dikoordinasi dengan manajemen darurat lokal dan kesiapsiagaan dan respon mitra lainnya

Incident	Probability	Incident Effect					Preparedness		risk
		Human Impact	Property Impact	Facility Impact	Warning Time	Duration	planning	Traning Equipment	
		Likelihood This will occur	Possibility of death of injury	Amount of property saverly damaged	Complete interruption /shutdown of facility or sevice	Incident anticipation time	Time incident may continue	Emergency Manageme n/operation s plan	Staff trained and equipped
	4=Highly likely (probable within this year)	4 = Multiple Deaths	4=> 50 %	4= >30 day	4= < 6 hours	4= . > 1 week	4 = No EMP Or EOP	4 = staff non tarined on EOP	7.00-7.4 = Very High
	3= Highly (probable within this year)	3= Injuriesre sult in permanen t Disability	3=25- 50%	3= > 2 weeks	3 = 6-12 Hours	3= > 1 week	3= EMP/EO P Comple e	3= some staff trained, no equipment	5.27-7.00 = High
	2= possible (probable within 5 years)	2= Injuries result in permanen t disability	2=10- 25%	2= > 1 week	2= 12-24 Hours	2 = <1 day	2= EMP/EO P Comple e	2 = most staff trained so equipment	3.56-5.27 = moderate
	1= Unikely (probable within 10 years)	1= Injuries Treatable With first aid	1= < 10%	1=24 hours Or less	1 = 24+ hours	1 = <6 hours	1= EMP/EO P exercise d and/o	1= anticipated staff trained and properly equipped	1.85- 3.56 = Low

Bomb Threat	3	1	1	1	4	2	1	1	3.30
Work place violence	3	3	1	2	4	2	2	2	4,45
Tornado									0,00
Severe Thunderstorm									0,00
Winter storm (ice,Snow,Low temperatures)									0,00
Flood									0,00
Fire									0,00
Power Outage									0,00
Info Systems Failure									0,00
HVAC Failure									0,00
Water Service Failure									0,00
Phone Service Failure									0,00
Medical Gas Failure									0,00
Medical Vacuum Failure									0,00
Disease Outbreak									0,00
Mass Casualty									0,00
Hazmat Exposure									0,00
Supply Shortage									0,00
VIP Situation									0,00
Infant Abduction									0,00
Average Score	3,00	2,00	1,00	1,50	4,00	2,00	1,50	1,50	0,36

- C. Koordinasi dan Monitoring Asesmen Resiko Dari Pengendalian Infeksi (ICRA)
- Adalah untuk mengontrol kontaminasi mikroba udara di daerah perawatan pasien yang diduduki selama pembongkaran, renovasi, dan proyek-proyek konstruksi baru.
- Langkah - langkah ICRA :
1. Membentuk tim ICRA dengan uraian tugas
  2. Kebijakan ICRA terdiri atas legalitas tim, Panduan, SPO ICRA
  3. Menyusun panduan ICRA

Pelaksanaan terdiri atas :

- 1. Tim melaksanakan tugas sesuai uraian tugas masing-masing
- 2. Bidang kepegawaian dan diklattim melaksanakan sesuai SPO ICRA
- 3. Tim ICRA melakukan dan mendokumentasikan ICRAs dengan langkah 1 sampai 6 dibawah ini :

Langkah 1. Gunakan tabel berikut untuk mengidentifikasi jenis kontruksi

Definisi Kegiatan Konstruksi	
Jenis Kontruksi	Deskripsi
A	Inspeksi dan kegiatan non-invasif. Termasuk, tetapi tidak terbatas pada penghapusan ubir langit-langit untuk interpeksi visual, terbatas pada 1 genteng per 50 meter persegi, melukis dengan produksi debu minimal,mengistal menutup dinding, lis listrik dan pekerjaan pipa kecil, dan kegiatan yang tidak menghasilkan debu atau memerlukan pemotongan dinding atau akses ke langit-langit selain untuk inspeksi visual
B	Skala kecil, aktivitas durasi pendek yang menciptakan debu minimal. Termasuk, tetapi tidak terbatas pada instalasi telepon dan komputer kabel, akses ke ruang mangejar, pemotongan dinding atau langit-langit dimana migrasi debu dapat dikontrol
C	Setiap pekerjaan yang menghasilkan moderat untuk jumlah tingkat tinggi debu atau memerlukan pembongkaran atau penghapusan dari setiap komponen bangunan tetap atau dinding penutup, penghapusan penutup lantai, langit-langit dan bekerja kasus, konstruksi dinding baru, saluran kecil atau pekerjaan listrik diatas langit,langit, kegiatan kabel utama dan setiap kegiatan yang tidak dapat diselesaikan dalam shift kerja tunggal
D	Pembimbingan dan konstruksi proyek-proyek besar. Termasuk namun tidak terbatas pada kegiatan yang membutuhkan shift krja berturut-turut, memerlukan pembongkaran berat atau penghapusan sistem langit-langit lengkap, dan kontruksi baru

Langkah 2. Gunakan tabel berikut untuk mengidentifikasi kelompok  
beresiko tinggi

Pengendalian Infeksi Risk assesment (Lingkaran Satu)			
Rendah	Medium	Sedang-Tinggi	Tinggi
a. Area Kantor b. Lain	a. Semua area perawatan pasien (kecuali dinyatakan dalam media ke daerah - daerah beresiko tinggi) b. Lain	a. Gawat Darurat b. Radiologi/MRI c. Tenaga Kerja & Pengiriman d. Pembibitan e. Pediatri f. Kedokteran Nuklir' g. Unit Pendaftaran/ Discharge h. Fisioterapi (Daerah Tangki) i. Dinding Fasilitas j. Laboratorium (spesimen) k. Prosedur khusus l. Lain :	a. Pasien Transplantasi b. Kamar Operasi c. PACU d. Area Pengolahan Steril e. Semua ICU f. Karerisasi jantung/angiografi lokasi g. Fungsi paru h. Unit Dialisis i. Area Endoskopi j. Farmasi Area k. Unit Onkologi l. Lain :

Langkah 3. Gunakan tabel berikut untuk menentukan resiko

Matrix penilaian Resiko				
	Kegiatan Konstruksi			
Risk Group	A	B	C	D
Rendah	Saya	II	II	III/IV
Medium	Saya	II	III	IV
Sedang - Tinggi	Saya	II	III/IV	IV
Tinggi	III	III/IV	III/IV	IV

Langkah 4. Lengkapi Pengendalian Infeksi Izin Pembangunan

Pengendalian infeksi Izin Pembangunan	
Deskripsi Proyek / Number :	Project Type : _____Maintenance _____Renovasi _____ Demolition Konstruksi _____ Other :

Perkiraan Tanggal Mulai :		Estimasi Penyelesaian :			
Fasilitas Project Manger :		Nomor Telepon :			
Proyek Kontraktor :		Nomor Telepon :			
Pengendalian Infeksi Petugas :		Nomor Telepom :			
Lokasi :		Supervisor area/ Nomor Telpon :			
Konstruksi Type : (Lingkaran Satu ) ABCD		Resiko Kelompok (Lingkaran Satu) Sedang Rendah Sedang-Tinggi Tinggi		Risk Asessment (Lingkaran Satu) I II III III/IV IV	
Proyeksi Utilitas padam berdampak Pengendalian Infeksi (Tandai semua yang berlaku)					
Elektris	Air minum	HVAC	Vacuum Medis	Penjahit	Lain :
Daftar Semua Peralatan Kontruksi yang dapat Menghasilkan Kebisingan, Getaran, dan/atau interferensi dengan Medical Equipment (Electro Magnetic Interference)					

Pencegahan dan Pengendalian Tindakan (Tandai semua yang berlaku)	
Penilaian Resiko	
Saya	<ul style="list-style-type: none"><li>- Gunakan praktek yang akan meminimalkan generasi debu dari operasi konstruksi</li><li>- Segera mengganti ubin langit-langit pengungsi untuk inspeksi visual</li></ul>
II	<ul style="list-style-type: none"><li>- Menyediakan sarana (misalnya, api-rated terpal plastik) untuk mencegah debu di udara dari menyebar ke atmosfer</li><li>- Permukaan kerja kabut air untuk mengendalikan debu sementara pemotongan</li><li>- Kursi pintu yang tidak terpakai dengana taktik yang rendah</li><li>- Blok off dan menutup ventilasi udara</li><li>- Lap permukaan dengan desinfektan</li><li>- Mengandung limbah konstruksi sebelum transportasi dalam wadah tertutup rapat</li><li>- Pel basah dan/atau vakum dengan HEPA disaring vakum sebelum meninggalkan area kerja</li><li>- Isolat sistem HVAC di area kerja</li></ul>
III	<ul style="list-style-type: none"><li>- Isolat sistem HVAC di area kerja</li><li>- Instal hambatan-api dinilai atau menerapkan metode kubus kontrol sebelum konstruksi dimulai</li><li>- Menjaga tekanan udara negatf dalam area kerja, memanfaatkan HEPA</li></ul>

	<p>dilengkapi penyaringan udara unit</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Jauhkan hambatan dalam kebijaksanaan sampai proyek selesai dan daerah ini dibersihkan oleh rumah tangga</li><li>- Area kerja Vacuum HEPA Vacuums dengan disaring sering</li><li>- Lap permukaan dengan desinfektan</li><li>- Hapus hambatan hati-hati untuk meminimalkan penyebaran kotoran dan puing-puing yang terkait konstruksi</li><li>- Mengandung limbah konstruksi sebelum transportasi</li><li>- Transportasi kontainer limbah sampul atau gerobak, tipe penutup jika penutup atau selimut yang tidak ketat</li></ul>
IV	<ul style="list-style-type: none"><li>- Isolasi sistem HVAC di area kerja</li><li>- Instalasi hambatan api dinilai atau menerapkan metode kubus kontrol sebelum konstruksi dimulai</li><li>- Menjaga tekanan udara negatif dalam area kerja, memanfaatkan HEPA dilengkapi penyaringan udara unit</li><li>- Lubang seal, pipa, saluran, dan tusukan tepat</li><li>- Membangun serambi dan mewajibkan semua personel untuk melewati ruangan ini sehingga kemudian dapat disedot dengan HEPA vacuum cleaner sebelum meninggalkan area kerja, atau memakai kain atau baju kertas yang dikeluarkan setiap kali mereka meninggalkan area kerja</li><li>- Mengharuskan semua personel memasuki area kerja untuk memakai sepatu mencakup</li><li>- Jauhkan hambatan dalam kebijaksanaan sampai proyek selesai dan dibersihkan oleh rumah tangga</li><li>- Vacuum bekerja dengan Vacuums HEPA-disaring setiap hari atau lebih sering sesuai kebutuhan</li><li>- Daerah sekitarnya pel basah dengan desinfektan setiap hari atau lebih sering sesuai kebutuhan</li><li>- Hapus hambatan sedemikian pula untuk meminimalkan penyebaran kotoran dan puing-puing yang terkait dengan konstruksi</li><li>- Mengandung limbah sampul atau gerobak, tipe penutup jika tutup atau selimut yang tidak ketat</li></ul>
Strategi Risk Reduction-Lain	
<ul style="list-style-type: none"><li>- Jauhkan pintu pasien berdekatan dengan wilayah pembangunan ditutup</li><li>- Seal jendela eksterior untuk meminimalkan infiltrasi dari puing-puing penggalian</li><li>- Tentukan rute alternatif di fasilitas yang memutar staf, pasien, dan pengunjung di sekitar lokasi konstruksi</li><li>- Jadwal proyek konstruksi utama selama bulan-bulan musim dingin ketika risiko infeksi jamur yang terendah</li></ul>	



<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tentukan konstruksi-satunya lift, pintu masuk, dan jalan untuk kru konstruksi</li> <li>- Hapus puing bangunan melalui jendela dilantai di atas permukaan tanah</li> <li>- Relokasi pasien beresiko tinggi ke suatu daerah dihapus dari situs konstruksi</li> <li>- Pasang petunjuk yang berkaitan dengan entri non-resmi ke area kerja</li> <li>- Area penyimpanan Tentukan bahan bangunan</li> <li>- Melatih dan mendidik staf kesehatan, pekerja fasilitas, pekerja konstruksi (Tandai semua yang berlaku) :</li> </ul> <p>Kontrol pengendalian infeksi Paparan Rencan, Kimia Berbahaya, Hidup Keselamatan, Pelaporan Kecelakaan, first Aid, Alat Pelindung Diri, Pelaporan Keadaan darurat lingkungan yang tak terduga (Misalnya, tambal cat, asbes,dll)</p> <p>Lain :</p>
--

Langkah 5. Lengkapi monitoring harian untuk memastikan pekerja / kontraktor mengikuti pedoman pengendalian infeksi dan kebijakan

Checklist Pengendalian Infeksi Selama Konstruksi/Renovasi			
Inspektur	Lokasi	Date :	Waktu
Hambatan		Penanganan Air	
	Tanda - tanda konstruksi dipotong		Semua jendela di belakang penghalang ditutup
	Pintu ditutup dan disegel dengan benar		Tekanan udara negatif di pintu masuk penghalang
	Lubang, pipa, saluran, tusukan, dll disegel		Unit aliran udara portabel yang digunakan untuk menjaga tekanan berjalan negatif
	Hambatan debu utuh dan desegel		
	Lantai dan horisontal permukaan bebas dari debu	Sampah dan Debris	
	Ubin langit - langit bebas dari kelembaban		Tidak ada bukti nyata serangga (lalat)
Traffic control			Sampah yang ditempatkan dalam wadah yang sesuai
	Semua pintu dan keluar bebas dari kotoran		Pembersihan rutin dilakukan di wilayah kerja
	Terbatas untuk pekerja konstruksi dan staf penting		“Sticky” debu tikar tepat ditempatkan/bersih

			Tidak ada bukti debu diluar area konstruksi
Alat Pelindung Diri (APD)			Debris dihapus dalam wadah tertutup harian
	Pekerja memakai APD yang sesuai		Diatur kontainer limbah medis dikeluarkan dari area kerja sebelum pekerjaan dimulai

Langkah 6. Menyelesaikan pemeriksaan pengendalian infeksi akhir setelah selesainya konstruksi /renovasi

<div>Checklist Pengendalian infeksi</div> <div>Akhir Setelah Penyelesaian Konstruksi/Renovasi</div>			
Inspektur :	Lokasi :	Date :	Waktu :
Peralatan			
	Dispenser sabun terpasang dan diisi		Handuk dispenser terpasang diisi
	Sinks fungsional		Benda tajam kontainer terpasang dengan benar
Ventilasi			
	Hubungan tekanan yang tepat diverifikasi		Asupan udara / ventilasi bebas dari penutup pelindung

IX. Koordinasi Monev (Monitoring Dan Evaluasi) Pendidikan dan Pelatihan PMKP

Kooordinasi monitoring dan evaluasi pendidikan dan pelatihan PMKP di lakukan dengan menggunakan tahapan :

1. Pencacatan
 

Adalah pencatatan dari masing-masing proses pendidikan dan pelatihan PMKP
2. Pelaporan program
 

Laporan proses pendidikan dan pelatihan dari program PMKP dilaporkan tiap 3 (tiga) bulan sekali ke direktur serta 1 (satu) tahun sekali ke direktur dan laporan sesuai capaian sasaran/target
3. Evaluasi program :
 

Evaluasi pelaksanaan program sesuai sasaran/target adalah satu kali dalam setahun pada bulan Desember diakhir tahun oleh Komite Mutu dilaporkan ke direktur dan laporkan dengan membuat buku laporan tahunan komite mutu.

#### X. Monitoring & Evaluasi Surveillance, PPI

Pengendalian infeksi nosokomial adalah suatu kegiatan untuk meminimalkan atau mencegah terjadinya infeksi nosokomial, salah satu program dari pengendalian infeksi nosokomial adalah *surveillance*. Kegiatan *surveillance* infeksi nosokomial merupakan suatu aktifitas yang penting dan luas dalam program pengendalian infeksi dan baru dilakukan untuk mencapai keberhasilan program infeksi.

*Surveillance* infeksi nosokomial adalah suatu proses yang dinamis, sistematis, terus menerus, dalam pengumpulan identifikasi analisis dan interpretasi dari data kesehatan yang penting pada suatu populasi spesifik untuk digunakan dalam perencanaan, penerapan dan evaluasi suatu tindakan yang berhubungan dengan kesehatan yang didesiminasikan secara berkala kepada pihak-pihak yang memerlukan.

Tahapan proses *surveillance* adalah :

1. Identifikasi populasi
2. Seleksi outcome atau proses *surveillance*
3. Gunakan definisi *surveillance*
4. Mengumpulkan data
5. Menghitung dan menganalisa data infeksi
6. Stratifikasi
7. Laporan dan rekomendasi tindak lanjut

Jenis yang dilakukan *surveillance* pada infeksi nosokomial di PPI adalah :

1. ILO, luka operasi akibat tindakan operasi bersih dikamar bedah
2. ISK adalah infeksi yang terjadi pada saluran kemih yang timbul akibat infeksi nosokomial, ISK dibagi menjadi 3 (tiga) yaitu simtomatis, asimtomatis dan infeksi saluran kemih lainnya
3. IADP adalah infeksi lain pada waktu culture darah dinyatakan positif. Episode infeksi aliran darah, sekunder terhadap kateter intravena atau arteri adalah khas dalam klarifikasi infeksi aliran darah primer
4. VAV (*Ventilator Associated Pneumonia*) adalah kejadian pneumonia pada pasien yang memakai ventilator
5. Plebitis adalah infeksi pada aliran darah yang diakibatkan oleh tusukan jarum infuse dalam waktu lebih dari 2X24 jam pada pasien yang tirah baring

#### XI. Monitoring & Evaluasi Pelaksanaan Kontrak

Monitoring dan Evaluasi pelaksanaan kontrak mulai dari input, proses dan output pelaksanaan kontrak oleh bagian pengadaan terdiri atas penilaian kualitas mutu.

#### XII. Monitoring & Evaluasi Penilaian Kinerja Unit

Monitoring dan evaluasi pelaksanaan penilaian kinerja unit mulai dari input, proses dan output pelaksanaan penilaian kinerja unit oleh BIDANG KEPEGAWAIAN DAN DIKLAT terdiri atas indikator mutu/SPM (Standar Pelayanan Minimal), KPI (*Key Performance Indikator*) dari masing-masing unit rumah sakit.

### XIII. Monitoring & Evaluasi Penilaian Kinerja Individu (Profesi dan Staf)

Terdiri atas penilaian terhadap uraian tugas staf */clinical pervelege* dokter/perawat, penunjang monitoring dan evaluasi penilaian kinerja individu diperoleh dari koordinasi dengan BIDANG KEPEGAWAIAN DAN DIKLAT yang dapat dilihat dari pelaksanaan penilaian setiap yang dapat dilihat dari penilaian pelaksanaan

### XIV. Pelaporan ke direktur dan laporan tentang kegiatan komite mutu

#### A. Laporan Bulanan

1. Laporan yang disusun setiap bulan meliputi laporan indikator mutu dari unit ke komite mutu
2. Laporan indikator mutu dari komite mutu ke direktur
3. Laporan kegiatan hasil realisasi kegiatan program mutu, rekomendasi, solusi dan tindak lanjut ke direktur

#### B. Laporan Tri Bulan

1. Laporan yang disusun setiap 3 (tiga) bulan
2. Isi : hasil rekapitulasi indikator mutu, usulan, pencapaian, permasalahan, rekomendasi dan tindak lanjut
3. Rekapitulasi laporan bulanan berisi laporan hasil kegiatan capaian program komite mutu, permasalahan rekomendasi dan tindak lanjut
4. Laporan tribulan diserahkan kepada Direktur Utama

#### C. Laporan Tahunan

Laporan Tahunan yang disusun oleh Komite Mutu Meliputi :

1. Laporan kebijakan, panduan SPO tentang mutu
2. Laporan indikator Mutu (Indikator Area Klinis, Area Manajerial, dan Sasaran Keselamatan Pasien )
3. Laporan pelaksanaan program keselamatan pasien (Insiden Keselamatan Pasien Investigasi, *Clinical Risk Management*)
4. Laporan hasil kegiatan tentang panduan praktek klinik dan clinical pathway
5. Laporan Assesmen resiko secara proaktif
6. Laporan pendidikan dan pelatihan PMKP
7. Laporan surveillance, Monitoring & Evaluasi PPI
8. Laporan Monitoring dan Evaluasi Pelaksanaan Kontrak
9. Laporan Monitoring dan evaluasi penilaian Kinerja Unit dan Individu (Profesi dan Staf)
10. Laporan hasil kegiatan program mutu lainnya
11. Laporan hasil capaian kegiatan dibandingkan dengan program yang telah disetujui dalam RKA tahun yang telah berjalan
12. Laporan pemerintahan pelaksanaan program kegiatan mutu
13. Laporan rekomendasi
14. Tindak lanjut

## BAB V

### LOGISTIK

#### A. Permintaan Barang (Stock) ke Logistik

Logistik merupakan segala sesuatu baik sarana, prasarana dan semua barang diperlukan untuk komite peningkatan mutu keselamatan pasien dalam rangka melaksanakan peningkatan mutu dan keselamatan pasien di RSUD dr. Murjani Sampit. Adapun prosedur yang perlu diperhatikan dalam proses permintaan barang (stock) ke logistik :

1. Petugas mutu menulis permintaan barang (stock) melalui blangko permintaan barang yang sudah disediakan oleh Bagian Logistik.
2. Blangko permintaan barang yang dibutuhkan ditanda tangani oleh ketua komite PMKP.
3. Petugas mutu menyerahkan blangko permintaan barang kepada bagian logistik paling lambat tanggal 6 (enam) setiap bulan.
4. Petugas Logistik menerima blangko permintaan dari bagian komite mutu.
5. Pada hari berikutnya petugas mutu mengambil barang yang telah diminta ke Bagian Logistik.
6. Petugas mutu melakukan pengecekan antara blangko permintaan dengan barang yang diserahkan.
7. Apabila barang yang diserahkan sesuai dengan permintaan, petugas mutu menandatangani permintaan pada blangko permintaan.
8. Barang yang sesuai dibawa ke Bagian Mutu dan dilakukan pengecekan ulang oleh petugas mutu yang lainnya.
9. Barang yang telah diterima dicatat oleh petugas mutu kedalam kartu inventaris barang logistik.
10. Petugas mutu menempatkan Barang pada tempat yang sudah disediakan.

#### B. Permintaan Barang (Non Stock) ke Logistik

Adapun prosedur yang perlu diperhatikan dalam proses permintaan barang (Non Stock) ke logistik yaitu :

1. Petugas mutu membuat Permintaan Pembelian (PP) melalui blangko permintaan yang sudah disediakan oleh bagian Logistik.
2. Blangko Permintaan Pembelian barang dicetak dan dibutuhkan tanda tangan oleh Ketua Komite Mutu.
3. Petugas mutu mencatat ke dalam Buku ekspedisi Permintaan Pembelian barang.
4. Petugas mutu menyerahkan blangko permintaan pembelian barang kepada logistik.
5. Petugas logistik menerima Blangko Permintaan Pembelian lalu menandatangani buku ekspedisi Permintaan Pembelian.
6. Barang akan diproses oleh Petugas Logistik.

7. Petugas Logistik menghubungi Petugas Mutu apabila barang telah ada dan dapat diambil.
  8. Petugas mutu mengambil barang lalu mengecek kesesuaian barang berupa :
    - a. Kondisi Barang
    - b. Jumlah Barang yang diminta dengan barang yang ada
  9. Barang yang telah sesuai dibawa dan dicatat tanggal penerimaan barang pada buku ekspedisi Permintaan Pembelian Mutu.
  10. Barang yang telah dibawa oleh petugas dilakukan pengecekan ulang, adapun yang dicek yaitu :
    - a. Kondisi Barang
    - b. Jumlah Barang
    - c. Tanggal *expired* barang
  11. Selanjutnya petugas mutu mencatat tanggal diterima barang dan tanggal pertama kali digunakan barang.
  12. Setelah dicatat tanggal terima barang dan pertama kali digunakan barang, selanjutnya barang ditempatkan kedalam tempat yang tersedia.
- C. Permintaan barang sesuai dengan RKA

Rencana kerja adalah dokumen yang dihasilkan dari kegiatan merancang sistem manajemen yang melibatkan seluruh komponen RSUD dr. Murjani Sampit mengenai apa dan siapa yang akan melakukannya dan langkah-langkah yang akan dilakukan guna mencapai hasil yang efektif.

Anggaran adalah suatu rencana kerja yang dinyatakan secara kuantitatif yang diukur dalam satuan moneter standart dan ukuran untuk jangka waktu 1 (satu) tahun.

Permintaan barang/anggaran RKA (Rencana Kegiatan Anggaran) yang telah diusulkan dan telah disetujui oleh direktur diinformasikan ke unit untuk direalisasikan pelaksanaannya di komite mutu. Dengan langkah sebagai berikut :

1. Anggaran masing-masing bidang dan instalasi bisa dilihat dalam RKA.
2. Untuk mengajukan realisasi anggaran kepada direktur dicantumkan dengan format yang telah ditentukan.
3. Untuk mengajukan diluar anggaran yang telah disetujui kegiatan atau barang tidak tercantum dalam RKA untuk mencantumkan nomor anggaran yang dialih gunakan atau switching.

## BAB VI

### KESELAMATAN PASIEN

#### A. Pengertian

Merupakan suatu sistem yang membuat asuhan pasien di Rumah Sakit menjadi lebih aman. Sistem ini mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.

#### B. Tujuan

Terlaksananya data yang valid dalam proses kegiatan keselamatan pasien diseluruh unit RS dalam rangka mendukung mutu pelayanan dan keselamatan pasien.

#### C. Kegiatan terdiri atas

Terlaksananya monitoring dan evaluasi kegiatan keselamatan pasien antara lain :

1. FMEA
2. RCA
3. Manajemen Risk
4. Pelaporan Insiden
5. Sentinel
6. KTD
7. KTC
8. KNC

Monitoring tersebut dari masing-masing unit dalam pelaksanaan rekomendasi, tindak lanjut dan redesain sesuai kebutuhan dalam rangka proses kegiatan keselamatan pasien sesuai data yang valid.

## BAB VII

### KESELAMATAN KERJA

#### A. Keselamatan Kerja

##### 1. Pengertian

Keselamatan kerja adalah sebagian ilmu pengetahuan yang menerapkannya sebagai unsur-unsur penunjang seorang karyawan agar selamat saat sedang bekerja dan setelah mengerjakan pekerjaannya. Unsur penunjang keselamatan kerja, yaitu adanya unsur keamanan dan kesehatan kerja, kesadaran keamanan dan kesehatan kerja, teliti dalam bekerja dan melaksanakan prosedur kerja.

Undang-undang No. 23 Tahun 1992 menyatakan bahwa tempat kerja wajib menyelenggarakan upaya kesehatan kerja adalah tempat kerja yang mempunyai resiko bahaya kesehatan, mudah terjangkit penyakit atau mempunyai paling sedikit 10 (sepuluh) orang. Rumah sakit adalah tempat kerja yang termasuk dalam kategori seperti disebut diatas, berarti wajib menerapkan upaya keselamatan dan kesehatan kerja. Program keselamatan dan kesehatan kerja di unit komite mutu bertujuan melindungi karyawan dan pelanggan dari kemungkinan terjadinya kecelakaan di dalam dan di luar rumah sakit.

Dalam Undang-Undang Dasar 1945 pasal 24 ayat (2) disebutkan bahwa “setiap warga negara berhak atas pekerjaan dan penghidupan yang layak bagi kemanusiaan”. Dalam hal ini yang dimaksud pekerjaan adalah pekerjaan yang bersifat manusiawi, yang memungkinkan pekerja berada dalam kondisi sehat dan selamat, bebas dari kecelakaan dan penyakit akibat kerja, sehingga dapat hidup layak sesuai dengan martabat manusia.

Keselamatan dan kesehatan kerja atau K3 merupakan bagian internal dari perlindungan terhadap pekerja dalam hal ini pegawai unit Rekam Medik dan perlindungan terhadap Rumah Sakit. Pegawai adalah bagian internal dari rumah sakit. Jaminan keselamatan dan kesehatan kerja akan mengakibatkan produktivitas pegawai dan meningkatnya produktivitas rumah sakit.

Pemerintah berkepentingan atas keberhasilan dan kelangsungan semua usaha-usaha masyarakat. Pemerintah berkepentingan melindungi masyarakat termasuk para pegawai dari bahaya kerja. Sebab itu pemerintah mengatur dan mengawasi pelaksanaan keselamatan dan kesehatan kerja. Undang-Undang No. 1 tahun 1970 tentang Keselamatan Kerja dimaksudkan untuk menjamin :

- a. Agar pegawai dan setiap orang yang berada ditempat kerja selalu berada dalam keadaan sehat dan selamat.
- b. Agar faktor-faktor produksi dapat dipakai dan digunakan secara efisien.
- c. Agar proses produksi dapat berjalan secara lancar tanpa hambatan. Faktor-faktor yang menimbulkan kecelakaan dan penyakit akibat kerja dapat digolongkan pada tiga kelompok, yaitu :
  - 1) Kondisi dan lingkungan kerja



- 2) Kesadaran dan kualitas pekerja, dan
- 3) Peran dan kualitas manajemen

Dalam kaitannya dengan kondisi dan lingkungan kerja, kecelakaan dan penyakit akibat kerja dapat terjadi bila :

- 1) Peralatan tidak memenuhi standar kualitas atau bila sudah aus;
- 2) Alat-alat produksi tidak disusun secara teratur menurut tahapan proses produksi;
- 3) Ruang kerja terlalu sempit, ventilasi udara kurang memadai, ruangan terlalu panas atau terlalu dingin;
- 4) Tidak tersedia alat-alat pengaman;
- 5) Kurang memperhatikan persyaratan penanggulangan bahaya kebakaran dll.

## 2. Tujuan

- a. Untuk tercapainya kesehatan dan keselamatan karyawan saat bekerja dan setelah bekerja
- b. Untuk lebih meningkatkan kinerja saat omzet perusahaan
- c. Kegiatan rumah sakit berjalan lancar tanpa adanya hambatan
- d. Tingkat produktifitas yang optimal

## 3. Keselamatan Umum

### a. Tempat kerja

Tempat kerja diperlukan ruang kerja yang sesuai jumlah BIDANG KEPEGAWAIAN DAN DIKLAT suasana tenang dan terdapat ruang untuk penempatan data, sarana dan prasarana dan BIDANG KEPEGAWAIAN DAN DIKLAT mutu.

### b. Ergonomis

Ergonomis lingkungan kerja BIDANG KEPEGAWAIAN DAN DIKLAT di unit mutu harus sesuai standar ergonomis dari meja, kursi dan komputer/laptop.

### c. Cahaya

Cahaya tempat kerja harus terang karena kegiatan banyak menginput data dan analitik serta deskriptik.

### d. Pencegahan mata

Bidang kepegawaian dan diklat mutu sering bekerja didepan komputer atau laptop yang terdapat resiko radiasi cahaya komputer atau laptop maka perlu *screen server* laptop atau komputer secara dukungan kaca mata dan vitamin untuk mata.

### e. Tersengat listrik

Tempat kerja banyak peralatan yang berhubungan dengan listrik sehingga resiko tersengat listrik dan konsleting listrik sehingga mengakibatkan kerusakan

data atau sistem informasi sehingga diperlukan dukungan sarana ruang, tata lokasi listrik dan bahan listrik yang sesuai standart.

f. Kebakaran

Bidang kepegawaian dan diklatdilatih pencegahan kebakaran dilingkungan RS.

g. Banjir

Dilakukan pencegahan banjir saat akan kerja, pulang kerja dan saat kerja bila terjadi proses banjir dengan koordinasi petugas K3 atau petugas siaga bencana.

h. Keamanan data

Keamanan data mutu hanya bisa diakses oleh orang-orang tertentu yang mempunyai kode di tiap-tiap ruang atau orang yang terlibat dalam mutu.

i. APD

Diperlukan jika kita melakukan monitoring dan evaluasi saat melakukan kunjungan kelapangan sesuai unit yang dituju didalam perawatan/ pelayanan RS sesuai kebutuhan antara lain. Menggunakan masker, sarung tangan.

j. Cuci tangan standar WHO

Cuci tangan sesuai 5 (lima) momen yaitu saat monitoring keruang pelayanan pasien :

- 1) Sebelum menyentuh pasien
- 2) Setelah menyentuh pasien
- 3) Sebelum melakukan tindakan aseptik/ prosedur
- 4) Setelah kontak dengan cairan yang berisiko
- 5) Setelah kontak dengan lingkungan pasien

## BAB VIII

### PENGENDALIAN MUTU

Agar upaya peningkatan mutu RSUD dr. Murjani Sampit dapat dilaksanakan secara efektif dan efisien maka diperlukan adanya kesatuan bahasa tentang konsep dasar upaya peningkatan mutu pelayanan.

#### A. Mutu Pelayanan RSUD dr. Murjani Sampit

##### 1. Pengertian mutu

Pengertian mutu beraneka ragam dan dibawah ini ada beberapa pengertian yang secara sederhana melukiskan apa hakekat mutu.

- a. Mutu adalah tingkat kesempurnaan suatu produk atau jasa.
- b. Mutu adalah expertise, atau keahlian dan keterkaitan (commitment) yang selalu dicurahkan pada pekerjaan.
- c. Mutu adalah kegiatan tanpa salah dalam melakukan pekerjaan.

##### 2. Definisi mutu pelayanan RSUD dr. Murjani Sampit

Adalah derajat kesempurnaan pelayanan RSUD dr. Murjani Sampit untuk memenuhi kebutuhan masyarakat konsumen akan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar profesi dan standar pelayanan dengan menggunakan potensi sumber daya yang tersedia di RSUD dr. Murjani Sampit secara wajar, efisien dan efektif serta diberikan secara aman dan memuaskan sesuai dengan norma, etika, hukum dan sosial budaya dengan memperhatikan keterbatasan dan kemampuan RSUD dr. Murjani Sampit dan masyarakat konsumen.

##### 3. Pihak yang berkepentingan dengan mutu

Banyak pihak yang berkepentingan dengan mutu, yaitu :

- a. Konsumen
- b. Pembayar/perusahaan/asuransi
- c. Manajemen RSUD dr. Murjani
- d. Karyawan RSUD dr. Murjani
- e. Masyarakat
- f. Pemerintah
- g. Ikatan profesi

Setiap kepentingan yang disebut diatas berbeda sudut pandang dan kepentingannya terhadap mutu. Karena itu mutu adalah multi dimensional.

##### 4. Dimensi mutu

Dimensi atau aspeknya adalah :

- a. Keprofesian
- b. Efisiensi
- c. Keamanan pasien
- d. Kepuasan pasien
- e. Aspek sosial budaya

#### 5. Mutu terkait dengan Input, Proses, *Output* dan *Outcome*

Pengukuran mutu pelayanan kesehatan dapat diukur dengan menggunakan 4 (empat) variabel, yaitu :

- a. Input, ialah segala sumber daya yang diperlukan untuk melakukan pelayanan kesehatan, seperti tenaga, dana, obat, fasilitas, peralatan, bahan, teknologi, organisasi, informasi, dan lain-lain. Pelayanan kesehatan yang bermutu memerlukan dukungan input yang bermutu pula. Hubungan struktur dengan mutu pelayanan kesehatan adalah dalam perencanaan dan penggerakan pelaksanaan pelayanan kesehatan.
- b. Proses, merupakan aktivitas dalam bekerja, adalah merupakan interaksi profesional antara pemberi pelayanan dengan konsumen (pasien/masyarakat). Proses ini merupakan variabel penilaian mutu yang penting.
- c. *Output*, ialah jumlah pelayanan yang dilakukan oleh unit kerja/ rumah sakit.
- d. *Outcome*, ialah hasil pelayanan kesehatan, merupakan perubahan yang terjadi pada konsumen (pasien/masyarakat), termasuk kepuasan dari konsumen tersebut.

RSUD dr. Murjani adalah suatu institusi pelayanan kesehatan yang kompleks, padat pakar dan padat modal. Kompleksitas ini muncul karena pelayanan di RSUD dr. Murjani menyangkut berbagai fungsi pelayanan, serta mencangkup berbagai tingkatan maupun jenis disiplin. Agar RSUD dr. Murjani mampu melaksanakan fungsi yang demikian kompleks, harus memiliki sumber daya manusia yang profesional baik dibidang teknis medis maupun administrasi kesehatan. Untuk menjaga dan meningkatkan mutu, RSUD dr. Murjani harus mempunyai suatu ukuran yang menjamin peningkatan mutu disemua tingkatan.

Pengukuran mutu pelayanan RSUD dr. Murjani diawali dengan penilaian akreditasi RSUD dr. Murjani yang mengukur dan memecahkan masalah pada tingkat input dan proses. Pada kegiatan ini RSUD dr. Murjani harus menetapkan standar input, proses, *output*, dan *outcome*, serta membakukan seluruh standar prosedur yang telah ditetapkan. RSUD dr. Murjani dipacu untuk dapat menilai diri (*self assesment*) dan memberikan pelayanan sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan. Sebagai kelanjutan untuk mengukur hasil kerjanya perlu ada latar ukur yang lain, yaitu instrumen mutu pelayanan RSUD dr. Murjani yang menilai dan memecahkan masalah pada hasil (*output* dan *outcome*). Tanpa mengukur hasil kinerja RSUD dr. Murjani tidak dapat diketahui apakah input dan proses yang baik telah menghasilkan *ouput* yang baik pula. Indikator RSUD dr. Murjani disusun dengan tujuan untuk dapat mengukur kinerja mutu RSUD dr. Murjani secara nyata.

#### B. Upaya Peningkatan Mutu Pelayanan RSUD dr. Murjani

Upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan dapat diartikan keseluruhan upaya dan kegiatan secara komprehensif dan integratif memantau dan menilai mutu pelayanan

RSUD dr. Murjani, memecahkan masalah-masalah yang ada dan mencari jalan keluarnya, sehingga mutu pelayanan RSUD dr. Murjani akan menjadi lebih baik.

Di RSUD dr. Murjani upaya peningkatan mutu pelayanan adalah kegiatan yang bertujuan memberikan asuhan atau pelayanan sebaik-baiknya kepada pasien. Upaya peningkatan mutu pelayanan RSUD dr. Murjani akan sangat berarti dan efektif bilamana upaya peningkatan mutu menjadi tujuan sehari-hari dari setiap unsur di RSUD dr. Murjani termasuk pimpinan, pelaksanaan pelayanan langsung dan staf penunjang.

Upaya peningkatan mutu termasuk kegiatan yang melibatkan mutu asuhan atau pelayanan dengan penggunaan sumber daya secara tepat dan efisien. Walaupun disadari bahwa mutu memerlukan biaya, tetapi tidak berarti mutu yang lebih baik selalu memerlukan biaya lebih banyak atau mutu rendah biayanya lebih sedikit.

Berdasarkan hal diatas maka disusunlah definisi dan tujuan dari upaya peningkatan mutu pelayanan RSUD dr. Murjani.

1. Definisi Upaya Peningkatan Mutu Pelayanan RSUD dr. Murjani

Adalah keseluruhan upaya dan kegiatan yang komprehensif dan integratif yang menyangkut input, proses dan output secara objektif, sistematis dan berlanjut memantau dan menilai mutu dan keawajaran pelayanan terhadap pasien, dan memecahkan masalah-masalah yang terungkap sehingga pelayanan yang diberikan di RSUD dr. Murjani berdaya guna dan berhasil guna.

2. Tujuan Upaya Peningkatan Mutu Pelayanan RSUD dr. Murjani

Tujuan Umum :

Meningkatkan pelayanan kesehatan melalui upaya peningkatan mutu pelayanan RSUD dr. Murjani secara efektif efisien agar tercapai derajat kesehatan yang optimal.

Tujuan Khusus :

Tercapainya peningkatan mutu pelayanan RSUD dr. Murjani melalui :

- a. Optimasi tenaga, sarana, dan prasarana.
- b. Pemberian layanan sesuai dengan standar profesi dan standar pelayanan yang dilaksanakan secara menyeluruh dan terpadu sesuai dengan kebutuhan pasien.
- c. Pemanfaatan teknologi tepat guna, hasil penelitian dan pengembangan pelayanan kesehatan.

3. Indikator mutu

Indikator mutu RSUD dr. Murjani meliputi indikator klinik, indikator yang berorientasi pada waktu dan indikator ratio yang berdasarkan pada efektifitas (*effectiveness*), efisiensi (*efficiency*), keselamatan (*safety*) dan kelayakan (*appropriateness*).

4. Strategi

Untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan RSUD dr. Murjani maka disusunlah strategi sebagai berikut :

- a. Setiap petugas harus memahami dan menghayati konsep dasar dan prinsip mutu pelayanan RSUD dr. Murjani sehingga dapat menerapkan langkah-langkah upaya peningkatan mutu dimasing-masing mutu kerjanya.
- b. Memberi prioritas kepada peningkatan kompetensi sumber daya manusia di RSUD dr. Murjani, serta upaya meningkatkan kesejahteraan karyawan.
- c. Menciptakan budaya mutu di RSUD dr. Murjani, termasuk didalamnya menyusun program mutu RSUD dr. Murjani dengan pendekatan PDSA *cycle*.

#### 5. Pendekatan Pemecahan Masalah

Pendekatan pemecahan masalah merupakan suatu proses siklus (daur) yang berkesinambungan. Langkah pertama dalam proses siklus ini adalah identifikasi masalah. Identifikasi masalah merupakan bagian sangat penting dari seluruh proses siklus (daur), karena akan menentukan kegiatan-kegiatan selanjutnya dari pendekatan pemecahan masalah ini. Masalah akan timbul apabila :

- a. Hasil yang dicapai dibandingkan dengan standar yang ada terdapat penyimpangan.
- b. Merasa tidak puas akan penyimpangan tersebut.
- c. Merasa bertanggung jawab atas penyimpangan tersebut.

Dengan telah jelasnya cara memecahkan masalah maka bisa dilakukan tindakan perbaikan. Namun agar pemecahan masalah sudah tuntas, setelah diadakan tindakan perbaikan perlu dinilai kembali apakah masih ada yang tertinggal. Dari penilaian kembali maka akan didapatkan masalah yang telah terpecahkan dan masalah yang masih tetap merupakan masalah sehingga proses siklus akan berulang mulai tahap pertama.

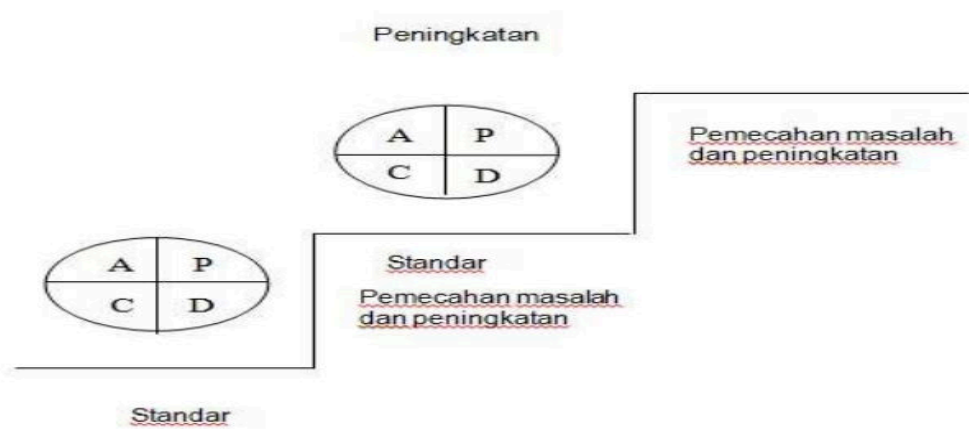
#### C. Pengendalian Kualitas Pelayanan

Pengendalian adalah keseluruhan fungsi atau kegiatan yang harus dilakukan untuk menjamin tercapainya sasaran perusahaan dalam hal kualitas produk dan jasa pelayanan yang diproduksi. Pengendalian kualitas pelayanan pada dasarnya adalah pengendalian kualitas kerja dan proses kegiatan untuk oleh setiap orang dari setiap bagian di RSUD dr. Murjani. Pengertian pengendalian kualitas pelayanan diatas mengacu pada siklus pengendalian (*control cycle*) dengan memutas siklus "*Plan-Do-Study-Action*" (P-D-S-A) = Relaksasi (rencanakan-laksanakan-belajar-aksi). Pola P-D-S-A ini dikenal sebagai "siklus Shewart", karena pertama kali dikemukakan oleh Walter Shewhart beberapa puluh tahun yang lalu. Namun dalam perkembangannya, metodologi analisis P-D-S-A lebih sering disebut "siklus Deming". Hal ini karena Deming adalah orang yang mempopulerkan penggunaannya dan memperluas penerapannya. Dengan nama apapun itu disebut, P-D-S-A adalah alat yang bermanfaat untuk melakukan perbaikan secara terus menerus (*continous improvement*) tanpa berhenti.

Konsep P-D-S-A tersebut merupakan panduan bagi setiap manajer untuk proses perbaikan kualitas (*quality impovement*) secara terus menerus tanpa berhenti tetapi

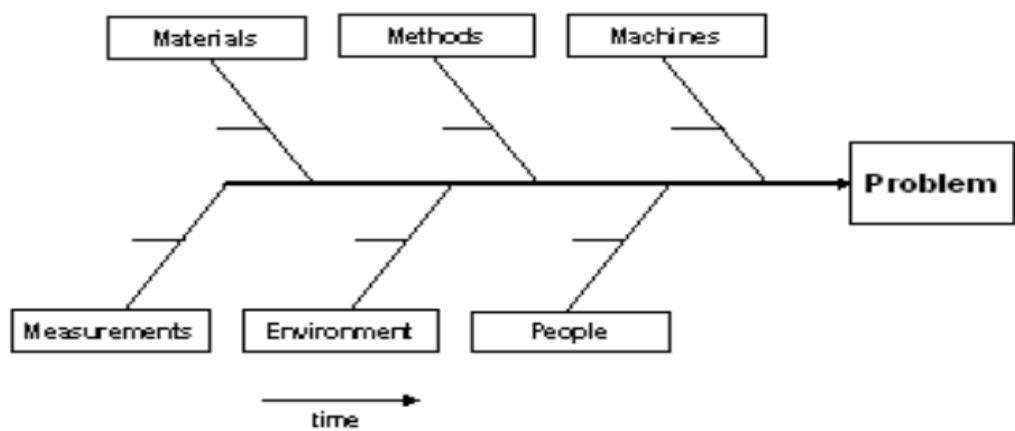
meningkat ke keadaan yang lebih baik dan dijalankan diseluruh bagian organisasi, seperti tampak pada gambar 1.

Dalam gambar 1 tersebut, pengidentifikasian masalah yang akan dipecahkan dan pencarian sebab-sebabnya serta penentuan tindakan koreksinya, harus selalu didasarkan pada fakta. Hal ini dimaksudkan untuk menghindari adanya unsur subyektivitas dan pengambilan keputusan yang terlalu cepat serta keputusan yang bersifat emosional. Selain itu, untuk memudahkan identifikasi masalah yang akan dipecahkan dan sebagai patokan perbaikan selanjutnya perusahaan harus menetapkan standar pelayanan.



Gambar 1. Siklus dan Proses Peningkatan PDCA

Identifikasi masalah dapat dilakukan dengan menggambarkan diagram sebab akibat atau diagram tulang ikan (*fish-bone*). Diagram tulang ikan adalah alat untuk menggambarkan penyebab-penyebab suatu masalah secara rinci. Diagram tersebut memfasilitasi proses identifikasi masalah sebagai langkah awal untuk menentukan fokus perbaikan, mengembangkan ide pengumpulan data, mengenai penyebab terjadinya masalah dan menganalisis masalah tersebut (Koentjoro, 2007). Diagram tulang ikan diperhatikan pada gambar 2.

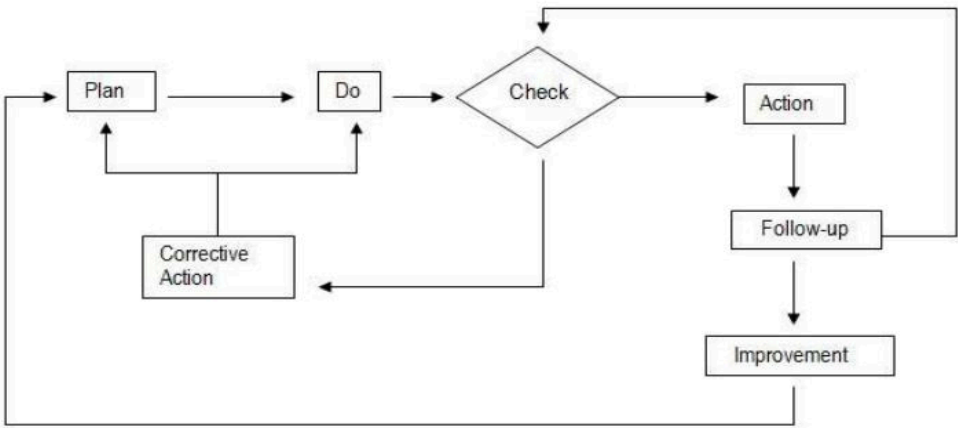


Gambar 2. Diagram Tulang Ikan

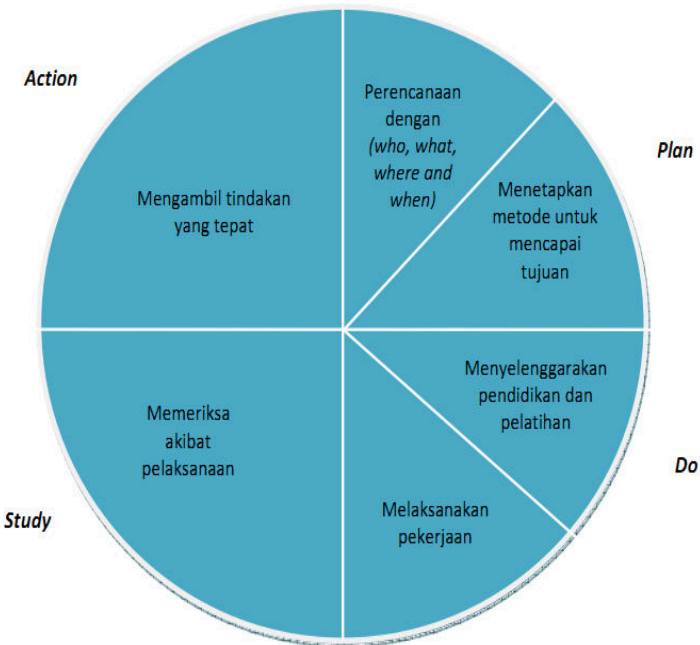
Langkah-langkah menggambarkan diagram tulang ikan :

- 1. Masalah yang akan dianalisis diletakan disebelah kanan (kepala tulang ikan)
- 2. Komponen struktur dan proses masalah diletakan pada sirip ikan (manusia, mesin/peralatan, metode, material, lingkungan)
- 3. Kemudian dilakukan diskusi untuk menganalisa penyebab masalah pada setiap komponen struktur dan proses tersebut.

Hubungan pengendalian kualitas pelayanan dengan peningkatan perbaikan berdasarkan siklus P-D-S-A (Realationship between Control and Improvement under P-D-S-A Cycle) diperhatikan dalam gambar 2. Pengendalian kualitas berdasarkan siklus P-D-S-A hanya dapat berfungsi jika sistem informasi berjalan dengan baik dan siklus tersebut dapat dijabarkan dalam enam langkah seperti diperhatikan dalam gambar 3.



Gambar 3. Relationship Between Control and Improvement Under P-D-S-A Cycle



Gambar 4. Siklus PDSA



Keenam langkah P-D-S-A yang terdapat dalam gambar 4 (empat) diatas dapat dijelaskan sebagai berikut :

1. *Langkah 1. Menentukan tujuan dan sasaran → Plan*

Tujuan dan sasaran yang akan dicapai didasarkan pada kebijakan yang ditetapkan. Penetapan sasaran tersebut ditentukan oleh Kepala RS atau Kepala Divisi. Penetapan sasaran didasarkan pada data pendukung dan analisis informasi. Sasaran ditetapkan secara konkret dalam bentuk angka, harus pula diungkapkan dengan maksud tertentu dan disebarkan kepada semua karyawan. Semakin rendah tingkat karyawan yang hendak dicapai oleh penyebaran kebijakan dan tujuan, semakin rinci informasi.

2. *Langkah 2. Menentukan metode untuk mencapai tujuan → Plan*

Penetapan tujuan dan sasaran dengan tepat belum tentu akan berhasil dicapai tanpa disertai metode yang tepat untuk mencapainya. Metode yang ditetapkan harus rasional, berlaku untuk semua karyawan dan tidak menyulitkan karyawan untuk menggunakannya. Oleh karena itu dalam menetapkan metode yang akan digunakan perlu pula diikuti dengan penetapan standar kerja yang tepat diterima dan dimengerti oleh semua karyawan.

3. *Langkah 3. Menyelenggarakan pendidikan dan latihan → Do*

Metode untuk mencapai tujuan yang dibuat dalam bentuk standar kerja. Agar dapat dipahami oleh petugas terkait, dilakukan program pelatihan para karyawan untuk memahami standar kerja dan program yang ditetapkan.

4. *Langkah 4. Melaksanakan pekerjaan → Do*

Dalam pelaksanaan pekerjaan, selalu terkait dengan kondisi yang dihadapi dan standar kerja mungkin tidak dapat mengikuti kondisi yang selalu dapat berubah. Oleh karena itu, ketrampilan dan pengalaman para karyawan dapat dijadikan modal dasar untuk mengatasi masalah yang timbul dalam pelaksanaan pekerjaan karena ketidaksempurnaan standar kerja yang telah ditetapkan.

5. *Langkah 5. Melakukan pembelajaran akibat pelaksanaan → Study*

Manajer atau atasan perlu memeriksa apakah pekerjaan dilaksanakan dengan baik atau tidak. Jika segala sesuatu telah sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan dan mengikuti standar kerja, tidak berarti pemeriksaan dapat diabaikan. Hal yang harus disampaikan kepada karyawan adalah atas dasar apa pemeriksaan itu dilakukan. Agar dapat dibedakan manakah penyimpangan dan manakah yang bukan penyimpangan, maka kebijakan dasar, tujuan, metode (standart kerja) dan pendidikan harus dipahami dengan jelas baik oleh karyawan maupun manajer. Untuk mengetahui penyimpangan, dapat dilihat dari akibat yang timbul dari pelaksanaan pekerjaan dan setelah itu dapat dilihat dari penyebabnya.

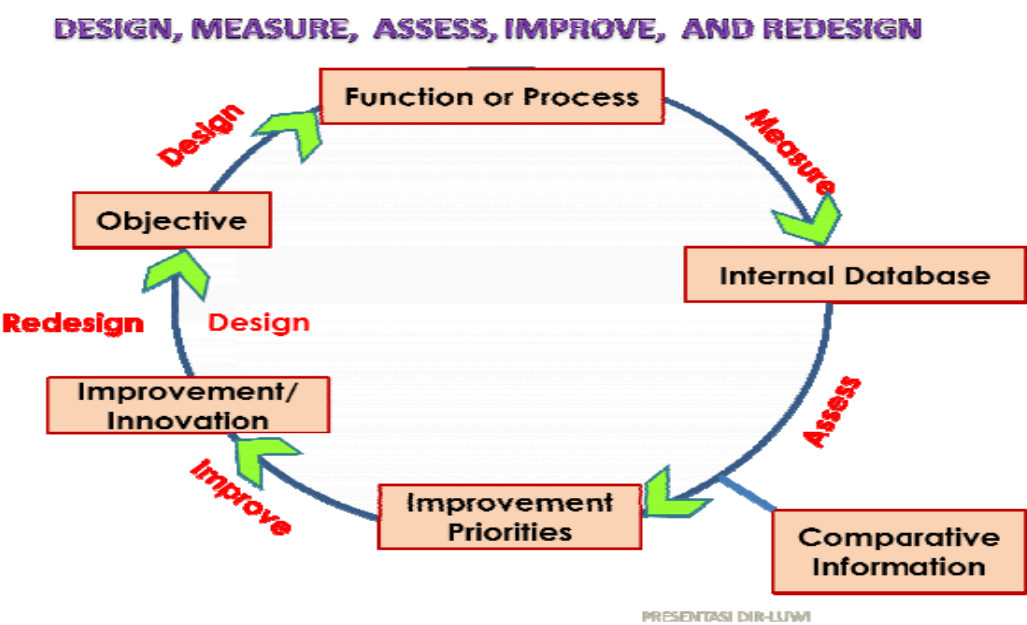
6. *Langkah 6. Mengambil tindakan yang tepat → Action*

Pemeriksaan melalui akibat yang ditimbulkan bertujuan untuk menemukan penyimpangan. Jika penyimpangan telah ditemukan, maka penyebab timbulnya penyimpangan harus ditemukan untuk mengambil tindakan yang tepat agar tidak

terulang lagi penyimpangan. Menyingkirkan faktor-faktor penyebab yang telah mengakibatkan penyimpangan merupakan konsepsi yang penting dalam pengendalian kualitas pelayanan.

Konsep PDCA dengan keenam langkah tersebut merupakan sistem yang efektif untuk meningkatkan kualitas pelayanan. Untuk mencapai kualitas pelayanan yang akan dicapai diperlukan partisipasi semua karyawan, semua bagian dan semua proses. Partisipasi semua karyawan dalam pengendalian kualitas pelayanan diperlukan kesungguhan (sincerety), yaitu sikap yang menolak adanya tujuan yang semata-mata hanya berguna bagi diri sendiri atau menolak cara berfikir dan berbuat yang semata-mata bersifat pragmatis. Dalam sikap kesungguhan tersebut yang dipentingkan bukan hanya sasaran yang akan dicapai, melainkan juga cara bertindak seseorang untuk mencapai sasaran tersebut. Partisipasi semua pihak dalam mengendalikan kualitas pelayanan mencakup semua jenis kelompok karyawan yang secara bersama-sama merasa bertanggung jawab atas kualitas pelayanan dalam kelompoknya. Partisipasi semua proses dalam pengendalian kualitas pelayanan dimaksudkan adalah pengendalian tidak hanya terhadap output, tetapi terhadap hasil setiap proses. Proses pelayanan akan menghasilkan suatu pelayanan berkualitas tinggi, hanya mungkin dapat dicapai jika terdapat pengendalian kualitas dalam setiap tahapan dari proses. Dimana dalam setiap tahapan proses dapat dijamin adanya keterpaduan, kerjasama yang baik antara kelompok karyawan dengan manajemen, sebagai tanggung jawab bersama untuk menghasilkan kualitas hasil kerja dari kelompok, sebagai mata rantai dari suatu proses.

D. Siklus Penatalaksanaan Indikator Sasaran Mutu



Proses pelaksanaan monitoring dan evaluasi dalam peningkatan mutu dan keselamatan pasien menggunakan 5 (lima) siklus yaitu :

1. *Design*

Tahap dalam siklus layanan dan sebuah elemen yang penting didalam suatu perubahan dalam rangka peningkatan mutu dan keselamatan pasien, peran *design* dalam proses perubahan dapat dijelaskan sebagai perancangan dari fungsi proses peningkatan mutu dan keselamatan pasien RSUD dr. Murjani.

2. *Meassure*

Untuk menilai dari suatu design yang telah dibuat dilakukan proses meassure yaitu pengukuran terhadap proses peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang dapat menentukan kinerja sekarang dan sebelum mengalami perubahan dalam pelaksanaan penilaian tersebut menggunakan internal *database*.

3. *Assess*

Data penilaian indikator mutu dari unit yang telah dimasukkan dalam internal database kemudian dilakukan analisis terhadap data tersebut dengan menyesuaikan dengan SOP dan informasi yang ditampilkan. Untuk dilakukan viladasi dari data yang diinput apakah sudah sesuai dengan SOP yang ada. Sehingga dapat dilakukan perbandingan pada informasi yang muncul dan dapat diambil keputusan untuk perbaikan pada prioritas.

4. *Improvement*

Data yang telah dikumpulkan dilakukan perbaikan inovasi yang dapat memunculkan trobosan baru dalam peningkatan mutu dan keselamatan pasien sehingga dapat diputuskan proses perbaikan selanjutnya.

5. *Redesign*

Perbaikan dari keseluruhan proses yang ada dalam siklus monitoring dan evaluasi harus bersifat mencakup pada semua aspek yang berkaitan dengan proses PMKP, proses ini terus berputar terus menerus sehingga sesuai dengan pedoman yang ada.

E. Cara Pelaksanaan monitoring

1. Pimpinan klinis, pimpinan manajerial, Komite Medis dan Komite PMKP melakukan visit ke unit pelayanan secara terpisah atau bersama-sama.
2. Melakukan wawancara kepada :
  - a. Ka unit pelayanan
  - b. DPJP
  - c. Perawatan pelaksanaan
  - d. Unit RS
3. Menggunakan check list monitoring berupa form E dan dilakukan tindak lanjut dan evaluasi secara terus menerus setiap 3 (tiga) bulan.
4. Membahas hasil visit ke unit pelayanan dengan Komite/Panitia/Tim PMKP dan Komite Medis.

Untuk melaksanakan kegiatan sesuai dengan proses PDSA di komite mutu dilakukan pengendalian mutu sebagai berikut :

1. Ketetapan sample indikator mutu dari unit

a. Definisi operasional

Ketetapan sampel indikator mutu dari unit adalah jumlah sampel dengan kriteria bila mana seluruh populasi <100 dari total sampel dan bila mana populasi >100 adalah sampel 30%.

b. Formula

$$\frac{\text{Jumlah unit yang sampelnya sesuai populasi}}{\text{Jumlah total unit yang melaksanakan dan melaporkan pengukuran indikator mutu}} \times 100\%$$

c. Target 75%

d. Frekuensi 1 (satu) bulan

2. Ketetapan akurasi pengukuran data hasil validasi dari indikator mutu.

Kriteria

- a. Mengumpulkan data kembali oleh orang kedua\*
- b. Menggunakan sampel secara statistik\*
- c. Membandingkan antar data awal dengan data yang dikumpulkan kembali
- d. Disebut baik bila akurasi levelnya minimal 90% atau tidak akurasi <10% dengan rumus akurasi sebagai berikut :

$$\frac{\text{Jumlah Temuan}}{\text{Total Sampel}} \times 100\%$$

- e. Apabila perbandingan datanya tidak sama, penyebabnya harus dicatat dan tindakan korektif harus dilaksanakan.
- f. Mengumpulkan sampel baru setelah semua tindakan koreksi dilakukan\*
- g. Jumlah sampel untuk validasi jika populasi  $\geq 180$  records or greater maka sampel 5% atau maximum 50 sampel dan jika jumlah populasi <180 records : maka 9 sampel atau jika populasi <9 maka sampel 100%

Definisi operasional

Jumlah unit velidasi yang dengan akurasi minimal 90% dari yang dilakukan pengukuran data validasi.

Formula

$$\frac{\text{Jumlah unit yang dilakukan validasi dengan hasil akurasi}}{\text{Jumlah total unit yang melaksanakan validasi dan melakukan pengukuran akurasi}} \times 100\%$$

- a. Target : 100%
- b. Frekuensi pengukuran : 1 bulan
- 3. Ketetapan waktu pelaporan data indikator mutu dari unit
  - a. Definisi operasional
 

Ketetapan waktu pelaporan indikator mutu dari unit maksimal tanggal 10 bulan berikutnya ke komite mutu.
  - b. Formula

$$\frac{\text{Jumlah unit yang melaporkan indikator mutu dengan maksimal tanggal 10 bulan berikutnya}}{\text{Jumlah total unit yang melaporkan indikator sarmut}} \times 100\%$$

- c. Target : 75 %
- d. Frekuensi : 1 bulan
- 4. Ketepatan analitik data indikator mutu sesuai target di komite mutu.
  - a. Definisi opsional
 

Ketetapan analitik indikator mutu sesuai target adalah ketetapan komite mutu melakukan rekapitulasi data dari indikator mutu unit pada tanggal bulan berikutnya untuk dilaporkan ke direktur.
  - b. Formula

$$\frac{\text{Jumlah indikator mutu dari unit yang sesuai target}}{\text{Jumlah total indikator mutu yang dilaporkan dari unit}} \times 100\%$$

- c. Target : 75 %
- 5. Ketetapan pemaparan data indikator mutu di komite mutu (eksternal ke wibsite tiap 3 bulan)
  - a. Definisi operasional
 

Data indikator mutu yang ditampilkan lewat web site maksimal dalam waktu 3 bulan sekali dari data indikator mutu.
  - b. Target : 100%
  - c. Frekuensi : 3 bulan
- 6. Ketepatan waktu pelaporan data indikator mutu kepemimpin
  - a. Definisi operasional
 

Waktu pelaporan idikator mutu ke direktur maksimal tiap tanggal 16 ke direktur.
  - b. Formula

$$\frac{\text{Jumlah indikator mutu ke direktur maksimal tanggal 16 dari komite mutu kedirektur}}{\text{jumlah total indikator mutu ke direktur dari komite mutu}} \times 100 \%$$

- c. Terget : 75 %
- d. Frekuensi : pengukuran 3 bulan

## BAB VIII

### PENUTUP

Telah disusun buku pedoman pelayanan komite PMKP RSUD dr. Murjani, yang dapat digunakan sebagai acuan pelaksanaan kegiatan bagian peningkatan mutu dan keselamatan pasien dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan di RSUD dr. Murjani.

Buku Pedoman Pelayanan Komite PMKP RSUD dr. Murjani ini disusun dengan harapan dapat menjadi acuan dan pedoman bagi kita, khususnya yang bertugas di unit komite PMKP. Pedoman kerja peningkatan mutu dan keselamatan pasien ini akan ditinjau ulang secara periodik, oleh sebab itu masukan yang bersifat membangun sangat diharapkan.



Direktur

Dr. DENNY MUDA PERDANA, Sp.Rad

Pembina Utama Muda

NIP. 19621121 199610 1 001