



**PROGRAM PENINGKATAN MUTU
DAN KESELAMATAN PASIEN
RSU AMANAH SUMPIUH**

RSU AMANAH SUMPIUH

Jl. Raya Kebokura No. 37, Sumpiuh

Banyumas. 53195

Telp. (0282) 497548

email : rsuamanahsph@gmail.com



VISI, MISI, TUJUAN
RUMAH SAKIT UMUM AMANAH SUMPIUH

VISI

Menjadi Rumah Sakit Islami, Unggul, dan Profesional

MISI

1. Menerapkan nilai-nilai islami dalam kegiatan pelayanan dan kemasyarakatan.
2. Membentuk SDI yang professional, beriman, dan bertaqwa.
3. Memberikan pelayanan yang unggul, kompetitif, dan berfokus pada kepuasan pelanggan.
4. Meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien.

TUJUAN

1. Terciptanya kegiatan pelayanan yang islami, professional, dan unggul.
2. Terciptanya budaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
3. Terwujudnya peningkatan derajat Kesehatan masyarakat dan peduli kaum dhuafa

KATA PENGANTAR

Bismillahirrohmanirrohim

Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarokatuh

Seiring dengan meningkatnya pertumbuhan dan teknologi yang semakin berkembang pesat, serta meningkatnya kesadaran pasien akan hak-haknya perlu kita sadari bersama bahwa pelayanan di rumah sakit menjadikan suatu tantangan yang harus diantisipasi untuk mencapai peningkatan yang menyeluruh.

Suatu upaya untuk meningkatkan kualitas pelayanan di rumah sakit, yaitu dengan mewujudkan suatu pelaksanaan standar pelayanan yang memadai serta perilaku yang benar, di setiap tindakan yang berhubungan dengan pelayanan tersebut. Untuk mencapai tujuan di atas maka perlu diterbitkan **Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien RSU Amanah Sumpiuh**.

Besar harapan kami buku ini dapat dipelajari, dipahami serta petugas mampu melaksanakan setiap kebijakan dan prosedur yang telah ditentukan di lingkungan RSIA Amanah Sumpiuh dapat berjalan dengan lancar dan tertib sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Kami mengucapkan terima kasih untuk semua pihak yang terlibat dalam penyusunan program kerja ini. Kami menyadari bahwa program kerja ini masih banyak kekurangannya, untuk itu saran dan masukan yang berharga senantiasa kami harapkan.

Wassalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarokatuh.

Penyusun

DAFTAR ISI

Halaman Judul	i
Visi, Misi, Tujuan	ii
Kata Pengantar	iii
Daftar Isi.....	iv
Surat Keputusan Direktur.....	v
BAB I Pendahuluan.....	1
BAB II Latar belakang.....	4
BAB III Tujuan	5
BAB IV Kegiatan Pokok dan Rincian Kegiatan.....	6
BAB V Cara melaksanakan	9
BAB VI Sasaran	10
BAB VII Jadwal Pelaksanaan Kegiatan	11
BAB VIII Evaluasi Pelaksanaan Kegiatan dan Pelaporan.....	15
BAB IX Penutup	18



RSU AMANAH SUMPIUH

JL. RAYA KEBOKURA NO.37 SUMPIUH, BANYUMAS – 53195
Telp. (0282) 497548 Email : rsuamanahsph@gmail.com Website : rsuamanah.com



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

KEPUTUSAN DIREKTUR
RSU AMANAH SUMPIUH
Nomor :049/SK/RSU.Amanah/IV/2022

TENTANG

PROGRAM PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN RSU AMANAH SUMPIUH

MENIMBANG

1. Bahwa RSU Amanah Sumpiuh sebagai institusi yang bergerak dibidang pelayanan kesehatan harus mampu meningkatkan pelayanan yang lebih bermutu untuk mewujudkan derajat kesehatan masyarakat setinggi – tingginya;
2. Bahwa Rumah Sakit membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu pelayanan kesehatan di Rumah Sakit sebagai acuan dalam melayani pasien;
3. Bahwa setiap Rumah Sakit wajib menerapkan standar pelayanan bagi pasien;
4. Bahwa dalam upaya peningkatan mutu dan keselamatan Pasien RSU Amanah Sumpiuh dapat terlaksana dengan baik, perlu adanya Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien RSU Amanah Sumpiuh.
5. Surat keputusan pimpinan RSU Amanah Sumpiuh Nomor :02/KEP//YAY AMANAH tentang pengangkatan direktur utama RSU Amanah Sumpiuh

MENGINGAT :

1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit
3. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran
4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1438/MenKes/Per/IX/2010 tentang Standar Pelayanan Kedokteran
5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1691/MenKes/Per/VIII/2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit
6. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 920/Menkes/Per/XII/1996 tentang Upaya Pelayanan Kesehatan RS Swasta di bidang medis
7. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1165.A/MenKes/SK/X/2004 tentang Komisi Akreditasi Rumah Sakit
8. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 496/Menkes/SK/IV/2005 tentang Pedoman Audit Medis di RS. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 631/Menkes/SK/IV/2005 tentang Peraturan Internal Staf Medis

MEMUTUSKAN

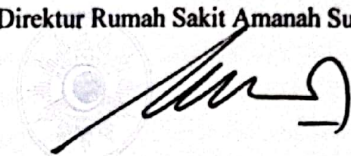
MENETAPKAN: PROGRAM PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN RSU AMANAH SUMPIUH

- Kesatu : Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien RSU Amanah Sumpiuh sebagaimana terlampir dalam surat keputusan ini.
- Kedua : Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien Mutu RSU Amanah Sumpiuh sebagaimana terlampir dalam surat keputusan ini, harus dijadikan acuan dalam meningkatkan mutu pelayanan keselamatan pasien di RSU Amanah Sumpiuh.
- Ketiga : Keputusan ini berlaku selama satu tahun sejak tanggal ditetapkannya, dilakukan evaluasi setiap tahun.

Ditetapkan di : Sumpiuh
Pada tanggal : 20 April 2022

Menyetujui,


Ketua Yayasan
Subur Yuswanto S.Kep,Ns


Direktur Rumah Sakit Amanah Sumpiuh
dr Sri Hidayah NS.Sp.PA.MPH

BAB I PENDAHULUAN

Pelayanan yang berkualitas merupakan cerminan dari sebuah proses yang berkesinambungan dengan berorientasi pada hasil yang memuaskan. Dalam perkembangan masyarakat yang semakin kritis, mutu pelayanan rumah sakit tidak hanya disorot dari aspek klinis medisnya saja namun juga dari aspek keselamatan pasien dan aspek pemberian pelayanannya, karena muara dari pelayanan rumah sakit adalah pelayanan jasa.

Peningkatan mutu adalah program yang disusun secara objektif dan sistematis untuk memantau dan menilai mutu serta kewajaran asuhan terhadap pasien, menggunakan peluang untuk meningkatkan asuhan pasien dan memecahkan masalah-masalah yang terungkap.

Berbagai perubahan telah terjadi dalam beberapa tahun terakhir, baik isu yang berkembang di luar lingkungan maupun yang terjadi secara internal di dalam organisasi RSUD Amanah Sampit. Isu tentang keterbatasan akses pelayanan kesehatan pada sebagian masyarakat tertentu, perkembangan ilmu dan teknologi, *huge burden disease*, perubahan regulasi pemerintah, hingga semakin terbukanya batas-batas informasi yang berimbas terhadap makin kritisnya pelanggan terhadap pelayanan kesehatan.

Sedangkan perubahan yang terjadi secara internal di dalam RSUD Amanah Sampit tercermin dari perubahan sistem manajemen, implementasi standar manajemen mutu melalui peningkatan mutu secara berkelanjutan, keselamatan pasien, dan tuntutan pengembangan pelayanan. Perubahan tersebut harus diadaptasi dengan cepat melalui serangkaian strategi dan program pengembangan rumah sakit. Perubahan secara internal maupun eksternal perlu diadaptasi ke dalam rencana strategis pengembangan rumah sakit, dengan tetap berpedoman pada kaidah sesuai VISI RSUD Amanah Sampit yaitu Menjadi Rumah Sakit Islami, Unggul, dan Profesional

Untuk meraih visi tersebut, RSUD Amanah Sampit mempunyai misi sebagai berikut:

1. Menerapkan nilai-nilai islami dalam kegiatan pelayanan dan kemasyarakatan.
2. Membentuk SDI yang profesional, beriman, dan bertaqwa.
3. Memberikan pelayanan yang unggul, kompetitif, dan berfokus pada kepuasan pelanggan.
4. Meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien.

Program PMKP merupakan paduan antara upaya peningkatan mutu dengan keselamatan pasien di rumah sakit. Upaya peningkatan mutu secara terus menerus serta selalu memperhatikan keselamatan pasien pada setiap aspek pelayanan diharapkan dapat mencapai sebuah kualitas pelayanan di rumah sakit. Program PMKP juga sejalan dengan motto RSUD Amanah Sampit yaitu : Pelayanan dan kepuasan pelanggan adalah kebahagiaan kami.

Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) merupakan bagian penting dalam Rencana Strategis RSUD Amanah Sampit. Sehingga upaya PMKP di RSUD Amanah Sampit diharapkan berjalan linier dan didukung penuh oleh segenap civitas hospitalia.

RSUD Amanah Sampit pendekatan yang komprehensif untuk peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang berdampak pada semua aspek pelayanan.

Pendekatan ini mencakup :

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

Agar peningkatan mutu dan keselamatan pasien dapat berjalan baik, Direktur Utama, Manager/Kepala Instalasi/Kepala Seksi, serta kepala unit/ruang:

- a. Wajib mendorong pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien (PMKP);
- b. Berupaya mendorong pelaksanaan budaya mutu dan keselamatan (*quality and safety culture*);
- c. Secara proaktif melakukan identifikasi dan menurunkan variasi dalam pelayanan klinis;
- d. Menggunakan hasil pengukuran data untuk fokus pada isu pelayanan prioritas yang akan diperbaiki atau ditingkatkan; dan
- e. Berupaya mencapai dan mempertahankan perbaikan yang berkelanjutan.

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.

Demikian pula staf nonklinis 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.

PMKP mempunyai kegiatan dengan spektrum yang sangat luas pada rumah sakit termasuk kerangka untuk meningkatkan kegiatan dan menurunkan risiko yang terkait dengan munculnya variasi (ketidakteraturan) dalam proses pelayanan.

PMKP sangat sesuai dengan berbagai variasi dalam struktur program dan pendekatan yang kurang formal terhadap peningkatan mutu serta keselamatan pasien dan 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).

Seiring berjalannya waktu maka rumah sakit yang mengikuti kerangka ini akan :

- 1 Mengembangkan dukungan Direktur dan Pemangku jabatan terhadap program keseluruhan rumah sakit;
- 2 Melatih dan melibatkan lebih banyak staf;
- 3 Menetapkan prioritas yang lebih jelas tentang apa yang akan diukur dan dievaluasi;
- 4 Membuat keputusan berdasar atas pengukuran data; dan
- 5 Melakukan perbaikan berdasar atas perbandingan dengan rumah sakit lainnya, baik nasional dan internasional.

Fokus area standar peningkatan mutu dan keselamatan pasien adalah :

- 1 Pengelolaan kegiatan peningkatan mutu, keselamatan pasien dan manajemen risiko;
- 2 Pemilihan dan pengumpulan data indikator mutu;

- 3 Analisis dan validasi data indikator mutu;
- 4 Pencapaian dan upaya mempertahankan perbaikan mutu;
- 5 Sistem pelaporan dan pembelajaran keselamatan pasien rumah sakit (SP2KP-RS);
- 6 Penerapan manajemen risiko.

BAB II LATAR BELAKANG

Rumah Sakit adalah suatu institusi pelayanan kesehatan yang kompleks, padat pakar dan padat modal. Kompleksitas ini muncul karena pelayanan di rumah sakit menyangkut berbagai fungsi pelayanan, pendidikan dan penelitian, serta mencakup berbagai tingkatan maupun jenis disiplin. Oleh karena itu rumah sakit harus memiliki sumber daya manusia yang profesional baik di bidang teknis medis maupun administrasi kesehatan.

Untuk menjaga dan meningkatkan mutu, rumah sakit harus mempunyai suatu ukuran yang menjamin peningkatan mutu dan keselamatan pasien di semua tingkatan. Pengukuran mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit sudah diawali dengan penilaian akreditasi rumah sakit yang mengukur dan memecahkan masalah pada tingkat input dan proses. Pada kegiatan ini rumah sakit harus melakukan berbagai standar dan prosedur yang telah ditetapkan. Rumah sakit dipicu untuk dapat menilai diri (*self assesment*) dan memberikan pelayanan sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan.

Sebagai kelanjutan untuk mengukur hasil kerjanya perlu ada alat ukur yang lain, yaitu instrumen mutu pelayanan rumah sakit yang menilai dan memecahkan masalah pada hasil (*output*). Tanpa mengukur hasil kinerja rumah sakit tidak dapat diketahui apakah input dan proses yang baik telah menghasilkan output yang baik pula. Indikator rumah sakit disusun bertujuan mengukur kinerja rumah sakit serta nyata sesuai standar yang ditetapkan.

WHO melaporkan studi pada 58 rumah sakit di Argentina, Colombia, Costa Rica, Mexico and Peru oleh IBEAS (*The Latin American Study of Adverse Events*) dan melibatkan 11.379 pasien rawat inap. Hasilnya 10% admisi mengalami insiden keselamatan pasien akibat pelayanan kesehatan. Risiko meningkat dua kali lipat ketika durasi rawat inap dipertimbangkan (WHO, 2011).

Di Indonesia, meskipun publikasi tentang malpraktik cukup sering muncul di media massa, namun data resmi insiden keselamatan pasien masih jarang ditemui. Penelitian pertama tentang keselamatan pasien di Indonesia dilakukan di 15 rumah sakit dengan 4500 rekam medik. Hasilnya menunjukkan angka insiden keselamatan pasien berkisar antara 8,0%-98,2% untuk kesalahan diagnosis dan 4,1%-91,6% untuk kesalahan pengobatan (Utarini *et al.*, 2000 cit. Utarini, 2012).

Semakin berkembangnya ilmu dan teknologi pelayanan kesehatan khususnya di rumah sakit menjadi semakin kompleks dan berpotensi terjadinya Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) apabila tidak dilakukan dengan hati-hati. Di rumah sakit terdapat ratusan macam obat, ratusan tes dan prosedur, banyak alat dengan teknologinya, bermacam jenis tenaga profesi dan non profesi yang siap memberikan pelayanan pasien 24 jam terus menerus. Keberagaman dan kerutinan pelayanan tersebut apabila tidak dikelola dengan baik dapat terjadi KTD.

Data tentang KTD di Indonesia belum mewakili kejadian KTD yang sebenarnya terjadi. Dalam kenyataannya masalah kesalahan medis dalam sistem pelayanan kesehatan mencerminkan fenomena.

Untuk menjaga dan meningkatkan mutu serta menjamin keselamatan pasien di RSIA Amanah Sumpiuh, dengan melakukan pengukuran mutu secara berkesinambungan dan pencegahan terjadinya insiden keselamatan pasien, maka diperlukan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

BAB III TUJUAN

A. UMUM

Terlaksananya peningkatan mutu pelayanan RS yang memenuhi standar pelayanan, keselamatan pasien dan memberikan kepuasan kepada pasien secara berkelanjutan dan Berkesinambungan.

B. KHUSUS

1. Implementasi siklus PDSA dalam upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
2. Peningkatan mutu klinis pelayanan rumah sakit berkelanjutan.
3. Peningkatan mutu manajemen rumah sakit berkelanjutan.
4. Meningkatkan pemenuhan sasaran keselamatan pasien.

BAB IV

KEGIATAN POKOK DAN RINCIAN KEGIATAN

A. KEGIATAN POKOK

- a. Pengukuran indikator mutu INM, IMP RS, dan IMP Unit
- b. Meningkatkan perbaikan mutu dan mempertahankan kebaikan berkelanjutan
- c. Mengurangi varian dalam praktik klinis dengan menerapkan PPK dan melakukan pengukuran dengan clinical pathway
- d. Mengukur dampak efisiensi dan efektifitas prioritas perbaikan terhadap keuangan dan sumber daya
- e. Pelaporan dan analisis insiden keselamatan pasien
- f. Penerapan sasaran keselamatan pasien dan budaya keselamatan di rumah sakit yang mencakup:
 - a) Perilaku memberikan pelayanan yang aman secara konsisten untuk mencegah terjadinya kesalahan pada pelayanan berisiko tinggi.
 - b) Perilaku di mana para individu dapat melaporkan kesalahan dan insiden tanpa takut dikenakan sanksi atau teguran dan diperlakukan secara adil (just culture)
 - c) Kerja sama tim dan koordinasi untuk menyelesaikan masalah keselamatan pasien.
 - d) Komitmen pimpinan rumah sakit dalam mendukung staf seperti waktu kerja para staf, pendidikan, metode yang aman untuk melaporkan masalah dan hal lainnya untuk menyelesaikan masalah keselamatan.
 - e) Identifikasi dan mengenali masalah akibat perilaku yang tidak diinginkan (perilaku sembrono).
 - f) Evaluasi budaya secara berkala dengan metode seperti kelompok fokus diskusi (FGD), wawancara dengan staf, dan analisis data.
 - g) Mendorong kerja sama dan membangun sistem, dalam mengembangkan budaya perilaku yang aman.
 - h) Menanggapi perilaku yang tidak diinginkan pada semua staf pada semua jenjang di rumah sakit, termasuk manajemen, staf administrasi, staf klinis dan nonklinis, dokter praktisi mandiri, representasi pemilik dan anggota Dewan pengawas.
- g. Evaluasi kontrak klinis dan kontrak manajemen
- h. Pelatihan semua staf sesuai perannya dalam program peningkatan mutu dan keselamatan pasien
- i. Mengkomunikasikan hasil pengukuran mutu meliputi masalah mutu dan capaian data kepada staf.

B. RINCIAN KEGIATAN

- a. Pengukuran indikator mutu INM, IMP RS, dan IMP Unit
 1. Pengukuran indikator Nasional Mutu yang terdiri dari 13 indikator
 2. Pemilihan, penetapan dan pelaporan indikator mutu prioritas rumah sakit yang akan dimonitoring :
 - 1) Indikator sasaran keselamatan pasien minimal 1 indikator
 - 2) Indikator pelayanan klinis prioritas minimal 1 indikator
 - 3) Indikator sesuai tujuan strategis rumah sakit {KPI} minimal 1 indikator

- 4) Indikator terkait perbaikan sistem minimal 1 indikator
- 5) Indikator terkait manajemen risiko minimal 1 indikator
3. Pemilihan, penetapan dan pelaporan indikator mutu prioritas unit

b. Meningkatkan perbaikan mutu dan mempertahankan kebaikan berkelanjutan

1. Penyusunan standar pencatatan, pengumpulan laporan, analisis, validasi, laporan ke Direktur RS, *feed back* ke unit kerja, dan publikasi data.
2. Pelaksanaan pengumpulan data.
3. Validasi data indikator mutu prioritas RS dan indikator mutu prioritas unit
4. Analisis data indikator.
5. Penyusunan laporan mutu ke Direktur.
6. *Feed back* hasil mutu ke unit kerja.

c. Menerapkan ppk dan melakukan pengukuran clinical pathway

1. Pemilihan dan Penetapan 5 CP/PPK pelayanan prioritas per tahun.
2. Pemilihan dan Penetapan CP/PPK masing-masing KSM per tahun.
3. Penyusunan Panduan Praktik Klinis (PPK) dan *clinical pathway*(CP).
4. Sosialisasi ke staf klinis.
5. Uji coba implementasi.
6. Perbaikan PPK dan CP serta sistem implementasi.
7. Implementasi PPK dan CP.
8. Monitoring implementasi PPK dan CP melalui audit klinis.
9. Pelaporan hasil audit.
10. Rencana Tindak Lanjut

d. Mengukur dampak efisiensi dan efektifitas prioritas perbaikan terhadap keuangan dan sumber daya manusia

Monitoring dan penilaian kinerja terhadap:

- a. Tenaga Medis (OPPE).
- b. Tenaga Keperawatan.
- c. Tenaga kesehatan profesional lain.
- d. Pegawai umum.

e. Pelaporan dan analisis insiden keselamatan pasien

1. Pencatatan dan pelaporan insiden keselamatan pasien.
2. *Risk grading*.
3. Investigasi dan analisis.
4. Pengukuran Budaya Keselamatan Pasien.

f. Penerapan sasaran keselamatan pasien

Evaluasi penerapan sasaran keselamatan pasien berdasarkan capaian indikator mutu 6 SKP

g. Evaluasi kontrak klinis dan kontrak manajemen

1. Penyusunan Panduan kontrak dan perjanjian lainnya.
2. Monitoring dan evaluasi kontrak dan perjanjian lainnya.

h. Pelatihan semua staf sesuai perannya dalam program peningkatan mutu dan keselamatan pasien

1. Sasaran

- 1) Pengelola yayasan
- 2) Direksi.
- 3) Manajer/Kepala Instalasi/Ketua
- 4) Kepala Ruang/Kepala Unit.
- 5) Tim PMKP.
- 6) Komite Medis.
- 7) Tenaga kesehatan.
- 8) Tim Nakes Lain.
- 9) Penanggung jawab data unit.
- 10) Staf RS

2. Materi

- 1) Pemilihan, penetapan dan pelaporan indikator mutu.
- 2) Manajemen Risiko :
 - a) *Risk grading.*
 - b) *Root cause analysis (RCA).*
 - c) *Failure Mode Effect Analysis (FMEA)*
- 3) Keselamatan Pasien (pelaporan IKP, 6 SKP).
- 4) Keselamatan Kerja, Kebakaran dan Kewaspadaan Bencana.
- 5) Pencegahan dan Pengendalian Infeksi :
 - a) Surveillance.
 - b) Kewaspadaan isolasi.
 - c) Pengendalian lingkungan.
 - d) PPI di unit kritis (IGD, IBS, gizi, *wound care*).
 - e) *Infection Control Risk Assessment (ICRA)* pada bangunan, surveillance, linen, CSSD, sanitasi, gizi, farmasi, kesehatan karyawan.
 - f) Sistem Manajemen Data terintegrasi.

i. Mengkomunikasikan hasil pengukuran mutu meliputi masalah mutu dan capaian data kepada staf.

1. Rapat Mutu Rutin

- 1) Rapat tim PMKP.
- 2) Rapat dengan direksi.
- 3) Rapat dengan unit terkait (PPI, Komite Medik dan seluruh unit di Rumah Sakit)

2. Rapat Mutu Untuk Koordinasi Kegiatan

Rapat koordinasi kegiatan dilakukan sebelum melaksanakan kegiatan yang bukan termasuk kegiatan rutin.

BAB V

CARA MELAKSANAKAN KEGIATAN

Metode yang digunakan untuk melaksanakan kegiatan adalah dengan menggunakan PDSA yaitu :

1. Setiap kegiatan dibuatkan rencana (*plan*).
2. Pelaksanaan kegiatan (*do*).
3. Pembuatan laporan kegiatan, validasi, dan analisisnya (*study*) dan
4. Upaya perbaikan yang akan dilaksanakan berdasarkan analisis (*action*).

Langkah-langkah pelaksanaannya adalah sebagai berikut:

1. Mengadakan rapat koordinasi menindak lanjuti hasil analisis data terdahulu.
2. Edukasi dan pelatihan-pelatihan tentang indikator mutu, RCA, FMEA.
3. Melakukan monitoring kegiatan dengan *site visit* ke ruangan/unit kerja.
4. Pencatatan setiap indikator dilakukan oleh Penanggung jawab data di setiap unit pelayanan yang terkait dengan indikator masing-masing, untuk pemantauan dan pelaporan insiden keselamatan pasien sesuai prosedur pelaporan keselamatan pasien rumah sakit.
5. Indikator tersebut dicatat setiap harinya, dan direkapitulasi oleh kepala ruang atau kepala unit masing-masing.
6. Tim Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien bertanggung jawab mengkoordinasi pengumpulan data indikator yang sudah dicatat dan di rekapitulasi oleh setiap unit pelayanan dan dilakukan analisa pada akhir bulan.
7. Setiap 3 bulan sekali dilakukan analisis menyeluruh untuk dibuat rekomendasi kepada Direktur Utama RSU Amanah Sumpiuh.

BAB VI

SASARAN

Sasaran program peningkatan mutu adalah target per tahun yang spesifik dan terukur untuk mencapai tujuan-tujuan program :

- A. Standarisasi Asuhan Klinis melalui penerapan Panduan Praktik Klinis (PPK) dan *Clinical Pathway* (CP) secara bertahap.
- B. Monitoring Mutu melalui indikator mutu pelayanan prioritas dan mutu unit.
- C. Keselamatan Pasien.
- D. Manajemen Risiko
- E. Penilaian kinerja staf.
- F. Evaluasi kontrak dan perjanjian lainnya.
- G. Pendidikan dan Pelatihan.
- H. Program PMKP di unit kerja.
- I. Pencatatan dan pelaporan.
- J. Monitoring dan evaluasi kegiatan PMKP.

BAB VII
JADWAL PELAKSANAAN KEGIATAN

No	KEGIATAN	BULAN												PIC
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
1.	Standarisasi Asuhan Klinis (PPK dan CP) Secara Bertahap													Komite Medis
	1) Pemilihan dan Penetapan 5 CP/PPK pelayanan prioritas per tahun													
	2) Pemilihan dan Penetapan CP/PPK													
	3) Penyusunan Panduan Praktik Klinis (PPK) dan <i>clinical pathway</i> (CP)													
	4) Sosialisasi ke staf klinis													
	5) Uji coba implementasi													
	6) Perbaikan PPK dan CP serta sistem implementasi													
	7) Implementasi PPK dan CP													
	8) Monitoring implementasi PPK dan CP melalui audit klinis													
	9) Pelaporan hasil audit													
	10) Rencana Tindak Lanjut													
2.	Monitoring Mutu													
	1) Identifikasi indikator yang sudah dimonitor di RS													Minggu ke 1 jan 22
	2) Pemilihan, penetapan dan pelaporan indikator mutu prioritas Rs													
	3) Pemilihan, penetapan dan pelaporan indikator mutu priorias unit.													Minggu ke 2 jan 22 rapat dengan Ka unit
	2) Penyusunan standar pencatatan, pengumpulan laporan, analisis, validasi, laporan ke Direktur RS, <i>feed back</i> ke unit kerja, dan publikasi data.													
	3) Pelaksanaan													

[illegible]

[illegible]

BAB VIII

EVALUASI PELAKSANAAN KEGIATAN DAN PELAPORANNYA

Pelaksanaan evaluasi kegiatan program PMKP di RSUD Amanah Sampit mengikuti alur sebagai berikut :

1. Kepemimpinan utama program PMKP di RSUD Amanah Sampit adalah Direktur Utama RSUD Amanah Sampit.
2. Direktur berkomitmen terhadap program PMKP di RSUD Amanah Sampit.
3. Direktur menjamin komitmen seluruh staf RSUD Amanah Sampit terhadap program PMKP di RSUD Amanah Sampit.
4. Direktur bertanggungjawab terhadap implementasi program PMKP di RSUD Amanah Sampit.
5. Direktur melakukan monitoring aktivitas program PMKP melalui laporan PMKP dari Komite PMKP.
6. Direktur membentuk dan berkoordinasi dengan Tim PMKP dalam menjalankan program PMKP di RSUD Amanah Sampit.
7. Tim PMKP dalam menjalankan program PMKP membawahi tiga tim yaitu Tim Mutu, Tim Keselamatan Pasien RS dan Tim K3 dan Manajemen Resiko.
8. Direktur menunjuk *Person In Charge* (PIC) / Penanggung Jawab dalam mengelola data PMKP sesuai keterkaitannya dan peran sertanya di dalam program PMKP. PIC/Penanggungjawab pengumpulan dan pencatatan (termasuk sensus harian indikator mutu), pelaporan (termasuk pelaporan Insiden Keselamatan Pasien) berkala setiap hari dan melakukan input data ke sistem dan membuat rekap laporan data kegiatan PMKP dari unit kerja, untuk selanjutnya di laporkan kepada PJ masing-masing Direktorat.
9. Kepala Unit kerja melakukan pemilihan (termasuk pembuatan profil indikator). Melakukan supervisi pengumpulan dan pencatatan (termasuk sensus harian indikator mutu), pelaporan (termasuk pelaporan Insiden Keselamatan Pasien) berkala setiap bulan ke Direktur melalui Komite PMKP serta melakukan evaluasi dan tindak lanjut rekomendasi perbaikan dari tim PMKP.
10. Komite PMKP merekapitulasi laporan data kegiatan PMKP dari unit kerja.
11. PIC/Penanggungjawab dan serta dapat berkoordinasi dengan Tim PMKP melakukan analisis dan validasi data PMKP setiap periode.
12. Tim mutu melaporkan kegiatannya (termasuk rekomendasi) ke Komite PMKP setiap periode kegiatannya (maksimal satu bulan sekali).
13. Tim KPRS melaporkan kegiatannya (termasuk rekomendasi) ke Tim PMKP setiap periode (maksimal satu bulan sekali).
14. Pencatatan dan pelaporan IKP mengikuti alur sebagai berikut:
 - a. Apabila terjadi insiden (KTD, KNC) di RS, wajib segera ditangani dan untuk mengurangi dampak/akibat yang tidak diharapkan.
 - b. Setelah ditindaklanjuti, segera buat laporan insidennya dengan mengisi formulir laporan insiden. Jangan menunda laporan (paling lambat 2 x 24 jam).
 - c. Setelah formulir diisi lengkap, segera diserahkan kepada atasan langsung (supervisor unit) pelapor.

- d. Atasan langsung (Kepala unit) pelapor segera memeriksa laporan dan melakukan *risk grading* terhadap insiden yang dilaporkan.
- e. Hasil *riskgrading* menentukan bentuk investigasi, analisis, dan tindak lanjut yang akan dilakukan sesuai aturan berikut ini:
 - 1) *Grade* biru : investigasi sederhana oleh atasan langsung, waktu pelaporan investigasi ke tim KPRS maksimal 1 minggu.
 - 2) *Grade* hijau : investigasi sederhana oleh atasan langsung, waktu pelaporan investigasi ke tim KPRS maksimal 2 minggu.
 - 3) *Grade* kuning : investigasi komprehensif/analisis akar masalah/RCA oleh tim KPRS, waktu pelaksanaan maksimal 45 hari.
 - 4) *Grade* merah : investigasi komprehensif/analisis akar masalah/RCA oleh tim KPRS, waktu pelaksanaan maksimal 45 hari.
- f. Setelah selesai melakukan investigasi sederhana, laporan hasil investigasi dan laporan insiden ke Tim KPRS.
- g. Tim KPRS akan menganalisis kembali hasil investigasi dan laporan insiden untuk menentukan apakah perlu dilakukan investigasi lanjutan (RCA) dengan melakukan *re-grading*.
- h. Setelah melakukan RCA, tim KPRS akan membuat laporan dan rekomendasi untuk perbaikan serta pembelajaran berupa petunjuk/aturan baru/*safety alert* untuk mencegah kejadian terulang kembali.
- i. Hasil RCA, rekomendasi, dan rencana tindak lanjut dilaporkan ke Direktur.
- j. Rekomendasi untuk perbaikan dan pembelajaran diberikan umpan balik kepada unit kerja terkait.
- k. Unit kerja membuat analisis dan trend kejadian di satuan kerja masing-masing.
- l. Monitoring dan evaluasi perbaikan oleh tim KPRS.
15. Tim K3 dan Manajemen Resiko melaporkan kegiatannya (termasuk rekomendasi) ke Tim PMKP setiap periode (maksimal satu bulan sekali).
16. Evaluasi pelaksanaan kegiatan adalah evaluasi dari jadwal kegiatan. Jadwal tersebut akan dievaluasi setiap 3 (tiga) bulan sekali, sehingga bila dari evaluasi diketahui ada pergeseran jadwal atau penyimpangan jadwal maka dapat segera diperbaiki sehingga tidak mengganggu program secara keseluruhan. Evaluasi dilaksanakan bersama oleh Tim PMKP dan Direktur Utama.
17. Laporan evaluasi tersebut harus dibuat secara tertulis dan ditujukan kepada Direktur Utama untuk diketahui. Selanjutnya Direktur Utama melaporkan kepada pengelola yayasan. Untuk pelaporan indikator mutu setiap 3 bulan, pelaporan keselamatan pasien setiap 6 bulan, jika terjadi sentinel maksimal 24 jam sejak kejadian.
18. Laporan hasil audit klinis dibuat setiap selesai melakukan audit klinis oleh Komite Medis ke Direktur RS dengan tembusan ke Komite PMKP.
19. Indikator mutu dilaporkan oleh Kepala Unit/Kepala ruangan kepada Komite PMKP melalui struktur di atasnya setiap bulannya.
20. Direktur menindak lanjuti laporan kegiatan PMKP dari Komite PMKP serta masukan dari pengelola yayasan.
21. Evaluasi kegiatan PMKP dilakukan setiap satu bulan sekali melalui rapat Pleno seluruh bagian kegiatan PMKP.

22. Informasi/condition program PAK? Jelaskan setiap input
23. Hasil kegiatan program PAK? Jelaskan/uraikan/analisis setiap input dan apa media output kamu tulis.

BAB IX

PENUTUP

Program Kerja TIM PMKP ini akan digunakan sebagai ajuan dalam melakukan gerak langkah koordinasi terkait implementasi kegiatan PMKP di RSUD Amanah Sampit. Semoga ikhtiar di sertai doa terbaik dari seluruh jajaran RSUD Amanah Sampit, akan mendatangkan hasil yang optimal untuk memberikan kemaslahatan kepada umat.

Tentunya masih banyak kekurangan yang terjadi, saran perbaikan akan kami jadikan motivasi untuk redesign kegiatan PMKP di RSUD Amanah ke depan.