



PEMERINTAH DAERAH DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA  
DINAS KESEHATAN  
RUMAH SAKIT PARU RESPIRA  
ꦫꦸꦱꦱꦏꦶꦥꦫꦸꦫꦺꦱꦶꦫ

Jl. Panembahan Senopati No 4 Palbapang Bantul, Yogyakarta Telp.0274-367326 2810423 Fax.0274-2810424  
Website : <http://rsprespira.jogjaprovo.go.id/> Email : [rsprespira@jogjaprovo.go.id](mailto:rsprespira@jogjaprovo.go.id) Kode Pos 55713

PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT PARU RESPIRA  
NOMOR 188 / 00054 TAHUN 2021  
TENTANG

PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN (PMKP)  
DI RUMAH SAKIT PARU RESPIRA

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

DIREKTUR RUMAH SAKIT PARU RESPIRA,

- Menimbang : a. bahwa rumah sakit berkewajiban untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien serta mempertahankan standar pelayanan rumah sakit melalui penyelenggaraan tata kelola mutu rumah sakit yang baik;
- b. bahwa untuk memenuhi kebutuhan rumah sakit atas penyelenggaraan tata kelola mutu rumah sakit yang baik, perlu disusun peraturan internal tentang peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang berfungsi sebagai pedoman dan acuan penerapan mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko dari setiap tata kelola pelayanan yang dilakukan oleh setiap unit kerja di rumah sakit;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan b perlu ditetapkan Peraturan Direktur Rumah Sakit Paru Respira tentang Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) Rumah Sakit Paru Respira.
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
2. Undang . . .

2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
3. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
4. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahasakitan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 57, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6659);
5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 308);
6. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 12 Tahun 2020 tentang Akreditasi Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 586);
7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perijinan Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 21);
8. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 80 Tahun 2020 Tentang Komite Mutu Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 1389);
9. Peraturan Daerah Istimewa Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor 1 Tahun 2018 tentang Kelembagaan Pemerintah Daerah Daerah Istimewa Yogyakarta (Lembaran Daerah Daerah Istimewa Yogyakarta Tahun 2018 Nomor 7, Tambahan Lembaran Daerah Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor 7);
10. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 129/MENKES/SK II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
11. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.01.07/MENKES/503/2020 tentang Komite Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit;

12. Peraturan . . .

12. Peraturan Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor 89 Tahun 2018 tentang Susunan Organisasi, Tugas, Fungsi, Dan Tata Kerja Unit Pelaksana Teknis Rumah Sakit Paru Respira Pada Dinas Kesehatan (Berita Daerah Daerah Istimewa Yogyakarta Tahun 2018 Nomor 89);
13. Peraturan Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor 51 Tahun 2020 tentang Tata Kelola Rumah Sakit Paru Respira (Berita Daerah Daerah Istimewa Yogyakarta Tahun 2020 Nomor 51);

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT PARU RESPIRA TENTANG PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN (PMKP) DI RUMAH SAKIT PARU RESPIRA

BAB I  
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Direktur ini yang dimaksud dengan:

- (1) Pasien adalah setiap orang yang melakukan konsultasi masalah kesehatannya untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang diperlukan, baik secara langsung maupun tidak langsung di Rumah Sakit;
- (2) Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat;
- (3) Rumah Sakit Paru Respira yang selanjutnya disebut Rumah Sakit adalah Unit Pelaksana Teknis (UPT) pada Dinas Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta;
- (4) Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien adalah keseluruhan tata kelola mutu melalui kegiatan komprehensif dan integratif untuk memantau, menilai dan meningkatkan mutu dan keselamatan pasien serta manajemen risiko, sehingga mutu rumah sakit menjadi lebih baik;
- (5) Keselamatan . . .

- (5) Keselamatan Pasien adalah suatu sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman, meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya, serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil;
- (6) Manajemen Risiko adalah proses yang proaktif dan kontinu meliputi identifikasi, analisis, evaluasi, pengendalian, informasi komunikasi, pemantauan, dan pelaporan Risiko, termasuk berbagai strategi yang dijalankan untuk mengelola Risiko dan potensinya di rumah sakit;
- (7) Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) adalah unsur organisasi non struktural yang membantu direktur rumah sakit dalam mengelola dan memandu program peningkatan mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko, serta mempertahankan standar pelayanan rumah sakit;
- (8) Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS) adalah unsur organisasi non struktural yang membantu direktur rumah sakit dalam mengelola dan memandu penyelenggaraan keselamatan pasien di rumah sakit;

## Pasal 2

- (1) Pengaturan peningkatan mutu dan keselamatan pasien bertujuan untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien serta mempertahankan standar pelayanan rumah sakit melalui penyelenggaraan tata kelola mutu rumah sakit yang baik;
- (2) Ruang lingkup peraturan ini adalah peningkatan mutu dan keselamatan pasien baik organisasi, manajemen data mutu, penyelenggaraan pengukuran dan peningkatan mutu, penyelenggaraan keselamatan pasien, dan manajemen risiko.

BAB II  
KEBIJAKAN UMUM PENINGKATAN MUTU DAN  
KESELAMATAN PASIEN

Pasal 3

- (1) Rumah Sakit menyelenggarakan tata kelola mutu dengan membentuk Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP);
- (2) Rumah Sakit menyelenggarakan tata kelola keselamatan pasien dengan membentuk Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS);
- (3) Tata kelola mutu dan keselamatan pasien sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan (2) dilakukan dalam bentuk kegiatan peningkatan mutu, keselamatan pasien dan manajemen risiko, yang bertujuan untuk meningkatkan mutu, keselamatan pasien, dan mempertahankan standar pelayanan Rumah Sakit;
- (4) Rumah Sakit menyelenggarakan kegiatan peningkatan mutu berupa pemilihan dan penetapan indikator mutu, pengumpulan dan validasi data indikator mutu, analisa data indikator mutu, kegiatan tindak lanjut perbaikan mutu, dan pelaporan data mutu;
- (5) Rumah Sakit Paru Respira menyelenggarakan Keselamatan Pasien melalui pembentukan sistem pelayanan yang menerapkan:
  - a. Standar Keselamatan Pasien;
  - b. Sasaran Keselamatan Pasien; dan
  - c. Tujuh langkah menuju Keselamatan pasien.
- (6) Rumah Sakit menyelenggarakan kegiatan manajemen risiko berupa sebagai suatu proses yang proaktif dan kontinu meliputi identifikasi, analisis, evaluasi, pengendalian, informasi dan komunikasi, pemantauan, dan pelaporan risiko, termasuk berbagai strategi yang dijalankan untuk mengelola risiko dan potensinya;
- (7) Kegiatan peningkatan mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko tidak dapat dipisahkan secara tegas karena ada kegiatan yang sering tumpang tindih, oleh

karena . . .

karena itu kegiatan keselamatan pasien dilaksanakan secara terintegrasi yang dikelola oleh Komite PMKP;

- (8) Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien dan Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit sebagaimana yang dimaksud pada ayat (1) dan (2) merupakan organisasi non struktural rumah sakit dibawah koordinasi direktur dan bertanggung jawab kepada direktur.

### BAB III ORGANISASI

#### Bagian Kesatu

#### Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien

##### Pasal 4

- (1) Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) membantu direktur rumah sakit dalam mengelola dan memandu program peningkatan mutu dan keselamatan pasien, serta mempertahankan standar pelayanan rumah sakit;
- (2) Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) dibentuk Direktur dengan surat keputusan;
- (3) Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Rumah Sakit;
- (4) Direktur Rumah Sakit menetapkan kebijakan, prosedur, dan sumber daya yang diperlukan untuk menjalankan tugas dan fungsi Komite Mutu.

##### Pasal 5

- (1) Susunan organisasi Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) paling sedikit terdiri atas:
  - a. ketua;
  - b. sekretaris; dan
  - c. anggota.
- (2) Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) dapat terdiri atas Sub Komite Peningkatan Mutu, Sub Komite Keselamatan Pasien, dan Sub Komite Manajemen Resiko;

(3) Ketua . . .

- (3) Ketua dan sekretaris sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a dan huruf b merangkap sebagai anggota;
- (4) Ketua, sekretaris, dan anggota Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipilih dan diangkat oleh Direktur Rumah Sakit.

#### Pasal 6

- (1) Keanggotaan Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) paling sedikit terdiri atas:
  - a. tenaga medis;
  - b. tenaga keperawatan;
  - c. tenaga kesehatan lain; dan
  - d. tenaga non kesehatan;
- (2) Jumlah personil keanggotaan Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disesuaikan dengan kemampuan dan ketersediaan sumber daya manusia Rumah Sakit.

#### Bagian Kedua

##### Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit

#### Pasal 7

- (1) Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS) membantu direktur rumah sakit dalam mengelola dan memandu program keselamatan pasien rumah sakit;
- (2) Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS) dibentuk Direktur dengan surat keputusan;
- (3) Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS) sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Rumah Sakit;
- (4) Direktur Rumah Sakit menetapkan kebijakan, prosedur, dan sumber daya yang diperlukan untuk menjalankan tugas dan fungsi Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS).

#### Pasal 8

- (1) Susunan organisasi Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS) paling sedikit terdiri atas:
  - a. ketua . . .

- a. ketua;
  - b. sekretaris; dan
  - c. anggota;
- (2) Ketua dan sekretaris sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a dan huruf b merangkap sebagai anggota;
- (3) Ketua, sekretaris, dan anggota Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS) sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipilih dan diangkat oleh Direktur Rumah Sakit.

#### Pasal 9

- (1) Keanggotaan Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS) paling sedikit terdiri atas unsur manajemen dan unsur klinisi;
- (2) Jumlah personil keanggotaan Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS) sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disesuaikan dengan kemampuan dan ketersediaan sumber daya manusia Rumah Sakit.

#### Bagian Ketiga

#### Tata Hubungan Kerja

#### Pasal 10

- (1) Direktur dan pimpinan rumah sakit berperan dalam program peningkatan mutu dan keselamatan pasien dalam hal:
- a. merencanakan dan mengembangkan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
  - b. memilih area prioritas pelayanan klinik sebagai area fokus untuk perbaikan;
  - c. memilih indikator mutu di area prioritas pelayanan klinik (Indikator mutu prioritas RS) yang meliputi indikator area sasaran keselamatan pasien dan keterlibatannya dalam menindaklanjuti capaian indikator yang masih rendah;
  - d. mendorong dan menerapkan budaya-budaya mutu dan budaya keselamatan pada area klinis, area manajemen, dan tingkat rumah sakit;
- (2) Pimpinan unit kerja berperan dalam pemilihan indikator

mutu . .

- mutu unit dan peningkatan mutu unit, pengumpulan data indikator mutu, pengumpulan data sasaran keselamatan pasien, dan pengumpulan daftar risiko di unitnya;
- (3) Komite medis dan kelompok staf medis berperan dalam pemilihan, edukasi dan penerapan serta monitoring panduan praktis klinis-*clinical pathway* di tingkat rumah sakit dan juga di setiap kelompok staf medis;
  - (4) Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) dan Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS) dalam melaksanakan tugas dan fungsinya, dapat berkoordinasi dengan unsur Instalasi/Komite/Tim dan unsur organisasi atau unit kerja terkait lainnya;
  - (5) Koordinasi sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dilakukan melalui tata hubungan kerja penyelenggaraan mutu di Rumah Sakit yang ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit;
  - (6) Tata hubungan kerja sebagaimana dimaksud pada ayat (2) meliputi:
    - a. tata hubungan kerja dalam penerapan peningkatan mutu Rumah Sakit;
    - b. tata hubungan kerja dalam penerapan keselamatan pasien; dan
    - c. tata hubungan kerja dalam penerapan manajemen risiko.

## BAB IV MANAJEMEN DATA

### Pasal 11

- (1) Rumah sakit menyediakan teknologi untuk mendukung sistem manajemen data pengukuran mutu terintegrasi sesuai dengan perkembangan teknologi informasi;
- (2) Sistem manajemen data meliputi pengumpulan data, pelaporan, analisis, validasi, *feedback*, serta publikasi data;
- (3) Pengelolaan data mutu dan keselamatan pasien dilakukan oleh Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) dan Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS), bersama penanggung jawab TI di  
Rumah . . .

- Rumah Sakit Paru Respira;
- (4) Data yang dikelola dalam manajemen data meliputi indikator mutu prioritas rumah sakit, indikator mutu unit, pelaporan insiden keselamatan pasien, data monitoring kinerja staf klinis, data pengukuran budaya keselamatan dan daftar risiko (*risk register*);
  - (5) Rumah sakit menyediakan teknologi, fasilitas, dan dukungan lain untuk penerapan manajemen data;
  - (6) Rumah sakit melakukan perbandingan data indikator mutu dengan rumah sakit lain;
  - (7) Data harus terjamin keamanan dan kerahasiaannya, terutama dalam berkontribusi pada data base eksternal.

## BAB V

### PENGUKURAN DAN PENINGKATAN MUTU

#### Bagian Kesatu

#### Pemilihan Indikator Mutu

#### Pasal 12

- (1) Rumah sakit mempunyai referensi terkini tentang peningkatan mutu dan keselamatan pasien berdasarkan atas ilmu pengetahuan dan informasi terkini serta perkembangan konsep peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
- (2) Direktur bersama kepala seksi / kepala sub bagian serta Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) menentukan prioritas pengukuran mutu pelayanan klinis yang akan di evaluasi serta melakukan koordinasi, integrasi, dan supervisi kegiatan pengukuran di seluruh unit rumah sakit.
- (3) Rumah sakit menetapkan indikator mutu berdasarkan prioritas pengukuran mutu pelayanan klinis, meliputi indikator mutu area klinis (IAK), indikator mutu area manajemen (IAM), dan indikator mutu sasaran keselamatan pasien (SKP) dan dilengkapi dengan profil indikator;
- (4) Setiap unit kerja di rumah sakit bersama Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP)  
memilih . . .

dan menetapkan indikator mutu unit yang dipergunakan untuk mengukur mutu unit kerja;

#### Bagian Kedua

#### Pengumpulan, Analisis, Dan Validasi Data Indikator Mutu

##### Pasal 13

- (1) Ketua Komite Medis dan ketua kelompok staf medis melakukan evaluasi proses pelaksanaan praktik klinis, alur klinis (*clinical pathway*) di prioritas pengukuran mutu pelayanan klinis;
- (2) Pengaturan mengenai validasi data indikator area klinis yang baru, perubahan sistem pencatatan pasien, data yang akan dipublikasikan, perubahan pengukuran, perubahan data yang terjadi yang tidak diketahui sebabnya, atau perubahan subjek data tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari peraturan ini;
- (3) Analisis data meliputi perbandingan hasil dari waktu ke waktu, perbandingan dengan rumah sakit lain yang sejenis, perbandingan dengan standar, atau perbandingan dengan praktik yang baik menggunakan metode statistik;
- (4) Hasil analisis data disampaikan kepada direktur rumah sakit, kepala seksi / subbagian, serta kepala unit kerja untuk ditindaklanjuti sehingga dapat menghasilkan perbaikan di efisiensi penggunaan sumber daya.

#### Bagian Ketiga

#### Pelaporan Mutu

##### Pasal 14

- (5) Direktur Rumah Sakit bertanggung jawab melaporkan pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien kepada representasi pemilik;
- (6) Pelaporan dilaksanakan setiap 3 (tiga) bulan yang meliputi capaian dan analisis dari indikator mutu area klinis, area manajemen dan sasaran keselamatan pasien dan capaian implementasi panduan praktik klinik dan alur klinis serta penerapan sasaran keselamatan pasien.

BAB VI  
KESELAMATAN PASIEN RUMAH SAKIT  
Bagian Kesatu  
Penyelenggaraan Keselamatan Pasien

Pasal 15

- (1) Rumah Sakit Paru Respira menyelenggarakan Keselamatan Pasien melalui pembentukan sistem pelayanan yang menerapkan:
  - a. Standar Keselamatan Pasien;
  - b. Sasaran Keselamatan Pasien; dan
  - c. Tujuh langkah menuju Keselamatan pasien.
- (2) Sistem pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus menjamin pelaksanaan:
  - a. Asuhan pasien lebih aman, melalui upaya yang meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien;
  - b. Pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden, dan tindak lanjutnya; dan
  - c. Implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.
- (3) Standar Keselamatan Pasien sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a meliputi standar:
  - a. Hak pasien;
  - b. Pendidikan bagi pasien dan keluarga;
  - c. Keselamatan Pasien dalam kesinambungan pelayanan;
  - d. Penggunaan metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan peningkatan Keselamatan Pasien;
  - e. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan Keselamatan Pasien;
  - f. Pendidikan bagi staf tentang Keselamatan Pasien; dan
  - g. Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai Keselamatan Pasien.

(4) Sasaran . . .

- (4) Sasaran Keselamatan Pasien sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b meliputi standar:
- a. Mengidentifikasi pasien dengan benar;
  - b. Meningkatkan komunikasi yang efektif;
  - c. Meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai;
  - d. Memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, dan pembedahan pada pasien yang benar;
  - e. Mengurangi risiko infeksi akibat perawatan kesehatan;
  - f. Mengurangi risiko cedera pasien akibat terjatuh.
- (5) Tujuh langkah menuju Keselamatan Pasien sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c meliputi:
- a. Membangun kesadaran akan nilai Keselamatan Pasien;
  - b. Memimpin dan mendukung staf;
  - c. Mengintegrasikan aktivitas pengelolaan risiko;
  - d. Mengembangkan sistem pelaporan;
  - e. Melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien;
  - f. Belajar dan berbagi pengalaman tentang Keselamatan Pasien; dan
  - g. Mencegah cedera melalui implementasi sistem Keselamatan Pasien.

## Bagian Kedua

### Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien

#### Pasal 16

- (1) Insiden keselamatan pasien dapat dilaporkan oleh semua pegawai rumah sakit melalui alur yang ditetapkan;
- (2) Direktur Rumah Sakit melaporkan penerapan keselamatan pasien kepada representasi pemilik setiap 6 (enam) bulan antara lain:
  - a. Jumlah dan jenis kejadian tidak diharapkan/insiden keselamatan pasien serta analisis akar masalahnya
  - b. Bahwa pasien dan keluarga telah mendapatkan informasi tentang kejadian tersebut
  - c. Tindakan yang telah diambil untuk meningkatkan keselamatan sebagai respons terhadap kejadian . . .

kejadian apakah tindakan perbaikan tersebut dipertahankan

- (3) Khusus untuk kejadian sentinel, Direktur Rumah Sakit wajib melaporkan kejadian kepada pemilik dan representasi pemilik paling lambat 2 X 24 jam setelah kejadian dan melaporkan ulang hasil analisis akar masalah setelah 45 hari.

### Bagian Ketiga

#### Analisis Insiden Keselamatan Pasien

##### Pasal 17

- (1) Setelah Insiden keselamatan pasien dilaporkan maka dilakukan *grading* untuk menentukan investasi sederhana atautkah RCA, analisa (*regrading* dan rekomendasi rekomendasi perbaikan dan pembelajaran) oleh Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS), laporan dan umpan balik dari rekomendasi perbaikan dan pembelajaran;
- (2) *Grading* akan menentukan bentuk investigasi dan analisa terhadap insiden yang akan dilakukan:
  - a. *Grade* biru, dilakukan investigasi sederhana oleh atasan langsung dalam waktu maksimal 1 (satu) minggu;
  - b. *Grade* hijau, dilakukan investigasi sederhana oleh atasan langsung dalam waktu maksimal 2 (dua) minggu;
  - c. *Grade* kuning, dilakukan investigasi komprehensif yaitu analisis akar masalah atau *root cause analysis* (RCA) oleh Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS) dalam waktu maksimal 45 (empat puluh lima) hari;
  - d. *Grade* merah, dilakukan investigasi komprehensif yaitu analisis akar masalah atau *root cause analysis* (RCA) oleh Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS) dalam waktu maksimal 45 (empat puluh lima) hari;

Bagian . . .

Bagian Keempat  
Budaya Keselamatan Pasien

Pasal 18

- (1) Budaya keselamatan pasien merupakan sebuah produk dari nilai-nilai individu dan kelompok, sikap, persepsi, kompetensi dan pola perilaku yang menentukan komitmen dan gaya serta kemampuan untuk mengatur keselamatan pasien dirumah sakit;
- (2) Penilaian dan pengukuran budaya keselamatan pasien dilakukan 1 (satu) tahun sekali dengan alat ukur berdasarkan referensi terpercaya;
- (3) Dimensi-dimensi budaya keselamatan pasien yang diukur adalah keterbukaan komunikasi, umpan balik dan komunikasi tentang kesalahan, respon *non punitive* (tidak menghukum) terhadap kesalahan, pembelajaran organisasi dan perbaikan berkelanjutan, staffing, harapan dan tindakan manajemen dalam promosi kesehatan, kerjasama dalam unit, dukungan manajemen terhadap upaya keselamatan pasien, serah terima dan transisi, frekuensi pelaporan kejadian, dan persepsi keseluruhan tentang keselamatan pasien.

BAB VIII  
MANAJEMEN RISIKO

Pasal 19

- (1) Manajemen risiko adalah adalah suatu proses mengidentifikasi, mengukur risiko, serta membentuk strategi untuk mengelola semua risiko yang ada melalui sumber daya yang telah tersedia di rumah sakit;
- (2) Program manajemen risiko berkelanjutan digunakan untuk melakukan identifikasi dan mengurangi cedera serta mengurangi risiko lain terhadap keselamatan pasien dan staf;
- (3) Ruang lingkup kegiatan manajemen risiko meliputi manajemen risiko klinis dan manajemen risiko manajerial;
- (4) Kegiatan manajemen risiko merupakan suatu siklus berkelanjutan yang terdiri dari tahapan:
  - a. Komunkasi dan konsultasi;
  - b. Penetapan . . .

- b. Penetapan konteks;
- c. Penilaian risiko;
- d. Penanganan risiko;
- e. Pemantauan dan review;
- f. Rumah Sakit melakukan pengumpulan data daftar risiko (*risk register*);
- g. Rumah Sakit melaksanakan kegiatan *Failure Mode Effect Analysis* (FMEA) sebagai salah satu bentuk penanganan risiko sekurang-kurangnya 1 (satu) risiko setiap tahun;
- h. Direktur melaporkan hasil kegiatan manajemen risiko kepada representasi pemilik setiap 6 (enam) bulan.

## BAB IX

### SUPERVISI, MONITORING, DAN PELAPORAN

#### Pasal 20

- (1) Rumah Sakit melakukan proses supervisi dan monitoring program peningkatan mutu dan keselamatan pasien di Rumah Sakit;
- (2) Supervisi dan monitoring harian dilaksanakan oleh Kepala/Koordinator ruangan di masing-masing unit kerja;
- (3) Supervisi dan monitoring bulanan dilakukan oleh manajemen di tingkat Rumah Sakit;
- (4) Direktur melakukan pelaporan mutu dan keselamatan pasien setiap 3 (tiga) bulan sekali kepada representasi pemilik.

## BAB X

### PENDANAAN

#### Pasal 15

- (1) Pendanaan kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien bersumber dari anggaran Rumah Sakit;
- (2) Pendanaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) digunakan untuk pelaksanaan tugas dan fungsi Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP), Tim

Keselamatan . . .

Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS), dan seluruh kegiatan terkait peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

BAB XI  
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 16

Ketentuan lebih lanjut mengenai Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Paru Respira sebagaimana yang dimaksud tercantum dalam BAB I, BAB II, BAB III, BAB IV, BAB V, BAB VI, BAB VII, BAB VIII, BAB IX, BAB X dan BAB XI tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Peraturan Direktur ini. Peraturan ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Bantul  
pada tanggal 5 Januari 2021



dr. GREGORIUS ANUNG TRIHADI, M.P.H.  
NIP. 197205092002121002

LAMPIRAN 1

PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT  
PARU RESPIRA NOMOR188/00054 TAHUN  
2021 TENTANG PENINGKATAN MUTU DAN  
KESELAMATAN PASIEN (PMKP) RUMAH  
SAKIT PARU RESPIRA

**PEDOMAN MANAJERIAL  
PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN  
RUMAH SAKIT PARU RESPIRA**

**BAB I  
PENDAHULUAN**

**A. LATAR BELAKANG**

Upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien dapat diartikan keseluruhan upaya dan kegiatan secara komprehensif dan integratif memantau dan menilai mutu pelayanan dan keselamatan pasien, memecahkan masalah-masalah yang ada dan mencari jalan keluarnya, sehingga mutu pelayanan kesehatan diharapkan akan lebih baik dan keselamatan pasien terjamin.

Dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan pasien dan menjamin keselamatan pasien, maka rumah sakit menyusun program peningkatan mutu dan keselamatan pasien (PMKP) yang menjangkau ke seluruh unit kerja di rumah sakit. Untuk melaksanakan program tersebut tidaklah mudah, karena memerlukan koordinasi dan komunikasi yang baik diantara pimpinan rumah sakit termasuk kepala seksi pelayanan medis, pelayanan keperawatan, pelayanan penunjang medis, kepala subagian umum, program dan keuangan, termasuk kepala instalasi/unit pelayanan.

Rumah sakit menetapkan Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien dan Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit, agar mekanisme koordinasi pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien dapat berjalan lebih baik. Dibutuhkan pendekatan yang komprehensif untuk peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang berdampak pada semua aspek pelayanan, mencakup:

- Keterlibatan setiap unit kerja dalam program peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
- Rumah sakit menetapkan tujuan, mengukur seberapa baik proses kerja dilaksanakan dan validasi datanya.
- Menggunakan data secara efektif dan fokus pada tolok ukur program; dan

- Bagaimana menerapkan dan mempertahankan perubahan yang telah menghasilkan perbaikan

Agar peningkatan mutu dan keselamatan pasien bisa berjalan baik, Direktur rumah sakit, para kepala bidang/divisi serta kepala unit dan departemen di rumah sakit :

- wajib mendorong dilaksanakannya program peningkatan mutu dan keselamatan pasien (PMKP)
- berupaya untuk mendorong terlaksananya budaya mutu dan keselamatan (*quality and safety culture*)
- secara proaktif melakukan identifikasi dan menurunkan variasi;
- menggunakan data agar fokus kepada prioritas isu.
- berupaya untuk menunjukkan perbaikan yang berkelanjutan.

Manfaat bagi rumah sakit yang melaksanakan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien antara lain:

- Mengembangkan dukungan Direktur dan pimpinan di rumah sakit terhadap program keseluruhan rumah sakit;
- Melatih dan melibatkan lebih banyak staf;
- Menetapkan prioritas yang lebih jelas tentang apa yang akan diukur dan dievaluasi;
- Membuat keputusan berdasarkan pengukuran data; dan
- Melakukan perbaikan berdasarkan perbandingan dengan rumah sakit lainnya, baik nasional dan internasional.

Peningkatan mutu dan keselamatan pasien merupakan tanggungjawab semua komponen di rumah sakit. Tujuan peningkatan mutu dan keselamatan pasien adalah agar tercapai pelayanan prima rumah sakit yang memprioritaskan keselamatan pasien. Hal tersebut tidak akan tercapai apabila semua perangkat yang ada di rumah sakit tidak bekerjasama dan berpartisipasi pada pelaksanaannya secara keseluruhan. Adapun fokus area standar peningkatan mutu dan keselamatan pasien adalah:

1. Pengelolaan kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien
2. Pemilihan, pengumpulan, analisis dan validasi data indikator mutu
3. Pelaporan dan analisis insiden keselamatan pasien
4. Pencapaian dan mempertahankan perbaikan
5. Manajemen risiko.

## **B. MANAJEMEN PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN**

### **1. Peran Pimpinan Rumah Sakit dalam Manajemen Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien**

Kepemimpinan dan perencanaan dimulai dari pemilik dan atau representasi pemilik, Direktur Rumah Sakit, pimpinan klinis dan pimpinan manajerial secara bersama-sama menyusun dan mengembangkan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien. Direktur Rumah Sakit bertanggung jawab untuk memulai dan menyediakan dukungan berkelanjutan dalam hal komitmen Rumah Sakit terhadap mutu. Direktur Rumah Sakit mengembangkan program mutu dan keselamatan pasien dan mengajukan persetujuan program kepada representasi pemilik, dan melalui misi Rumah Sakit serta dukungan pemilik Rumah Sakit membentuk suatu budaya mutu di Rumah Sakit.

Direktur Rumah Sakit memilih pendekatan yang digunakan oleh Rumah Sakit untuk mengukur, menilai, dan meningkatkan mutu dan keselamatan pasien. Pengukuran mutu dilakukan menggunakan indikator mutu di tingkat rumah sakit dan ditingkat unit pelayanan yang merupakan kesatuan yang tidak dapat dipisahkan. Direktur Rumah Sakit menetapkan organisasi yang mengelola program peningkatan mutu dan keselamatan pasien, pedoman peningkatan mutu dan keselamatan pasien, dan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

### **2. Prioritas dalam Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien**

Karena adanya keterbatasan staf dan sumber daya, tidak semua proses di Rumah Sakit dapat diukur dan diperbaiki pada saat yang bersamaan. Oleh karena itu, tanggung jawab utama Direktur Rumah Sakit adalah secara kolaboratif menetapkan prioritas pengukuran dan perbaikan di seluruh area Rumah Sakit. Prioritas ini meliputi upaya pengukuran dan perbaikan yang mempengaruhi atau mencerminkan kegiatan yang terdapat di berbagai unit pelayanan dalam rangka kendali mutu, dapat juga berdasarkan pengembangan dari core bisnis RS atau unggulan Rumah Sakit, bisa juga dalam rangka kendali biaya. Untuk rumah sakit pendidikan maka program pendidikan dan riset klinis merupakan prioritas.

Direktur rumah sakit dengan para pimpinan dan komite/tim peningkatan mutu dan keselamatan pasien merancang upaya peningkatan mutu pelayanan klinis prioritas rumah sakit dengan memperhatikan :

- a. Misi Rumah Sakit
- b. Data-data permasalahan yang ada, misalnya komplain pasien, capaian indikator mutu yang masih rendah, adanya kejadian tidak diharapkan

- c. Adanya sistem dan proses yang memperlihatkan variasi penerapan dan hasil yang paling banyak, misalnya pelayanan pasien stroke yang dilakukan oleh lebih dari satu dokter spesialis syaraf, memperlihatkan proses pelayanan yang masih bervariasi atau belum terstandarisasi sehingga hasil pelayanan juga bervariasi.
- d. Dampak dari perbaikan misalnya penilaian perbaikan efisiensi dari suatu proses klinis yang kompleks pada pelayanan stroke, pelayanan jantung dan lainnya, dan/ atau identifikasi pengurangan biaya dan sumber daya yang digunakan dengan adanya perbaikan suatu proses. Penilaian dampak dari perbaikan tersebut akan menunjang pemahaman tentang biaya relatif yang dikeluarkan demi investasi mutu dan sumber daya manusia, finansial, dan keuntungan lain dari investasi tersebut. Untuk ini perlu pembuatan program (tool) sederhana untuk menghitung sumber daya yang digunakan pada proses yang lama dan pada proses yang baru.
- e. Dampak pada perbaikan sistem sehingga efek dari perbaikan dapat terjadi di seluruh rumah sakit, misalnya pengukuran mutu pelayanan klinis prioritas yang dapat berdampak terhadap perbaikan sistem manajemen obat di rumah sakit.
- f. Riset klinik dan program pendidikan profesi kesehatan merupakan prioritas untuk Rumah Sakit yang mempunyai peserta didik klinis.

Berdasarkan hal tersebut diatas, Direktur Rumah Sakit membuat program peningkatan mutu pelayanan prioritas dengan mengembangkan standarisasi proses dan hasil asuhan klinis pelayanan prioritas serta mengembangkan pengukuran mutu klinis, manajerial dan penerapan sasaran keselamatan pasien.

**BAB II**  
**KEBIJAKAN PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN**  
**RUMAH SAKIT PARU RESPIRA**

**A. KEBIJAKAN UMUM**

1. Upaya Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien bertujuan menciptakan budaya mutu dan keselamatan pasien di rumah sakit.
2. Upaya Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien wajib dilaksanakan di seluruh unit kerja rumah sakit.
3. Upaya Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien merupakan kegiatan yang komprehensif dan integratif menyangkut struktur, proses, maupun outcome yang melibatkan seluruh unit kerja di rumah sakit.
4. Pimpinan Rumah sakit berpartisipasi dan mendukung upaya Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien.
5. Pedoman Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien meliputi
  - a. Pengaturan dasar pemilihan pengukuran mutu pelayanan klinis prioritas, perbaikan termasuk dasar pemilihan indikator mutunya dan implemenasinya
  - b. Pengaturan pemilihan indikator mutu unit.
  - c. Sistem pemantauan (monitoring) tentang pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang terkoordinasi, siapa saja yang melakukan monitoring, kapan dilakukan, bagaimana melakukan monitoringnya.
  - d. Proses pengumpulan data, analisis, interpretasi, feedback dan pemberian informasi ke staff dengan menggunakan teknologi informasi
  - e. Bagaimana alur laporan pelaksanaan kepada pemilik Rumah Sakit
  - f. Sistem pelaporan insiden keselamatan pasien dan analisisnya
  - g. Bantuan teknologi /sistem informasi RS yang akan diterapkan untuk pengumpulan dan analisis data mutu, keselamatan pasien dan surveillance infeksi.
6. Pengelolaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien dilaksanakan oleh Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien dan Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit.
7. Sumber daya manusia yang terlibat dalam program peningkatan mutu dan keselamatan pasien dilakukan pelatihan.
8. Upaya Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien disosialisasikan kepada seluruh pegawai rumah sakit.

9. Dalam rangka pelaksanaan kebijakan peningkatan mutu dan keselamatan pasien disusun pedoman, panduan, dan Standar Prosedur Operasional (SPO) Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien.

## **B. KEBIJAKAN KHUSUS**

1. Indikator mutu yang diukur meliputi
  - a. Indikator mutu pelayanan klinis prioritas
  - b. Indikator Mutu Nasional
  - c. Indikator Mutu Unit Kerja
  - d. Indikator Sasaran Keselamatan Pasien
2. Standarisasi asuhan klinis
  - a. Dalam upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien rumah sakit disusun standar pelayanan klinis antara lain Pedoman Praktek Klinik dan Clinical Pathway dan atau protokol klinis (standing order) digunakan sebagai pedoman dalam memberikan asuhan klinis
  - b. Pemantauan pelaksanaan Panduan Praktek Kinik dan Clinical Pathway dilaksanakan melalui Audit Medis atau audit klinis.
3. Metode Pelaksanaan Pemantauan Indikator
  - a. Pelaksanaan Indikator mutu meliputi: penyusunan jenis indikator dan Kamus Profil Indikator, Sosialisasi indikator, Implementasi indikator mutu, Validasi, Pencatatan dan pelaporan Analisis data, Rapat pimpinan, Benchmarking, Publikasi data, Evaluasi dan tindak lanjut (monitoring dan evaluasi) indikator mutu.
  - b. Perbaikan mutu berdasarkan siklus Plan-Do-Study-action (PDSA).
  - c. Pimpinan rumah sakit menerima laporan secara reguler dan rekomendasi rencana tindak lanjut program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
  - d. Jika sasaran atau target indikator mutu sudah tercapai selama 4 periode akan disusun rencana tindak lanjut berupa penetapan sasaran baru.
  - e. Jika sasaran atau target indikator mutu tidak tercapai akan disusun rencana tindak lanjut program peningkatan mutu berupa modifikasi dari sistem atau proses sesuai prinsip peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
  - f. Penyusunan rencana tindak lanjut dalam program peningkatan mutu dan keselamatan pasien harus memperhatikan hal hal berikut ini:
    - Konsisten dengan visi dan misi rumah sakit.
    - Memenuhi kebutuhan pasien, masyarakat dan staf lainnya.
    - Menggunakan standar pelayanan maupun pedoman praktek terkini.
    - Sesuai dengan praktek bisnis yang sehat.
    - Relevan dengan informasi dari manajemen resiko.

- Sesuai dengan sumber daya dan kemampuan rumah sakit.
  - Berdasar praktek klinik yang baik/ lebih baik/ sangat baik dari rumah sakit
  - Menggunakan informasi/ data dari kegiatan peningkatan mutu terkait.
  - Mengintegrasikan dan menggabungkan berbagai proses dan system.
- g. Pencatatan dan pelaporan program PMKP sesuai dengan pedoman pencatatan dan pelaporan.

#### 4. Integrasi Program

##### a. Keselamatan Pasien dan Manajemen Risiko

Komite peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien bekerjasama dengan tim keselamatan Pasien dan manajemen resiko Rumah sakit dalam mengidentifikasi masalah keselamatan pasien, menetapkan indikator sasaran keselamatan pasien, pemantauan pelaksanaan sasaran keselamatan pasien, dan pengumpulan data terkait program keselamatan pasien (data pelaksanaan indikator sasaran keselamatan pasien, laporan insiden meliputi kejadian insiden, KPC, KNC, KTD, KTC dan *sentinel event*), mengupayakan terlaksananya *Root Cause Analysis (RCA)* dan *Failure Mode Effect Analysis (FMEA)*, serta pelaksanaan manajemen resiko.

##### b. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

Komite peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien bekerjasama dengan Komite Pencegahan dan Pengendalian infeksi rumah sakit dalam mengidentifikasi masalah PPI, menetapkan indikator mutu yang berkaitan dengan PPI, pemantauan pelaksanaan program yang terkait PMKP maupun PPI, pengumpulan data indikator mutu yang berkaitan dengan PPI.

##### c. Komite Medik

Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien bekerjasama dengan Komite Medik dalam upaya pemantauan pelaksanaan Clinical Pathway dan Panduan Praktek klinik, identifikasi kebutuhan peningkatan kompetensi dokter.

##### d. Komite Rekam Medis

Komite peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien bekerjasama dengan Komite Rekam Medis dalam upaya pemantauan pelaksanaan Clinical Pathway/Panduan Praktek Klinik melalui audit medis, mengidentifikasi masalah yang terkait dengan rekam medis, menetapkan indikator mutu yang berkaitan dengan rekam medis, pengumpulan data indikator mutu yang berkaitan dengan rekam medis.

- e. Keselamatan dan Kesehatan Kerja  
Komite peningkatan Mutu dan keselamatan Pasien bekerjasama dengan Tim keselamatan dan kesehatan kerja Rumah Sakit (K3RS) dalam mengidentifikasi masalah K3, pemantauan pelaksanaan program yang terkait PMKP dan Tim K3RS.
  - f. Promosi Kesehatan Rumah Sakit  
Komite peningkatan Mutu dan keselamatan Pasien bekerjasama dengan Instalasi PKRS dalam pelaksanaan survei kepuasan pelanggan.
  - g. Pengaduan, Informasi, dan Keluhan  
Komite peningkatan mutu dan keselamatan Pasien bekerjasama dengan Instalasi Pengaduan, Informasi, dan Keluhan dalam identifikasi masalah yang muncul berdasarkan pengaduan/ komplain yang masuk, pemantauan dan penanganan masalah yang berhubungan dengan pengaduan/ complain, serta survey kepuasan masyarakat/pelanggan.
  - h. Pendidikan dan Pelatihan  
Komite Peningkatan mutu bekerjasama dengan Instalasi Pendidikan dan Pelatihan, serta seluruh instalasi, tim, dan komite di rumah sakit dalam kegiatan identifikasi kebutuhan pendidikan dan pelatihan untuk peningkatan kompetensi pegawai.
  - i. Manajemen Kontrak  
Sumber daya Rumah Sakit yang belum dapat dipenuhi secara mandiri, dilakukan mekanisme kontrak, sehingga perlu dilakukan upaya monitoring dan evaluasi mutu pelayanan yang dikontrakkan.
5. Dukungan sumber Daya
- a. Upaya Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien didukung oleh petugas yang berkompeten dalam pengumpulan dan analisis data.
  - b. Pimpinan rumah sakit menyediakan bantuan teknologi, sarana prasarana, dan dukungan lain untuk mendukung upaya Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien.

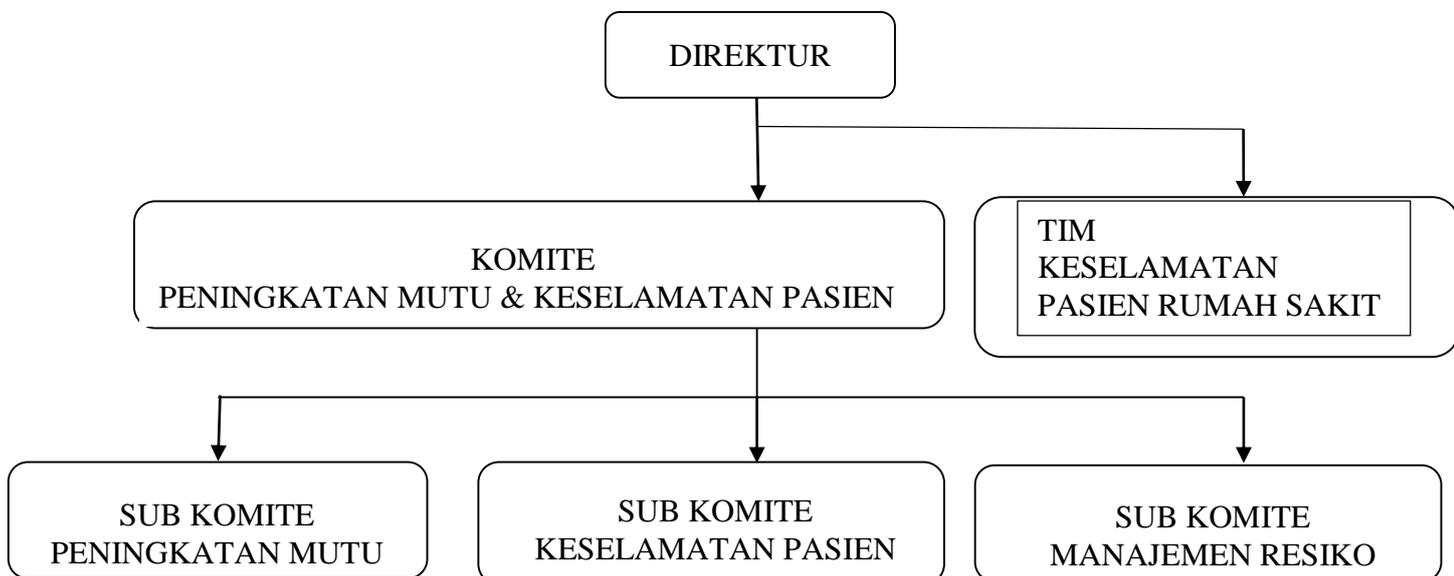
**BAB III**  
**PENGORGANISASIAN**  
**PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN**

**A. PENDAHULUAN**

Peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang selanjutnya disingkat menjadi PMKP merupakan proses kegiatan yang berkesinambungan (*never ending process*). Kegiatan PMKP harus dilaksanakan di setiap unit kerja yang memerlukan mekanisme koordinasi antar unit dan juga antar kepala unit kerja termasuk dengan komite medis dan komite keperawatan, sehingga kegiatan PMKP tetap sesuai dengan program PMKP yang sudah disetujui oleh pemilik atau representasi pemilik. Karena itu Rumah Sakit Paru Respira menetapkan organisasi yang mengelola kegiatan PMKP yang dapat berbentuk Komite atau Tim sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien tidak bisa dipisahkan secara tegas, karena ada kegiatan yang sering tumpang tindih, oleh karena itu kegiatan peningkatan mutu dan kegiatan keselamatan pasien sebaiknya dilaksanakan secara terintegrasi yang dikelola komite/tim dengan sub komite sesuai kebutuhan dan sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Rumah Sakit Paru Respira menetapkan Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) dengan tiga sub komite, dan Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS). Selain itu Rumah Sakit Paru Respira juga menetapkan penanggungjawab data mutu (PIC Data Mutu) di setiap unit kerja yang bertugas membantu komite dan tim dalam pengumpulan dan analisis data.

**B. STRUKTUR ORGANISASI**



### **C. TUGAS DAN FUNGSI KOMITE PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN (PMKP)**

Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) bertugas membantu Direktur Rumah Sakit dalam pelaksanaan dan evaluasi peningkatan mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko di Rumah Sakit Paru Respira.

Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) berfungsi sebagai:

- a sebagai motor penggerak penyusunan program PMKP rumah sakit;
- b melakukan monitoring dan memandu penerapan program PMKP di unit kerja;
- c membantu dan melakukan koordinasi dengan pimpinan unit pelayanan dalam memilih prioritas perbaikan, pengukuran mutu/indikator mutu, dan menindaklanjuti hasil capaian indikator
- d melakukan koordinasi dan pengorganisasian pemilihan prioritas program di tingkat unit kerja serta menggabungkan menjadi prioritas rumah sakit secara keseluruhan. Prioritas program rumah sakit ini harus terkoordinasi dengan baik dalam pelaksanaannya;
- e menentukan profil indikator mutu, metode analisis, dan validasi data dari data indikator mutu yang dikumpulkan dari seluruh unit kerja di rumah sakit;
- f menyusun formulir untuk mengumpulkan data, menentukan jenis data, serta bagaimana alur data dan pelaporan dilaksanakan;
- g menjalin komunikasi yang baik dengan semua pihak terkait serta menyampaikan masalah terkait pelaksanaan program mutu dan keselamatan pasien;
- h terlibat secara penuh dalam kegiatan pendidikan dan pelatihan PMKP;
- i bertanggung jawab untuk mengomunikasikan masalah-masalah mutu secara rutin kepada semua staf;
- j menyusun regulasi terkait dengan pengawasan dan penerapan program PMKP.
- k Menangani insiden keselamatan pasien yang meliputi pelaporan, verifikasi, investigasi, dan analisis penyebab Insiden keselamatan pasien
- l Mengkoordinasikan penyusunan program manajemen risiko rumah sakit

**D. URAIAN JABATAN KOMITE PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN (PMKP)**

**1. Nama Jabatan: Ketua Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien**

Tugas Pokok: Melaksanakan kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien di Rumah Sakit Paru Respira.

Fungsi: Melaksanakan urusan peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

Uraian Tugas:

- 1) Mengkoordinasikan kegiatan dalam rangka penyusunan Kebijakan dan Strategi Manajemen Mutu dan keselamatan pasien.
- 2) Mengkoordinasikan kegiatan dalam rangka penyusunan Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien.
- 3) Melakukan koordinasi dengan unit terkait dalam penyusunan program penjaminan mutu dan keselamatan pasien lainnya.
- 4) Melakukan koordinasi dengan SPI dalam penyusunan tools audit mutu internal dan keselamatan pasien.
- 5) Memantau pelaksanaan seluruh program penjaminan mutu dan keselamatan pasien.
- 6) Mengevaluasi pelaksanaan seluruh program penjaminan mutu keselamatan pasien.
- 7) Menyusun laporan hasil pencapaian indikator mutu keselamatan pasien.
- 8) Mensosialisasikan hasil pencapaian program penjaminan mutu keselamatan pasien.
- 9) Memfasilitasi tindak lanjut hasil rekomendasi.
- 10) Memfasilitasi koordinasi tentang program *Patient Safety* dengan unit terkait dalam pembuatan RCA dan FMEA.
- 11) Memfasilitasi kegiatan terkait penyelenggaraan pengembangan, inovasi dan gugus kendali mutu.
- 12) Memfasilitasi rapat dan atau pertemuan koordinasi bulanan dengan direksi dan unit kerja terkait.
- 13) Melakukan koordinasi kepada bagian/ bidang/ komite/ unit terkait terhadap implementasi standar pelayanan yang berfokus kepada pasien dan manajemen.
- 14) Menghadiri rapat, pertemuan, workshop dan atau seminar terkait pengembangan mutu klinik baik internal atau eksternal rumah sakit.

m Wewenang:

- 1) Memerintahkan dan menugaskan staf dalam melaksanakan program penjaminan mutu dan keselamatan pasien.

- 2) Meminta laporan pelaksanaan program penjaminan mutu dari unit kerja terkait.
- 3) Meminta data dan informasi yang berhubungan dengan mutu rumah sakit dari unit-unit kerja di lingkungan RS Paru Respira.
- 4) Melakukan koordinasi dengan unit-unit kerja di lingkungan RS Paru Respira terkait pelaksanaan program penjaminan mutu dan hal-hal lainnya yang berhubungan dengan mutu rumah sakit.
- 5) Memberikan pengarahannya dalam hal penyusunan, pelaksanaan, evaluasi, dan tindak lanjut rekomendasi dari setiap program-program penjaminan mutu.

n Tanggung jawab:

- 1) Bertanggung jawab terhadap pelaksanaan program penjaminan mutu dan keselamatan pasien rumah sakit.
- 2) Bertanggung jawab terhadap pelaksanaan kegiatan yang berhubungan dengan inovasi mutu dan keselamatan pasien.
- 3) Bertanggung jawab untuk melaporkan hasil pelaksanaan program penjaminan mutu dan keselamatan pasien serta kegiatan-kegiatan mutu lainnya kepada Direktur.
- 4) Bertanggung jawab terhadap ketersediaan data dan informasi yang berhubungan dengan mutu dan keselamatan pasien rumah sakit.
- 5) Bertanggung jawab dalam pemberian informasi yang berhubungan dengan kegiatan inovasi mutu dan keselamatan pasien rumah sakit.
- 6) Bertanggung jawab terhadap disiplin dan performa kerja staf di Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien.

o Hubungan kerja:

1) **Internal**

Pihak yang berhubungan	Tujuan Interaksi
✓ Seluruh Instalasi di Rumah Sakit Paru Respira	✓ Identifikasi masalah
✓ Jajaran Manajemen	✓ Pemantauan indikator mutu dan pelaksanaan standar asuhan pasien
✓ Komite Medis/ SMF	✓ Koordinasi penyelesaian masalah dan perbaikan terus menerus
✓ Komite dan Tim lainnya di Rumah Sakit Paru Respira	

2) **Eksternal**

Pihak yang berhubungan	Tujuan Interaksi
✓ Badan sertifikasi, misal KARS	✓ Penilaian akreditasi rumah sakit
✓ Komite Nasional Keselamatan Pasien	

	✓ Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien
--	---

**2. Nama Jabatan: Ketua Sub Komite Peningkatan Mutu**

- a **Tugas Pokok:** Melaksanakan kegiatan peningkatan mutu di Rumah Sakit Paru Respira
- b **Fungsi:**
  - a. penyusunan kebijakan, pedoman dan program kerja terkait pengelolaan dan penerapan program mutu pelayanan Rumah Sakit;
  - b. pemberian masukan dan pertimbangan kepada Direktur Rumah Sakit terkait perbaikan mutu tingkat Rumah Sakit Paru Respira;
  - c. pemilihan prioritas perbaikan tingkat Rumah Sakit dan pengukuran indikator tingkat Rumah Sakit serta menindaklanjuti hasil capaian indikator tersebut;
  - d. pemantauan dan memandu penerapan program mutu di unit kerja;
  - e. pemantauan dan memandu unit kerja dalam memilih prioritas perbaikan, pengukuran mutu/indikator mutu, dan menindaklanjuti hasil capaian indikator mutu;
  - f. fasilitasi penyusunan profil indikator mutu dan instrumen untuk pengumpulan data;
  - g. fasilitasi pengumpulan data, analisis capaian, validasi dan pelaporan data dari seluruh unit kerja;
  - h. pengumpulan data, analisis capaian, validasi, dan pelaporan data indikator prioritas Rumah Sakit dan indikator mutu nasional Rumah Sakit;
  - i. koordinasi dan komunikasi dengan komite medis dan komite lainnya, satuan pemeriksaan internal, dan unit kerja lainnya yang terkait, serta staf
  - j. pelaksanaan dukungan untuk implementasi budaya mutu di Rumah Sakit Paru Respira;
  - k. pengkajian standar mutu pelayanan di Rumah Sakit terhadap pelayanan, pendidikan, dan penelitian;
  - l. penyelenggaraan pelatihan peningkatan mutu;
  - m. penyusunan laporan pelaksanaan program peningkatan mutu.

c **Uraian Tugas:**

- 1) Sebagai motor penggerak penyusun program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit
- 2) Mengusulkan kepada Direktur dan jajarannya agar memilih dan menetapkan pedoman mutu, program mutu serta indikator mutu prioritas dan indikator mutu unit Rumah Sakit
- 3) Memonitor dan memandu penerapan program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien serta mendorong berjalannya supervisi program mutu di unit kerja
- 4) Membantu dan melakukan koordinasi dengan pimpinan unit pelayanan dalam memilih prioritas perbaikan, pengukuran mutu/indikator mutu dan menindaklanjuti hasil capaian indikator
- 5) Mendorong koordinasi dan pengorganisasian pemilihan program mutu di tingkat unit kerja
- 6) Menentukan profil indikator mutu, metode analisis dan validasi data dari data indikator mutu yang dikumpulkan dari seluruh unit kerja di Rumah Sakit
- 7) Menyusun formulir untuk mengumpulkan data, menentukan jenis data dan bagaimana alur data dan pelaporan dilaksanakan
- 8) Menjalin komunikasi yang baik dengan semua pihak terkait dan menyampaikan masalah terkait pelaksanaan program mutu dan keselamatan pasien
- 9) Terlibat secara penuh dalam kegiatan diklat Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien
- 10) Bertanggung jawab untuk mengkomunikasikan masalah-masalah mutu secara rutin kepada semua staf
- 11) Menyusun regulasi terkait dengan pengawasan dan penerapan program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien

d **Wewenang:**

- 1) Meminta laporan pelaksanaan pemantauan program indikator mutu penjaminan mutu dan pelaksanaan *clinical pathways* dari unit kerja terkait.
- 2) Melakukan koordinasi dengan unit-unit kerja di lingkungan RSP Respira terkait pelaksanaan pemantauan program indikator mutu serta pelaksanaan *clinical pathways* dan hal-hal lainnya yang berhubungan dengan mutu rumah sakit.
- 3) Meminta data dan informasi yang berhubungan dengan mutu dan pelaksanaan *clinical pathways* rumah sakit dari unit-unit kerja di lingkungan RS Paru Respira.

e **Tanggungjawab**

- 1) Bertanggung jawab terhadap pemantauan Program Indikator Mutu dan pelaksanaan *clinical pathways*.
- 2) Bertanggung jawab terhadap penyusunan laporan pemantauan program indikator mutu dan pelaksanaan *clinical pathways* di Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien.
- 3) Bertanggung jawab terhadap pelaksanaan kegiatan yang berhubungan dengan inovasi mutu dan pelaksanaan *clinical pathways* dan manajemen resiko di rumah sakit.
- 4) Bertanggung jawab untuk melaporkan hasil pelaksanaan pemantauan program indikator mutu dan pelaksanaan *clinical pathways* serta kegiatan-kegiatan mutu lainnya kepada Ketua Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien.
- 5) Bertanggung jawab terhadap pengolahan data dan informasi yang berhubungan dengan mutu dan pelaksanaan *clinical pathways* rumah sakit.
- 6) Bertanggung jawab dalam pemberian informasi yang berhubungan dengan kegiatan inovasi mutu dan pelaksanaan *clinical pathways* rumah sakit.

**3. Nama Jabatan: Ketua Sub Komite Keselamatan Pasien**

- a Tugas Pokok: Menyelenggarakan upaya keselamatan pasien
- b Fungsi:
  - a. penyusunan kebijakan, pedoman, dan program kerja terkait keselamatan pasien Rumah Sakit;
  - b. pemberian masukan dan pertimbangan kepada Direktur Rumah Sakit dalam rangka pengambilan kebijakan keselamatan pasien;
  - c. pemantauan dan memandu penerapan keselamatan pasien di unit kerja;
  - d. motivasi, edukasi, konsultasi, pemantauan dan penilaian tentang penerapan program keselamatan pasien;
  - e. pencatatan, analisis, dan pelaporan insiden, termasuk melakukan *Root Cause Analysis* (RCA), dan pemberian solusi untuk meningkatkan keselamatan pasien;
  - f. pelaporan insiden secara kontinu sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
  - g. melaksanakan pelatihan keselamatan pasien;
  - h. penyusunan laporan pelaksanaan program keselamatan pasien

c Uraian Tugas:

- 1) Sebagai motor penggerak implementasi program Keselamatan Pasien Rumah Sakit dan membantu memfasilitasi terwujudnya Budaya Keselamatan Pasien di Rumah Sakit
- 2) Mengkoordinasikan, memonitor dan memandu penerapan program Keselamatan Pasien Rumah Sakit dalam implementasi standar Sasaran Keselamatan Pasien di unit kerja
- 3) Mengusulkan sistem pelaporan Insiden Keselamatan Pasien serta sistem pengumpulan data indikator Sasaran Keselamatan Pasien, dan bagaimana alur data dan pelaporan dilaksanakan
- 4) Mengkoordinasikan pelaporan Insiden Keselamatan Pasien dan memfasilitasi pelaporan Insiden Keselamatan Pasien ke pihak-pihak yang berwenang
- 5) Melaksanakan survey Budaya Keselamatan Pasien di Rumah Sakit
- 6) Menjalin komunikasi yang baik dengan semua pihak terkait dan menyampaikan masalah terkait pelaksanaan program Keselamatan Pasien Rumah Sakit
- 7) Terlibat secara penuh dalam kegiatan diklat Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien
- 8) Mengusulkan regulasi terkait dengan pengawasan dan penerapan program Keselamatan Pasien Rumah Sakit dan Budaya Keselamatan Pasien di Rumah Sakit.

d Wewenang:

- 1) Mengelola Sub Komite Keselamatan pasien
- 2) Melakukan pengawasan dan penilaian keselamatan pasien di seluruh unit kerja rumah sakit.

e Tanggung jawab:

- 1) Terlaksananya program Keselamatan pasien dan manajemen Risiko.
- 2) Terpenuhinya kebutuhan sarana dan prasarana Keselamatan pasien dan manajemen Risiko.
- 3) Terpenuhinya prosedur-prosedur pelaksanaan dan layanan yang menjamin keselamatan pasien dan pelaksanaan manajemen resiko.
- 4) Terkendalinya kondisi-kondisi yang berpotensi membahayakan keselamatan pasien serta mendukung pelaksanaan manajemen resiko di rumah sakit.
- 5) Terpantaunya dan terevaluasinya kasus-kasus KNC, KTD, kejadian sentinel di seluruh unit kerja rumah sakit.

- 6) Terjaganya komitmen karyawan terhadap manajemen resiko di rumah sakit.
- 7) Terjaganya komitmen organisasi terhadap kinerja di rumah sakit.

**4. Nama jabatan: Sub Komite Manajemen Resiko**

a. Tugas Pokok: Menyelenggarakan upaya manajemen resiko

b. Fungsi:

- a. penyusunan kebijakan, pedoman dan program kerja terkait manajemen risiko Rumah Sakit;
- b. pemberian masukan dan pertimbangan kepada Direktur Rumah Sakit terkait manajemen risiko di Rumah Sakit Paru Respira;
- c. pemantauan dan memandu penerapan manajemen risiko di unit kerja;
- d. pemberian usulan atas profil risiko dan rencana penanganannya;
- e. pelaksanaan dan pelaporan rencana penanganan risiko sesuai lingkup tugasnya;
- f. pemberian usulan rencana kontingensi apabila kondisi yang tidak normal terjadi;
- g. pelaksanaan penanganan risiko tinggi;
- h. pelaksanaan pelatihan manajemen risiko;
- i. penyusunan laporan pelaksanaan program manajemen risiko.

c. Uraian Tugas:

- 1) Sebagai motor penggerak penyusun program Manajemen Risiko Rumah Sakit
- 2) Mengusulkan kepada Direktur dan jajarannya agar memilih dan menetapkan Pedoman Mutu, Program Mutu serta indikator mutu prioritas Rumah Sakit
- 3) Memonitor dan memandu penerapan program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien serta mendorong berjalannya supervisi program mutu di unit kerja
- 4) Membantu dan melakukan koordinasi dengan pimpinan unit pelayanan dalam memilih prioritas perbaikan, pengukuran mutu/indikator mutu dan menindaklanjuti hasil capaian indikator
- 5) Mendorong koordinasi dan pengorganisasian pemilihan program mutu di tingkat unit kerja
- 6) Menentukan profil indikator mutu, metode analisis dan validasi data dari data indikator mutu yang dikumpulkan dari seluruh unit kerja di Rumah Sakit

- 7) Menyusun formulir untuk mengumpulkan data, menentukan jenis data dan bagaimana alur data dan pelaporan dilaksanakan
  - 8) Menjalin komunikasi yang baik dengan semua pihak terkait dan menyampaikan masalah terkait pelaksanaan program mutu dan keselamatan pasien
  - 9) Terlibat secara penuh dalam kegiatan diklat Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien
  - 10) Bertanggung jawab untuk mengkomunikasikan masalah-masalah mutu secara rutin kepada semua staf
  - 11) Menyusun regulasi terkait dengan pengawasan dan penerapan program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien.
- d. Wewenang:
- 1) Mengelola Sub Komite Manajemen Risiko
  - 2) Melaksanakan manajemen resiko di seluruh unit kerja rumah sakit.
  - 3) Memberikan masukan dan rekomendasi kepada Direktur berkaitan dengan tugas kegiatan manajemen resiko.
- e. Tanggung Jawab:
- 1) Terlaksananya program manajemen Risiko.
  - 2) Terpenuhinya kebutuhan sarana dan prasarana manajemen Risiko.
  - 3) Terpenuhinya prosedur-prosedur pelaksanaan manajemen resiko.
  - 4) Terkendalinya kondisi-kondisi yang berpotensi membahayakan keselamatan pasien serta mendukung pelaksanaan manajemen resiko di rumah sakit.
  - 6) Terjaganya komitmen karyawan terhadap manajemen resiko di rumah sakit.
  - 7) Terjaganya komitmen organisasi terhadap kinerja di rumah sakit

**5. Nama jabatan: Sekretaris Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien**

- a **Tugas Pokok: melaksanakan kegiatan administrasi di Komite Peningkatan mutu dan Keselamatan Pasien.**
- b **Fungsi: melaksanakan urusan administrasi dan kesekretariatan.**
- c **Uraian Tugas:**
  - 1) Membuat agenda surat masuk dan surat keluar.
  - 2) Mengecek judul dokumen yang masuk di Daftar Induk Dokumen.
  - 3) Menginput dokumen dalam Daftar Induk Dokumen.
  - 4) Membantu meminta laporan kepada unit kerja terkait untuk diinput.
  - 5) Menginput hasil pencapaian indikator mutu dan hasil kegiatan instalasi/ departemen / unit.

- 6) Menyiapkan undangan, tempat, daftar hadir, konsumsi, dan materi (jika diperlukan) untuk keperluan rapat atau pertemuan yang terkait dengan Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien.
- 7) Mengorganisir kebutuhan logistik.
- 8) Melakukan komunikasi internal dan eksternal kepada unit kerja di lingkungan Rumah Sakit Paru Respira dan pihak luar melalui surat tertulis, email, dan telepon.
- 9) Membantu berkoordinasi dalam kegiatan internal dan eksternal.
- 10) Komite Peningkatan Mutu dan Penilaian kinerja.
- 11) Menjadi notulen setiap kegiatan pertemuan mutu di lingkungan RS.
- 12) Mengerjakan tugas-tugas administratif dan kesekretariatan lainnya.

d **Wewenang:**

- 1) Meminta laporan pelaksanaan program penjaminan mutu dari unit kerja terkait dan hasil kegiatan instalasi.
- 2) Melakukan koordinasi dengan unit-unit kerja di lingkungan RSP Respira terkait pelaksanaan program penjaminan mutu dan hal-hal lainnya yang berhubungan dengan mutu rumah sakit.
- 3) Meminta data dan informasi yang berhubungan dengan mutu rumah sakit dari unit-unit kerja di lingkungan RSP Respira.
- 4) Melakukan komunikasi internal dan eksternal kepada unit kerja di lingkungan RSP. Respira dan pihak luar melalui surat tertulis, email, dan telepon.

e **Tanggung jawab:**

- 1) Bertanggung jawab terhadap kegiatan administratif di Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien.
- 2) Bertanggung jawab terhadap pelaksanaan kegiatan yang berhubungan dengan inovasi mutu.
- 3) Bertanggung jawab melaporkan hasil kegiatan administratif kepada Ketua.

**E. URAIAN JABATAN TIM KESELAMATAN PASIEN RUMAH SAKIT (KPRS)**

Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS) di Rumah Sakit Paru Respira mempunyai tugas, sebagai berikut :

1. Menyusun kebijakan dan pengaturan di bidang Keselamatan Pasien untuk ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit Paru Respira;
2. Mengembangkan program Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Paru Respira;
3. Melakukan motivasi, edukasi, konsultasi, pemantauan dan penilaian tentang penerapan program Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Paru Respira;

4. Melakukan pelatihan Keselamatan Pasien bagi Rumah Sakit Paru Respira;
5. Melakukan pencatatan, pelaporan Insiden, analisis insiden termasuk melakukan RCA, dan mengembangkan solusi untuk meningkatkan Keselamatan Pasien;
6. Memberikan masukan dan pertimbangan kepada Direktur Rumah Sakit Paru Respira; dalam rangka pengambilan kebijakan Keselamatan Pasien;
7. Membuat laporan kegiatan kepada Direktur Rumah Sakit Paru Respira; dan
8. Mengirim laporan Insiden secara kontinyu melalui *e-reporting* sesuai dengan pedoman pelaporan Insiden yang berlaku.

## **F. PERAN PIMPINAN RUMAH SAKIT DALAM PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN**

1. Secara umum peran Direktur dan para pimpinan rumah sakit dalam Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien adalah:
  - a. merencanakan dan mengembangkan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
  - b. memilih area prioritas pelayanan klinik sebagai area fokus untuk perbaikan.
  - c. memilih indikator mutu di area prioritas pelayanan klinik (Indikator mutu prioritas RS) yang meliputi indikator area klinis, area manajemen, dan indikator sasaran keselamatan pasien, serta keterlibatannya dalam menindaklanjuti capaian indikator yang masih rendah.
  - d. mendorong dan menerapkan budaya mutu dan budaya keselamatan klinis, area manajemen dan di RS
2. Kepala Instalasi/Kepala Ruang/Koordinator secara umum berperan dalam meningkatkan mutu dan keselamatan pasien dengan berpartisipasi dalam program peningkatan mutu dan keselamatan pasien Rumah Sakit, melakukan monitoring, meningkatkan asuhan pasien yang spesifik berlaku di unitnya.

Kepala Instalasi/Kepala Ruang/Koordinator melibatkan semua stafnya dalam kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang mencerminkan prioritas rumah sakit secara menyeluruh serta melakukan monitoring kegiatan klinis dan nonklinis yang spesifik untuk unit pelayanan tersebut.

Kepala Instalasi/Kepala Ruang/Koordinator menerapkan pemilihan dan pengawasan penilaian secara spesifik terhadap unit pelayanan yang mencakup hal-hal sebagai berikut:

- a) Penilaian Rumah Sakit secara menyeluruh dan peningkatan mutu pelayanan klinis prioritas yang ditetapkan oleh Direktur, yang terkait secara spesifik dengan departemen atau unit layanan mereka;
- b) Penilaian yang terkait dengan prioritas unit layanan yang membutuhkan perbaikan, yang secara spesifik untuk mengurangi variasi, meningkatkan keselamatan untuk tindakan/tata laksana berisiko tinggi, meningkatkan tingkat kepuasan pasien dan meningkatkan efisiensi.
- c) Penilaian spesifik di unit pelayanan ini juga diharapkan dapat dipergunakan untuk melakukan evaluasi praktik profesional berkelanjutan dari para Profesional Pemberi Asuhan (PPA).

Kepala unit pelayanan bertanggung jawab untuk memastikan bahwa kegiatan pengukuran tentang cakupan layanan yang diberikan oleh unit pelayanan berguna untuk melakukan evaluasi terhadap staf termasuk evaluasi terhadap proses asuhan klinis. Data juga di butuhkan untuk melakukan evaluasi terhadap perawat dan staf klinis pemberi asuhan lainnya. Walaupun staf klinis pemberi asuhan lainnya ini sudah mempunyai rincian tugas serta fungsi dan kewajiban, kepala unit pelayanan masih bertanggung jawab untuk menyediakan data yang digunakan untuk pelaksanaan evaluasi terhadap tenaga-tenaga ini. Sistem penilaian kinerja staf ini mengacu kepada regulasi di rumah sakit dan peraturan perundang-undangan.

#### **G. SUMBER DAYA PENDUKUNG PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN**

1. Referensi terkini tentang peningkatan mutu dan keselamatan pasien berdasarkan ilmu pengetahuan dan informasi terkini dan perkembangan konsep peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

Referensi disediakan oleh rumah sakit yang dapat berupa literatur ilmiah terkait asuhan pasien dan manajemen, international clinical guidelines, pedoman nasional praktik kedokteran, panduan praktik klinis (*clinical practice guidelines*), panduan asuhan keperawatan temuan penelitian dan metodologi pendidikan, fasilitas internet, bahan cetak di perpustakaan, sumber-sumber pencarian online, bahan-bahan pribadi, dan peraturan perundang-undangan merupakan sumber informasi terkini yang berharga.

Secara rinci referensi dan informasi terkini yang diperlukan rumah sakit dalam meningkatkan mutu dan keselamatan pasien meliputi:

- a) Literatur ilmiah dan informasi lainnya yang dapat dipergunakan untuk mendukung asuhan pasien terkini, misalnya pedoman nasional pelayanan kedokteran, international clinical guidelines, pedoman nasional asuhan keperawatan dan informasi lainnya sesuai kebutuhan rumah

sakit, misalnya data indikator mutu di tingkat nasional atau internasional.

- b) Literatur ilmiah dan informasi lainnya yang dapat dipergunakan untuk mendukung penelitian.
- c) Literatur ilmiah dan informasi lainnya yang dapat dipergunakan untuk mendukung terselenggaranya manajemen yang baik.
- d) Literatur dan Informasi lainnya sesuai kebutuhan rumah sakit, misalnya data indikator mutu di tingkat nasional atau internasional.
- e) peraturan perundang-undangan terkait dengan mutu dan keselamatan pasien di rumah sakit termasuk pedoman-pedoman yang dikeluarkan oleh pemerintah.

Referensi dipergunakan dalam menyusun regulasi proses kegiatan asuhan klinis pada pasien dan proses kegiatan manajemen yang baik, serta acuan regulasi peningkatan mutu dan keselamatan pasien sebagai acuan dalam meningkatkan mutu dan keselamatan pasien di Rumah Sakit Paru Respira.

- 2. Teknologi dan dukungan lainnya untuk mendukung sistem manajemen data pengukuran mutu terintegrasi sesuai dengan perkembangan teknologi informasi.

Pengukuran fungsi klinis dan fungsi manajemen di rumah sakit akan menghasilkan akumulasi data dan informasi. Untuk memahami seberapa baik kemampuan rumah sakit, tergantung dari hasil analisis data, informasi yang terkumpul dibandingkan dengan rumah sakit lain, maka Rumah Sakit Paru Respira menyediakan sistem manajemen data yang didukung dengan teknologi informasi yang mulai dari pengumpulan, pelaporan, analisa, validasi dan publikasi data untuk internal rumah sakit dan eksternal rumah sakit. Publikasi data tetap harus memperhatikan kerahasiaan pasien sesuai peraturan perundang-undangan.

Rumah sakit Paru Respira menetapkan regulasi sistem manajemen data, meliputi :

- a) Penyediaan sistem manajemen data yang didukung dengan teknologi informasi, mulai dari pengumpulan, pelaporan, analisis, validasi, serta publikasi data untuk internal rumah sakit dan eksternal dengan tetap memperhatikan kerahasiaan pasien sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- b) Data yang dimaksud meliputi, data dari indikator mutu pelayanan klinis prioritas rumah sakit, indikator mutu unit pelayanan, indikator mutu pelayanan (misalnya, Pelayanan Anestesi Bedah), indikator mutu program (misalnya program nasional) dan indikator mutu nasional;
- c) Data hasil surveilen pencegahan dan pengendalian infeksi;
- d) Data dari pelaporan insiden keselamatan pasien;

- e) Data hasil monitoring kinerja staf klinis (bila monitoring kinerja menggunakan indikator mutu)
  - f) Data hasil pengukuran budaya keselamatan
  - g) Integrasi seluruh data diatas baik di tingkat rumah sakit dan unit kerja meliputi:
    - pengumpulan
    - pelaporan analisis
    - validasi dan publikasi indikator mutu
3. Program pelatihan peningkatan mutu dan keselamatan pasien oleh pelatih kompeten dapat berasal dari eksternal maupun internal rumah sakit. Sasaran meliputi Direktur dan para pimpinan rumah sakit yaitu manajemen, kepala instalasi/unit, ketua komite termasuk Ketua Komite Medik dan Ketua Komite Keperawatan, ketua tim, staf baik yang di unit kerja maupun yang di komite/tim PMKP, dan staf klinis dan Profesional Pemberi Asuhan (PPA).

## **H. HUBUNGAN KERJA**

1. Komite Medis, Komite Rekam Medis, Instalasi Rekam Medis, SMF
  - a. Penyediaan Rekam Medik pasien untuk audit klinis.
  - b. Pembahasan Laporan Insiden Keselamatan Pasien (Incident Report) yang berhubungan dengan insiden kasus medis.
  - c. Pembahasan hasil audit klinis KSM / SMF terkait untuk dianalisa dan tindak lanjut temuan.
  - d. Penyediaan Pedoman klinis, *Clinical Pathways* dan atau protokol klinis.
2. Sub Bagian Program dan Keuangan, Sub bagian Umum dan seksi Pelayanan Medis.
  - a. Penyediaan anggaran untuk kebutuhan pendidikan dan pelatihan-pelatihan, sarana.
  - b. Pengadaan barang untuk kebutuhan kegiatan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien.
  - c. Penyediaan data Indikator Manajemen dan Daftar Resiko area manajemen (resiko pengelolaan keuangan, resiko terkait kompetensi SDM, resiko terkait alat kesehatan, dll.)
3. Instalasi Pendidikan dan Pelatihan
  - a. Pelaksanaan program pendidikan dan pelatihan-pelatihan.
  - b. Pengajuan kebutuhan SDM.
  - c. Pengumpulan data Indikator Manajemen.
  - d. Pelaporan insiden dan tindak lanjutnya.
4. Instalasi rawat inap, instalasi rawat jalan, instalasi gawat darurat dan Instalasi bedah
  - a. Kebutuhan pelatihan staf untuk menunjang program PMKP.

- b. Penyediaan data indikator klinis dari unit.
  - c. Pelaksanaan program PMKP.
  - d. Pelaporan insiden dan tindak lanjutnya.
  - e. Pelaksanaan audit keperawatan.
  - f. Penyediaan data daftar resiko klinis (proses asuhan klinis) dan program manajemen resiko.
5. Instalasi Radiologi, instalasi Laboratorium, Instalasi Farmasi, Unit Fisioterapi
- a. Kebutuhan pelatihan staf untuk menunjang program PMKP.
  - b. Penyediaan data indikator klinis dari unit.
  - c. Pelaksanaan program PMKP.
  - d. Pelaporan insiden dan tindak lanjutnya.
  - e. Penyediaan daftar resiko yang terkait.
6. Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi, Tim Keselamatan dan Kesehatan Kerja, Tim PPRA
- a. Kebutuhan pelatihan staf untuk menunjang program PMKP.
  - b. Penyediaan data indikator klinis dari unit.
  - c. Pelaksanaan program PMKP.
  - d. Pelaporan insiden dan tindak lanjutnya.
  - e. Penyediaan daftar resiko yang terkait.
7. Unit Promosi Kesehatan Rumah Sakit, Unit Data dan Informasi, Unit Pengaduan dan Keluhan
- a. Publikasi data ke masyarakat
  - b. Pengelolaan keluhan pasien dan keluarga, dokter dll.
  - c. Penyediaan daftar resiko yang terkait.

**BAB IV**  
**PROGRAM**  
**PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN**

Mutu dan keselamatan sejatinya berakar dari pekerjaan sehari-hari dari seluruh staf di unit pelayanan. Seperti staf klinis melakukan asesmen kebutuhan pasien dan memberikan pelayanan. Program PMKP ini membantu staf klinis agar dapat memahami bagaimana melakukan peningkatan nyata dalam memberikan asuhan pasien dan menurunkan risiko. Demikian pula staf non klinis dapat memasukkan standar dalam pekerjaan sehari-hari mereka untuk memahami bagaimana suatu proses dapat lebih efisien, sumberdaya dapat digunakan dengan lebih bijaksana dan risiko fisik dapat dikurangi.

Program PMKP ini mempunyai kegiatan dengan spektrum yang sangat luas pada rumah sakit, termasuk kerangka untuk meningkatkan kegiatan dan menurunkan risiko yang terkait dengan munculnya variasi (ketidak seragaman) dalam proses pelayanan. Program ini dapat terintegrasi dengan program pengukuran yang sudah dilaksanakan, seperti hal-hal yang terkait dengan kejadian yang tidak diantisipasi (manajemen risiko) dan pemanfaatan sumberdaya (manajemen utilisasi). Program PMKP meliputi:

- 1) Peningkatan mutu pelayanan klinis prioritas rumah sakit yang meliputi penetapan peningkatan mutu indikator-indikator mutu area klinis, area manajemen dan area sasaran keselamatan pasien area klinis prioritas yang dilengkapi dengan
- 2) Peningkatan mutu unit, pemilihan dan penetapan indikator mutu unit
- 3) Monitoring peningkatan mutu pelayanan yang di kontrakan
- 4) Pengumpulan data, analisis, pelaporan dan feedback data indikator mutu nasional, indikator mutu tingkat rumah sakit dan indikator mutu unit.
- 5) Pemilihan evaluasi prioritas kepatuhan terhadap standar pelayanan kedokteran di rumah sakit dan evaluasi kepatuhan lima standar per tahun terhadap standar pelayanan kedokteran di rumah sakit pada masing-masing kelompok staf medis.
- 6) Audit medis dan atau audit klinis.
- 7) Penilaian kinerja professional pemberi asuhan, staf klinis dan non klinis

**A. PENETAPAN AREA PRIORITAS**

Penetapan area kunci/ prioritas dilaksanakan bersama dengan segenap jajaran manajemen. Dipilih area yang akan menjadi prioritas dalam pelaksanaan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

## **B. PENETAPAN DAN PEMANTAUAN INDIKATOR MUTU**

Indikator adalah: suatu cara untuk menilai penampilan dari suatu kegiatan dan merupakan variabel yang digunakan untuk menilai perubahan. Indikator Rumah Sakit meliputi indikator mutu unit dan indikator mutu prioritas. Indikator mutu unit ditetapkan pimpinan untuk setiap unit sebagai acuan penilaian kinerja unit.

### **1. Indikator Mutu Prioritas**

Direktur memprioritaskan proses di rumah sakit yang diukur, program perbaikan dan kegiatan keselamatan pasien yang diterapkan, dan bagaimana mengukur keberhasilan dalam upaya di seluruh rumah sakit ini. Program mutu dan keselamatan pasien mencakup analisis atas dampak prioritas perbaikan yang didukung oleh pimpinan. Staf program mutu dan keselamatan pasien menyusun sarana untuk mengevaluasi penggunaan sumber daya untuk proses yang telah diperbaiki. Sumber daya dapat sumber daya manusia (sebagai contoh, waktu yang dipakai untuk setiap langkah dalam proses tersebut) atau dapat pula melibatkan penggunaan teknologi dan sumber daya lainnya. Analisis ini memberikan informasi yang berguna atas perbaikan mana yang berdampak terhadap efisiensi dan biaya. Dalam melakukan analisis tersebut Komite PMKP berkoordinasi dengan Komite Medik karena terkait dengan audit medis, bagian keuangan rumah sakit dan teknologi informasi (*Information Technology*) rumah sakit khususnya untuk billing system sehingga dapat diketahui telah terjadi kendali biaya.

Direktur mengukur keberhasilan pengukuran mutu pelayanan klinis prioritas melalui:

- a) Pengukuran capaian-capaian indikator area klinik dan area manajemen
- b) Pengukuran kepatuhan penerapan sasaran keselamatan pasien
- c) Pengukuran kepatuhan pelaksanaan standar pelayanan kedokteran di rumah sakit sehingga mengurangi variasi dalam pemberian pelayanan
- d) Pengukuran efisiensi penggunaan sumber daya termasuk biaya yang dipergunakan untuk perbaikan di pengukuran mutu pelayanan klinis prioritas rumah sakit tersebut.

Melalui pengukuran-pengukuran penggunaan sumber daya tersebut diatas, dapat diketahui dampak perbaikan program prioritas rumah sakit secara keseluruhan termasuk biaya yang dipergunakan.

### **2. Indikator Mutu Unit**

Pimpinan rumah sakit bersama pimpinan unit kerja berperan dalam menetapkan indikator mutu unit kerja berdasarkan identifikasi masalah di unit kerja yang ingin diperbaiki. Kepala Instalasi/Kepala Ruang/Koordinator

menerapkan pemilihan dan pengawasan penilaian secara spesifik terhadap unit pelayanan yang mencakup hal-hal sebagai berikut:

- a) Penilaian Rumah Sakit secara menyeluruh dan peningkatan mutu pelayanan klinis prioritas yang ditetapkan oleh Direktur, yang terkait secara spesifik dengan departemen atau unit layanan mereka;
- b) Penilaian yang terkait dengan prioritas unit layanan yang membutuhkan perbaikan, yang secara spesifik untuk mengurangi variasi, meningkatkan keselamatan untuk tindakan/tata laksana berisiko tinggi, meningkatkan tingkat kepuasan pasien dan meningkatkan efisiensi.
- c) Penilaian spesifik di unit pelayanan ini juga diharapkan dapat dipergunakan untuk melakukan evaluasi praktik profesional berkelanjutan dari para Profesional Pemberi Asuhan (PPA).

### **C. PELAKSANAAN PROGRAM KESELAMATAN PASIEN**

1. Penerapan 7 langkah menuju keselamatan Pasien Rumah Sakit, meliputi:
  - a. Bangun Kesadaran akan nilai Keselamatan Pasien.
  - b. Pimpin dan dukung staf anda.
  - c. Integrasikan aktivitas pengelolaan resiko.
  - d. Kembangkan sistem pelaporan.
  - e. Libatkan dan berkomunikasi dengan pasien.
  - f. Belajar dan berbagi pengalaman tentang Keselamatan Pasien.
  - g. Cegah cedera melalui implementasi system Keselamatan Pasien.
  
2. Pelaksanaan 7 Sasaran Keselamatan Pasien
  - a. Ketepatan identifikasi pasien.
  - b. Peningkatan komunikasi yang efektif.
  - c. Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai.
  - d. Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi.
  - e. Mengurangi risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan.
  - f. Pengurangan risiko pasien jatuh.
  
3. Pelaksanaan Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien
  - a. Pelaporan Insiden Sentinel, KTD, KNC dari masing-masing unit.

Bila terjadi insiden pada unit, maka unit melapor kepada Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit sesuai dengan Alur Kerja Pengendalian Ketidaksesuaian Pelayanan.
  - b. Melakukan Matrik Assesment

Sesudah laporan insiden diterima, maka Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit akan membuat *Risk Matrix* Grading sesuai dengan kasusnya.
  - c. Rekapitulasi pelaporan insiden

Melakukan rekapitulasi laporan insiden untuk dilakukan pembahasan bersama sub komite Keselamatan Pasien Komite PMKP dan Manajemen.

d. Pembahasan laporan insiden

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

e. Tindak lanjut insiden

Dari hasil pembahasan, ditetapkan insiden yang akan dianalisa untuk ditindaklanjuti. Tindak lanjut yang dilakukan dapat melalui pertemuan dengan unit/staff terkait atau pembuatan *Root Cause Analysis (RCA)/FMEA* untuk dapat dicari akar masalah dari insiden yang terjadi, sehingga dapat diambil tindakan perbaikan.

f. Reassessment/ evaluasi keefektifan tindak lanjut

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

#### **D. PROGRAM MANAJEMEN RISIKO**

Setiap tahun rumah sakit menyusun program manajemen risiko. Selain program manajemen risiko, rumah sakit menetapkan regulasi manajemen risiko rumah sakit sebagai acuan perencanaan dan pelaksanaan manajemen risiko di rumah sakit. Regulasi manajemen risiko rumah sakit yang meliputi :

- I. konteks
- II. ruang lingkup, tujuan dan kriteria untuk penilaian risiko
- III. tanggung jawab dan fungsi manajemen risiko
- IV. pelatihan staf
- V. sebuah daftar risiko yang teridentifikasi keuangan dan bahaya
- VI. ringkasan rencana-rencana risiko untuk risiko-risiko utama
- VII. proses untuk berkomunikasi dengan para pemangku kepentingan

#### **E. STANDARISASI ASUHAN KLINIS DAN EVALUASI PRIORITAS STANDAR**

Setiap Kelompok Staf Medis (KSM) memilih dan menetapkan panduan praktik klinik yang dapat dilengkapi dengan alur klinis (*clinical pathway*) dan/atau protokol klinis dan atau prosedur dan atau standing order sebagai panduan dari asuhan klinik yang akan dilakukan evaluasi.

Implementasi standar pelayanan kedokteran di rumah sakit berupa standar prosedur operasional yang disusun dalam bentuk panduan praktik klinik (PPK)

yang dapat dilengkapi dengan alur klinik/clinical pathway (CP), protokol, algoritme, prosedur atau standing order.

Sasaran rumah sakit adalah:

- standardisasi proses asuhan klinik.
- mengurangi risiko dalam proses asuhan, teristimewa yang berkaitan dengan keputusan tentang asuhan yang kritis.
- memberikan asuhan klinik tepat waktu, efektif, menggunakan sumber daya yang tersedia dengan efisien.
- memberikan asuhan bermutu tinggi secara konsisten menggunakan "*evidence based practices*".

Rumah sakit dapat menyusun standar pelayanan kedokteran dengan memakai referensi pedoman nasional pelayanan kedokteran atau referensi dari organisasi profesi internasional sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Panduan praktik klinis, alur klinis (*clinical pathway*) atau protokol yang diseleksi untuk dilakukan evaluasi memenuhi kriteria:

- a) sesuai dengan populasi pasien yang ada dan misi
- b) disesuaikan dengan teknologi, obat, lain sumber daya di Rumah Sakit atau norma profesional yang berlaku secara nasional
- c) dilakukan asesmen terhadap bukti ilmiahnya dan disahkan oleh pihak berwenang
- d) disetujui resmi atau di gunakan oleh Rumah Sakit
- e) dilaksanakan dan di ukur terhadap efektivitasnya
- f) dijalankan oleh staf yang terlatih menerapkan pedoman atau pathways
- g) secara berkala diperbaharui berdasar bukti dan evaluasi dari proses dan hasil proses

Karena panduan, alur dan protokol terkait dapat memberikan dampak bagi beberapa unit pelayanan klinis, maka setiap Kelompok Staf Medis diharapkan terlibat dalam pemilihan, penerapan dan evaluasi panduan, alur dan protokol klinis di masing-masing Kelompok Staf Medis. Mengingat penerapan panduan, alur, dan protokol di unit-unit pelayanan klinis maka Kepala Instalasi/Kepala Ruang pelayanan klinis agar terlibat dalam evaluasi penerapan panduan, alur, dan protokol tersebut dengan menggunakan indikator-indikator mutu pada unit tersebut.

Setiap kelompok staf medis setiap tahun diharapkan mencapai hal-hal sebagai berikut:

- 1) Setiap Ketua Kelompok Staf Medis menetapkan secara bersama paling sedikit setiap tahun, 5 (lima) panduan praktik klinis untuk diimplementasikan di unit pelayanan dengan memilih proses yang diimplementasikan, misalnya sebuah diagnosis seperti PPOK, tindakan

seperti pungsi pleura, populasi pasien seperti geriatri, penyakit seperti pneumonia yang selanjutnya panduan ditetapkan berdampak terhadap keamanan dan mutu asuhan pasien serta mengurangi variasi hasil yang tidak diinginkan.

- 2) Mengingat penerapan panduan, alur, dan protokol klinis di unit pelayanan maka dalam pemilihan dan penetapan panduan, alur, dan protokol agar melakukan komunikasi dan koordinasi dengan unit pelayanan terkait agar dapat membantu penerapan dan evaluasi penerapannya.
- 3) Menetapkan panduan pemilihan dan penyusunan panduan praktik klinis, alur klinis (*clinical pathway*), dan/atau protokol klinis, dan/atau prosedur, dan/atau standing order sebagai panduan asuhan klinis dengan mengacu pada butir a) sampai dengan g) di atas.

Setiap standar pelayanan pasien wajib dilakukan evaluasi berkala terutama pada prioritas standar pelayanan klinis karena keterbatasan rumah sakit. Evaluasi prioritas standar pelayanan kedokteran tersebut dipergunakan untuk mengukur keberhasilan dan efisiensi peningkatan mutu pelayanan klinis prioritas rumah sakit. Evaluasi prioritas standar pelayanan kedokteran dapat dilakukan melalui audit medis dan atau audit klinis, dan dapat menggunakan indikator mutu.

Indikator area klinis (IAK), indikator area manajemen (IAM) dan indikator sasaran keselamatan pasien (ISKP) dapat digunakan untuk melakukan evaluasi terhadap kepatuhan standar pelayanan kedokteran di rumah sakit misalnya kepatuhan terhadap pemberian terapi, pemeriksaan penunjang dan lama hari rawat (LOS).

Tujuan dari monitoring pelaksanaan evaluasi prioritas standar pelayanan kedokteran sebagai berikut:

- 1) Mendorong tercapainya standarisasi proses asuhan klinik
- 2) Mengurangi risiko dalam proses asuhan, terutama yang berkaitan asuhan kritis
- 3) Memanfaatkan sumber daya yang tersedia dengan efisien dalam memberikan asuhan klinik tepat waktu dan efektif
- 4) Memanfaatkan indikator prioritas sebagai indikator dalam penilaian kepatuhan penerapan alur klinis di area yang akan diperbaiki di tingkat rumah sakit
- 5) Secara konsisten menggunakan praktik berbasis bukti (*"evidence based practices"*) dalam memberikan asuhan bermutu tinggi

Komite Medis bersama-sama dengan pimpinan pelayanan medis melakukan monitoring kepatuhan staf medis/DPJP terhadap panduan praktik klinis. Monitoring dapat dilakukan dengan melakukan evaluasi ketepatan penggunaan obat, pemeriksaan penunjang medik, dan *length of stay* (LOS) meskipun

perpanjangan LOS banyak faktor yang terkait dan tidak murni mengukur kepatuhan DPJP.

Direktur RS bersama-sama dengan Pimpinan medis, Ketua Komite medis dan Kelompok Staf Medis terkait menetapkan paling sedikit 5 (lima) evaluasi prioritas standar pelayanan kedokteran berupa panduan praktik klinis (PPK) atau alur klinis/ *clinical pathway* (CP) atau protokol, algoritme, prosedur atau *standing order* yang dimonitor implementasinya oleh Komite Medik dan atau Sub Komite Mutu Profesi.

#### **F. PELAKSANAAN AUDIT MEDIS / AUDIT KLINIS**

1. Penetapan Topik
2. Komite Medik bersama Komite PMKP rumah sakit mengadakan rapat tahunan untuk menentukan topik audit klinik berdasarkan masukan dari SMF. Penentuan topik juga memperhatikan masukan dari Direksi dan pihak-pihak lain.
3. Topik audit klinik ditentukan berdasarkan hasil review terhadap audit klinis tahun 2012. Ditetapkan berdasarkan topik dari kasus terbanyak, kasus sulit, kasus dengan biaya-biaya tinggi dan kasus yang banyak menimbulkan keluhan.
4. Penyusunan Instrumen Audit Klinik Tim Mutu terdiri dari sekurang-kurangnya 3 orang: Dokter, Perawat dan Petugas Rekam Medis. Anggota SMF terdiri dari sekurang-kurangnya 2 orang dokter. Tim Mutu dan SMF menyusun dokumen awal audit Klinik yang terdiri dari:
5. Latar belakang
6. Instrumen audit: kriteria, standar, pengecualian, sumber data
7. Sampel: penentuan besar sample, cara pengambilan sampel
8. Pengumpulan data

Berdasarkan instrumen audit klinik yang telah disusun maka Tim Mutu (Staf Rekam Medis) dan SMF (bila perlu) akan melakukan proses pengukuran.

Proses pengukuran dilakukan dengan membandingkan antara apa yang tercatat di Rekam Medis dengan standar yang telah ditetapkan.

Hasil pengukuran ditulis di lembar audit atau di dalam bentuk file komputer (excel atau SPSS).

Pengambilan sample audit akan diverifikasi oleh orang kedua yang tidak terlibat dalam pengambilan data yang pertama untuk memastikan validitas data. Bila terjadi.

9. Analisa data

Berdasarkan hasil pengukuran, Tim Mutu dan SMF melakukan analisa dan evaluasi untuk mengidentifikasi masalah yang ada, mencari akar

permasalahan (dengan menggunakan diagram *fish bone* atau metode lain) dan mengusulkan rencana perbaikan. Tim Mutu dan SMF menuliskan hasil pengumpulan data dan analisa data serta rencana perbaikan menjadi sebuah laporan.

#### 10. Tindak Lanjut

Berdasarkan laporan tersebut maka Komite Medis dan direksi memutuskan apakah menyetujui rencana perbaikan yang disampaikan, bila berhubungan dengan anggaran dan proses bisnis. Bila disetujui maka rencana perbaikan tersebut perlu didiskusikan dengan Direksi untuk persetujuan anggaran yang diperlukan. Bila diperlukan maka Komite Medis dan Tim Mutu Pelayanan menjadi supervisor dari rencana tersebut.

Pengumpulan data kedua (re-audit) Dilakukan setelah tindak lanjut selesai dilaksanakan (antara 3-6 bulan setelah audit yang sebelumnya). Metode yang digunakan sama seperti pada point C (pengumpulan data).

#### 11. Penyusunan laporan akhir

Berdasarkan pengumpulan data kedua, Komite Medis dan Tim Mutu Pelayanan melakukan review apakah terdapat perbaikan atau tidak. Bila ada perbaikan maka audit dinyatakan selesai. Bila tidak ada perbaikan maka perlu dilakukan perbaikan rencana pada point E (tindak lanjut). Tim Mutu dan SMF menyusun laporan akhir untuk disampaikan kepada Ketua Komite Medik dan Direksi.

### **G. BUDAYA KESELAMATAN DI RUMAH SAKIT**

Direktur berkewajiban menciptakan dan mendukung budaya keselamatan di seluruh area di RS sesuai peraturan perundang-undangan. Budaya keselamatan di rumah sakit adalah sebuah lingkungan yang kolaboratif di mana staf klinis memperlakukan satu sama lain dengan hormat, dengan melibatkan dan memberdayakan pasien dan keluarga. Pimpinan mendorong staf klinis pemberi asuhan bekerjasama dalam tim yang efektif dan mendukung proses kolaborasi interprofesional dalam asuhan berfokus pada pasien.

Budaya keselamatan juga merupakan hasil dari nilai-nilai, sikap, persepsi, kompetensi, dan pola perilaku dari individu maupun kelompok, yang menentukan komitmen terhadap keselamatan, serta kemampuan manajemen rumah sakit, dicirikan dengan komunikasi yang berdasarkan rasa saling percaya, dengan persepsi yang sama tentang pentingnya keselamatan, dan dengan keyakinan akan manfaat langkah-langkah pencegahan.

Tim belajar dari kejadian tidak diharapkan dan kejadian nyaris cedera. Staf klinis pemberi asuhan menyadari keterbatasan kinerja manusia dalam sistem yang kompleks, dan ada proses yang terlihat dari belajar dan menjalankan perbaikan melalui briefing.

Keselamatan dan mutu berkembang dalam suatu lingkungan yang mendukung kerja sama dan rasa hormat terhadap sesama, tanpa melihat jabatan mereka dalam rumah sakit.

Direktur RS menunjukkan komitmennya tentang budaya keselamatan dan mendorong budaya keselamatan untuk seluruh staf RS. Perilaku yang tidak mendukung budaya keselamatan seperti:

- Perilaku yang tidak layak (*Inappropriate*), seperti kata-kata atau bahasa tubuh yang menyinggung perasaan sesama staf, misalnya mengumpat, merendahkan atau memaki;
- perilaku yang mengganggu (*disruptive*) antara lain perilaku tidak layak yang dilakukan secara berulang, bentuk tindakan verbal atau non verbal yang membahayakan atau mengintimidasi staf lain, "celetukan maut" adalah komentar sembrono didepan pasien yang berdampak menurunkan kredibilitas staf klinis lain, contoh mengomentari negatif hasil tindakan atau pengobatan staf lain didepan pasien, misalnya "obatnya ini salah, tamatan mana dia...?", melarang perawat untuk membuat laporan tentang kejadian tidak diharapkan, memarahi staf klinis lainnya didepan pasien, kemarahan yang ditunjukkan dengan melempar alat bedah di kamar operasi, membuang rekam medis diruang rawat;
- perilaku yang melecehkan (*harassment*) terkait dengan ras, agama, suku termasuk gender;
- pelecehan seksual.

Hal-hal penting menuju budaya keselamatan:

- 1) staf rumah sakit mengetahui bahwa kegiatan operasional rumah sakit berisiko tinggi dan bertekad untuk melaksanakan tugas dengan konsisten serta aman
- 2) regulasi serta lingkungan kerja mendorong staf tidak takut mendapat hukuman bila membuat laporan tentang kejadian tidak diharapkan dan kejadian nyaris cedera
- 3) direktur mendorong tim keselamatan pasien melaporkan insiden keselamatan pasien ke tingkat nasional sesuai dengan peraturan perundang-undangan
- 4) mendorong kolaborasi antar staf klinis dengan pimpinan untuk mencari penyelesaian masalah keselamatan pasien.

Komitmen organisasi menyediakan sumber daya, seperti staf, pelatihan, metode pelaporan yang aman, dan sebagainya untuk menangani masalah keselamatan. Masih banyak rumah sakit yang masih memiliki budaya untuk menyalahkan suatu pihak yang akhirnya merugikan kemajuan budaya keselamatan. *Just culture* adalah model terkini mengenai pembentukan suatu budaya yang

terbuka, adil dan pantas, menciptakan budaya belajar, merancang sistem-sistem yang aman, serta mengelola perilaku yang terpilih (*human error, at risk behavior, dan reckless behavior*). Model ini melihat peristiwa-peristiwa bukan sebagai hal-hal yang perlu diperbaiki, tetapi sebagai peluang-peluang untuk memperbaiki pemahaman baik terhadap risiko dari sistem maupun risiko perilaku.

Ada saat-saat individu seharusnya tidak disalahkan atas suatu kekeliruan; sebagai contoh, ketika ada komunikasi yang buruk antara pasien dan staf, ketika perlu pengambilan keputusan secara cepat, dan ketika ada kekurangan faktor manusia dalam pola proses pelayanan. Namun, terdapat juga kesalahan tertentu yang merupakan hasil dari perilaku yang sembrono dan hal ini membutuhkan pertanggungjawaban.

Misalnya kegagalan dalam mengikuti pedoman kebersihan tangan, tidak melakukan *time-out* sebelum mulainya operasi, atau tidak memberi tanda pada lokasi pembedahan.

Budaya keselamatan mencakup mengenali dan menunjukkan masalah yang terkait dengan sistem yang mengarah pada perilaku yang tidak aman. Pada saat yang sama, rumah sakit harus memelihara pertanggungjawaban dengan tidak mentoleransi perilaku sembrono. Pertanggungjawaban membedakan kesalahan unsur manusia (seperti kekeliruan), perilaku yang berisiko (contohnya mengambil jalan pintas), dan perilaku sembrono (seperti mengabaikan langkah-langkah keselamatan yang sudah ditetapkan).

Beban kerja yang berlebihan serta stres yang mungkin terjadi pada staff RS juga bisa mengarah pada perilaku yang tidak aman/berisiko, karena itu rumah sakit perlu melakukan identifikasi jam kerja dan beban kerja serta stress yang mungkin bisa terjadi pada Profesional Pemberi Asuhan (PPA), staf klinis, staf non klinis termasuk residen dan peserta didik klinis lainnya. Bila ditemukan jam kerja dan beban kerja yang berlebihan dan adanya stress maka rumah sakit perlu melakukan upaya-upaya perbaikan.

Direktur melakukan evaluasi rutin dengan jadwal yang tetap dengan menggunakan beberapa metode, survei resmi, wawancara staf, analisis data, dan diskusi kelompok. Direktur mendorong agar dapat terbentuk kerja sama untuk membuat struktur, proses, dan program yang memberikan jalan bagi perkembangan budaya positif ini. Direktur harus menanggapi perilaku yang tidak terpuji dari semua individu dari semua jenjang rumah sakit, termasuk manajemen, staf administrasi, staf klinis, dokter tamu atau dokter *part time*, serta anggota representasi pemilik. Direktur melaksanakan, melakukan monitor, mengambil tindakan untuk memperbaiki program budaya keselamatan di seluruh area di Rumah Sakit Paru Respira.

## **H. MUTU PELAYANAN YANG DIKONTRAKKAN**

Kontrak dan perjanjian lainnya dievaluasi sebagai bagian dari program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

Rumah sakit melakukan evaluasi mutu pelayanan dan keselamatan pasien pada semua pelayanan di rumah sakit, baik yang secara langsung disediakan sendiri oleh rumah sakit maupun yang disediakan berdasar atas kontrak atau perjanjian lainnya.

Rumah sakit mendapatkan informasi mutu dari pelayanan yang disediakan berdasar atas kontrak atau perjanjian lainnya, lalu menganalisis informasi tersebut, kemudian mengambil tindakan berdasar atas data dan informasi tersebut.

Pelayanan yang disediakan berdasar atas kontrak dan perjanjian lainnya perlu mencantumkan indikator mutu yang dapat dipergunakan untuk mengukur mutu pelayanan yang disediakan berdasar atas kontrak tersebut.

Data indikator mutu apa saja yang harus dikumpulkan dan dilaporkan ke Komite PMKP, frekuensi pengumpulan data, dan format pengumpulan data. Kepala unit pelayanan/departemen menerima laporan mutu dari penyedia kontrak yang kemudian ditindaklanjuti dan memastikan bahwa laporan-laporan tersebut diintegrasikan ke dalam proses penilaian mutu rumah sakit. Sebagai contoh: makanan pasien di rumah sakit disediakan berdasar atas kerja sama dengan pihak ketiga. Dengan demikian, pelayanan makanan yang disediakan pihak ketiga tersebut perlu diukur mutunya menggunakan indikator mutu. Instalasi Gizi secara berkala melaporkan hasil capaian indikator mutu kepada Komite PMKP.

## **I. PELAKSANAAN PENDIDIKAN DAN PELATIHAN TERKAIT DENGAN UPAYA PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN**

Sasaran Pendidikan dan Pelatihan upaya Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien :

1. Pimpinan Rumah sakit
2. Anggota komite peningkatan mutu dan Keselamatan pasien
3. PIC Data

Kegiatan Pelatihan dapat dilaksanakan di dalam rumah sakit maupun di luar rumah sakit untuk mendukung terlaksananya program peningkatan mutu rumah sakit.

### **I. PENETAPAN DAN PELAKSANAAN KEGIATAN PIC DATA**

1. Pengajuan PIC Data Mutu
2. Penetapan SK PIC Data Mutu.
3. Sosialisasi kepada seluruh Instalasi/Unit
4. Pelatihan untuk PIC Data Mutu.

5. Pelaksanaan kegiatan pertemuan rutin.
6. Penyusunan laporan.

**J. PELAKSANAAN INTEGRASI PROGRAM TERKAIT MUTU, KESELAMATAN PASIEN DAN MANAJEMEN RESIKO**

1. Integrasi dengan Komite Medis, Komite Rekam Medis, Instalasi Rekam Medis, SMF
  - a. Penyediaan Rekam Medik pasien untuk audit klinis.
  - b. Pembahasan Laporan Insiden Keselamatan Pasien (Incident Report) yang berhubungan dengan insiden kasus medis.
  - c. Pembahasan hasil audit klinis KSM / SMF terkait untuk dianalisa dan tindak lanjut temuan.
  - d. Penyediaan Pedoman klinis, *Clinical Pathways* dan atau protokol klinis.
2. Integrasi dengan Sub Bagian Program dan Keuangan, Sub bagian Umum dan seksi Pelayanan Penunjang Medis dan Non Medis.
  - a. Penyediaan anggaran untuk kebutuhan pendidikan dan pelatihan-pelatihan, sarana.
  - b. Pengadaan barang untuk kebutuhan kegiatan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien.
  - c. Penyediaan data Indikator Manajemen dan Daftar Resiko area manajemen (resiko pengelolaan keuangan, resiko terkait kompetensi SDM, resiko terkait alat kesehatan, dll.)
3. Integrasi dengan Instalasi Pendidikan dan Pelatihan
  - a. Pelaksanaan program pendidikan dan pelatihan-pelatihan.
  - b. Pengajuan kebutuhan SDM.
  - c. Pengumpulan data Indikator Manajemen.
  - d. Pelaporan insiden dan tindak lanjutnya.
4. Integrasi dengan Unit Pelayanan (Instalasi rawat inap, instalasi rawat jalan, instalasi gawat darurat dan Instalasi bedah)
  - a. Kebutuhan pelatihan staf untuk menunjang program PMKP.
  - b. Penyediaan data indikator klinis dari unit.
  - c. Pelaksanaan program PMKP.
  - d. Pelaporan insiden dan tindak lanjutnya.
  - e. Pelaksanaan audit keperawatan.
  - f. Penyediaan data daftar resiko klinis (proses asuhan klinis) dan program manajemen resiko.
5. Integrasi dengan Instalasi Radiologi, instalasi Laboratorium, Instalasi Farmasi, Instalasi Rehabilitasi Medik
  - a. Kebutuhan pelatihan staf untuk menunjang program PMKP.
  - b. Penyediaan data indikator klinis dari unit.
  - c. Pelaksanaan program PMKP.

- d. Pelaporan insiden dan tindak lanjutnya.
  - e. Penyediaan daftar resiko yang terkait.
6. Integrasi dengan Instalasi Promosi Kesehatan Rumah Sakit, Instalasi Teknologi Informasi, Instalasi Pelayanan Informasi dan Keluhan
- a. Publikasi data ke masyarakat
  - b. Pengelolaan keluhan pasien dan keluarga, dokter dll.
  - c. Penyediaan daftar resiko yang terkait.
7. Integrasi program yang terkait dengan pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI):
- 1). Hand Hygiene (Kebersihan Tangan)  
Untuk membudayakan Kebersihan Tangan ini maka akan dilakukan beberapa kegiatan, antara lain:
    - a. Kampanye Hand Hygiene
    - b. Pemasangan poster, banner dan pembagian leaflet
    - c. Pengadaan antiseptic hand rub di semua unit
    - d. Audit kepatuhan cuci tangan
  - 2). Memonitor angka infeksi nosokomial di rumah sakit
    - a. Angka decubitus.
    - b. Angka infeksi akibat pemasangan jarum infus
    - c. Angka infeksi saluran kencing.
  - 3). Melakukan pemantauan upaya pencegahan dan pengendalian infeksi pada pengelolaan makanan, dengan melakukan:
    - a. Monitoring hygiene pada petugas dietary.
    - b. Pemeriksaan mikrobiologi pada makanan dan alat makan.
    - c. Pemeriksaan kesehatan khusus petugas penjamah makanan (anal swab).
    - d. Pemantauan suhu penyimpanan bahan makanan
  - 4). Pemantauan kualitas air
  - 5). Pemantauan pengelolaan linen
  - 6). Pemantauan pengelolaan limbah
  - 7). Pemantauan pengelolaan limbah tajam
  - 8). Pemantauan Ketersediaan dan penggunaan alat pelindung diri (APD)
  - 9). Pencegahan dan pengendalian infeksi saat pembangunan dan renovasi
    - 10). Kegiatan meliputi: pemeriksaan kualitas udara melalui pengukuran / pemeriksaan debu.
    - 11). Sterilisasi
    - 12). Kegiatan meliputi evaluasi pemantauan kualitas barang yang telah disteril.
    - 13). Pengurangan resiko infeksi terhadap petugas melalui pemeriksaan berkala
    - 14). Pendidikan dan pelatihan staff
    - 15). Untuk meningkatkan kompetensi IPCN maka perlu mengikutkan

karyawan ke dalam pelatihan-pelatihan yang terkait dengan PPI.

16). Orientasi karyawan mengenai program pencegahan dan pengendalian infeksi

17). Pada setiap karyawan baru saat orientasi diberikan materi tentang PPI terutama tentang kebersihan tangan

#### **K. AKREDITASI RUMAH SAKIT**

1. Pelatihan / Workshop akreditasi RS standar baru
2. Pembentukan Tim Akreditasi RS
3. Sosialisasi standar akreditasi baru kepada Tim akreditasi RS
4. Melengkapi dokumen akreditasi baru
5. Bimbingan akreditasi dari Tim KARS
6. Self assesmen persiapan akreditasi
7. Penilaian akreditasi dari KARS

#### **L. STRATEGI**

Untuk pencapaian tujuan program Peningkatan mutu dan keselamatan pasien di Rumah Sakit Paru Respira maka disusunlah strategi sebagai berikut

1. Setiap petugas harus memahami dan menghayati konsep dasar dan prinsip mutu pelayanan RSP Respira sehingga dapat menerapkan langkah-langkah upaya peningkatan mutu di masing-masing unit kerjanya.
2. Memberi prioritas kepada peningkatan kompetensi sumber daya manusia di RSP Respira, serta upaya meningkatkan kesejahteraan karyawan.
3. Menciptakan budaya mutu di RSP Respira, termasuk didalamnya pengukuran indicator mutu di Rumah Sakit, survey budaya keselamatan serta program mutu RSP Respira dengan pendekatan *P-D-S-A cycle*.
4. Melaksanakan pemantauan 7 sasaran indicator keselamatan pasien, budaya pelaporan insiden dan evaluasi insiden dengan *grading* serta tindak lanjutnya.
5. Mengimplementasikan system manajemen resiko dan melaksanakan kegiatan FMEA.

## **BAB V**

### **PENCATATAN DAN PELAPORAN**

#### **A. PENCATATAN PROGRAM KERJA PMKP**

1. Pencatatan dan pelaporan program PMKP dilaksanakan setiap akhir kegiatan dan tiap triwulan pelaporan kegiatan dilaporkan kepada Direktur RSP Respira secara periodik tiap triwulan melalui pelaporan Realisasi Program Kerja Unit.
2. Pencatatan Indikator mutu, sensus harian dilakukan oleh unit masing – masing.  
Laporan bulanan oleh unit tentang pencapaian pemantauan indikator klinis, indikator manajemen, indikator sasaran keselamatan pasien, dilaporkan kepada Tim Mutu untuk direkap dan diterbitkan FTKP (Form Tidakan Korektif dan Pencegahan).
3. Pencatatan dan pelaporan insiden keselamatan pasien :  
Setiap terjadi insiden keselamatan pasien unit langsung membuat laporan insiden untuk dilaporkan kepada Tim Keselamatan Pasien. Setelah dilakukan grading insiden, jika perlu dilaksanakan Root Cause Analysis maka hasilnya dilaporkan kepada Direktur.
4. Identifikasi dan Penyusunan Daftar Resiko.  
Setiap unit mengidentifikasi dan menyusun resiko-resiko yang terdapat di unit masing-masing untuk kemudian dikumpulkan di sub komite manajemen resiko untuk dibuatkan daftar resiko yang ada di Rumah Sakit Paru Respira

#### **B. PELAPORAN PROGRAM KERJA PMKP**

Direktur menerapkan suatu struktur dan proses untuk memantau dan melakukan koordinasi menyeluruh terhadap program yang ada di Rumah Sakit. Tindakan ini memastikan adanya koordinasi di seluruh seluruh unit pelayanan dalam upaya pengukuran dan perbaikan. Koordinasi ini dapat tercapai melalui pemantauan dari Komite PMKP dan Tim KPRS, bersama Instalasi/Unit lainnya. Koordinasi ini mendukung pendekatan sistem untuk pemantauan kualitas dan aktivitas perbaikan sehingga mengurangi duplikasi upaya peningkatan mutu; misalnya terdapat dua departemen yang secara independen mengukur suatu proses atau luaran yang sama. Direktur bertanggung jawab melaporkan pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien kepada representasi pemilik sebagai berikut :

- 1) setiap tiga bulan yang meliputi capaian dan analisis dari indikator mutu area klinis, area manajemen dan sasaran keselamatan pasien dan capaian implementasi panduan praktik klinik dan alur klinis serta penerapan sasaran keselamatan pasien
- 2) Setiap 6 (enam) bulan Direktur melaporkan penerapan keselamatan pasien kepada representasi pemilik antara lain mencakup:

- ❖ jumlah dan jenis kejadian tidak diharapkan/insiden keselamatan pasien serta analisis akar masalahnya;
  - ❖ apakah pasien dan keluarga telah mendapatkan informasi tentang kejadian tersebut;
  - ❖ tindakan yang telah diambil untuk meningkatkan keselamatan sebagai respons terhadap kejadian tersebut;
  - ❖ apakah tindakan perbaikan tersebut dipertahankan.
- 3) Khusus untuk kejadian sentinel, Direktur Rumah Sakit wajib melaporkan kejadian kepada pemilik dan representasi pemilik paling lambat 2 X 24 jam setelah kejadian dan melaporkan ulang hasil analisis akar masalah setelah 45 hari.

Representasi pemilik mengkaji dan merespon laporan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien, khususnya terkait dengan capaian indikator yang masih rendah.

Komunikasi informasi tentang program peningkatan mutu dan keselamatan pasien secara berkala kepada staf merupakan hal yang penting. Alur komunikasi mutu ini dilakukan melalui jalur yang efektif, seperti buletin, poster, pertemuan staf, dan proses sumber daya manusia.

Informasi yang diberikan antara lain dapat berupa program baru atau program yang baru saja selesai, perkembangan dalam pencapaian Sasaran Keselamatan Pasien, hasil analisis kejadian sentinel atau kejadian tidak diinginkan lainnya, ataupun penelitian terkini maupun program benchmark.

Adapun pelaporan internal di tingkat Rumah Sakit adalah sebagai berikut:

1. Laporan harian untuk unit yang berhubungan dengan laporan insiden dilaporkan kepada Komite PMKP.
2. Laporan bulanan oleh unit tentang pencapaian pemantauan dan supervisi indikator klinis, indikator manajemen, indikator sasaran keselamatan pasien, dilaporkan oleh Sub Komite Mutu untuk direkap dan diterbitkan rekap dalam bentuk Laporan
3. Laporan Tri Wulan untuk realisasi pencapaian program peningkatan mutu dan keselamatan pasien oleh Ketua Komite PMKP.
4. Laporan tahunan evaluasi pelaksanaan program PMKP oleh Ketua Komite PMKP untuk dilaporkan kepada Pimpinan dan Pemerintah Daerah.

**BAB VI**  
**SUPERVISI DAN MONITORING**

1. Seluruh jajaran manajemen Rumah Sakit Paru Respira secara berkala melakukan supervisi, monitoring dan evaluasi program keselamatan pasien berkoordinasi dengan Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit Paru Respira dan Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit.
2. Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien dan Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit Paru Respira secara berkala (paling lama 2 tahun) melakukan evaluasi pedoman, kebijakan dan prosedur keselamatan pasien yang dipergunakan di Rumah Sakit Paru Respira.
3. Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit Paru Respira dan Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit melakukan evaluasi kegiatan setiap triwulan.

Ditetapkan di Bantul  
pada tanggal 5 Januari 2021

DIREKTUR,



dr. GREGORIUS ANUNG TRIHADI, M.P.H  
NIP. 197205092002121002

LAMPIRAN 2

PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT  
PARU RESPIRA NOMOR 188/00054 TAHUN  
2021 TENTANG PENINGKATAN MUTU DAN  
KESELAMATAN PASIEN (PMKP) RUMAH  
SAKIT PARU RESPIRA

**PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN**

**BAB I**

**PENDAHULUAN**

**A. LATAR BELAKANG**

Sejalan dengan visi misi Rumah Sakit Paru Respira untuk menjadi pusat pelayanan dalam upaya kesehatan paru dan pernafasan dengan layanan unggulan pelayanan onkologi paru pada tahun 2026, telah ditetapkan kebijakan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Rumah Sakit Paru Respira mempunyai kewajiban memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, anti diskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit.

Seiring dengan perkembangan Rumah Sakit Paru Respira, maka peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien juga dituntut untuk selalu diupayakan. Upaya tersebut dilakukan melalui pembangunan sarana, prasarana, pengadaan peralatan dan ketenagaan serta perangkat lunak lainnya, sejalan dengan pembangunan rumah sakit pada umumnya. Namun demikian, disadari pula masih banyak kendala yang dihadapi, terutama yang berkaitan dengan standar kebutuhan dan tuntutan sistem pelayanan yang masih belum selaras dengan perkembangan IPTEK kedokteran yang semakin pesat, system pembiayaan kesehatan, serta yang terbaru yaitu perubahan sistem sosial budaya dan sistem pelayanan kesehatan pada masa pandemi COVID-19.

Sementara itu terkait dengan Keselamatan (*safety*), ini masih menjadi isu global termasuk juga untuk rumah sakit. Ada lima isu penting yang terkait dengan keselamatan di rumah sakit yaitu: keselamatan pasien (*patient safety*), keselamatan pekerja atau petugas kesehatan, keselamatan bangunan dan peralatan di rumah sakit yang bisa berdampak terhadap keselamatan pasien dan petugas, keselamatan lingkungan (*green productivity*) yang berdampak terhadap pencemaran lingkungan dan keselamatan “bisnis” rumah sakit yang terkait dengan kelangsungan hidup rumah sakit. Namun harus diakui kegiatan institusi rumah sakit dapat berjalan apabila ada pasien. Karena itu keselamatan pasien dan keselamatan tenaga kesehatan merupakan prioritas utama untuk

dilaksanakan pada masa pandemi COVID-19 dan hal itu terkait dengan isu mutu dan citra perumahsakit.

Peningkatan mutu dan keselamatan pasien adalah kegiatan yang bertujuan memberikan asuhan atau pelayanan sebaik-baiknya kepada pasien. Tujuan itu sama untuk setiap orang yang bekerja di rumah sakit. Bagi mereka yang bekerja secara langsung terlibat dalam memberikan asuhan atau pelayanan kepada pasien pemberian asuhan atau pelayanan yang sebaik mungkin merupakan konsep yang nyata. Namun bagi mereka yang tidak bekerja secara langsung terlibat pasien, tujuannya adalah pemberian pelayanan sebaik mungkin kepada rumah sakit, fasilitas dan staf. Mutu asuhan dan pelayanan kepada pasien dapat lebih baik diberikan dalam suatu organisasi yang berjalan baik dengan staf yang memiliki rasa kepuasan.

Oleh karena itu, agar upaya peningkatan mutu dan keselamatan rumah sakit dapat terlaksana seperti yang diharapkan dan memiliki acuan maka dirasa perlu disusun pedoman peningkatan mutu dan keselamatan pasien rumah sakit yang terus diperbarui. Pedoman yang merupakan konsep dan prinsip serta gambaran umum mengenai program peningkatan mutu dan keselamatan pasien rumah sakit ini merupakan pelaksanaan kebijakan peningkatan mutu dan keselamatan pasien di Rumah Sakit Paru Respira.

## **B. TUJUAN**

### **1. Tujuan Umum**

Agar pedoman yang merupakan konsep dasar dan prinsip upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien ini, dapat dipergunakan oleh pimpinan rumah sakit, pimpinan di unit kerja di lingkungan rumah sakit, maupun seluruh staf rumah sakit, sebagai acuan dalam melaksanakan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien rumah sakit.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Tercapainya satu pengertian tentang upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien di Rumah Sakit Paru Respira.
- b. Mengetahui konsep dasar dan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien di Rumah Sakit Paru Respira.
- c. Mengetahui cara-cara atau langkah-langkah dalam melaksanakan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien di Rumah Sakit Paru Respira.

## **C. RUANG LINGKUP**

Fokus area standar peningkatan mutu dan keselamatan pasien adalah :

1. Pengelolaan kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien
2. Pemilihan, pengumpulan, analisis dan validasi data indikator mutu

3. Pelaporan dan analisis insiden keselamatan pasien
4. Pencapaian dan mempertahankan perbaikan
5. Manajemen risiko.

Pedoman ini mencakup seluruh upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien di area pelayanan Rumah Sakit Paru Respira, termasuk seluruh area manajerial, unit kerja dan area klinis. Meliputi baik kegiatan peningkatan mutu, pelaksanaan program keselamatan pasien, maupun manajemen risiko.

Peningkatan mutu dan keselamatan pasien merupakan tanggungjawab semua komponen di rumah sakit. Tujuan peningkatan mutu dan keselamatan pasien adalah agar tercapai pelayanan prima rumah sakit yang memprioritaskan keselamatan pasien. Hal tersebut tidak akan tercapai apabila semua perangkat yang ada di rumah sakit tidak bekerjasama dan berpartisipasi pada pelaksanaannya.

#### **D. KONSEP DASAR MUTU PELAYANAN RUMAH SAKIT**

##### 1. Pengertian mutu

Pengertian mutu beraneka ragam dan di bawah ini ada beberapa pengertian yang secara sederhana melukiskan apa hakikat mutu.

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

*Quality Assurance* atau Menjaga Mutu adalah “Suatu program yang disusun secara objektif dan sistematis memantau dan menilai mutu dan kewajaran asuhan pasien. Menggunakan peluang untuk meningkatkan asuhan pasien dan memecahkan masalah-masalah yang terungkap.” (Boy S. Sabarguna, 2008: 2)

##### 2. Definisi mutu pelayanan rumah sakit

Adalah derajat kesempurnaan pelayanan rumah sakit untuk memenuhi kebutuhan masyarakat konsumen akan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar profesi dan standar pelayanan dengan menggunakan potensi sumber daya yang tersedia di rumah sakit secara wajar, efisien, dan efektif, diberikan secara aman dan memuaskan sesuai dengan norma, etika, hukum dan sosio budaya dengan memperhatikan keterbatasan dan kemampuan pemerintah dan masyarakat konsumen.

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

Banyak pihak yang berkepentingan dengan mutu. Pihak-pihak tersebut adalah:

- a. Konsumen
- b. Provider (pemberi jasa kesehatan)
- c. Pembayar/pihak III/asuransi
- d. Manajemen rumah sakit
- e. Karyawan rumah sakit
- f. Masyarakat
- g. Pemerintah
- h. Ikatan profesi

Setiap kelompok yang disebut di atas berbeda sudut pandang dan kepentingannya terhadap mutu. Karena itu mutu adalah multi dimensional.

#### 4. Dimensi mutu

Dimensi atau aspeknya adalah:

- a. Keprofesian
- b. Akses
- c. Efektivitas
- d. Efisiensi
- e. Keamanan pasien
- f. Kenyamanan
- g. Kepuasan pasien
- h. Aspek sosial budaya

#### 5. Mutu terkait dengan **Struktur, Proses, dan Outcome**

6. Mutu pelayanan rumah sakit adalah produk akhir dari interaksi dan ketergantungan yang rumit antara berbagai komponen atau aspek rumah sakit sebagai suatu sistem. Aspek-aspek tersebut terdiri dari struktur, proses, dan outcome.

##### **a Struktur:**

Adalah sumber daya manusia, sumber daya fisik, sumber daya keuangan dan sumber daya lain-lain pada fasilitas kesehatan. Baik tidaknya struktur dapat diukur dari kewajaran, kuantitas biaya dan mutu komponen-komponen struktur itu.

##### **b Proses:**

Adalah apa yang dilakukan dokter dan tenaga profesi lain terhadap pasien: evaluasi, diagnosa, perawatan, konseling, pengobatan, tindakan, penanganan jika terjadi penyulit, follow up. Baik tidaknya proses dapat

diukur dari relevansinya bagi pasien, efektifitasnya dan mutu proses itu sendiri.

Pendekatan proses adalah pendekatan paling langsung terhadap mutu asuhan.

**c Outcome:**

Adalah hasil akhir kegiatan dan tindakan dokter dan tenaga profesi lain terhadap pasien dalam arti perubahan derajat kesehatan dan kepuasannya serta kepuasan provider. Outcome yang baik sebagian besar tergantung kepada mutu struktur dan mutu proses yang baik. Sebaliknya mutu yang buruk adalah kelanjutan struktur atau proses yang buruk.

Tinggi rendahnya mutu sangat dipengaruhi oleh:

- a Sumber daya rumah sakit, termasuk antara lain tenaga, pembiayaan, sarana dan teknologi yang digunakan
- b Interaksi pemanfaatan dari sumber daya rumah sakit yang digerakkan melalui proses dan prosedur tertentu sehingga menghasilkan jasa atau pelayanan.
- c Berhasil tidaknya peningkatan mutu sangat tergantung dari monitoring faktor-faktor di atas dan juga umpan balik dari hasil-hasil pelayanan untuk perbaikan lebih lanjut terhadap faktor-faktor dalam butir 1 dan 2.

Dengan demikian nampak bahwa peningkatan mutu merupakan proses yang kompleks yang pada akhirnya menyangkut manajemen rumah sakit secara keseluruhan.

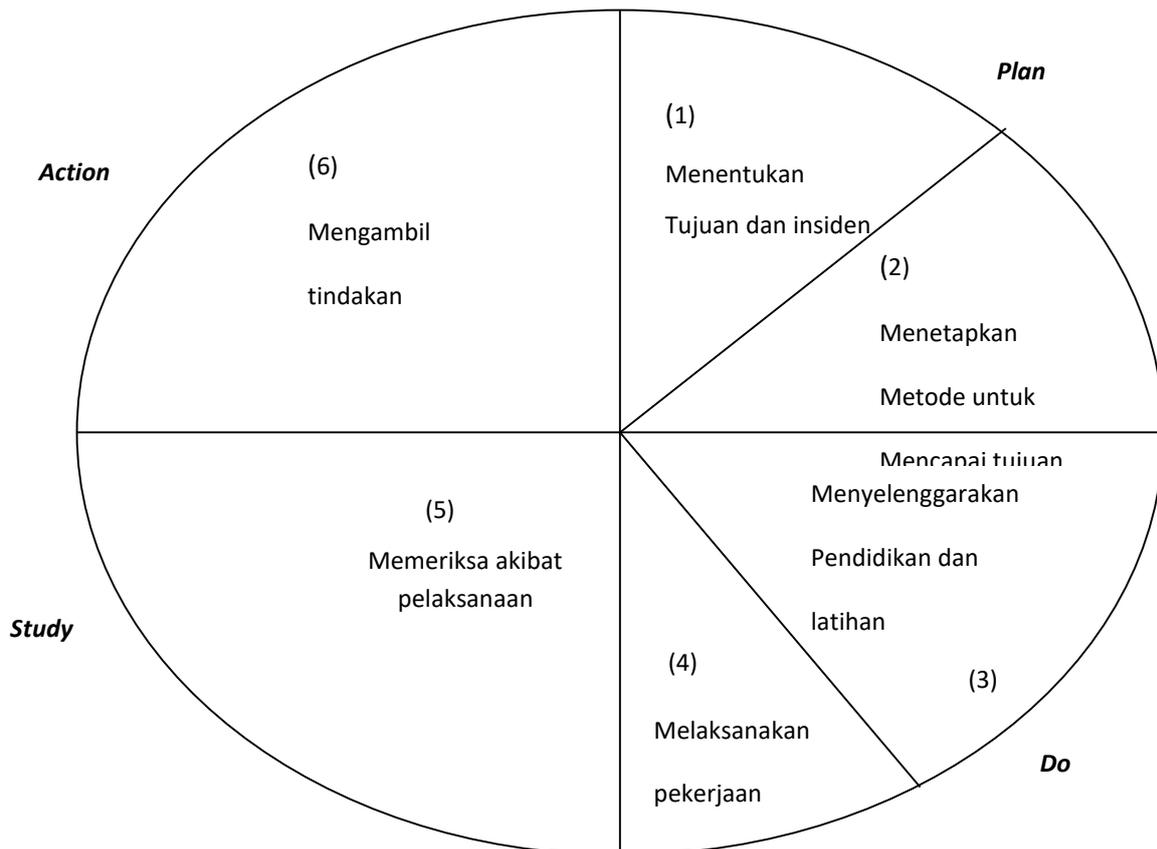
## BAB II METODE

### A. METODE PENGENDALIAN KUALITAS MUTU

Pengendalian adalah keseluruhan fungsi atau kegiatan yang harus dilakukan untuk menjamin tercapainya insiden perusahaan dalam hal kualitas produk dan jasa pelayanan yang diproduksi. Pengendalian kualitas mutu pada dasarnya adalah pengendalian kualitas kerja dan proses kegiatan untuk menciptakan kepuasan pelanggan (*quality os customers satisfaction*) yang dilakukan setiap orang dari bagian di RSP Respira.

Pengertian pengendalian kualitas mutu di atas mengacu pada siklus pengendalian (*Control Cicle*) dengan memakai siklus “*Plan – Do – Study – Action*” (*P- D - S - A*) (rencanakan – laksanakan – pembelajaran – aksi). Pola P-D-S-A. Dengan P-D-S-A adalah alat yang bermanfaat untuk melakukan perbaikan secara terus – menerus (*continues improvement*) tanpa berhenti.

Konsep P-D-S-A tersebut merupakan pedoman bagi setiap manajer untuk proses perbaikan kualitas (*quality improvement*) secara terus menerus tanpa berhenti tetapi meningkat ke keadaan yang lebih baik dan dijalankan di seluruh bagian organisasi, seperti tampak pada gambar 1.



Gambar 1

**Keempat tahapan siklus PDSA:**

**Plan** : perubahan yang akan diuji atau diterapkan

**Do** : melakukan tes atau perubahan

**Study** : data sebelum dan setelah perubahan dan merefleksikan apa yang telah dipelajari

**Act** : rencana perubahan siklus berikutnya atau implementasi penuh

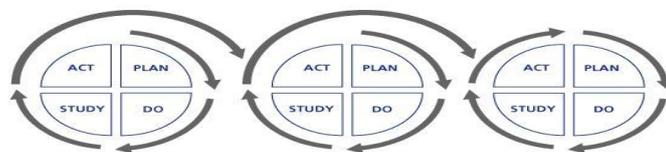
Dalam gambar tersebut, pengidentifikasian masalah yang akan dipecahkan dan pencarian sebab-sebabnya serta penentuan tindakan koreksinya, harus selalu didasarkan pada fakta. Hal ini dimaksudkan untuk menghindarkan adanya unsur subyektivitas dan pengambilan keputusan yang terlalu cepat serta keputusan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

Hubungan pengendalian kualitas medis dengan peningkatan perbaikan berdasarkan siklus P-D-S-A (*Relationship between Control and Improvement under P-D-S-A Cycle*):

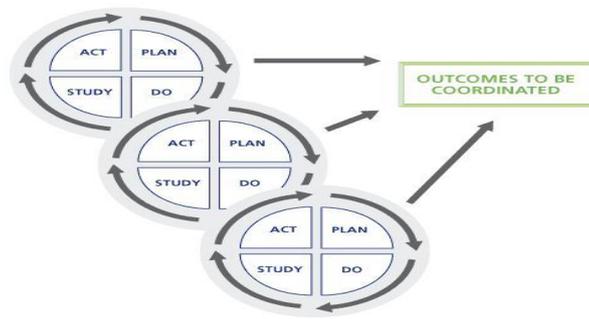
***Perubahan apa yang dapat kita buat yang akan menghasilkan perbaikan?***

Ada banyak potensi perubahan yang bisa kita laksanakan di Tim kita. Namun, bukti dari literatur ilmiah dan program perbaikan sebelumnya menunjukkan bahwa ada sejumlah kecil perubahan yang paling mungkin untuk menghasilkan perbaikan.

Ada kemungkinan bahwa siklus PDSA beberapa berjalan berurutan (gambar 2), atau bahkan secara bersamaan (gambar 3).



Gambar 2



Gambar 3

Pengendalian kualitas berdasarkan siklus P-D-S-A hanya dapat berfungsi jika sistem informasi berjalan dengan baik. Pelaksanaan PDSA dengan enam langkah P-D-S-A yang terdapat dalam gambar 3 di atas dapat dijelaskan sebagai berikut :

- a. Langkah 1: Menentukan tujuan dan insiden → Plan

Tujuan dan insiden yang akan dicapai didasarkan pada kebijakan yang ditetapkan. Penetapan insiden tersebut ditentukan oleh Direktur rumah sakit. Penetapan insiden didasarkan pada data pendukung dan analisis informasi.

Insiden ditetapkan secara konkret dalam bentuk insiden, harus pula diungkapkan dengan maksud tertentu dan disebarakan kepada semua karyawan. Semakin rendah tingkat karyawan yang hendak dicapai oleh penyebaran kebijakan dan tujuan, semakin rinci informasi.

- b. Langkah 2: Menentukan metode untuk mencapai tujuan → Plan

Penetapan tujuan dan insiden 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 dapat diterima dan dimengerti oleh semua karyawan.

- c. 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.

- d. 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.

e. Langkah 5: Memeriksa 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 (standar kerja) dan pendidikan harus dipahami dengan jelas baik oleh karyawan maupun oleh manajer. Untuk mengetahui penyimpangan, dapat dilihat dari akibat yang timbul dari pelaksanaan pekerjaan dan setelah itu dapat dilihat dari penyebabnya.

f. 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 P-D-S-A 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 insiden yang akan dicapai, melainkan juga cara bertindak seseorang untuk mencapai insiden tersebut.

Partisipasi semua pihak dalam pengendalian 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.

## **B. 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 :

1. Hasil yang dicapai dibandingkan dengan standar yang ada terdapat penyimpangan.
2. Merasa tidak puas akan penyimpangan tersebut.
3. Merasa bertanggung jawab atas penyimpangan tersebut.

Dengan telah jelasnya cara memecahkan masalah maka bisa dilakukan tindakan perbaikan. Namun agar pemecahan masalah bisa 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.

Mengacu kepada **Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit**, maka perlu diterapkan 7 langkah menuju keselamatan pasien rumah sakit, sebagai berikut:

1. Membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien
2. Memimpin dan mendukung staf
3. Mengintegrasikan aktifitas pengelolaan risiko
4. Mengembangkan sistem pelaporan
5. Melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien
6. Belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien
7. Mencegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien

Upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien RS Paru Respira akan sangat berarti dan efektif bilamana upaya ini menjadi tujuan sehari-hari dari setiap organisasi termasuk pimpinan, pelaksana pelayanan, dan staf penunjang. Namun tentunya tujuan perorangan untuk memberikan asuhan atau pelayanan yang optimal tidak bisa tercapai tanpa adanya pelimpahan tanggung jawab dari masing-masing satuan kerja. Upaya ini termasuk kegiatan

yang memerlukan kerjasama di semua aspek rumah sakit sehingga tercapai mutu pelayanan yang optimal sehingga tercapai pelayanan prima yang berguna bagi seluruh aspek rumah sakit dan masyarakat.

### **BAB III**

#### **PEMILIHAN DAN PENETAPAN INDIKATOR MUTU**

##### **A. PEMILIHAN INDIKATOR MUTU**

Pemilihan indikator adalah tanggung jawab dari pimpinan. Pimpinan rumah sakit menentukan area prioritas pengukuran mutu pelayanan yang meliputi seluruh aktivitas yang dilakukan di rumah sakit. Pimpinan unit kerja terlibat langsung dalam pemilihan dan penetapan yang ingin diukur di unit kerja, indikator mutu unit kerja dapat menggunakan indikator mutu yang tercantum di dalam standart pelayanan minimal.

Karena keterbatasan staf dan sumber daya, tidak semua proses dapat diukur dan dilakukan upaya perbaikan. Keterbatasan ini menyebabkan rumah sakit harus menentukan prioritas layanan. Prioritas layanan dapat langsung ditentukan oleh direktur rumah sakit dengan pertimbangan tertentu atau dengan menggunakan matriks prioritas. Matriks prioritas adalah metode yang umum digunakan untuk menyusun prioritas apabila terdapat banyak isu / permasalahan di bidang layanan kesehatan.

Langkah penentuan prioritas dengan menggunakan matriks prioritas adalah sebagai berikut :

1. Membuat tabel matriks prioritas

Daftarlah semua isu / masalah yang terkait dengan layanan kesehatan di rumah sakit, dan letakkan di kolom pertama (area prioritas). Untuk kepala baris letakkan berturut-turut kriteria prioritas rumah sakit yaitu high risk, high volume, dan problem prone.

2. Menetapkan nilai dari masing-masing isu / permasalahan

Untuk masing-masing isu / permasalahan tentukanlah nilai (N) dengan rentang 1-5, di mana nilai 1 diberikan untuk nilai risiko, volume, dan tingkat kerawanan yang paling kecil.

3. Menetapkan bobot dari masing-masing kriteria

Bobot (B) dari high risk ditetapkan sebesar 50, high volume sebesar 30, dan bobot dari problem prone adalah 20.

4. Mengkalkulasi skor prioritas

Skor kriteria diperoleh dengan cara mengalikan nilai dan bobot, sedangkan skor prioritas dapat diketahui dengan menjumlahkan skor kriteria . Isu / permasalahan yang memiliki skor total tertinggi dapat dipertimbangkan sebagai prioritas utama.

Tabel 2.1 Matriks Prioritas

Area Prioritas	High Risk			High Volume			Problem Prone			Jumlah
	Nilai x Bobot = Skor			Nilai x Bobot = Skor			Nilai x Bobot = Skor			
	Rentang Nilai : 1-5			Rentang Nilai : 1-5			Rentang Nilai : 1-5			
	Bobot = 50			Bobot = 30			Bobot = 20			
	N	B	S	N	B	S	N	B	S	
Problem 1										
Problem 2										
Problem 3										
dst										

Problem atau isu yang memperoleh skor prioritas paling tinggi akan dipilih menjadi prioritas layanan rumah sakit.

Setiap indikator mutu baik indikator mutu nasional, indikator mutu pelayanan bu prioritas dan indikator mutu unit agar dilengkapi dengan profil indikator atau gambaran singkat tentang indikator sebagai berikut:

- a) Judul Indikator
- b) Dasar pemikiran
- c) Dimensi Mutu
- d) Tujuan
- e) Definisi Operasional
- f) Jenis Indikator
- g) Numerator (Pembilang)
- h) Denominator (Penyebut)
- i) Target Pencapaian
- j) Kriteria inklusi dan eksklusi
- k) Formula
- l) Sumber data
- m) Frekuensi pengumpulan data
- n) Periode analisis
- o) Cara Pengumpulan Data
- p) Sampel
- q) Rencana Analisis
- r) Instrumen Pengambilan Data
- s) Penanggung jawab

## B. INDIKATOR MUTU PELAYANAN KLINIS PRIORITAS

Karena adanya keterbatasan staf dan sumber daya, tidak semua proses di Rumah Sakit dapat diukur dan diperbaiki pada saat yang bersamaan. Oleh karena itu, tanggung jawab utama Direktur adalah secara kolaboratif menetapkan prioritas pengukuran dan perbaikan di seluruh area Rumah Sakit. Prioritas ini meliputi upaya pengukuran dan perbaikan yang mempengaruhi atau mencerminkan kegiatan yang terdapat di berbagai unit pelayanan dalam rangka kendali mutu, dapat juga berdasarkan pengembangan dari core bisnis RS atau unggulan Rumah Sakit, bisa juga dalam rangka kendali biaya.

Rumah sakit memilih dan menetapkan pengukuran mutu pelayanan klinis prioritas yang akan dievaluasi dan ditetapkan indikator-indikator. Peningkatan mutu dan keselamatan pasien dilakukan berdasarkan tersedianya data. Penggunaan data secara efektif dapat dilakukan berdasarkan evidence-based praktik klinik dan evidence-based praktik manajemen. Setiap tahun rumah sakit harus memilih fokus perbaikan, proses dan hasil praktik klinik dan manajemen mengacu pada misi rumah sakit, kebutuhan pasien dan jenis pelayanan. Pemilihan ini didasarkan pada proses yang berimplikasi risiko tinggi, diberikan dalam volume besar atau cenderung menimbulkan masalah. Fokus perbaikan praktik klinik melibatkan komite medis dan kelompok staf medis terkait.

Direktur rumah sakit dengan para pimpinan dan komite/tim peningkatan mutu dan keselamatan pasien merancang upaya peningkatan mutu pelayanan klinis prioritas rumah sakit yang diukur di tingkat rumah sakit dengan memperhatikan:

- a. Misi Rumah Sakit
- b. Data-data permasalahan yang ada, misalnya komplain pasien, capaian indikator mutu yang masih rendah, adanya kejadian tidak diharapkan
- c. Adanya sistem dan proses yang memperlihatkan variasi penerapan dan hasil yang paling banyak, misalnya pelayanan pasien tuberkulosis yang dilakukan oleh lebih dari satu dokter spesialis paru, memperlihatkan proses pelayanan yang masih bervariasi atau belum terstandarisasi sehingga hasil pelayanan juga bervariasi.
- d. Dampak dari perbaikan misalnya penilaian perbaikan efisiensi dari suatu proses klinik yang kompleks pada pelayanan tuberkulosis, pelayanan massa paru dan lainnya, dan/ atau identifikasi pengurangan biaya dan sumber daya yang digunakan dengan adanya perbaikan suatu proses. Penilaian dampak dari perbaikan tersebut akan menunjang pemahaman

tentang biaya relatif yang dikeluarkan demi investasi mutu dan sumber daya manusia, finansial, dan keuntungan lain dari investasi tersebut. Untuk ini perlu pembuatan program (tool) sederhana untuk menghitung sumber daya yang digunakan pada proses yang lama dan pada proses yang baru.

- e. Dampak pada perbaikan sistem sehingga efek dari perbaikan dapat terjadi di seluruh rumah sakit, misalnya pengukuran mutu pelayanan klinis prioritas yang dapat berdampak terhadap perbaikan sistem manajemen obat di rumah sakit.
- f. Riset klinik dan program pendidikan profesi kesehatan merupakan prioritas untuk Rumah Sakit yang mempunyai peserta didik klinis.

Berdasarkan hal tersebut diatas, Direktur Rumah Sakit membuat program peningkatan mutu pelayanan prioritas dengan mengembangkan standarisasi proses dan hasil asuhan klinis pelayanan prioritas serta mengembangkan pengukuran mutu klinis, manajerial dan penerapan sasaran keselamatan pasien.

Komite PMKP terlibat dalam proses pemilihan pengukuran mutu pelayanan klinis prioritas yang akan dievaluasi dan melakukan koordinasi dan integrasi kegiatan pengukuran di seluruh unit di rumah sakit.

Direktur rumah sakit bersama-sama dengan para pimpinan manajer pelayanan dan manajemen memilih dan menetapkan pengukuran mutu pelayanan klinis prioritas untuk dilakukan evaluasi. Pengukuran mutu pelayanan klinis prioritas tersebut dilakukan dengan menggunakan indikator-indikator mutu sesuai kebutuhan, sebagai berikut:

- 1) Indikator mutu area klinik (IAK) yaitu indikator mutu yang bersumber dari area pelayanan
- 2) Indikator mutu area manajemen (IAM) yaitu indikator mutu yang bersumber dari area manajemen
- 3) Indikator mutu Sasaran Keselamatan Pasien yaitu indikator mutu yang mengukur kepatuhan staf dalam penerapan sasaran keselamatan pasien dan budaya keselamatan

Indikator mutu yang sudah dipilih bila sudah tercapai terus menerus selama setahun, tidak bermanfaat untuk melakukan perbaikan, karena sudah tidak ada lagi yang perlu diperbaiki, maka sebaiknya diganti dengan indikator mutu baru.

Kegiatan dalam penetapan dan pemantauan indikator mutu pelayanan klinis prioritas:

- a. Menetapkan permasalahan Unit layanan Klinis.

- b. Membuat grading prioritas masalah unit klinis.
- c. Menetapkan tujuan umum, tujuan khusus dan target.
- d. Menetapkan area implementasi dari pelayanan prioritas.
- e. Membuat indikator mutu prioritas.
- f. Menetapkan 5 PPK-CP (standar pelayanan klinis) pelayanan prioritas.
- g. Pemilihan indikator mutu klinis.
- h. Pemilihan indikator manajemen.
- i. Pemilihan indikator sasaran keselamatan pasien.
- j. Penyusunan profil indikator.
- k. Penyusunan SPO pengukuran indikator mutu.
- l. Melakukan edukasi / sosialisasi pengumpulan data.
- m. Analisa data indikator mutu.
- n. Pencatatan, pelaporan, analisa dan validasi data.

#### C. INDIKATOR MUTU WAJIB NASIONAL

Rumah Sakit Paru Respira melakukan pengukuran mutu terhadap 12 Indikator Mutu Wajib Nasional yang telah ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan RI adapun Indikator Mutu tersebut sebagai berikut :

1. Kepatuhan Identifikasi Pasien
2. Waktu Tanggap Pelayanan
3. Waktu Tunggu Rawat Jalan
4. Penundaan Operasi Elektif
5. Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis
6. Waktu Laporan Hasil Tes Kritis Laboratorium
7. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional Bagi RS Provider BPJS
8. Kepatuhan Cuci Tangan
9. Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Cedera Akibat Pasien Jatuh
10. Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway
11. Kepuasan Pasien dan Keluarga
12. Kecepatan Respon Terhadap Komplain

Rumah Sakit wajib memenuhi indikator wajib nasional, selain itu rumah sakit juga menetapkan indikator prioritas. Indikator yang telah dipilih oleh rumah sakit digunakan untuk mengukur area prioritas dipelayanan.

#### D. INDIKATOR MUTU UNIT

Indikator mutu di unit pelayanan dapat meliputi indikator mutu area klinis, indikator mutu area manajemen dan indikator mutu penerapan sasaran keselamatan pasien dan indikator mutu unit kerja (non pelayanan), minimal meliputi indikator area manajemen. Pemilihan indikator di unit pelayanan klinis maupun manajemen dipilih berdasarkan prioritas di unit tersebut. Jika indikator mutu yang dipilih di suatu unit pelayanan sama dengan unit

pelayanan lain atau beberapa unit pelayanan, maka diperlukan koordinasi dan integrasi dalam pengumpulan data. Integrasi semua sistem ukuran akan memberikan kesempatan adanya penyelesaian dan perbaikan terintegrasi.

Setiap unit kerja di rumah sakit memilih dan menetapkan indikator mutu yang dipergunakan untuk mengukur mutu unit kerja. Pemilihan indikator adalah tanggung jawab dari pimpinan. Semua unit pelayanan - baik klinis dan manajerial - memilih indikator yang terkait dengan prioritas unit.

Indikator mutu di unit pelayanan/kerja dipergunakan untuk menilai mutu unit pelayanan/kerja. Komite PMKP melakukan koordinasi dan mengorganisasi pemilihan indikator mutu di unit kerja tersebut sehingga indikator yang dipilih tersebut valid, reliable, sensitive dan spesifik. Pengukuran mutu perlu juga memperhatikan enam dimensi mutu dari WHO yaitu: *"effective, efficient, accessible, acceptable/ patient-centred, equitable, and safe"*. Setelah pimpinan unit memilih indikator mutu unit maka Komite PMKP atau bentuk organisasi lainnya membantu menyusun profil indikatornya.

Pimpinan unit kerja terlibat langsung dalam pemilihan dan penetapan yang ingin diukur di unit kerja. Indikator mutu unit kerja dapat menggunakan indikator mutu yang tercantum di dalam standar pelayanan minimal. Indikator mutu di unit pelayanan dapat meliputi indikator mutu area klinis, indikator mutu area manajemen dan indikator mutu penerapan sasaran keselamatan pasien, dan indikator mutu unit kerja (non pelayanan), minimal meliputi indikator area manajemen. Dalam memilih indikator mutu, kepala unit kerja dan unit pelayanan agar memperhatikan hal-hal sebagai berikut:

1. Indikator mutu nasional, dimana sumber data ada di unit tersebut
2. Prioritas pengukuran mutu pelayanan klinis di rumah sakit. Indikator mutu yang dipergunakan untuk mengukur mutu di prioritas pengukuran mutu rumah sakit, sumber data pasti dari unit dan menjadi indikator mutu unit.
3. Fokus mengukur hal-hal yang ingin diperbaiki
4. Melakukan koordinasi dengan komite medis, bila evaluasi penerapan panduan praktik klinis dan evaluasi kinerja dokter menggunakan indikator mutu
5. Indikator mutu yang dipergunakan untuk melakukan evaluasi kontrak pelayanan klinis atau non klinis, bila sumber data ada di unit tersebut

Integrasi indikator oleh beberapa unit pelayanan bisa dilaksanakan di rumah sakit besar seperti kegiatan pengurangan penggunaan antibiotik di rumah

sakit yang merupakan integrasi pelayanan farmasi, pencegahan pengendalian infeksi termasuk integrasi dengan indikator sasaran keselamatan pasien.

#### E. INTEGRASI ANTAR INDIKATOR

Indikator mutu rumah sakit otomatis akan menjadi indikator mutu unit bagi unit yang terlibat dalam pelaksanaan area prioritas pelayanan rumah sakit. Apabila dirasa kurang, terdapat permasalahan yang membutuhkan monitoring, atau terdapat kepentingan pengukuran mutu tertentu, unit dapat menambah indikator mutu unitnya sesuai kebutuhan. Setiap unit memilih indikator mutu yang sesuai dengan kondisi atau permasalahan yang ada, melakukan pengumpulan data, merekap data yang ada, melakukan analisa dan menyusun rencana tindak lanjut untuk meningkatkan mutu unit. Hasil indikator mutu unit beserta evaluasinya dilaporkan setiap bulan dalam laporan bulanan unit kepada Direktur. Komite PMKP terlibat dalam pemilihan pengukuran mutu pelayanan klinis prioritas rumah sakit dan melakukan koordinasi dan integrasi pengukuran mutu di unit pelayanan serta melakukan supervisi dalam proses pengumpulan data.

#### F. PROFIL INDIKATOR

Setiap indikator mutu baik indikator mutu nasional, indikator mutu pelayanan prioritas dan indikator mutu unit agar dilengkapi dengan profil indikator atau gambaran singkat tentang indikator sebagai berikut:

- a) Judul Indikator
- b) Dasar pemikiran
- c) Dimensi Mutu
- d) Tujuan
- e) Definisi Operasional
- f) Jenis Indikator
- g) Numerator (Pembilang)
- h) Denominator (Penyebut)
- i) Target Pencapaian
- j) Kriteria inklusi dan eksklusi
- k) Formula
- l) Sumber data
- m) Frekuensi pengumpulan data
- n) Periode analisis
- o) Cara Pengumpulan Data
- p) Sampel
- q) Rencana Analisis
- r) Instrumen Pengambilan Data

s) Penanggung jawab

**BAB IV**  
**PENCATATAN, PENGUMPULAN, VALIDASI**  
**DAN BENCHMARK DATA MUTU**

**A. PENDAHULUAN**

Pengumpulan data merupakan salah satu kegiatan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien untuk mendukung asuhan pasien dan manajemen rumah sakit lebih baik.

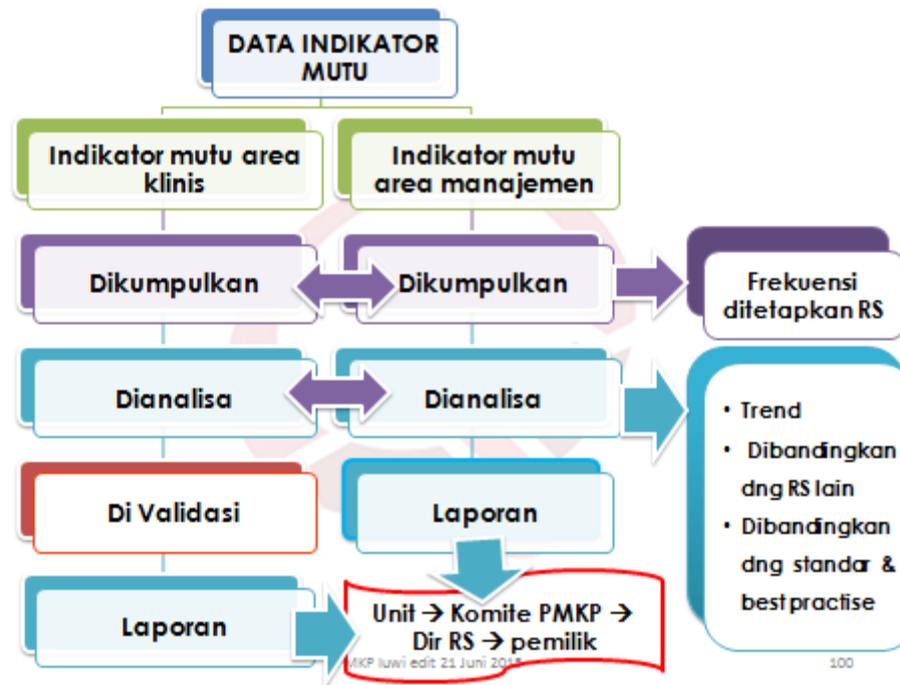
Dalam program peningkatan mutu dan keselamatan pasien, pengumpulan data merupakan bagian penting dari penilaian kinerja untuk mendukung asuhan pasien dan manajemen yang lebih baik.

Profil rumah sakit dapat dilihat dari data yang terkumpul. Kumpulan data ini perlu di analisis dan dibandingkan dengan rumah sakit lain yang sejenis. Jadi, pengumpulan data merupakan bagian penting dari kegiatan meningkatkan perbaikan kinerja. Pengumpulan data dari manajemen risiko, manajemen sistem utilitas, pencegahan dan pengendalian infeksi, dapat membantu rumah sakit memahami kinerja rumah sakit saat ini, apa yang masih menjadi masalah dan perlu dilakukan perbaikan.

Bank data dari luar juga berharga untuk memonitor praktik profesional. Dengan berpartisipasi menggunakan bank data dari luar, rumah sakit dapat membandingkan dirinya sendiri dengan rumah sakit lain yang sama tingkatannya, di tingkat lokal, nasional dan internasional. Perbandingan adalah alat efektif untuk menemukan langkah langkah perbaikan dan mencatat tingkat kinerjanya. Jaringan pelayanan kesehatan dan mereka yang membayar untuk pelayanan kesehatan sering membutuhkan informasi ini.

Bank data dari luar banyak bentuknya mulai bank data asuransi sampai perkumpulan profesional dan bisa juga indikator-indikator mutu yang diwajibkan oleh pemerintah. Sesuai peraturan perundangan mungkin ada RS yang diharuskan ikut sebagai peserta bank data. Dalam semua kasus, keamanan dan kerahasiaan data dan informasi harus dijaga. Rumah sakit juga dapat membandingkan data dengan menggunakan SISMAK, yaitu dengan membandingkan data capaian propinsi atau nasional.

## B. ALUR PENCATATAN DATA MUTU



1. Petugas pengumpul data/ PIC melakukan pengumpulan data untuk sensus harian format sesuai dengan kebutuhan pada profil indikator mutu masing-masing.
2. Data dikumpulkan oleh petugas pengumpul data di masing-masing unit sesuai dengan frekwesi pada profil indikator mutu. Secara umum setiap 1 bulan sekali.
3. Petugas pengumpul data menyerahkan data yng telah dikumpulkan kepada Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien RS Paru Respira DIY.
4. Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien RS Paru Respira DIY melakukan analisa terhadap kegiatan pemenuhan indikator mutu dengan cara membandingkan secara internal yaitu dengan bulan sebelumnya dan dengan standar yang telah ditetapkan, dan secara eksternal yaitu dengan dibandingkan dengan rumah sakit lain yang sejenis.
5. Dilakukan validasi data oleh Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien apabila terdapat:
  - a. Indikator atau proses yang baru diberlakukan.
  - b. Kecenderungan peningkatan atau penurunan angka pemenuhan indikator.
  - c. Terdapat variasi dari pencatatan pemenuhan indikator.
  - d. Data yang dianggap meragukan.
  - e. Secara berkala (3 bulan sekali) dilakukan terhadap semua data indikator dan dilaporkan dalam laporan triwulan Komite PMKP.

- f. Secara berkala (1bulan sekali) pada indikator utama.
6. Validasi data dilakukan dengan menelusuri ke lapangan untuk melihat bagaimana data dikumpulkan dan dicatat. Apabila diperlukan dilakukan pengumpulan data kembali oleh individu yang berbeda.
7. Komite Pemantapan Mutu dan Keselamatan Pasien RS Paru Respira DIY melakukan pencatatan kegiatan yang telah dilakukan dan membuat laporan kegiatan kepada Direktur rumah sakit secara berkala.
8. Direktur menyusun laporan mengenai peningkatan mutu dan keselamatan pasien untuk diserahkan kepada pemerintah dalam hal ini Gubernur Provinsi DIY melalui Bappeda (Badan Perencanaan Pembangunan Daerah).
9. Direktur memberikan umpan balik untuk perbaikan pada unit yang memerlukan.

### **C. PENGUMPULAN DAN PENCATATAN DATA**

Pengumpulan data meliputi pencatatan dan pengambilan data yang diperlukan untuk pemantauan indikator mutu. Pengumpulan data dilakukan oleh petugas yang ditunjuk dibawah tanggung jawab Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien dengan mengacu pada profil/ kamus indikator mutu masing-masing.

Pencatatan dilakukan oleh PIC pengumpulan data dengan mengisi formulir pencatatan dan monitoring indikator mutu. Formulir pencatatan indikator mutu dapat berupa sensus harian maupun bentuk lain sesuai kebutuhan dan profil masing-masing indikator mutu. Pengumpulan data harus dilakukan dengan jelas dan rinci dengan mengacu pada profil masing-masing indikator mutu dengan memperhatikan hal-hal berikut :

1. Numerator
2. Denominator
3. Penanggung jawab/ PIC pengumpul data.
4. Metodologi pengumpulan data, ada dua macam yaitu: restropektif dan sensus harian
5. Frekwensi pengumpulan data
6. Target sampel dan ukuran sampel
7. Area monitoring untuk mengetahui lokasi data
8. Nilai ambang / standar : diperlukan untuk analisis, dengan membandingkan standar dan untuk mengetahui capaian indikator
9. Kriteria inklusi dan eksklusinya.

### **D. VALIDASI DATA**

Validasi data adalah alat penting untuk memahami mutu dari data dan untuk menetapkan tingkat kepercayaan (*confidence level*) para pengambil keputusan

terhadap data itu sendiri. Validasi data menjadi salah satu langkah dalam proses menetapkan prioritas penilaian, memilih apa yang harus dinilai, memilih dan mengetes indikator, mengumpulkan data, validasi data dan menggunakan data untuk peningkatan.

Keabsahan dan keterpercayaan pengukuran adalah inti dari semua perbaikan dalam program peningkatan mutu. Proses validasi data secara internal perlu dilakukan karena program mutu dianggap valid jika data yang dikumpulkan sudah sesuai, benar dan bermanfaat.

Untuk memastikan bahwa data yang dikumpulkan baik, proses validasi perlu dilakukan. Rumah sakit agar menetapkan regulasi validasi data yang antara lain meliputi :

- a) Kebijakan data yang harus divalidasi yaitu :
  - Merupakan pengukuran area klinik baru;
  - Bila ada perubahan sistem pencatatan pasien dari manual ke elektronik sehingga sumber data berubah ;
  - Bila data dipublikasi ke masyarakat baik melalui di web site rumah sakit atau media lain
  - Bila ada perubahan pengukuran/perubahan profil indikator
  - Bila ada perubahan data pengukuran tanpa diketahui sebabnya
  - Bila ada perubahan subyek data seperti perubahan umur rata rata pasien, protokol riset diubah, panduan praktik klinik baru diberlakukan, ada teknologi dan metodologi pengobatan baru
- b) Proses validasi data mencakup namun tidak terbatas sebagai berikut :
  - Mengumpulkan ulang data oleh orang kedua yang tidak terlibat dalam proses pengumpulan data sebelumnya (data asli)
  - Menggunakan sampel tercatat, kasus dan data lainnya yang sah secara statistik. Sample 100 % hanya dibutuhkan jika jumlah pencatatan, kasus atau data lainnya sangat kecil jumlahnya.
  - Membandingkan data asli dengan data yang dikumpulkan ulang
  - Menghitung keakuratan dengan membagi jumlah elemen data yang sama dengan total jumlah elemen data dikalikan dengan 100. Tingkat akurasi 90 % adalah patokan yang baik.
  - Jika elemen data yg diketemukan ternyata tidak sama, dng catatan alasannya (misalnya data tidak Koleksi sample baru setelah semua tindakan koreksi dilakukan untuk memastikan tindakan menghasilkan tingkat akurasi yang diharapkan )
- c) Proses validasi data yang akan dipublikasi di website atau media lainnya agar diatur tersendiri/prosedur tersendiri tidak sama dengan validasi indikator area klinik, dan dapat menjamin kerahasiaan pasien dan

keakuratan data jelas definisinya dan dilakukan tindakan koreksi bila ditemukan data belum valid. Validasi data yang dipublikasikan dilakukan setiap data tersebut akan di publikasi baik melalui website maupun media lainnya di rumah sakit. Data tersebut diperiksa kebenarannya dengan melakukan verifikasi data melalui form pengumpul data dan form rekapitulasi data yang dapat dilakukan di rumah sakit secara manual dan/atau elektronik.

Formulir validasi yang digunakan adalah sebagai berikut :

<b>Judul Indikator</b>	
Definisi operasional	
Numerator	
Denominator	
Sumber data	
Capaian indikator	
Justifikasi perlu validasi	
Metode validasi	
<b>Hasil validasi</b>	

#### **E. BENCHMARK DATA**

Pengertian benchmark data indikator mutu adalah cara untuk mengetahui pengukuran hasil kinerja mutu dengan membandingkan suatu hasil analisa data mutu yang dibuat oleh satuan kerja/ institusi dengan hasil analisa data indikator mutu yang sama yang dilakukan satuan kerja atau institusi lainnya.

1. Benchmark data eksternal adalah membandingkan hasil analisa data indikator mutu RS paru Respira dengan hasil analisa data indikator mutu dari RS lain yang setara dan atau dengan nilai standar yang telah diakui secara nasional/internasionall
2. Benchmark data internal adalah membandingkan hasil analisa data indikator mutu unit yang satu dengan hasil analisa data indikator mutu unit lainnya dalam lingkup RS Paru Respira.

## **BAB V**

### **SUPERVISI DAN MONITORING DATA MUTU**

#### **A. SUPERVISI**

Supervisi adalah kegiatan melakukan pengawasan dengan mengacu pada regulasi yang sudah ditetapkan. Kegiatan supervisi pengumpulan data bertujuan melakukan pengawasan agar data indikator mutu tersebut dapat terkumpul tepat waktu.

##### **1. Indikator Mutu Rumah Sakit**

- a) Sensus harian indikator mutu diisi melalui program / sistem sismadak di masing-masing unit / instalasi. Sensus indikator mutu ini terhubung dan terekap langsung di komputer tim mutu dan keselamatan pasien sebagai administrator.
- b) Seluruh data indikator mutu yang masuk dicek kelengkapan pengisiannya dan dilakukan verifikasi oleh PJ mutu dan kepala unit.
- c) Data yang masuk direkap dan diolah sehingga dapat diperoleh nilai prosentase yang dapat dibandingkan dengan nilai standar indikator mutu.
- d) Indikator mutu yang memiliki perbedaan nilai dengan standar indikator mutu dilakukan evaluasi oleh tim mutu dan keselamatan pasien untuk kemudian dibahas rencana tindak lanjutnya.
- e) Validasi data dilakukan terhadap indikator area klinis, dengan menggunakan form yang telah ditentukan

##### **2. Indikator Mutu Unit**

- a) Sensus harian indikator mutu unit dilakukan secara manual oleh unit untuk pengumpulan datanya dan dimasukkan ke sistem sismadak pada indikator lokal.
- b) Seluruh data indikator mutu unit dianalisa dan dievaluasi oleh unit yang bersangkutan.
- c) Hasil analisa indikator mutu unit dan rencana tindak lanjutnya dilaporkan dalam laporan bulanan unit kepada direktur rumah saki melalui subbag atau seksi.
- d) Tim mutu mendapatkan tembusan hasil evaluasi dari masing-masing unit.

Contoh Ceklis Supervisi Pengumpulan Data

Tanggal supervisi :

<b>No</b>	<b>Nama Indikator</b>	<b>IAK/IAM/ISKP</b>	<b>Unit</b>	<b>Hasil Supervisi</b>	<b>Rekomendasi</b>

Contoh Ceklis Supervisi Pengumpulan Data Sensus Harian

Tanggal supervisi :

<b>No</b>	<b>Nama Indikator</b>	<b>Tgl 1</b>	<b>Tgl 2</b>	<b>Tgl 3</b>	<b>dst</b>

## **B. MONITORING**

Komite PMKP menetapkan sistem pemantauan (Monitoring) tentang pelaksanaan program PMKP yg terkoordinasi, siapa saja yg melakukan monitoring, kapan dilakukan, bagaimana melakukan monitoringnya

## BAB VI

### ANALISA DAN PELAPORAN DATA INDIKATOR MUTU

#### A. ANALISA DATA INDIKATOR MUTU

Analisis data merupakan salah satu kegiatan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien untuk mendukung asuhan pasien dan manajemen rumah sakit.

Untuk mencapai kesimpulan dan membuat keputusan, data harus dikumpulkan, dianalisis dan diubah menjadi informasi yang berguna. Analisis data melibatkan individu didalam Komite PMKP yang memahami manajemen informasi, mempunyai keterampilan dalam metode-metode pengumpulan data, dan mengetahui cara menggunakan berbagai alat statistik. Hasil analisis data harus dilaporkan kepada para pimpinan yang bertanggung jawab terhadap proses atau hasil yang diukur dan yang mampu menindaklanjuti. Dengan demikian, data menyediakan masukan berkesinambungan yang membantu individu tersebut mengambil keputusan dan terus-menerus memperbaiki proses klinis dan manajerial.

Pengertian terhadap teknik statistik dapat berguna dalam proses analisa data, khususnya dalam menafsirkan variasi dan memutuskan area yang paling membutuhkan perbaikan. Run charts, diagram kontrol (*control charts*), histogram, dan diagram Pareto adalah contoh dari metode statistik yang sangat berguna dalam memahami pola dan variasi dalam pelayanan kesehatan.

Program mutu berpartisipasi dalam menetapkan seberapa sering data harus dikumpulkan dan dianalisis. Frekuensi dari proses ini bergantung dari kegiatan program tersebut dan area yang diukur serta frekuensi pengukuran.

Tata laksana analisis data meliputi :

1. Penggunaan statistik dalam melakukan (analisis data),
2. Analisis yang harus dilakukan yaitu:
  - a. Membandingkan data RS Paru Respira waktu ke waktu data (analisis trend), misalnya dari bulanan ke bulan, dari tahun ke tahun
  - b. Membandingkan dengan rumah sakit lain, bila mungkin yang sejenis, seperti melalui database eksternal baik nasional maupun internasional
  - c. Membandingkan dengan standar-standar, seperti yang ditentukan oleh badan akreditasi (KARS) atau organisasi professional ataupun standar-standar yang ditentukan oleh peraturan perundang

- d. Membandingkan dengan praktik-praktik yang diinginkan yang dalam literatur digolongkan sebagai *best practice* (praktik terbaik) atau *better practice* (praktik yang lebih baik) atau *practice guidelines* (panduan praktik klinik)
3. PIC Data Unit kerja dan Komite PMKP yang berpengalaman, pengetahuan dan keterampilan yang tepat telah melakukan analisis data yang telah dikumpulkan dengan menggunakan metode dan teknik-teknik statistik seperti **Run chart/ Control chart/ pareto/Bar Diagram**
4. Analisis data telah dilakukan serta membandingkan data dari waktu ke waktu di internal RS Paru Respira dengan melakukan perbandingan database eksternal dari RS sejenis atau data nasional/ internasional dan melakukan perbandingan dengan standar praktik terbaik berdasarkan referensi terkini.
5. PIC Data unit melaporkan hasil analisis data indikator mutu unit kepada manajemen terkait ( Subbag/Seksi) dan diteruskan ke Komite PMKP dengan jadwal sesuai tertuang pada profil indikator mutu unit kerja
6. Komite PMKP RS Paru Respira mengumpulkan dan menganalisis data program PMKP prioritas yang meliputi :
  - a. Pengukuran capaian- capaian indikator area klinik dan area manajemen
  - b. Pengukuran kepatuhan penerapan sasaran keselamatan pasien
  - c. Pengukuran kepatuhan pelaksanaan PPK-CP sehingga mengurangi variasi dalam pemberian pelayanan
  - d. Pengukuran penggunaan sumber daya termasuk biaya yang dipergunakan untuk perbaikan di program prioritas RS Paru Respira.

## **B. PELAPORAN DATA INDIKATOR MUTU**

Pelaporan data indikator mutu, meliputi:

1. Data sensus harian maupun data restropektif
2. Rekapitulasi bulanan
3. Validasi dan Analisa
4. Rekomendasi

Rekapitulasi dan data pencatatan monitoring indikator mutu dilaporkan setiap bulan sesuai dengan alur pelaporan indikator mutu. Dalam laporan harus dicantumkan pencapaian monitoring indikator mutu beserta target/standar yang ingin dicapai, bulan pelaporan, nama pelapor dan hal-hal lain yang diperlukan. Data laporan bulanan dibandingkan dengan

indikator standar laporan bulan sebelumnya serta dibuat grafik jika diperlukan.

Beberapa tahapan yang harus dilalui pada waktu menerima data-data dari lapangan, yaitu :

1. Pemeriksaan tentang kelengkapan dan kebenaran laporan yang diterima. Hal ini penting untuk menjamin validitas dan akurasi data secara statistic.
2. Adanya pemahaman bahwa yang diperhatikan adalah pelayanan yang jelek saja sedang yang baik tidak perlu diperhatikan.
3. Untuk mendapatkan gambaran umum dari data yang terkumpul, perlu disusun tabel umum, *bar chart* dan *chart line graph* untuk seluruh bulan. Pada visualisasi data tersebut dapat dipilih kecenderungan dari tingkat mutu pelayanan yang diukur.
4. Untuk dapat mengetahui apakah tingkat mutu pelayanan yang dicapai pada bulan tertentu perlu diketahui beberapa angka sederhana yang ada pada statistik deskriptik, antara lain :
  - a. Angka rata-rata = mean
  - b. Angka simpanan = SD (standar deviasi)
  - c. Rentang (*range*)

Pengukuran cara sederhana ini disebut *time series analysis* (analisis kecenderungan menurut waktu).

#### **Jangka Waktu Pelaporan Indikator Mutu**

Jangka waktu pelaporan indikator mutu mengacu pada profil masing-masing indikator mutu. Secara umum data indikator mutu dilaporkan oleh kepala instalasi kepada Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien setiap satu bulan sekali sebelum tanggal 5 bulan berikutnya. Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien melakukan analisa data indikator mutu setiap 3 bulan sekali dan dilaporkan kepada Direktur rumah sakit setiap 3 bulan sekali untuk ditindaklanjuti.

Ditetapkan di Bantul  
pada tanggal 5 Januari 2021

DIREKTUR,



dr. GREGORIUS ANUNG TRIHADI, M.P.H.  
NIP. 197205092002121002

LAMPIRAN 3

PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT  
PARU RESPIRA NOMOR188/00054 TAHUN  
2021 TENTANG PENINGKATAN MUTU DAN  
KESELAMATAN PASIEN (PMKP) RUMAH  
SAKIT PARU RESPIRA

**KESELAMATAN PASIEN RUMAH SAKIT PARU RESPIRA**

**BAB I**

**PENDAHULUAN**

Keselamatan (*safety*) telah menjadi isu global, dan rumah sakit sebagai penyedia jasa pelayanan kesehatan termasuk didalamnya. Ada lima isu penting yang terkait dengan keselamatan (*safety*) di rumah sakit yaitu : keselamatan pasien (*patient safety*), keselamatan pekerja atau petugas kesehatan, keselamatan bangunan dan peralatan di rumah sakit yang bisa berdampak terhadap keselamatan pasien, keselamatan lingkungan, yang berdampak terhadap kelangsungan insitusi rumah sakit. Namun harus diakui kegiatan rumah sakit dapat berjalan apabila ada pasien. Karena itu keselamatan pasien merupakan prioritas utama untuk dilaksanakan. Kelima aspek keselamatan tersebut sangatlah penting untuk dilaksanakan di setiap rumah sakit.

Mengingat keselamatan pasien sudah menjadi tuntutan masyarakat rdan berdasarkan atas latar belakang itulah maka pelaksanaan program keselamatan pasien di Rumah Sakit Paru Respira perlu dilaksanakan dan dijaga mutu nya supaya tidak terjadi Kejadian Tidak Diharapkan (KTD). Langkah yang sederhana yang dilakukan untuk meminimalisir kejadian yang tidak diinginkan yaitu mulai dengan proses pelaporan lalu dilanjutkan dengan proses analisis supaya menemukan akar masalahnya. Proses ini sangat penting dilakukan guna mencapai asuhan pasien yang aman bagi Rumah Sakit.

Supaya kegiatan ini dapat terarah dan berkesinambungan maka perlu di buat panduan yang bisa digunakan semua unit di rumah sakit. Panduan ini digunakan sebagai acuan dalam memberikan pelayanan kepada pasien di Rumah sakit paru Respira Yogyakarta yang sesuai dengan prinsip keselamatan pasien.

## **BAB II**

### **KESELAMATAN PASIEN PASIEN RUMAH SAKIT**

Keselamatan pasien (*patient safety*) rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut meliputi: assesment resiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya resiko. Sistem tersebut diharapkan dapat mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak melakukan tindakan yang seharusnya dilakukan. Maksud dari Sasaran Keselamatan Pasien adalah mendorong peningkatan spesifik dalam keselamatan pasien. Sasaran ini menyoroti area yang bermasalah dalam pelayanan kesehatan dan menguraikan tentang solusi atas konsensus berbagai bukti dan keahlian terhadap permasalahan ini.

Rumah Sakit Paru Respira menyelenggarakan Keselamatan Pasien melalui pembentukan sistem pelayanan yang menerapkan:

- a. Standar Keselamatan Pasien;
- b. Sasaran Keselamatan Pasien; dan
- c. Tujuh langkah menuju Keselamatan pasien.

Sistem pelayanan tersebut harus menjamin pelaksanaan:

- a. Asuhan pasien lebih aman, melalui upaya yang meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien;
- b. Pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden, dan tindak lanjutnya; dan
- c. Implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.

Standar Keselamatan Pasien meliputi standar:

- a. Hak pasien;
- b. Pendidikan bagi pasien dan keluarga;
- c. Keselamatan Pasien dalam kesinambungan pelayanan;
- d. Penggunaan metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan peningkatan Keselamatan Pasien;
- e. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan Keselamatan Pasien;
- f. Pendidikan bagi staf tentang Keselamatan Pasien; dan

- g. Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai Keselamatan Pasien.

Sasaran Keselamatan Pasien meliputi standar:

- a. Mengidentifikasi pasien dengan benar;
- b. Meningkatkan komunikasi yang efektif;
- c. Meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai;
- d. Memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, dan pembedahan pada pasien yang benar;
- e. Mengurangi risiko infeksi akibat perawatan kesehatan;
- f. Mengurangi risiko cedera pasien akibat terjatuh.

Tujuh langkah menuju Keselamatan Pasien meliputi:

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

Tujuan dari Sasaran Keselamatan Pasien adalah mendorong peningkatan spesifik dalam mewujudkan keselamatan pasien. Berikut adalah penjabaran enam sasaran keselamatan pasien Rumah Sakit :

#### SASARAN I : KETEPATAN IDENTIFIKASI PASIEN

1. Pasien diidentifikasi menggunakan dua identitas pasien, nama dan tanggal lahir pasien, tidak boleh menggunakan nomer kamar atau lokasi pasien.
2. Pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah atau produk darah.
3. Pasien diidentifikasi sebelum mengambil darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis.
4. Pasien diidentifikasi sebelum pemberian pengobatan dan tindakan/prosedur tindakan medis.
5. Kebijakan dan prosedur mengarahkan pelaksanaan identifikasi yang konsisten pada semua situasi dan lokasi.

#### SASARAN II : PENINGKATAN KOMUNIKASI EFEKTIF

1. Perintah lengkap secara lisan dan yang melalui telepon atau hasil pemeriksaan dituliskan secara lengkap oleh penerima perintah.

2. Perintah lengkap lisan dan telepon atau hasil pemeriksaan dibacakan kembali secara lengkap oleh penerima perintah.
3. Perintah atau hasil pemeriksaan dikonfirmasi oleh pemberi perintah atau yang menyampaikan hasil pemeriksaan.
4. Kebijakan dan prosedur mengarahkan pelaksanaan verifikasi keakuratan komunikasi lisan atau melalui telepon secara konsisten.

SASARAN III : PENINGKATAN KEAMANAN OBAT YANG PERLU DIWASPADAI  
(*Hight Alert*)

1. Kebijakan dan prosedur dikembangkan agar memuat proses identifikasi, menetapkan lokasi, pemberian label, dan penyimpanan elektrolit konsentrat.
2. Kebijakan dan prosedur diimplementasikan.
3. Elektrolit konsentrat tidak boleh disimpan di unit pelayanan pasien kecuali jika dibutuhkan secara klinis dan tindakan diambil sesuai kebijakan .
4. Elektrolit konsentrat yang disimpan di unit pelayanan pasien harus diberi label yang jelas, dan disimpan pada area yang dibatasi ketat.

SASARAN IV : KEPASTIAN TEPAT LOKASI, TEPAT PROSEDUR, TEPAT PASIEN OPERASI/TINDAKAN MEDIS

1. Rumah sakit menggunakan suatu tanda yang jelas dan dapat dimengerti untuk identifikasi lokasi operasi/tindakan medis dan melibatkan pasien dalam proses penandaan.
2. Rumah sakit menggunakan suatu cheklist atau proses lain untuk memverifikasi saat praoperasi/tindakan, tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien dan semua dokumen serta peralatan yang diperlukan tersedia, tepat dan fungsional.
3. Pencatatan dokumen dan prosedur yang lengkap sebelum dimulainya suatu prosedur/tindakan medis.
4. Kebijakan dan prosedur dikembangkan untuk mendukung keseragaman proses untuk memastikan tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien, termasuk prosedur medis dan tindakan yang dilakukan diluar kamar operasi.

SASARAN V : PENGURANGAN risiko INFEKSI TERKAIT PELAYANAN KESEHATAN

1. Rumah sakit mengadopsi dan mengadaptasi pedoman *hand hygiene* terbaru yang diterbitkan dan sudah diterima secara umum (al. dari WHO *Patient Safety* ).
2. Rumah sakit menerapkan program *hand hygiene* yang efektif.

3. Kebijakan dan prosedur dikembangkan untuk mengarahkan pengurangan secara berkelanjutan risiko infeksi yang terkait dengan pelayanan kesehatan.

SASARAN VI : PENGURANGAN risiko PASIEN JATUH

1. Rumah sakit menerapkan proses assesmant awal risiko pasien jatuh dan melakukan assesmant ulang bila diindikasikan terjadi perubahan kondisi atau pengobatan.
2. Langkah-langkah diterapkan untuk mengurangi risiko jatuh bagi mereka yang pada hasil assesmant dianggap beresiko.
3. Langkah-langkah dimonitor hasilnya, baik keberhasilan pengurangan cedera akibat jatuh maupun dampak yang berkaitan secara tidak sengaja.
4. Kebijakan dan prosedur dikembangkan untuk mengarahkan pengurangan berkelanjutan risiko pasien cedera akibat jatuh di rumah sakit.

### **BAB III**

#### **INSIDEN KESELAMATAN PASIEN**

Insiden keselamatan pasien masih menjadi masalah utama dirumah sakit dimana berbagai macam pelayanan memiliki risiko yang mengancam keselamatan pasien dirumah sakit.

Insiden Keselamatan Pasien (IKP) adalah setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien. Adapun jenis insiden keselamatan pasien antara lain :

1. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)/*adverse event* adalah kejadian yang menyebabkan cedera atau komplikasi yang tidak diharapkan sehingga menyebabkan perawatan lebih lama, kecacatan, atau kematian yang bukan oleh proses penyakit. Termasuk di dalam kejadian tidak diharapkan antara lain: Reaksi transfusi di rumah sakit, kesalahan obat yang signifikan dan efek obat yang tidak diharapkan, Kesalahan medis (*medical error*) yang menyebabkan kecacatan dan perpanjangan hari.
2. Kejadian Nyaris Cedera (KNC)/ *near miss* adalah insiden yang berpotensi menimbulkan cedera pada pasien tapi yang belum sampai terpapar ke pasien sehingga tidak ada cedera pada pasien.
3. Kejadian Tidak Cedera (KTC) adalah insiden yang berpotensi mengakibatkan cedera pada pasien dan sudah terpapar ke pasien, tetapi ternyata tidak menimbulkan cedera pada pasien.
4. Kondisi Potensial Cedera (KPC) adalah kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi.
5. Kejadian Sentinel adalah suatu kejadian yang tidak diharapkan dan telah mengakibatkan kematian atau cedera fisik/ psikologis serius, atau kecacatan pada pasien. Setiap RS menetapkan definisi operasional kejadian sentinel paling sedikit meliputi:
  - a) Kematian yang tidak diduga, termasuk, dan tidak tidak terbatas hanya,
    - Kematian yang tidak berhubungan dng perjalanan penyakit pasien atau kondisi pasien (contoh, kematian setelah infeksi pasca operasi atau emboli paru paru)
    - Kematian bayi aterm
    - Bunuh diri
  - b) Kehilangan permanen fungsi yang tidak terkait penyakit pasien atau kondisi pasien
  - c) Operasi salah tempat, salah prosedur, salah pasien
  - d) Terjangkit penyakit kronik atau penyakit fatal akibat transfusi darah atau produk darah atau transplantasi organ atau jaringan

- e) Penculikan anak termasuk bayi atau anak termasuk bayi dikirim ke rumah bukan rumah orang tuanya
- f) Perkosaan, kekejaman di tempat kerja seperti penyerangan (berakibat kematian atau kehilangan fungsi secara permanen) atau pembunuhan (yang disengaja) atas pasien, anggota staf, dokter, mahasiswa kedokteran, siswa latihan, pengunjung atau vendor/pihak ketiga ketika berada dalam lingkungan rumah sakit.

Definisi kejadian sentinel termasuk yang ditetapkan seperti diuraikan mulai dari huruf a) sampai huruf f) dapat ditambahkan sesuai ketentuan peraturan perundangan-undangan yang ada atau kejadian yang menurut pandangan rumah sakit harus ditambahkan sebagai kejadian sentinel.

Semua kejadian yang sesuai dengan definisi harus dilakukan Analisis Akar Masalah (RCA=*Root Cause Analysis*). Analisis dan rencana tindakan selesai dalam waktu 45 hari setelah kejadian. Tujuan AAM (Analisa akar masalah) adalah agar rumah sakit dapat mengerti dengan baik dan komprehensif asal kejadian. Apabila AAM menunjukkan perbaikan sistem atau tindakan lain dapat mengurangi risiko seperti itu terjadi lagi, rumah sakit merancang ulang proses dan mengambil tindakan yang perlu dilakukan. Kejadian sentinel bukan indikator terkait dengan pelanggaran hukum (lihat juga TKRS 4.1).

Penting untuk diperhatikan bahwa istilah kejadian sentinel tidak selalu mengarah pada kepada kekeliruan (*error*) atau kesalahan (*mistake*) maupun memberi kesan pertanggungjawaban legal (*liability*) tertentu.

## **BAB IV**

### **PELAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN RUMAH SAKIT**

#### **A.PENDAHULUAN**

Rumah sakit menetapkan sistem pelaporan insiden keselamatan pasien baik internal maupun eksternal. Pelaporan insiden keselamatan pasien yang selanjutnya disebut pelaporan insiden adalah suatu sistem untuk mendokumentasikan laporan insiden keselamatan pasien, analisis dan solusi untuk pembelajaran. Sistem pelaporan diharapkan dapat mendorong individu di dalam rumah sakit untuk peduli akan bahaya atau potensi bahaya yang dapat terjadi pada pasien. Pelaporan juga penting digunakan untuk memonitor upaya pencegahan terjadinya kesalahan (*error*) sehingga dapat mendorong dilakukan investigasi. Di sisi lain pelaporan akan menjadi awal proses pembelajaran untuk mencegah kejadian yang sama terulang kembali.

RS menetapkan sistem pelaporan insiden antara lain meliputi:

- a. kebijakan,
- b. alur pelaporan,
- c. formulir pelaporan
- d. prosedur pelaporan
- e. insiden yang harus dilaporkan yaitu kejadian yang sudah terjadi, potensial terjadi ataupun yang nyaris terjadi
- f. siapa saja yang membuat laporan
- g. batas waktu pelaporan

Selain laporan internal, rumah sakit juga wajib membuat laporan ke Komite Nasional Keselamatan Pasien sesuai peraturan perundangan-undangan dan dijamin keamanannya, bersifat rahasia, anonim (tanpa identitas), tidak mudah diakses oleh yang tidak berhak. Disamping itu juga rumah sakit wajib membuat laporan sentinel ke Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) melalui SISMADAK dalam waktu 5x24 jam. Agar pelaporan dapat berjalan baik, maka rumah sakit perlu melaksanakan pelatihan bagi para staf mengenai system pelaporan dan cara investigasi termasuk melakukan analisa akar masalah dan mengirimkan kepada KARS melalui SISMADAK paling lama 45 hari. Pelaporan ini bertujuan agar rumah sakit dapat melakukan proses pembelajaran.

Dengan adanya pelaporan eksternal tersebut, berarti rumah sakit telah ikut berpartisipasi dalam penyediaan data nasional angka insiden keselamatan pasien, pembelajaran untuk meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien bagi rumah sakit lain dan ditetapkannya langkah-langkah praktis keselamatan pasien untuk rumah sakit di Indonesia.

## B. TUJUAN

- a. Terciptanya budaya keselamatan pasien di rumah sakit.
- b. Meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat.
- c. Menurunnya kejadian tidak diharapkan (KTD) di rumah sakit.
- d. Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian tidak diharapkan.

## C. ALUR PELAPORAN

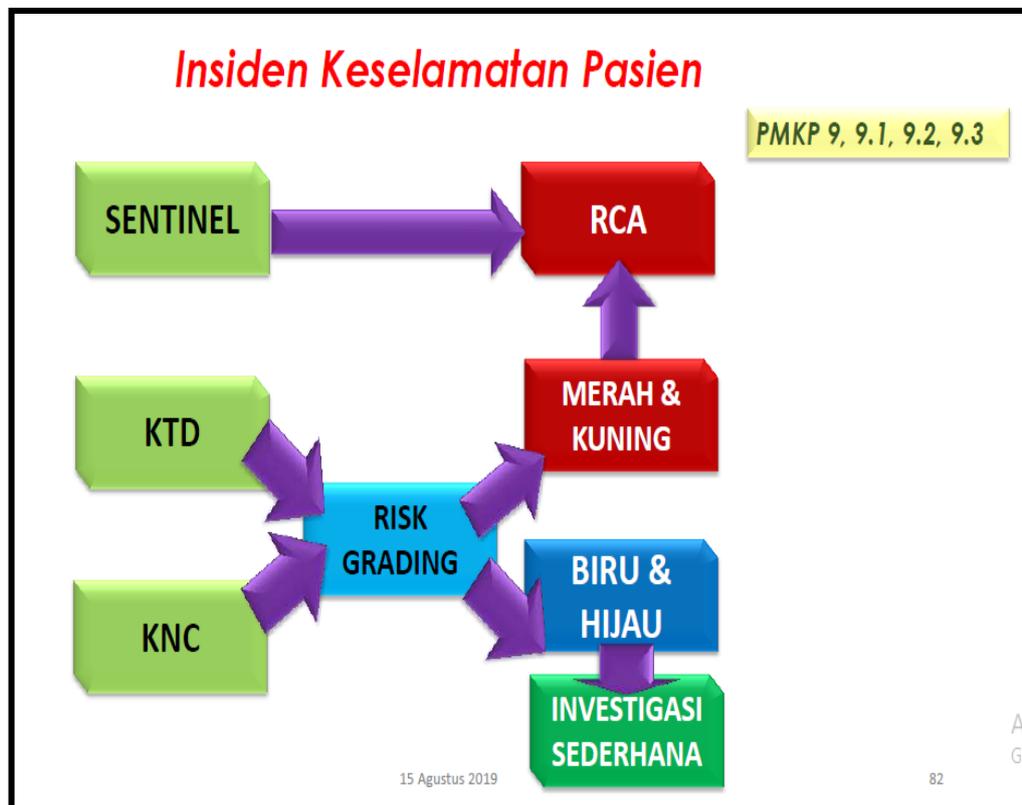
- a. Apabila terjadi suatu insiden (KNC/KTD/KPC) di rumah sakit, wajib segera ditindak lanjuti (dicegah/ditangani) untuk mengurangi dampak/akibat yang tidak diharapkan.
- b. Setelah ditindaklanjuti segera membuat laporan insidennya dengan mengisi formulir laporan insiden pada akhir jam kerja/shift kepada atasan langsung (paling lambat 2X24 jam), diharapkan jangan menunda laporan.
- c. Setelah selesai mengisi laporan, segera menyerahkan kepada atasan langsung pelapor yang disepakati sesuai keputusan manajemen.
- d. Atasan langsung akan memeriksa laporan dan melakukan grading risiko terhadap insiden yang dilaporkan.
- e. Hasil grading dengan bands risiko akan menentukan bentuk investigasi dan analisa yang akan dilakukan sebagai berikut :

Grade biru : Investigasi sederhana oleh atasan langsung waktu minimal 1 minggu.

Grade hijau : Invensigasi sederhana oleh atasan langsung waktu maksimal 2 minggu.

Grade kuning :Investigasi komprehensif/Analisis akar masalah/RCA oleh tim KPRS, waktu maksimal 45 hari.

Grade merah :Investigasi komprehensif/Analisis akar masalah/RCA oleh tim KPRS, waktu maksimal 45 hari.



- f. Setelah selesai melakukan investigasi sederhana, laporan hasil investigasi dan laporan insiden dilaporkan ke tim KPRS.
- g. Tim KPRS akan menganalisa kembali hasil investigasi dan laporan insiden untuk menentukan apakah perlu dilakukan investigasi lebih lanjut (RCA) dengan melakukan regrading.
- h. Untuk grade kuning/merah, tim KPRS akan melakukan Analisis Akar Masalah/RCA
- i. Setelah melakukan RCA, tim KPRS akan membuat laporan dan rekomendasi untuk perbaikan serta “pembelajaran” berupa petunjuk/”safety alert untuk mencegah kejadian yang sama terulang lagi.
- j. Hasil RCA, rekomendasi dan rencana kerja dilaporkan kepada direktur RS.
- k. Rekomendasi untuk perbaikan diberikan umpan balik kepada unit kerja terkait serta sosialisasi kepada seluruh unit di rumah sakit.
- l. Unit kerja membuat analisa kejadian disatuan kerjanya masing-masing.
- m. Monitoring dan Evaluasi perbaikan oleh tim KPRS.
- n. Pelaporan insiden keselamatan pasien di Rumah Sakit Paru Respira menggunakan pelaporan secara online menggunakan link berikut : <https://s.id/laporaninsidenrespira>.
- o. Untuk laporan eksternal, laporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) untuk Kejadian Yang Tidak Diharapkan (KTD) dan atau kejadian Sentinel yang telah dilakukan investigasi sederhana/RCA yang terjadi

pada pasien dan telah mendapat rekomendasi dan solusi oleh tim KPRS dan Komite PMKP /Pimpinan RS dikirimkan ke KNKP (Komite Nasional Keselamatan Pasien) dengan melakukan entri data melalui aplikasi : <http://mutufasyankes.kemkes.go.id>.

## **BAB V**

### **INVESTIGASI SEDERHANA DAN ANALISIS AKAR MASALAH**

#### 1. PENDAHULUAN

Ketika rumah sakit mendeteksi atau mencurigai adanya perubahan yang tidak diinginkan atau tidak sesuai dengan harapan, rumah sakit memulai analisis mendalam untuk menentukan perbaikan paling baik focus di area mana. Secara khusus, analisis mendalam dimulai jika tingkat, pola, atau tren yang tak diinginkan bervariasi secara signifikan dari:

- Apa yang diharapkan
- Apa yang ada di rumah sakit; dan
- Standar-standar yang diakui

Analisis dilakukan sekurang-kurangnya untuk semua hal berikut ini:

- a) Semua reaksi transfusi yang sudah dikonfirmasi, jika sesuai untuk rumah sakit
- b) Semua kejadian serius akibat efek samping obat, jika sesuai dan sebagaimana yang didefinisikan oleh rumah sakit
- c) Semua kesalahan pengobatan yang signifikan jika sesuai dan
- d) Semua perbedaan besar antara diagnosis praoperasi dan diagnosis pascaoperasi
- e) Efek samping atau pola efek samping selama sedasi moderat atau mendalam dan pemakaian anestesi
- f) Kejadian-kejadian lain; misalnya,
  - Infeksi yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan atau wabah penyakit menular sebagaimana yang didefinisikan oleh rumah sakit
  - Pasien jiwa yang melarikan diri dari ruang perawatan keluar lingkungan RS yang tidak meninggal/ tidak cedera serius.

Rumah sakit menetapkan definisi KNC dan KTC, serta sistem pelaporan, proses mengumpulkan dan analisis data untuk dilakukan kajian untuk perubahan dari proses agar dapat mengurangi atau menghilangkan KNC dan KTC.

Informasi dari analisis data yang digunakan untuk mengidentifikasi potensi perbaikan atau untuk mengurangi atau mencegah kejadian yang merugikan. Khususnya, perbaikan yang direncanakan untuk area/ daerah prioritas pengumpulan data yang sudah diidentifikasi oleh pimpinan rumah sakit.

Setelah dilakukan analisis dilakukan rencana perbaikan/perubahan, beberapa perubahan perlu dilakukan uji perubahan dengan mengumpulkan data lagi selama masa uji yang ditentukan dan dilakukan re-evaluasi untuk membuktikan bahwa perubahan adalah benar menghasilkan perbaikan, proses

uji perubahan ini yang sering disebut dengan siklus PDSA (*Plan-Do- Study-Action*). Hal ini untuk memastikan bahwa ada perbaikan berkelanjutan dan ada pengumpulan data untuk analisis berkelanjutan. Perubahan yang efektif dimasukkan ke dalam standar prosedur operasional, prosedur operasi, dan ke dalam setiap pendidikan staf yang perlu dilakukan. Perbaikan-perbaikan yang dicapai dan dipertahankan oleh didokumentasikan sebagai bagian dari manajemen peningkatan mutu dan keselamatan pasien dan program perbaikan

2. Investigasi Sederhana

Investigasi sederhana oleh atasan langsung waktu minimal 1 minggu untuk grade biru dan waktu maksimal 2 minggu untuk grade hijau. Investigasi sederhana meliputi penyebab langsung dan akar masalah insiden, rekomendasi, rekomendasi, tindakan yang akan dilakukan, serta evaluasi apakah investigasi telah lengkap, investigasi lebih lanjut apakah diperlukan, dan investigasi setelah grading ulang.

**LEMBAR KERJA INVESTIGASI SEDERHANA  
UNTUK BANDS RISIKO BIRU/HIJAU**

<b>Penyebab langsung insiden :</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peralatan/sarana /prasarana : .....</li> <li>• Petugas : .....</li> <li>• dst</li> </ul>		
<b>Penyebab yang melatarbelakangi / akar masalah insiden :</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peralatan /sarana/prasarana : .....</li> <li>• Proses Manajemen: .....</li> <li>• dst</li> </ul>		
<b>Rekomendasi :</b>	<b>Penanggung Jawab</b>	<b>Tanggal</b>
..... .....	..... ....	..... .....
<b>Tindakan yang akan dilakukan :</b>	<b>Penanggung Jawab</b>	<b>Tanggal</b>
..... .....	..... ....	..... .....
<b>Kepala Seksi/Kepala Instalasi/Ruang/Koordinator</b>		
Nama :.....Tanggal Mulai		
Investigasi:.....		

Tanda Tangan : .....Tanggal Selesai		
Investigasi:.....		
<b>Manajemen Risiko :</b>	Investigasi Lengkap:	Ya/Tidak
	Diperlukan investigasi lebih lanjut :	Ya/Tidak
	Investigasi setelah Grading Ulang:	Hijau/Kuning/Merah

### 3. Analisis Akar Masalah (Root Cause Analysis)

*Root Cause Analysis* (RCA) adalah suatu proses terstruktur untuk mengidentifikasi faktor penyebab atau faktor yang berpengaruh terhadap terjadinya penyimpangan kinerja, termasuk KTD.

Langkah – langkah analisa insiden keselamatan pasien menggunakan metode Root Cause Analysis (RCA).

#### 1. Identifikasi Pasien

Langkah untuk melakukan identifikasi insiden dengan cara :

- a. Tetapkan topik dengan menjawab ‘apa yang terjadi’
- b. Gunakan alat bantu brainstorming
- c. Buat pernyataan insiden dengan mengacu pada ‘apa yang salah’ dan fokus pada outcome.

#### 2. Menentukan Tim Investigator

- a. Tim adalah sejumlah orang yang saling bekerjasama secara dinamis untuk mencapai tujuan yang disepakati.
- b. Tim terdiri dari individu multidisiplin yang terkait dengan topik insiden yang akan dilakukan RCA.
- c. Tim idealnya terdiri dari 3-4 orang.
- d. Pilih orang yang paling dekat dengan insiden.
- e. Ada 1 orang yang ditunjuk untuk menjadi ketua.
- f. Perlu orang expert/terlatih untuk melakukan investigasi suatu insiden serius.
- g. Tim mendapat dukungan dari pemimpin rumah sakit.

#### 3. Mengumpulkan data

- a. Observasi langsung  
Kunjungan langsung untuk mengetahui keadaan, posisi, hal hal yang berhubungan dengan insiden (contoh : foto, gambar, video, gambaran layout dimana orang dan alat, lakukan rekonstruksi)
- b. Dokumentasi

Untuk mengetahui apa yang terjadi sesuai data, observasi dan inspeksi

c. Interviews

Untuk mengetahui kejadian secara langsung atau untuk pengecekan pada hasil observasi dan data dikumentasi.

4. Petakan Informasi Kronologi Insiden

Dalam memetakan informasi kronologi insiden dapat diberikan dengan 3 macam cara :

a. Kronologi Narasi

Kronologi insiden sangat berguna pada laporan akhir insiden

b. Tabular Timeline

Sama dengan Timeline tetapi lebih detail menginformasikan Good Practice, CMP

c. Time Person Grids

Memungkinkan untuk melacak gerak atau kehadiran orang sebelum dan sesudah insiden.

5. Identifikasi Masalah

Masalah yang terjadi dalam pelayanan baik itu melakukan tindakan (commission) atau tidak melakukan tindakan yang seharusnya (omission.)

6. Analisis Informasi

Setelah dilakukan investigasi selanjutnya semua data dan informasi dilakukan analisis oleh Tim untuk disimpulkan.

7. Rekomendasi dan Solusi

Membuat rekomendasi dan menyusun rencana kegiatan yang meliputi :

a. Rekomendasi

b. Eksplorasi dan identifikasi strategi reduksi resiko

c. Formulasi upaya perbaikan

d. Evaluasi usulan upaya perbaikan

e. Upaya perbaikan

f. Penyempurnaan upaya perbaikan

g. Kaji penerimaan usulan perbaikan

h. Implementasi upaya perbaikan

i. Evaluasi

j. Mengukur epektifitas keberhasilan

k. Evaluasi implementasi upaya perbaikan

l. Kaji dan identifikasi langkah tambahan

m. Komunikasi hasil.

8. Dokumentasi pelaksanaan Analisis Akar Masalah (RCA) adalah pengumpulan bukti pelaksanaan :

a. SPO RCA

b. Laporan insiden unit

c. Daftar hadir, noyulen antara tim KPRS dan unit insiden

- d. Pengorganisasian tim kerja
- e. Hasil dokumentasi saat pengumpulan data
- f. Bukti laporan RCA yang telah dibuat untuk satu insiden dan usulan, rekomendasi dan solusi dari Tim yang dilaporkan ke Direktur.
- g. Sosialisasi hasil temuan Tim RCA kepada unit-unit
- h. Bukti sosialisasi dengan bentuk tertulis, buktin ekspedisi dan koordinasi (notulen dan daftar hadir)
- i. Hasil keputusan Direktur terkait tindak lanjut yang diusulkan tim berupa SPO baru? Redesain yang dapat berupa proses, dan lain-lain.

Analisis Akar Masalah (RCA) ini merupakan proses yang sistematis dimana faktor-faktor yang berkontribusi dalam suatu insiden diidentifikasi dengan merekonstruksi kronologis kejadian.

## **BAB VI**

### **BUDAYA KESELAMATAN PASIEN**

#### **A. Aspek dalam membangun Budaya Keselamatan Pasien**

Untuk menuju budaya keselamatan di rumah sakit, harus disadari bahwa kegiatan operasional rumah sakit berisiko tinggi dan setiap staf rumah sakit harus bertekad untuk melaksanakan tugasnya dengan konsisten serta aman. Regulasi serta lingkungan kerja harus mendorong staf untuk tidak takut mendapatkan hukuman jika melaporkan kejadian tidak diharapkan dan kejadian nyaris cedera. Hal-hal tersebut dapat dicapai dengan mengembangkan hal-hal berikut ini :

##### **1. Leadership**

Kepemimpinan yang mendukung budaya keselamatan ini harus ditumbuhkan di semua level kepemimpinan di RS, mulai dari manajemen puncak, manajemen menengah hingga manajemen level bawah. Prioritas utama kepemimpinan adalah bertanggungjawab atas asuhan yang efektif sekaligus melindungi keselamatan pasien, karyawan dan pengunjung RS. Kepemimpinan yang adekuat dapat diwujudkan dalam banyak hal, diantaranya hal-hal berikut namun tidak terbatas pada:

- Pimpinan rumah sakit memberikan dukungan terhadap pelaporan insiden keselamatan pasien, termasuk mendorong Tim Keselamatan Pasien untuk melaporkan insiden ke tingkat nasional sesuai peraturan perundang-undangan
- Pimpinan rumah sakit mendorong kolaborasi antar staf klinis dengan pimpinan untuk mencari penyelesaian masalah keselamatan pasien
- Adanya umpan balik / tanggapan terhadap staf dan pihak lain yang melaporkan kerentanan keamanan terhadap pasien, staf, fasilitas dan seluruh lingkungan rumah sakit
- Tidak membiarkan adanya intimidasi terhadap staf yang melaporkan insiden keselamatan pasien dan staf
- Konsisten dalam menerapkan rekomendasi keselamatan
- Menumbuhkan budaya organisasi yang mendukung keselamatan dan keamanan pasien serta karyawan RS di seluruh lingkungan rumah sakit

##### **2. Teamwork**

Teamwork tidak saja dalam lingkup RS, di antara semua staf dan manajemen, namun juga melibatkan semua pemangku kepentingan termasuk dokter, staf RS serta pasien dan keluarganya.

##### **3. Komunikasi efektif dan asertif**

Dalam budaya yang positif, pertanyaan tentang keselamatan dan keamanan seharusnya menjadi perbincangan sehari-hari. Manajemen harus mampu mendengarkan secara aktif setiap hal yang disampaikan oleh karyawan terkait budaya keselamatan. Partisipasi karyawan dalam budaya keselamatan sangat penting, untuk membangun rasa memiliki diantara seluruh staf termasuk di dalamnya adalah melaksanakan ronde keselamatan pasien, implementasi briefing keselamatan, memperbaiki komunikasi dengan SBAR dan menerapkan strategi pengelolaan sumber SDM

#### **4. Mengembangkan Perilaku Yang Diharapkan**

Perilaku yang diharapkan pada prinsipnya mengacu pada: transparansi, kerjasama tim yang efektif, komunikasi yang efektif dan asertif, kesopanan, umpan balik langsung dan tepat waktu. Perilaku ini harus dipahami dan diterapkan oleh seluruh angkatan kerja, terlepas dari perbedaan peringkat kerja, posisi / peranan maupun unit kerja. Dalam kegiatan sehari-hari, perilaku yang diharapkan ini tampak misalnya dalam bentuk:

- Keselamatan menjadi prioritas pertama semua karyawan
- Tidak menerima perilaku yang merusak budaya keselamatan
- Setiap karyawan fokus untuk menemukan kondisi potensial berbahaya atau “*near miss*” secara dini untuk segera ditindaklanjuti sebelum cedera terjadi
- Semua karyawan mampu mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah keselamatan
- Kesadaran semua karyawan untuk melaporkan kejadian keselamatan tanpa takut akan hukuman, penekanan pada pelaporan insiden dan pembelajaran dari kesalahan
- Bahasa yang santun dalam setiap percakapan dan menyampaikan kekhawatiran
- Pimpinan dan staf menghargai transparansi, akuntabilitas dan *mutual respect*
- Setiap karyawan bersedia membantu orang lain
- Penguatan perilaku yang lebih aman oleh semua orang
- Keterbukaan karyawan terhadap pembinaan dan umpan balik
- Keinginan untuk menyediakan sumber daya untuk meningkatkan keselamatan pasien
- Ketersediaan untuk berbagi, berkomunikasi dan belajar
- Karyawan terdorong untuk memberikan masukan dan saran terkait keselamatan pasien, staf dan seluruh lingkungan rumah sakit

#### **5. Menghindari Perilaku yang tidak mendukung**

Perilaku-perilaku yang tidak mendukung budaya keselamatan hendaknya dihindarkan di seluruh lingkungan rumah sakit. Termasuk dalam perilaku tersebut misalnya:

- Perilaku yang tidak layak (*inappropriate*) seperti kata-kata atau bahasa tubuh yang merendahkan atau menyinggung perasaan sesama staf, misalnya mengumpat, memaki
- Perilaku yang mengganggu (*disruptive*) antara lain perilaku yang tidak layak yang dilakukan secara berulang, bentuk tindakan verbal maupun non verbal yang membahayakan atau mengintimidasi staf lain
- “Celetukan maut” : komentar sembrono di depan pasien yang berdampak menurunkan kredibilitas staf klinis lainnya (contoh: *obatnya salah, tamatan mana sih dia?...*), mengomentari negatif hasil tindakan atau pengobatan staf lain di depan pasien, melarang perawat membuat laporan tentang KTD, memarahi staf klinis di depan pasien, kemarahan yang ditunjukkan dengan melempar alat medis di ruang operasi, membuang rekam medis di ruang perawatan,
- Perilaku yang melecehkan (*harrassment*) terkait ras, agama, suku, termasuk gender
- Pelecehan seksual

#### **6. Menghindari Perilaku Kekerasan Di Lingkungan Kerja**

Termasuk dalam perilaku kekerasan yang harus dihindari adalah kekerasan dan ancaman kekerasan yang ditujukan kepada seseorang di saat bekerja atau di tempat kerjanya. Kekerasan dalam hal ini tidak saja terbatas pada kekerasan fisik, namun juga kekerasan dalam bentuk verbal, seperti ancaman kekerasan, pelecehan atau penghinaan dan sejenisnya, yang dapat mengakibatkan stress dan trauma psikologis. Kekerasan verbal dapat juga berlanjut pada kekerasan fisik, oleh karenanya harus dihindarkan terjadi dalam lingkungan kerja. Kekerasan yang dialami oleh staf Rumah Sakit dapat berasal dari pasien, keluarga pasien, pengunjung, atau bahkan rekan kerja.

#### **7. Just Culture**

*Just Culture* merupakan budaya yang fair atau adil; adil bagi individu maupun organisasi. *Just Culture* memperlakukan manusia dengan adil dan mengakui bahwa manusia bisa berbuat salah, kesalahan yang benar-benar tidak disengaja merupakan hal yang wajar. Tidak langsung menghakimi bahwa tindakan dan keputusan buruk yang diambil merupakan kesalahan dan harus dihukum.

Namun demikian *Just Culture* juga tidak memberikan toleransi terhadap kecerobohan dan kesengajaan (pelanggaran murni) yang mengakibatkan kesalahan berulang sehingga membahayakan safety. *Just culture* menciptakan budaya belajar, merancang sistem-sistem yang aman, serta mengelola perilaku terpilih (*human error, at risk behavior, reckless behavior*). Model ini melihat peristiwa-peristiwa bukan sebagai hal-hal yang perlu

diperbaiki, tetapi sebagai peluang untuk memperbaiki pemahaman, baik terhadap risiko dari sistem maupun risiko dari perilaku.

## **B. Upaya dalam membangun Budaya Keselamatan Pasien**

### **ii. Rumah Sakit Membangun Kesadaran Akan Nilai Keselamatan Pasien**

RS Paru Respira menciptakan kepemimpinan dan budaya yang terbuka dan adil dengan langkah penerapan sebagai berikut:

- Menerapkan kebijakan Pedoman Keselamatan Pasien RS Paru Respira yang didalamnya memuat sistem pelaporan insiden keselamatan pasien.
- Melakukan sosialisasi regulasi tersebut kepada seluruh staf sehingga semua staf rumah sakit mengetahui hal-hal yang harus dilakukan staf segera setelah terjadi insiden, bagaimana langkah-langkah pengumpulan fakta harus dilakukan dan dukungan apa yang harus diberikan kepada staf, pasien dan keluarga.
- Rumah Sakit menumbuhkan budaya pelaporan insiden keselamatan pasien dengan melakukan inovasi pelaporan insiden melalui link berikut : <https://s.id/laporaninsidenrespira> yang bisa diakses oleh seluruh staf rumah sakit.
- Rumah sakit melakukan asesmen dengan melakukan pengukuran "Budaya Keselamatan Pasien" dengan kuesioner yang diadaptasi dari AHRQ (American Hospital Research and Quality) yang dilakukan setiap 1 (satu) tahun sekali.
- untuk mendiskusikan isu-isu Keselamatan Pasien guna memberikan umpan balik kepada manajemen yang terkait.

### **iii. Pimpinan Rumah Sakit Memberikan Dukungan Kepada Staf Rumah Sakit Untuk Menciptakan Budaya Keselamatan Pasien**

Pimpinan dan manajemen Rumah Sakit membangun komitmen yang fokus yang kuat tentang keselamatan pasien dengan upaya sebagai berikut:

- Pimpinan bertanggung jawab atas pelaksanaan program-program peningkatan keselamatan pasien di Rumah Sakit
- Pimpinan Rumah Sakit memprioritaskan Keselamatan Pasien dalam agenda rapat Pimpinan maupun rapat-rapat manajemen rumah sakit
- Rumah Sakit membentuk Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit yang berada dibawah koordinasi Komite Mutu sebagai penggerak program keselamatan pasien.

### **iv. Rumah Sakit Mengintegrasikan Aktivitas Pengelolaan Risiko**

Rumah sakit mengembangkan sistem dan proses pengelolaan risiko, serta melakukan identifikasi dan asesmen hal yang potensial bermasalah dengan langkah penerapan:

- Rumah Sakit menyusun panduan tentang manajemen risiko tingkat unit maupun rumah sakit
- Risiko yang dimaksud terdiri dari beberapa domain risiko antara lain: domain risiko operasional, klinis/patient safety, strategi, finansial, sumber daya manusia, regulasi, kebijakan, teknologi dan hazard. Proses manajemen risiko di RS Paru Respira meliputi:
  - a. Menentukan konteks atau area
  - b. Mengidentifikasi risiko
  - c. Menganalisis risiko
  - d. Intervensi dan mitigasi
- Risiko yang telah diidentifikasi oleh unit selanjutnya dilaporkan ke Komite Mutu dalam bentuk register unit yang selanjutnya akan diverifikasi dan dievaluasi, dan diambil langkah untuk memperkecil risiko dan selanjutnya dilaporkan kepada Direktur.
- Menggunakan informasi yang benar dan jelas yang diperoleh dari sistem pelaporan insiden dan asesmen risiko untuk dapat secara proaktif meningkatkan kepedulian terhadap pasien.

**v. Rumah Sakit Mengembangkan Sistem Pelaporan**

Rumah Sakit memastikan staf mudah dapat melaporkan kejadian/ insiden dengan menerapkan. Langkah penerapan :

- Rumah Sakit membentuk Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit dalam pengelolaan sistem pelaporan Insiden Keselamatan Pasien.
- Tim Keselamatan Pasien Rumah sakit melakukan pencatatan, pengumpulan data insiden, analisis insiden serta RCA.
- Setiap staf rumah sakit melaporkan setiap insiden keselamatan pasien kepada tim keselamatan pasien rumah sakit sesuai dengan alur pada sistem pelaporan insiden.
- Setiap insiden yang terlapor dicatat, dikumpulkan dan dianalisis oleh Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit yang selanjutnya dilaporkan kepada Komite Mutu Selanjutnya dilaporkan kepada Pimpinan.
- Hasil rekomendasi selanjutnya disosialisasikan ke seluruh unit sebagai upaya perbaikan.

**vi. Rumah Sakit Melakukan Komunikasi Yang Efektif Dengan Pasien**

Rumah Sakit mengembangkan cara-cara komunikasi yang terbuka dengan pasien. Komunikasi terbuka ini dilakukan dengan metode *speak up* dimana pasien atau keluarga pasien diberi kesempatan seluas-luasnya untuk melakukan komunikasi dua arah.

- Rumah sakit menerapkan panduan komunikasi efektif yang dapat digunakan oleh seluruh staf rumah sakit termasuk komunikasi efektif dengan pasien.

- Tim Keselamatan pasien melakukan sosialisasi kepada seluruh staf rumah sakit mengenai cara-cara komunikasi terbuka tentang insiden dengan para pasien dan keluarganya sehingga pasien dan keluarga mereka mendapat informasi yang benar dan jelas bilamana terjadi insiden
- Staf rumah sakit menghargai dan mendukung keterlibatan pasien dan keluarganya bila telah terjadi insiden. Memprioritaskan pemberitahuan kepada pasien dan keluarga bilamana terjadi insiden, dan segera berikan kepada mereka informasi yang jelas dan benar secara tepat serta memastikan, segera setelah kejadian, tim menunjukkan empati kepada pasien dan keluarganya.

vii. **Keselamatan Pasien Melalui Rumah Sakit Meningkatkan Proses Pembelajaran**

Rumah Sakit mendorong staf dalam pelaporan, sehingga data yang dikeluarkan dapat dikumpulkan dan dianalisis akar masalah untuk dipelajari dan ditindaklanjuti sesuai dengan kebutuhan. Langkah-langkah yang dapat dilakukan antara lain:

- Menempatkan staf yang terkait harus dilibatkan untuk melakukan penilaian laporan, tepat yang dapat digunakan untuk melawan tren
- Membangkan kebijakan yang menjabarkan dengan jelas mengenai analisis implementasi Analisis Akar Masalah (Root Cause Analysis / RCA) atau Failure Mode dan Analisis Efek (FMEA) atau metoda analisis lain, yang harus mencakup semua peristiwa yang telah terjadi dan minimum satu kali per tahun untuk proses risiko tinggi
- Hasil analisis yang dikeluarkan untuk Komite Mutu selanjutnya diakses ke Pimpinan
- Hasil analisis dan evaluasi disosialisasikan untuk unit lain sesuai dengan harapan.

viii. **Mencegah Cedera Melalui Implementasi Sistem Keselamatan Pasien**

Rumah Sakit menggunakan informasi yang ada tentang kejadian/masalah untuk melakukan perubahan pada sistem pelayanan dengan menggunakan informasi yang benar dan jelas yang diperoleh dari sistem pelaporan, asesmen risiko, kajian insiden, dan audit serta analisis, untuk menentukan solusi setempat.

- Solusi tersebut dapat mencakup penjabaran ulang sistem (struktur dan proses)
- Memberikan pelatihan staf dan/atau kegiatan klinis, termasuk penggunaan instrumen yang menjamin keselamatan pasien
- Melakukan asesmen risiko untuk setiap perubahan yang direncanakan

- Memberikan umpan balik kepada staf tentang setiap tindakan yang diambil atas insiden yang dilaporkan
- Melibatkan seluruh staf dalam mengembangkan berbagai cara untuk membuat asuhan pasien menjadi lebih baik dan lebih aman
- Menelaah kembali perubahan-perubahan yang dibuat tim anda dan memastikan pelaksanaannya
- Memastikan setiap staf rumah sakit menerima umpan balik atas setiap tindak lanjut tentang insiden yang dilaporkan

Ditetapkan di Bantul  
pada tanggal 5 Januari 2021



dr. GREGORIUS ANUNG TRIHADI, M.P.H.  
NIP. 197205092002121002

LAMPIRAN 4  
PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT  
PARU RESPIRA NOMOR 188/00054 TAHUN  
2021 TENTANG PENINGKATAN MUTU DAN  
KESELAMATAN PASIEN (PMKP) RUMAH  
SAKIT PARU RESPIRA

**MANAJEMEN RISIKO RUMAH SAKIT PARU RESPIRA**

**BAB I**  
**PENDAHULUAN**

Rumah Sakit selalu dituntut untuk melakukan pelayanan kesehatan dengan baik dengan mengutamakan keselamatan pasien. Hal ini perlu dilihat dari sudut pandang pelayanan kesehatan dalam hal risiko klinis. Sekalipun staf medis berdasarkan standar profesi dan standar pelayanan sesuai dengan ketentuan yang berlaku namun, potensi risiko dalam pelayanan kesehatan tetap ada. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit bertujuan memberikan perlindungan kepada pasien, masyarakat, dan sumber daya manusia, mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit, serta memberi kepastian hukum kepada masyarakat dan rumah sakit.

Manajemen risiko (*Risk Management*) adalah dalam hubungannya dengan operasional rumah sakit, istilah manajemen risiko dikaitkan kepada aktivitas perlindungan diri yang berarti mencegah ancaman yang nyata atau berpotensi nyata terhadap kerugian keuangan akibat kecelakaan, cedera atau malpraktik medis.

Manajemen risiko yang komprehensif meliputi seluruh aspek di rumah sakit baik dari klinis dan non klinis. Di era sekarang risiko di rumah sakit tidak hanya meliputi dua bidang tersebut namun ada pula risiko lain seperti : managed care, risiko kapitasi, etik organisasi dan kompensasi ketenagakerjaan.

Manajemen risiko klinik merupakan upaya yang cenderung proaktif, meskipun sebagian besarnya merupakan hasil belajar dari pengalaman dan menerapkannya kembali untuk mengurangi atau mencegah masalah yang serupa di kemudian hari. Pada dasarnya manajemen risiko merupakan suatu proses siklus yang terus menerus, yang terdiri dari empat tahap, yaitu: Plan, Do, Check, Action (PDCA)

RS Paru Respira selalu menerapkan manajemen risiko yang baik supaya meminimalisir kejadian-kejadian yang tidak diharapkan selama melayani

pasien. Oleh sebab itu maka diperlukan panduan manajemen risiko di RS Paru Respira dapat menjadi acuan dan pedoman di Instalasi atau unit Rumah Sakit. Tujuan manajemen risiko dalam pelayanan kesehatan

1. Meminimalkan kemungkinan kejadian yang memiliki konsekuensi negatif bagi konsumen / pasien, staf dan organisasi
2. Meminimalkan risiko kematian, cedera dan / atau penyakit bagi konsumen / pasien, karyawan dan orang lain sebagai akibat dari pelayanan yang diberikan
3. Meningkatkan hasil asuhan pasien
4. Mengelola sumber daya secara efektif
5. Mendukung kepatuhan terhadap regulasi / peraturan perundang-undangan dan memastikan kelangsungan dan pengembangan organisasi

Program manajemen risiko berkelanjutan digunakan untuk melakukan identifikasi dan mengurangi cedera dan mengurangi risiko lain terhadap keselamatan pasien dan staf.

Ada beberapa kategori risiko yang dapat berdampak pada rumah sakit. Katagori ini antara lain dan tidak terbatas pada risiko:

- Strategis (terkait dengan tujuan organisasi);
- Operasional (rencana pengembangan untuk mencapai tujuan organisasi);
- Keuangan (menjaga aset);
- Kepatuhan (kepatuhan terhadap hukum dan peraturan);
- Reputasi (image yang dirasakan oleh masyarakat).

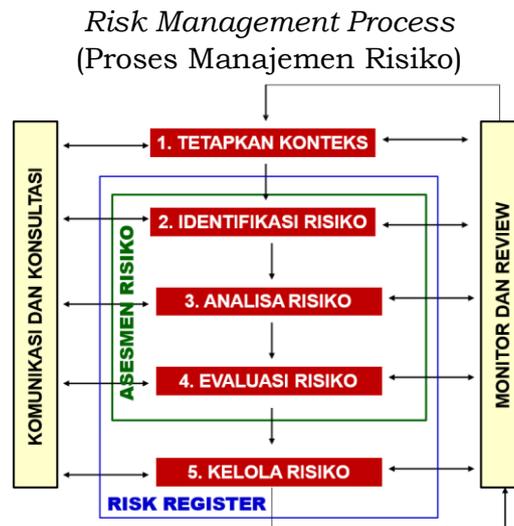
Setiap tahun rumah sakit menyusun program manajemen risiko. Selain program manajemen risiko, rumah sakit menetapkan regulasi manajemen risiko rumah sakit sebagai acuan perencanaan dan pelaksanaan manajemen risiko di rumah sakit. Regulasi manajemen risiko rumah sakit yang meliputi :

- I. konteks
- II. ruang lingkup, tujuan dan kriteria untuk penilaian risiko
- III. tanggung jawab dan fungsi manajemen risiko
- IV. pelatihan staf
- V. sebuah daftar risiko yang teridentifikasi keuangan dan bahaya
- VI. ringkasan rencana-rencana risiko untuk risiko-risiko utama
- VII. proses untuk berkomunikasi dengan para pemangku kepentingan

## BAB II

### PANDUAN PROGRAM MANAJEMEN RISIKO

Program manajemen risiko berkelanjutan digunakan untuk melakukan identifikasi dan mengurangi cedera dan mengurangi risiko lain terhadap keselamatan pasien dan staf.



#### Risiko di Rumah Sakit

##### 1. Risiko Klinis :

Semua isu yang dapat berdampak terhadap pencapaian pelayanan pasien yang bermutu, aman dan efektif.

##### 2. Risiko Nonklinis:

Semua isu yang dapat berdampak terhadap tercapainya tugas pokok dan kewajiban hukum dari Rumah Sakit sebagai korporasi

Komponen-komponen penting program manajemen risiko meliputi :

- 1) identifikasi risiko,
- 2) analisa risiko
- 3) prioritas risiko,
- 4) pelaporan risiko,
- 5) pengelolaan risiko,
- 6) investigasi kejadian yang tidak diharapkan (KTD),
- 7) manajemen terkait tuntutan (klaim)

Elemen penting dari manajemen risiko adalah analisis risiko, misalnya proses untuk mengevaluasi near-miss (KNC) dan proses berisiko tinggi lainnya dimana gagalnya proses tersebut dapat menyebabkan terjadinya kejadian sentinel. Satu alat/metode yang dapat menyediakan analisis proaktif semacam itu terhadap proses kritis dan berisiko tinggi adalah *failure mode effect analysis* (analisis efek modus kegagalan). Rumah sakit dapat pula mengidentifikasi dan menggunakan

alat-alat serupa untuk mengidentifikasi dan mengurangi risiko, seperti *hazard vulnerability analysis* (analisis kerentanan terhadap bahaya).

Untuk menggunakan alat/metoda ini atau metoda lainnya yang serupa secara efektif, direktur rumah sakit harus mengetahui dan mempelajari pendekatan tersebut, menyepakati daftar proses yang berisiko tinggi dari segi keselamatan pasien dan staf, dan kemudian menerapkan alat tersebut pada proses prioritas risiko. Setelah analisis hasil, pimpinan rumah sakit mengambil tindakan untuk mendesain ulang proses- proses yang ada atau mengambil tindakan serupa untuk mengurangi risiko dalam proses-proses yang ada. Proses pengurangan risiko ini dilaksanakan minimal sekali dalam setahun dan didokumentasikan pelaksanaannya.

Dalam menerapkan manajemen risiko rumah sakit perlu memperhatikan proses- proses berisiko yang dapat terjadi pada pasien yang antara lain meliputi :

- Risiko terkait dengan sistem manajemen obat
- Risiko jatuh
- Pengendalian risiko infeksi
- Risiko terkait dengan masalah Gizi
- Risiko fasilitas dan peralatan, seperti misalnya, risiko kebakaran / cedera karena penggunaan laser risiko-risiko yang diakibatkan dari kondisi-kondisi jangka panjang

Proses manajemen risiko:

1. Menetapkan konteks.

a) Tujuan.

Agar program manajemen risiko klinis RS menjadi efektif, lingkungan operasi organisasi dan konteks strategis harus didefinisikan dan dimengerti secara memadai. Keputusan tentang mengelola risiko klinis perlu dibuat dalam konteks lingkungan internal dan eksternal organisasi serta konteks strategis. Termasuk definisi kriteria dimana RS akan menentukan apakah risiko dapat diterima atau tidak. Jenis dan tingkat perencanaan manajemen risiko klinis, kontrol dan opsi manajemen juga dipilih.

b) Membangun Konteks Strategis

Mengidentifikasi dan memeriksa lingkungan operasional, termasuk pengaruh hukum, politik, klinis dan sosial-ekonomi. Identifikasi user internal dan eksternal dari sistem, termasuk dokter, pasien dan pemangku kepentingan lain.

c) Tetapkan Konteks Organisasi

Tentukan tujuan dari setiap tugas manajemen risiko klinis

- d) Tentukan Konteks Manajemen Risiko Klinis
  - 1) Tentukan 'mengapa' manajemen risiko klinis diperlukan
  - 2) Tetapkan tujuan untuk tugas 'manajemen risiko klinis' yang akan dilakukan
  - 3) Tentukan jangka waktu, sumber daya dan output yang diperlukan
  - 4) Tentukan kedalaman analisis yang diperlukan
  - 5) Tentukan struktur atau pendekatan yang akan digunakan
  - 6) Identifikasi alat dan dokumentasi yang diperlukan
- e) Mengembangkan Kriteria Evaluasi Risiko Klinis
  - 1) Kembangkan kriteria untuk menilai risiko klinis
  - 2) Tentukan tingkat risiko yang dapat diterima untuk setiap tugas
  - 3) Tentukan tingkat risiko klinis apa yang tidak dapat diterima
- f) Tentukan struktur proses  
Bagi kegiatan, proses, proyek atau ubah menjadi bagian2 kecil yang dapat dikelola dan dapat diukur. Kembangkan struktur yang sesuai untuk risiko, lingkup proyek, proses atau kegiatan

## 2. Identifikasi risiko.

- a) Tujuan  
Langkah identifikasi risiko berusaha mengidentifikasi risiko klinis yang perlu dikelola. Sistem identifikasi yang komprehensif menggunakan proses sistematis yang terstruktur dgn baik sangat penting, karena potensi risiko yg tidak teridentifikasi pada tahap ini akan dikeluarkan dari analisis dan pengelolaan lebih lanjut
- b) Persyaratan utk identifikasi risiko klinis yang efektif  
mengidentifikasi dan pemeriksaan semua sumber risiko klinis internal dan eksternal. Terdapat akses ke informasi berkualitas untuk memungkinkan staf mengidentifikasi risiko klinis dan memahami kemungkinan dan konsekuensi. Staf dan manajemen yg memiliki pengetahuan tentang manajemen risiko klinis dan kegiatan yang sedang ditinjau. Staf dan manajemen yang memiliki pengetahuan ttg manajemen risiko klinis dan kegiatan yang sedang ditinjau
- c) Apa yang perlu dilakukan
  - 1) Tentukan struktur dan metode untuk identifikasi risiko klinis
  - 2) Tentukan siapa yang perlu dilibatkan dalam langkah ini
  - 3) Identifikasi dimensi risiko klinis yang akan diperiksa
  - 4) Putuskan jenis informasi/data apa yang diperlukan untuk membantu identifikasi risiko klinis
  - 5) Mendokumentasikan risiko klinis yang teridentifikasi dalam daftar risiko yang sesuai

## 3. Analisa risiko.

- a) Tujuan

Tujuan dari analisis risiko klinis adalah untuk memisahkan risiko klinis kecil yang dapat diterima dari risiko klinis besar yang tidak dapat diterima. Menyediakan data untuk membantu dalam evaluasi dan pengelolaan risiko klinis. Analisis risiko klinis melibatkan pertimbangan sumber2 risiko klinis, konsekuensinya dan kemungkinan konsekuensi tersebut dapat terjadi. Faktor-faktor yang mempengaruhi konsekuensi/dampak dan probablilitas/kemungkinan juga dapat diidentifikasi.

- b) Kedalaman analisis harus ditentukan oleh kompleksitas aktivitas dan ketersediaan informasi / data untuk membantu proses analisis risiko.
- c) Untuk menghitung tingkat risiko klinis suatu kegiatan, unsur-unsur individu dari risiko klinis

### **BAB III**

#### **PENGUMPULAN RISK REGISTER (DAFTAR RISIKO)**

##### 1. Pengertian

Risk Register / daftar resiko adalah bagian dari proses pencatatan bagaimana rumah sakit akan mengelola risiko di area kerja.

Setiap risiko yang diidentifikasi harus dicatat dalam daftar yang merangkum :

- Deskripsi risiko
- Penyebab dan dampaknya
- Kontrol yang ada untuk risiko
- Penilaian dampak dan probabilitas risiko yang terjadi dengan kontrol yang ada
- Peringkat risiko meliputi risiko rendah, menengah, tinggi atau sangat tinggi dan prioritas keseluruhan risiko

Dalam menyusun daftar risiko, rumah sakit agar memperhatikan ruang lingkup manajemen risiko rumah sakit yang meliputi namun tidak terbatas pada :

- a) Pasien.
- b) Staf medis,
- c) Tenaga kesehatan dan tenaga lainnya yang bekerja di rumah sakit.
- d) Fasilitas rumah sakit
- e) Lingkungan rumah sakit
- f) Bisnis rumah sakit

##### 2. Tata laksana

Risk Register dibuat oleh masing-masing unit dengan menggunakan langkah-langkah sebagai berikut :

###### a. Identifikasi Risiko (*Risk Assesment*)

Dalam hal ini identifikasi risiko dilakukan dengan menemukan, mengenal dan mendiskripsikan risiko.

Risiko dapat diidentifikasi dari berbagai macam sumber, misalnya :

1. Informasi internal (permasalahan di rapat bagian/ koordinasi, audit, incident report, klaim, complain)
2. Informasi eksternal (pedoman dari pemerintah, organisasi profesi, lembaga penelitian)
3. Pemeriksaan atau audit eksternal
4. Survey

Contoh risiko-risiko berdasarkan area pelayanan :

NO	AREA RISIKO
1	Akses Pasien : 1. Proses pemulangan pasien lama 2. Pasien pulang paksa 3. Kegagalan merujuk pasien 4. Ketidaktersedianya tempat tidur 5. Proses transfer pasien yang tidak baik
2	Kecelakaan : 1. Tersengat listrik 2. Terpapar dengan bahan berbahaya 3. Tertimpa benda jatuh 4. Tersiram air panas 5. Terpeleset
3	Assesment dan Terapi 1. Kesalahan identifikasi pasien 2. Reaksi transfusi darah 3. Kesalahan pelabelan spesimen laboratorium 4. Kegagalan konsultasi interdisiplin pasien 5. Code Blue
4	Masalah administrasi keuangan pasien 1. Kesalahan estimasi biaya 2. Pengenaan tagihan yang sama 2X 3. Kesalahan input data tagihan 4. Perbedaan tarif dan tagihan 5. Transaksi tidak terinput
5	Kejadian infeksi 1. Kegagalan / kontaminasi alat medis 2. Infeksi operasi 3. Needlestick injury 4. Kesalahan pembuangan limbah medis 5. Infeksi nosokomial
6	Rekam medik 1. Kegagalan memperoleh <i>informed consent</i> 2. Kesalahan pelabelan rekam medik 3. Kebocoran informasi rekam medik 4. Ketidaktengkapan catatan dalam rekam medik 5. Kehilangan/ kesalahan penyimpanan rekam medik
7	Obat : 1. Penulisan resep yang tidak baik 2. Riwayat alergi obat tidak teridentifikasi 3. Kesalahan dosis obat 4. Obat rusak/ <i>expired</i> 5. Kesalahan identifikasi pasien dalam pemberian obat 6. Kegagalan memonitor efek samping obat
8	Keamanan 1. Pencurian 2. Pasien hilang 3. Lingkungan yang tidak aman

Risiko atau insiden yang sudah teridentifikasi harus ditentukan peringkatnya (*grading*) dengan memahami sifat risiko dan memperhatikan :

1. Tingkat peluang/ frekuensi kejadian (*likelihood*)/ menilai seberapa sering risiko muncul
2. Tingkat dampak yang dapat/ sudah ditimbulkan (*consequence*)/ seberapa berat dampak yang ditimbulkan
3. Penanganan risiko diprioritaskan dari yang paling berat peringkatnya

b. Analisa Risiko

Analisa dilakukan dengan menentukan *score* risiko atau insiden tersebut untuk menentukan prioritas penanganan dan level manajemen yang harus bertanggung jawab untuk mengelola/ mengendalikan risiko/ insiden tersebut, dimana dimasukkan dalam kategori merah, orange, kuning atau hijau.

Analisa Risiko diskoring dengan menentukan *Concequence* ( C ) dan *Likelihood* ( L ) dan dihitung dengan menggunakan Rumus :  $C \times L$

Rumus :

**PERINGKAT RISIKO : C x L**

## **BAB IV**

### **FAILURE MODEEFFECT ANALYSIS (FMEA)**

*Failure Mode and Effect Analysis* (FMEA) adalah metode perbaikan kinerja dengan mengidentifikasi dan mencegah potensi kegagalan sebelum terjadi. FMEA merupakan proses proaktif, dimana kesalahan dapat dicegah dan diprediksi. Mengantisipasi kesalahan akan meminimalkan dampak buruk.

*Failure* (F) : saat di mana sistem atau bagian dari sistem tidak berjalan seperti yang diharapkan

*Mode* (M) : suatu jalan/cara dimana sesuatu (termasuk kegagalan) dapat terjadi.

*Effect* (E) : hasil atau konsekuensi

*Analysis* (A) : penyelidikan mendetil mengenai suatu elemen atau struktur dari suatu proses

FMEA sudah diterapkan secara luas, lebih dari 30 tahun, terutama di dunia industri.

HFMEA (*Healthcare Failure Mode and Effect Analysis*) adalah suatu modifikasi dari FMEA yang diterapkan di dunia kesehatan; merupakan kombinasi dari :

1. FMEA (*Failure Mode and Effect Analysis*)
2. HACCP (*Hazard Analysis Critical Control Points*)
3. RCA (*Root Cause Analysis*)

Langkah-langkah HFMEA

1. Tetapkan topik HFMEA dan bentuk Komite

Bertujuan untuk memilih topik HFMEA dan memilih Komite pelaksana untuk topik tersebut. Topik HFMEA dapat dipertimbangkan dari proses spesifik di rumah sakit yang memiliki kecenderungan high risk, high volume, maupun high cost atau dapat pula dipertimbangkan berdasarkan data laporan insiden keselamatan pasien. Karakteristik dari proses dengan risiko tinggi antara lain:

- Variasi Komite sangat tinggi
- Tidak terstandarisasi
- Tumpang tindih
- Sangat bergantung pada intervensi atau keterampilan sumber daya manusia
- Hirarki vs Komite
- Waktu yang sangat terbatas

Pemilihan topik haruslah fokus pada proses spesifik yang dianggap prioritas untuk dilakukan tindakan korektif pada proses melalui redesign proses.

Langkah 1 : Pilih proses yang berisiko tinggi

Judul proses : .....

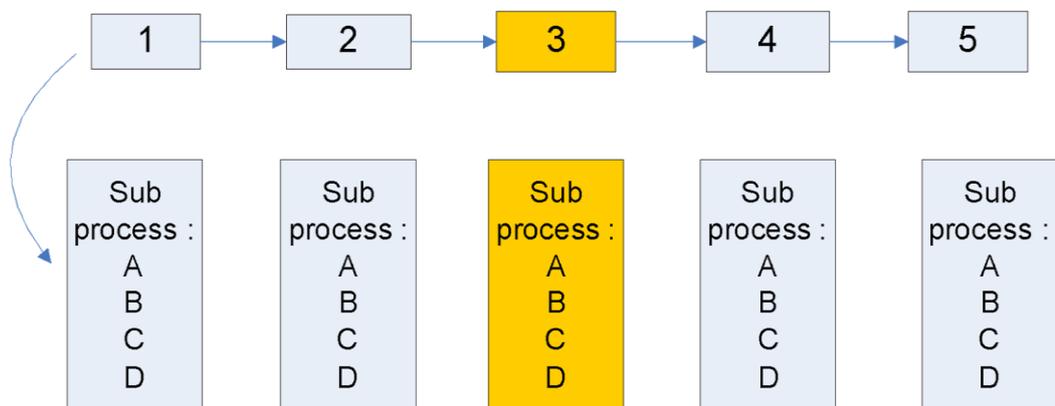
Langkah 2 : Bentuk Komite  
 Ketua :  
 Anggota : 1. ....  
 2. .... dst  
 Notulen : .....  
 Apakah semua unit yang terkait dalam proses telah terwakili? Ya / Tidak  
 Tanggal dimulai ..... Tanggal selesai .....

*TIME LINE AND TEAM ACTIVITIES*

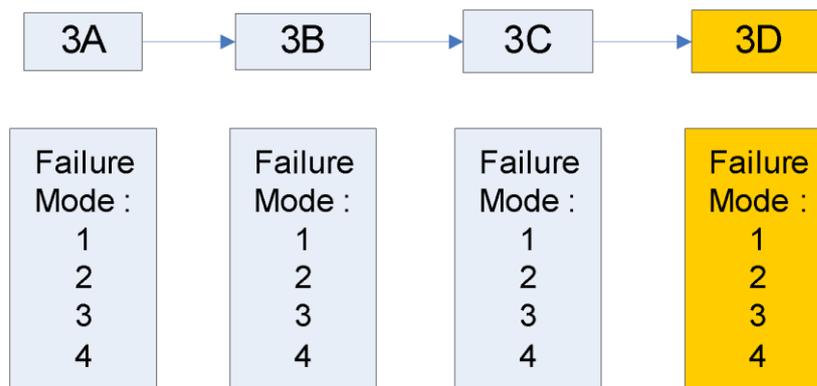
<i>Premeeting</i>	<i>Identify topic and notify the team (step 1 &amp; 2)</i>
<i>1<sup>st</sup> team meeting</i>	<i>Diagram the process, identified subprocess, verify the scope</i>
<i>2<sup>nd</sup> team meeting</i>	<i>Visit the worksite to observe the process, verify that all process &amp; subprocess steps are correct (step 3)</i>
<i>3<sup>rd</sup> team meeting</i>	<i>Brainstorming failure modes, assign individual team members to consult with process users (step3)</i>
<i>4<sup>th</sup> team meeting</i>	<i>Identify failure modes causes, assign individual Komitemembers to consult with process users for additional input (step 3)</i>
<i>5<sup>th</sup> team meeting</i>	<i>Transfer FM &amp; causes to the HFMEA worksheet (step 3). Begin the hazard analysis (step 4) Identify corrective actions and assign follow up responsibilities (step 5)</i>
<i>6<sup>th</sup>, 7<sup>th</sup>, ...<math>\eta</math> team meeting plus 1</i>	<i>Assign team members to follow up individual charged with taking corrective action</i>
<i><math>\eta</math> team meeting plus 2</i>	<i>Refine corrective action based on feedback</i>
<i><math>\eta</math> team meeting plus 3</i>	<i>Test the proposed changes</i>
<i><math>\eta</math> team meeting plus 4</i>	<i>Meet with top management to obtain approval for all actions</i>
<i>Postteam meeting</i>	<i>The advisor or his/her designee follow up until all actions are completed</i>

2. Gambarkan alur proses

Proses yang terpilih dijelaskan setiap kegiatannya sesuai dengan prosedur atau kebijakan yang berlaku. Jika proses terlalu kompleks, dapat dipilih satu proses atau subprocess untuk ditindaklanjuti.



3. Identifikasi modus kegagalan dan dampaknya (hazard analysis)  
 Kemudian sub proses diturunkan lagi menjadi modus kegagalan. Pada hazard analysis, ditetapkan modus kegagalan pada setiap subproses.



Hazard analysis adalah proses mengidentifikasi seluruh kemungkinan potensial hazards yang ditimbulkan oleh produk, proses, maupun aplikasi. Manajemen risiko adalah tahap setelah mengidentifikasi hazard potensial. Risiko dalam konteks ini adalah kemungkinan dan tingkat keparahan hazard menjadi kenyataan.

Parameter analisis dapat dibatasi hanya berfokus pada desain, keterbatasan penggunaan, keterbatasan fokus analisis, atau batasan-batasan lain yang ditetapkan oleh tim. Identifikasi hazards dilakukan melalui brainstorming dalam tim, sedangkan asesmen risiko dilakukan dengan mempertimbangkan tingkat keparahan dampak dan probabilitas kejadian. Berdasarkan hal tersebut, rating risiko ditentukan dengan menggunakan Matriks risiko sebagai berikut :

Frekuensi/Likelihood	Potencial Concequences				
	Insignificant 1	Minor 2	Moderate 3	Major 4	Catasropic 5
Sangat Sering Terjadi (Tiap minggu/bulan) 5	Moderate	Moderate	High	Extreme	Extreme
Sering Terjadi (Beberapa kali/tahun) 4	Moderate	Moderate	High	Extreme	Extreme
Mungkin Terjadi (Beberapa kali/1-2 tahun) 3	Low	Moderate	High	Extreme	Extreme
Jarang Terjadi (Beberapa kali/2-5 tahun)	Low	Low	Moderate	High	Extreme

2						
Sangat Jarang Terjadi (Beberapa kali5 tahun)	1	Low	Low	Moderate	High	Extreme

Prioritas risiko menentukan apakah risiko dapat diterima atau tidak. Jika risikodinilai tidak dapat diterima, maka diperlukan adanya upaya pencegahan untuk mengurangi risiko. Prioritas risiko juga diperlukan untuk menetapkan prioritas tindakan pencegahan yang akan dilakukan untuk mengurangi risiko. Upaya pengurangan risiko secara garis besar dapat dikelompokkan menjadi lima tindakan yaitu :

- Mengeliminasi hazard
- Perlindungan
- Peringatan kepada pengguna / pelaku
- Pelatihan
- Alat pelindung diri

Setelah upaya pencegahan dilakukan, perlu dilakukan evaluasi untuk menilai efektifitas upaya tersebut dalam mengurangi risiko yang dapat terjadi. Semua proses HFMEA harus didokumentasikan.

4. Menetapkan prioritas modus kegagalan

Penetapan urutan prioritas modus kegagalan dilakukan menggunakan matriks berikut ini :

**Tabel 9.2 Analisis Hazard- Tingkat Bahaya**  
**ANALISIS HAZARD- TINGKAT BAHAYA**

DAMPAK	MINOR 1	MODERAT 2	MAYOR 3	KATASTROPIK 4
	Kegagalan yang tidak mengganggu proses pelayanan kepada pasien	Kegagalan dapat mempengaruhi proses dan menimbulkan kerugian ringan	Kegagalan menyebabkan kerugian berat	Kegagalan menyebabkan kerugian besar
Pasien	*tidak ada cedera *tidak ada perpanjangan hari rawat	*cedera ringan *ada perpanjangan hari rawat	*cedera luas/berat *perpanjangan hari rawat lebih lama ( $\pm > 1$ bln) *Berkurangnya fungsi permanen organ tubuh (sensorik/motorik)	*kematian *kehilangan fungsi tubuh scr permanen (sensorik/motorik/ psikologik/ intelektual), mis -operasi pada bagian / pasien yang salah

			/ psikologik/ intelektual)	-tertukarnya bayi
Pengunjung	*tidak ada cedera *tidak ada penanganan *Terjadi pada 1-2 pengunjung	*cedera ringan *ada penanganan ringan *terjadi pada 2- 4 pengunjung	*cedera luas/ berat *perlu dirawat *terjadi pada 4-6 orang	*kematian *terjadi pada > 6 pengunjung
Staf	*tidak ada cedera *tidak ada penanganan *Terjadi pada 1-2 staf *tidak ada kerugian waktu/kec kerja	*cedera ringan *ada penanganan/ tindakan *kehilangan waktu / kec kerja 2-4 staf	*cedera luas/ berat *perlu dirawat *kehilangan waktu / kec kerja 4-6 staf	*kematian *perawatan > 6 staf
Fasilitas atau perlengkapan kesehatan	Kerugian < 1.000.000 atau menimbulkan dampak terhadap pasien	Kerugian 1.000.000- 10.000.000	Kerugian 10.000.000- 50.000.000	Kerugian > 50.000.000

## BAB V

### PENCATATAN DAN PELAPORAN PROGRAM MANAJEMEN RISIKO

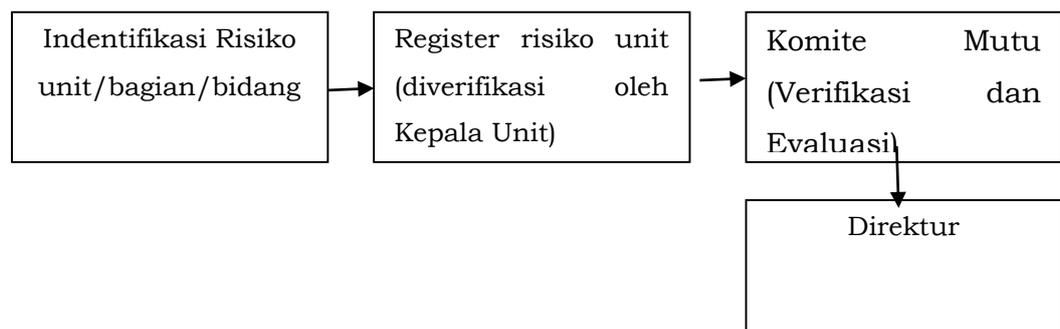
#### A. Pencatatan

Pencatatan manajemen risiko menggunakan *risk register* (daftar risiko).

#### B. Pelaporan

Alur Pelaporan Risiko yang telah diidentifikasi oleh unit/bagian/instalasi disusun dalam sebuah register unit yang selanjutnya dilaporkan ke komite mutu. Setiap unit menunjuk satu orang penanggung jawab manajemen risiko. Tugas dari penanggung jawab manajemen risiko adalah:

- Mengidentifikasi risiko unit
- Meminta pendapat dari seluruh staf unit tersebut dalam identifikasi risiko
- Membuat register risiko
- Melakukan konsultasi dan koordinasi dengan kepala unit
- Meminta verifikasi risiko unit kepada kepala unit
- Mengumpulkan register risiko dan meminta verifikasi unit ke komite mutu
- Mengikuti rapat terkait dengan manajemen risiko



Risiko kejadian di rumah sakit yang sudah dianalisa kemudian didokumentasikan pada register risiko unit yang selanjutnya untuk risiko ranking 1 dan 2 dilaporkan ke komite mutu untuk didokumentasikan dalam register risiko RS Paru Respira. Format register risiko unit, dan rumah sakit terdapat dalam lampiran panduan ini. Pengelolaan risiko dapat dilakukan dengan berbagai strategi tergantung dari kondisi dan kebutuhan dari unit atau rumah sakit, berikut strategi pengelolaan risiko:

##### a. Menghindari risiko (*risk avoidance*)

Upaya menghindari terjadinya risiko dengan cara menolak kegiatan, atau menerima kegiatan hanya sementara

##### b. Teknik reduksi

Mengendalikan risiko dengan pencegahan dan pengurangan terhadap kemungkinan terjadinya peristiwa yang menimbulkan risiko dengan cara:

- Melakukan perbaikan proses dan sistem melalui penyusunan RCA atau FMEA
- Mengurangi keparahan jika kerugian itu memang terjadi dengan cara pengalihan risiko melalui kerjasama dengan asuransi

c. Menerima risiko (*risk acceptance*)

Rumah sakit mentolerir terjadinya risiko untuk mencegah terganggunya kegiatan operasional dengan mengalokasikan dana untuk menanggulangnya.

Alur pelaporan manajemen risiko ini berlaku sama untuk seluruh unit/bagian/instalasi di RS Paru Respira Penanggung jawab pengelolaan manajemen risiko di komite mutu adalah sub komite Manajemen Risiko dan mempunyai tugas dan tanggungjawab sebagai berikut:

- Menerima secara proaktif laporan manajemen risiko tiap unit
- Melakukan verifikasi manajemen risiko tiap unit
- Menyusun register risiko rumah sakit
- Membuat laporan kepada ketua komite mutu terkait manajemen risiko rumah sakit
- Melakukan evaluasi upaya pengelolaan risiko dari tiap unit
- Menerima konsultasi dan koordinasi dari penanggung jawab manajemen risiko tiap unit/bagian/instalasi

a. Konsultasi dan komunikasi

Di dalam melaksanakan tugasnya tim manajemen risiko harus terus menerus menjalin komunikasi dengan berbagai pihak baik yang terkait langsung dengan risiko maupun yang tidak terkait namun memiliki pengetahuan mengenai risiko yang sedang dievaluasi. Di dalam melaksanakan fungsinya, tim dapat pula berkonsultasi baik secara internal maupun external sesuai dengan kebutuhan dan tuntutan dari masalah yang sedang dievaluasi. Di dalam melakukan evaluasi, tim diharapkan dapat bekerja independen sehingga mampu menghasilkan evaluasi yang objektif dan akhirnya membuat rekomendasi (ACTION PLAN) yang benar-benar sesuai dengan kebutuhan untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien. Penanggung jawab manajemen risiko tiap unit dapat melakukan konsultasi dan komunikasi dengan seluruh staf di unit, kepala unit ataupun dengan komite mutu untuk menyusun manajemen risiko.

b. Monitoring Evaluasi

Monitoring evaluasi dilakukan baik tingkat unit atau tingkat organisasi oleh komite mutu dengan tujuan untuk mengetahui pengelolaan risiko tiap unit berjalan sesuai dengan ketentuan. Monitoring evaluasi di RS Paru Respira dilakukan:

- Evaluasi pengelolaan risiko dilakukan tiap 6 (enam) bulan sekali
- Evaluasi tahunan sebagai laporan akhir tahun komite mutu dan keselamatan pasien
- Umpan balik dari Direktur kepada Komite Mutu dan keselamatan pasien ataupun tiap unit menjadi bahan pengembangan rencana strategi tahun berikutnya dan penyusunan rencana kegiatan dan anggaran rumah sakit.

Ditetapkan di Bantul  
pada tanggal 5 Januari 2021



dr. GREGORIUS ANUNG TRIHADI, M.P.H.  
NIP. 197205092002121002