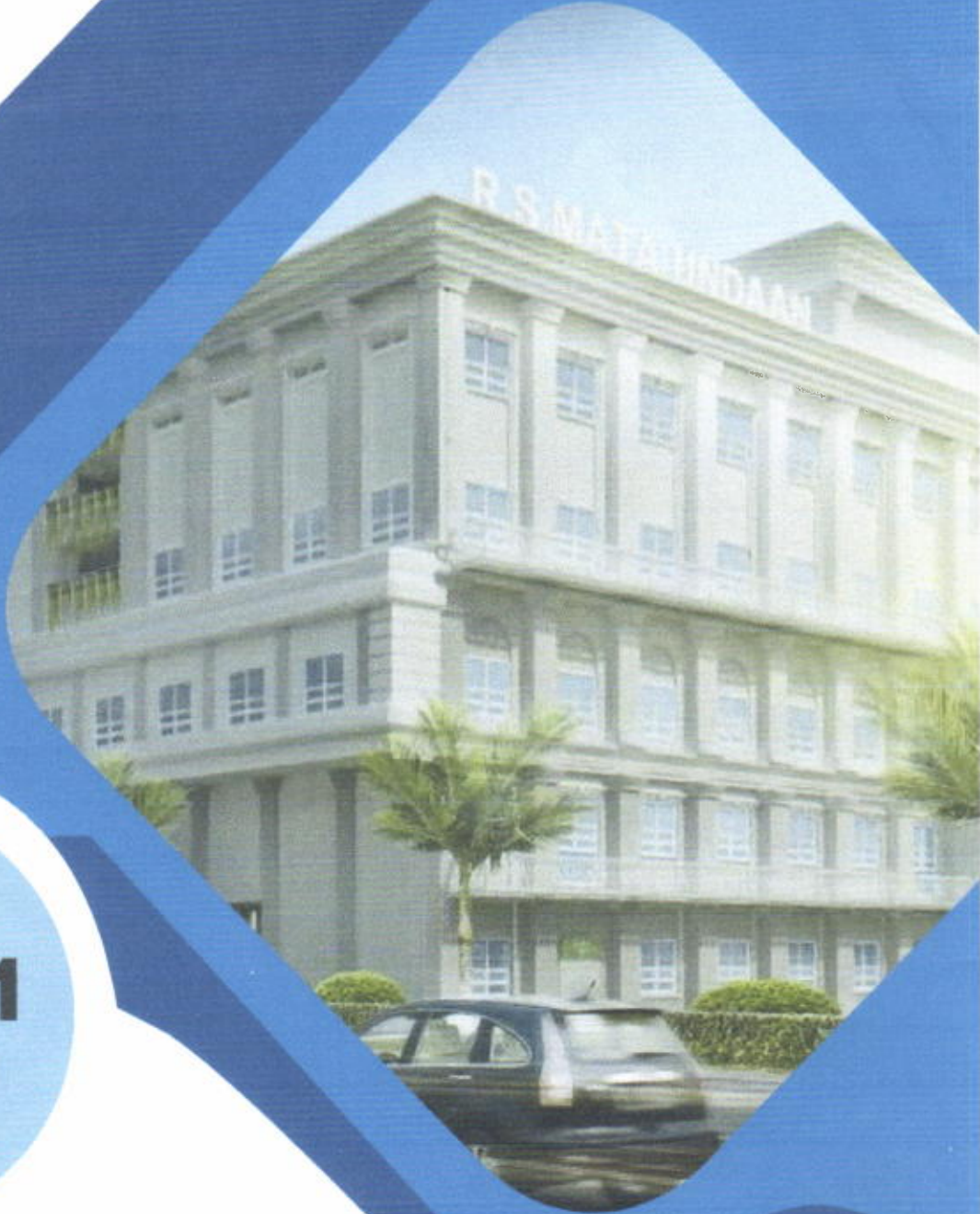




RS Mata Undaan  
Care and Smile



**Edisi 1**

Tahun 2019

**PEDOMAN  
PENINGKATAN MUTU  
DAN KESELAMATAN PASIEN  
RS. Mata Undaan Surabaya**

Jl. Undaan Kulon No. 17 - 19 Surabaya  
Telp. 031 5343 806, 5319 619  
Fax. 031 - 5317 503

## DAFTAR ISI

DAFTAR ISI .....	i
PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN NOMOR : 440/PER/DIR/RSMU/III/2019 TANGGAL 19 MARET 2019 TENTANG PEDOMAN PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA .....	ii
LAMPIRAN PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN NOMOR : 440/PER/DIR/RSMU/III/2019 TANGGAL 19 MARET 2019 TENTANG PEDOMAN PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA .....	1
BAB I PENDAHULUAN .....	1
BAB II LATAR BELAKANG .....	4
BAB III TUJUAN .....	6
BAB IV PENGERTIAN .....	7
BAB V KEBIJAKAN .....	10
BAB VI VISI, MISI DAN MOTTO RUMAH SAKIT .....	11
<del>BAB VII KONSEP DASAR UPAYA PENINGKATAN MUTU PELAYANAN RS. MATA</del> UNDAAN SURABAYA .....	12
BAB VIII PENGORGANISASIAN .....	13
8.1 Struktur Organisasi .....	13
8.2 Uraian Tugas .....	17
8.3 Tata Hubungan Kerja .....	19
BAB IX KEGIATAN .....	19
BAB X METODE PERBAIKAN .....	21
BAB XI PENCATATAN DAN PELAPORAN .....	24
BAB XII MONITORING DAN EVALUASI .....	26
BAB XIII PENUTUP .....	27

**PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN  
NOMOR : 440/PER/DIR/RSMU/III/2019  
TANGGAL : 19 MARET 2019  
TENTANG  
PEDOMAN PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN  
RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA**

**DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN**

- Menimbang : a. Bahwa dalam rangka pemberian pelayanan yang bermutu dan aman kepada pasien diperlukan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
- b. Bahwa agar upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien dapat terlaksana dengan baik, diperlukan Pedoman Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien sesuai referensi terkini yang mengikuti ilmu pengetahuan dan teknologi yang dapat dipergunakan untuk mendukung pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya;
- c. Bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud huruf a dan b diatas, maka perlu ditetapkan dengan Peraturan Direktur.
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran;
2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
3. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
4. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan;
5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 129/MENKES/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
6. Permenkes Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien;
7. Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien Tahun 2015;
8. Keputusan Perhimpunan Perawatan Penderita Penyakit Mata Undaan Nomor: 035/P4M/SK/VII/2017 tentang Pengangkatan Direktur Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya;
9. Keputusan Perhimpunan Perawatan Penderita Penyakit Mata Undaan Nomor : 014/P4M/SK/II/2019 Tentang Berlakunya Struktur Organisasi, *Job Description* dan *Job Spesification* Rumah Sakit Mata Undaan.

**MEMUTUSKAN**

- Menetapkan Kesatu : Menetapkan dan memberlakukan Pedoman Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.

- Kedua : Pedoman Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien ini digunakan sebagai acuan dalam penyelenggaraan peningkatan mutu dan keselamatan pasien di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.
- Ketiga : Pedoman Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Mata Undaan sesuai pada Lampiran Peraturan Direktur ini.
- Keempat : Mencabut Keputusan Direktur Rumah Sakit Mata Undaan Nomor: 008A/RSMU/SK/I/2015 Tanggal 8 Januari 2015 Tentang Pedoman Peningkatan Mutu Dan Keselamatan Pasien Tahun 2015.
- Kelima : Peraturan Direktur ini berlaku sejak tanggal ditetapkannya dan akan dievaluasi secara berkala bila diperlukan.
- Keenam : Apabila di kemudian hari terdapat kekeliruan dalam peraturan ini akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di Surabaya  
Pada tanggal 19 Maret 2019  
Direktur,



dr. Sudjarno, Sp.M (K)



LAMPIRAN  
KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN  
NOMOR : 440/PER/DIR/RSMU/III/2019  
TANGGAL : 19 MARET 2019  
TENTANG  
PEDOMAN PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN  
RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA

**BAB I**  
**PENDAHULUAN**

Upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan sebenarnya bukanlah hal yang baru. Pada tahun (1820 –1910) Florence Nightingale seorang perawat dari Inggris menekankan pada aspek-aspek keperawatan pada peningkatan mutu pelayanan. Salah satu ajarannya yang terkenal sampai sekarang adalah “*hospital should do the patient no harm*”, Rumah Sakit jangan sampai merugikan atau mencelakakan pasien.

Di Amerika Serikat, upaya peningkatan mutu pelayanan medik dimulai oleh ahli bedah Dr. E.A.Codman dari Boston dalam tahun 1917. Dr.E.A Codman dan beberapa ahli bedah lain kecewa dengan hasil operasi yang seringkali buruk, karena seringnya terjadi penyulit. Mereka berkesimpulan bahwa penyulit itu terjadi karena kondisi yang tidak memenuhi syarat di Rumah Sakit. Untuk itu perlu ada penilaian dan penyempurnaan tentang segala sesuatu yang terkait dengan pembedahan. Ini adalah upaya pertama yang berusaha mengidentifikasi masalah klinis, dan kemudian mencari jalan keluarnya.

Kelanjutan dari upaya ini pada tahun 1918 *The American College of Surgeons* (ACS) menyusun suatu *Hospital Standardization Programme*. Program standarisasi adalah upaya pertama yang terorganisasi dengan tujuan meningkatkan mutu pelayanan. Program ini ternyata sangat berhasil meningkatkan mutu pelayanan sehingga banyak Rumah Sakit tertarik untuk ikut serta. Dengan berkembangnya ilmu dan teknologi maka spesialisasi ilmu kedokteran diluar bedah cepat berkembang. Oleh karena itu program standarisasi perlu diperluas agar dapat mencakup disiplin lain secara umum.

Pada tahun 1951 *American College of Surgeon, American College of Physicians, American Hospital Association* bekerjasama membentuk suatu *Joint Commision on Accreditation of Hospital* (JCAHO) suatu badan gabungan untuk menilai dan mengakreditasi Rumah Sakit .

Pada akhir tahun 1960 JCAHO tidak lagi hanya menentukan syarat minimal dan essensial untuk mengatasi kelemahan-kelemahan yang ada di Rumah Sakit, namun telah memacu Rumah Sakit agar memberikan mutu pelayanan yang setinggi-tingginya sesuai dengan sumber daya yang ada. Untuk memenuhi tuntutan yang baru ini antara tahun 1953-1965 standar akreditasi direvisi enam kali, selanjutnya beberapa tahun sekali diadakan revisi. Revisi terhadap Standar Akreditasi JCI terbaru dilakukan pada bulan Januari 2011 yang merupakan edisi keempat.

Atas keberhasilan JCAHO dalam meningkatkan mutu pelayanan, Pemerintah Federal memberi pengakuan tertinggi dalam mengundang “*Medicare Act*”. Undang-undang ini mengabsahkan akreditasi Rumah Sakit menurut standar yang ditentukan oleh JCAHO. Sejak saat itu Rumah Sakit yang tidak diakreditasi oleh JCAHO tidak dapat ikut program asuransi kesehatan pemerintah federal (*medicare*), padahal asuransi di Amerika sangat menentukan utilisasi Rumah Sakit karena hanya 9,3% biaya Rumah Sakit berasal dari pembayaran langsung oleh pasien. Sejak tahun 1979 JCAHO membuat standar tambahan, yaitu agar dapat lulus akreditasi suatu Rumah Sakit harus juga mempunyai program pengendalian mutu yang dilaksanakan dengan baik.

Di Australia, Australian Council on Hospital Standards (ACHS) didirikan dengan susah payah pada tahun 1971, namun sampai tahun 1981 badan ini baru berhasil beroperasi dalam 3 Negara bagian. Tetapi lambat laun ACHS dapat diterima kehadirannya dan diakui manfaatnya dalam upaya peningkatan mutu pelayanan sehingga sekarang kegiatan ACHS telah mencakup semua negara bagian. Pelaksanaan peningkatan mutu di Australia pada dasarnya hampir sama dengan di Amerika.

Di Eropa Barat perhatian terhadap peningkatan mutu pelayanan sangat tinggi, namun masalah itu tetap merupakan hal baru dengan konsepsi yang masih agak kabur bagi kebanyakan tenaga profesi kesehatan. Sedangkan pendekatan secara Amerika sukar diterapkan karena perbedaan sistem kesehatan di masing-masing negara di Eropa. Karena itu kantor Regional WHO untuk Eropa pada awal tahun 1980-an mengambil inisiatif untuk membantu negara-negara Eropa mengembangkan pendekatan peningkatan mutu pelayanan disesuaikan dengan sistem pelayanan kesehatan masing-masing.

Pada tahun 1982 kantor regional tersebut telah menerbitkan buku tentang upaya meningkatkan mutu dan penyelenggaraan simposium di Utrecht, negeri Belanda tentang metodologi peningkatan mutu pelayanan. Dalam bulan Mei 1983 di Barcelona, Spanyol suatu kelompok kerja yang dibentuk oleh WHO telah mengadakan pertemuan untuk mempelajari peningkatan mutu khusus untuk Eropa.

Walaupun secara regional WHO telah melakukan berbagai upaya, namun pada simposium peningkatan mutu pada bulan Mei 1989 terdapat kesan bahwa secara nasional upaya peningkatan mutu di berbagai negara Eropa Barat masih pada perkembangan awal.

Di Indonesia langkah awal yang sangat mendasar dan terarah yang telah dilakukan Departemen Kesehatan dalam rangka upaya peningkatan mutu yaitu penetapan kelas Rumah Sakit pemerintah melalui Surat Keputusan Menteri Kesehatan No.033/Birhup/1972. Secara umum telah ditetapkan beberapa kriteria untuk tiap kelas Rumah Sakit A,B,C,D. Kriteria ini kemudian berkembang menjadi standar-standar. Kemudian dari tahun ke tahun disusun berbagai standar baik menyangkut pelayanan, ketenagaan, sarana dan prasarana untuk masing-masing kelas Rumah Sakit. Disamping standar, Departemen Kesehatan juga mengeluarkan berbagai panduan dalam rangka meningkatkan penampilan pelayanan Rumah Sakit.

Sejak tahun 1984 Departemen Kesehatan telah mengembangkan berbagai indikator untuk mengukur dan mengevaluasi penampilan (*performance*) Rumah Sakit pemerintah kelas C dan Rumah Sakit swasta setara yaitu dalam rangka Hari Kesehatan Nasional. Indikator ini setiap dua tahun ditinjau kembali dan disempurnakan. Evaluasi penampilan untuk tahun 1991 telah dilengkapi dengan indikator kebersihan dan ketertiban Rumah Sakit dan yang dievaluasi selain kelas C juga kelas D dan kelas B serta Rumah Sakit swasta setara. Sedangkan evaluasi penampilan tahun 1992 telah dilengkapi pula dengan instrumen mengukur kemampuan pelayanan. Evaluasi penampilan Rumah Sakit ini merupakan langkah awal dari Konsep *Continuous Quality Improvement (CQI)*. Berbeda dengan konsep QA tradisional dimana dalam monitor dan evaluasi dititik beratkan kepada pencapaian standar, maka pada CQI fokus lebih diarahkan kepada penampilan organisasi melalui penilaian pemilik, manajemen, klinik dan pelayanan penunjang. Perbedaan yang sangat mendasar yaitu keterlibatan seluruh karyawan.

Tujuan Pembangunan Kesehatan adalah tercapainya kemampuan untuk hidup sehat bagi setiap penduduk agar dapat mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal, sebagai salah satu unsur kesejahteraan umum dari Tujuan Nasional. Untuk itu perlu ditingkatkan upaya guna memperluas dan mendekatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dengan mutu yang baik dan biaya yang terjangkau.

Meningkatnya pendidikan dan keadaan sosial ekonomi masyarakat, maka sistem nilai dan orientasi dalam masyarakatpun mulai berubah. Masyarakat mulai cenderung menuntut pelayanan

umum yang lebih baik, lebih ramah dan lebih bermutu termasuk pelayanan kesehatan. Dengan semakin meningkatnya tuntutan masyarakat akan mutu pelayanan Rumah Sakit maka fungsi pelayanan Rumah Sakit bertahap perlu terus ditingkatkan agar menjadi lebih efektif dan efisien serta memberi kepuasan kepada pasien, keluarga maupun masyarakat.

Agar upaya peningkatan mutu pelayanan Rumah Sakit Mata Undaan dapat seperti yang diharapkan maka perlu disusun Pedoman Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien. Buku Pedoman tersebut merupakan konsep peningkatan mutu pelayanan Rumah Sakit Mata Undaan, yang disusun sebagai acuan bagi pengelola Rumah Sakit Mata Undaan dalam melaksanakan upaya peningkatan mutu pelayanan Rumah Sakit. Pedoman peningkatan mutu dan keselamatan pasien ini merupakan kebijakan rumah sakit tidak bersifat statis dan dapat dilakukan revisi kapan saja bila dipandang perlu atau setidaknya ditinjau kembali setiap dua atau tiga tahun sekali. Dalam pedoman ini diuraikan tentang kegiatan upaya peningkatan mutu, langkah-langkah pelaksanaan, pelaporan hasil pengukuran mutu dan perbaikan yang direncanakan.

## BAB II LATAR BELAKANG

Mutu pelayanan kesehatan adalah topik sentral dalam pengelolaan rumah sakit terutama semenjak meningkatnya perhatian global terhadap keselamatan pasien. Rumah Sakit merupakan fasilitas pelayanan kesehatan dengan resiko terhadap keselamatan pasien. Peningkatan mutu dan keselamatan pasien harus dilakukan berdasarkan data. Penggunaan data secara efektif dapat dilakukan bila praktek klinik dan praktek manajemen telah dijalankan berdasarkan *evidence based*. Mutu tidak boleh dipisahkan dari standar karena kinerja diukur berdasarkan standar.

Menurut Buku Pedoman Upaya Peningkatan Mutu Pelayanan Rumah Sakit Departemen Kesehatan RI tahun 1994, Upaya Peningkatan Mutu Pelayanan Rumah Sakit adalah : keseluruhan upaya dan kegiatan yang komprehensif dan integratif yang menyangkut struktur, proses dan outcome secara obyektif, sistematis dan berlanjut memantau dan menilai mutu dan kewajaran pelayanan terhadap pasien, menggunakan peluang untuk meningkatkan pelayanan pasien, dan memecahkan masalah – masalah yang terungkap sehingga pelayanan yang diberikan di rumah sakit berdaya guna dan berhasil guna. Jika definisi itu diterapkan di rumah sakit, maka dapat dibuat rumusan sebagai berikut: Upaya Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien adalah kegiatan yang dilakukan untuk meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit dan keselamatan pasien secara terus menerus, melalui pemantauan, analisa dan tindak lanjut adanya penyimpangan dari standar yang ditentukan.

Tujuan Pembangunan Kesehatan adalah tercapainya kemampuan untuk hidup sehat bagi setiap penduduk agar dapat mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal, sebagai salah satu unsur kesejahteraan umum dari Tujuan Nasional. Untuk itu perlu ditingkatkan upaya guna memperluas dan mendekatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dengan mutu yang baik dan biaya yang terjangkau.

Pelayanan kesehatan yang baik dan bermutu itu sendiri merupakan salah satu kebutuhan dasar yang diperlukan setiap orang, termasuk pelayanan di rumah sakit. Pendekatan mutu yang ada saat ini berorientasi pada kepuasan pelanggan atau pasien. Salah satu faktor kunci sukses pelayanan kesehatan di rumah sakit adalah dengan mengembangkan mutu pelayanan klinis sebagai inti pelayanan.

Sebuah penelitian *adverse event* (KTD) yang dilaksanakan oleh *Havard Medical Practice* menemukan bahwa sekitar 4% pasien mengalami KTD selama dirawat di Rumah Sakit. Sebesar 70% berakhir dengan kecacatan, 14% berakhir dengan kematian. Beberapa studi di Amerika, melalui data *IOM (Institute of Medicine)* diperkirakan 44.000 - 98.000 pasien meninggal setiap tahun akibat tindakan medik di rumah sakit. Sementara itu Departemen Kesehatan Inggris pada tahun 2000 melaporkan data KTD sebesar 10% dari kunjungan rumah sakit atau 850.000 KTD setiap tahun. Laporan Penelitian RS di USA oleh *Institute of Medicine* tahun 2000 menyebutkan bahwa di Utah dan Colorado ditemukan KTD (*Adverse Event*) sebesar 2,9% dimana 6,6% meninggal. Di New York, KTD adalah 3,7% dan 13,6% meninggal. KTD pasien rawat inap pertahun berkisar 44.000-98.000 dari 33,6 juta pasien yang sebanding dengan pembiayaan sebesar \$17 - \$50 Milyar. WHO tahun 2004, KTD di berbagai negara ditemukan sejumlah 3,2-16,6%. Studi di Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada tahun 2012 pada 15 rumah sakit dan 12 puskesmas di Jawa Tengah menunjukkan bahwa secara umum prevalensi KTD tinggi dengan variasi 1,82% - 88,8%. Nilai *prevalensi error* 1,82% adalah kesalahan diagnosis, sedangkan 80,84% adalah kesalahan penggunaan antibiotik yang tidak tepat dalam penanganan ISPA di rumah sakit atau di puskesmas. Kesalahan diagnosis berjenis *error of commission*. 40% pasien yang



dirawat di *Intensive Care Unit* dan *Intensive Cardiac Care Unit* mengalami dekubitus rerata pada hari perawatan ketujuh.

*Medical Error* tidak hanya menimbulkan risiko kematian, tetapi menimbulkan dampak ekonomi yang besar, termasuk hilangnya penghasilan akibat kecacatan, biaya medik tambahan dan perawatan pasca KTD. Hal tersebut dapat mengakibatkan menurunnya kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan.

Di Indonesia, pendokumentasian permasalahan kesehatan tidak tertata, sehingga permasalahan baru terdeteksi apabila melibatkan proses hukum atau dipublikasikan di media massa. Jumlah kasus tersebut jauh lebih kecil dibandingkan dengan keseluruhan kasus di rumah sakit. Keseluruhan menunjukkan trend yang meningkat seiring dengan meningkatnya kesadaran dan tuntutan keterbukaan masyarakat. Dengan pertimbangan berbagai kelemahan di Indonesia, dari sisi standar pelayanan, sistem keamanan pasien, lisensi, *monitoring*, audit, kesadaran masyarakat dan penegakkan hukum, maka diasumsikan permasalahan serupa juga sering muncul di Indonesia, bahkan mungkin lebih berat daripada negara maju. Jumlah tersebut seperti fenomena gunung es.

Tindakan yang komprehensif dan responsif terhadap kejadian tidak diinginkan di fasilitas pelayanan kesehatan diperlukan dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. Sesuai dengan peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1691 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit, kebutuhan pelayanan kesehatan perlu disempurnakan. Keselamatan Pasien adalah sistem yang meliputi *assessment* risiko, identifikasi dan pengelolaan pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden selanjutnya, serta mengimplementasikan solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera akibat dari suatu tindakan yang tidak diinginkan.

Peningkatan Mutu dan keselamatan pasien telah menjadi suatu standar nasional yang ditetapkan dalam bentuk Peraturan, kebijakan, dan aturan nasional, antara lain:

- a. UU Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran
- b. UU Nomor 44 Tahun 2014 tentang Rumah Sakit;
- c. Undang - Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
- d. Peraturan Kementrian Kesehatan No. 56 tahun 2014.
- e. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan.
- f. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/MENKES/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.
- g. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 290/MENKES/PER/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran.
- h. Peraturan Menteri Kesehatan No. 251/MENKES/SK/VII/2012 tentang Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit
- i. Sistem pencatatan dan pelaporan IKP (PERSI)
- j. Peraturan Kementrian Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien
- k. Pedoman Upaya Peningkatan Mutu Tahun 1994
- l. Panduan Nasional Keselamatan Pasien edisi 3 Tahun 2015
- m. Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien edisi 2 Tahun 2008
- n. Instrumen Akreditasi Rumah Sakit/ KARS.

Dari data tersebut maka pedoman dan program pelayanan mutu dan keselamatan pasien menjadi penting untuk mengurangi kejadian yang tidak diinginkan. Melalui pedoman ini diharapkan mampu mengurangi kejadian tidak diinginkan dan dapat mencegah terjadinya KTD.

## **BAB III TUJUAN**

### **3.1 Tujuan Umum**

Meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di RS. Mata Undaan Surabaya secara efektif, efisien dan berkesinambungan serta tersusunnya sistem perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan mutu pelayanan rumah sakit guna tercapai pelayanan kesehatan yang bermutu.

### **3.2 Tujuan Khusus**

- a. Mengoptimalkan pengelolaan kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien
- b. Mengoptimalkan manajemen data melalui pemilihan, pengumpulan, analisis, dan validasi data indikator mutu
- c. Mengoptimalkan pelaporan dan analisis insiden keselamatan pasien
- d. Mengoptimalkan hasil pencapaian dan mempertahankan perbaikan mutu
- e. Mengoptimalkan manajemen risiko

## BAB IV PENGERTIAN

1. **Mutu** adalah totalitas dari wujud serta ciri suatu barang atau jasa yang didalamnya terkandung pengertian rasa aman atau pemenuhan kebutuhan para pengguna (Din ISO 8402, 1986).
2. **Peningkatan Mutu & Keselamatan Pasien** adalah keseluruhan upaya dan kegiatan yang komprehensif dan integratif yang menyangkut input, proses dan output secara objektif, sistematis dan berlanjut memantau dan menilai mutu dan kewajaran pelayanan terhadap pasien, dan memecahkan masalah-masalah yang terungkap sehingga tercipta suatu sistem dimana RS membuat Asuhan Pasien lebih aman
3. **Upaya Peningkatan Mutu** adalah Upaya peningkatan mutu termasuk kegiatan yang melibatkan mutu asuhan atau pelayanan dengan penggunaan sumber daya secara tepat dan efisien
4. **Keselamatan Pasien Rumah Sakit** adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman yang meliputi asesmen risiko, 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 risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (Kemenkes RI, 2017)
5. **Clinical Pathway** adalah suatu konsep perencanaan pelayanan terpadu yang merangkum setiap langkah yang diberikan kepada pasien berdasarkan standar pelayanan medis dan asuhan keperawatan yang berbasis bukti dengan hasil yang terukur dan dalam jangka waktu tertentu selama di rumah sakit (Firmanda (2005)
6. **Indikator Mutu Rumah Sakit** adalah ukuran mutu dan keselamatan rumah sakit yang digambarkan dari data yang dikumpulkan.
7. **Indikator Klinis** Adalah indikator mutu yang bersumber dari area pelayanan (SNARS edisi 1, 2015)
8. **Indikator manajemen** Adalah indikator mutu yang bersumber dari area Manajemen. (SNARS edisi 1, 2015)
9. **Indikator Sasaran Keselamatan Pasien** Adalah indikator mutu yang mengukur kepatuhan staf dalam penerapan sasaran keselamatan pasien dan budaya Keselamatan (SNARS edisi 1, 2015)
10. **Indikator Mutu Nasional** Adalah ukuran atau cara mengukur yang merupakan suatu variabel yang digunakan untuk bisa melihat perubahan mutu di tingkat rumah sakit yang telah ditetapkan oleh KARS
11. **Indikator Mutu SPM** tolak ukur untuk prestasi kuantitatif dan kualitatif yang digunakan untuk menggambarkan besaran sasaran yang hendak dipenuhi didalam pencapaian suatu SPM tertentu berupa masukan, proses, hasil dan atau manfaat pelayanan (KEMENKES RI No 128/Menkes/SK/II/2008)
12. **Indikator Mutu unit** Adalah ukuran atau cara mengukur yang merupakan suatu variabel yang digunakan untuk bisa melihat perubahan di tingkat unit / instalasi kerja
13. **Indikator Kinerja** adalah variabel yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan atau status dan memungkinkan dilakukan pengukuran terhadap perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu atau tolak ukur prestasi kuantitatif / kualitatif yang digunakan untuk mengukur terjadinya perubahane terhadap besaran target atau standar yang telah ditetapkan sebelumnya (KEMENKES RI No 128/Menkes/SK/II/2008)

14. **Insiden Keselamatan Pasien** adalah setiap kejadian atau situasi yang dapat mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan *harm* (penyakit, cedera, cacat, kematian dan lain-lain) yang tidak seharusnya terjadi (Kemenkes RI, 2017)
15. **Kejadian Sentinel** adalah suatu kejadian tidak diharapkan yang dapat mengakibatkan kematian atau cedera yang serius; biasanya dipakai untuk kejadian yang sangat tidak diharapkan atau tidak dapat diterima
- Kematian yang tidak diduga, termasuk, dan tidak terbatas hanya kematian yang tidak berhubungan dengan perjalanan penyakit pasien atau kondisi pasien (contoh, kematian setelah infeksi pascaoperasi atau emboli paru-paru), kematian bayi aterm, bunuh diri.
  - Kehilangan permanen fungsi yang tidak terkait dengan penyakit pasien atau kondisi pasien
  - Operasi salah tempat, salah prosedur, dan salah pasien
  - Terjangkit penyakit kronik atau penyakit fatal akibat transfusi darah atau produk darah atau transplantasi organ atau jaringan
  - Penculikan anak termasuk bayi atau anak termasuk bayi dikirim ke rumah bukan rumah orangtuanya
  - 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, siswalatihan, serta pengunjung atau vendor/pihak ketiga ketika berada dalam lingkungan rumah sakit.
16. **Laporan Insiden Keselamatan Pasien** adalah laporan tertulis atau suatu sistem untuk mendokumentasikan insiden yang tidak disengaja dan tidak diharapkan, yang dapat mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera pada pasien. Sistem ini juga mendokumentasikan kejadian-kejadian yang tidak konsisten dengan operasional rutin rumah sakit atau asuhan pasien. (Kemenkes RI, 2017)
17. **Kejadian Potensi Cedera / Reportable circumstance** adalah merupakan kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden. (Kemenkes RI, 2017)
- Pemeliharaan alat yang tidak rutin dan terjadwal
  - Kalibrasi alat yang tidak sesuai jadwal
  - Perbandingan tempat tidur pasien dengan jumlah perawat yang tidak sesuai
  - Pelayanan kesehatan yang kurang sesuai standar
18. **Kejadian Tidak Cedera** adalah merupakan insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak timbul cedera. (Kemenkes RI, 2017)
- Contoh:** pasien menerima obat yang kontra indikasi tetapi tidak timbul reaksi obat
19. **Kejadian Nyaris Cedera** adalah terjadinya insiden yang belum sampai terpapar ke pasien. (Kemenkes RI, 2017)
- Keberuntungan**  
kejadian salah sisi operasi katarak tetapi untungnya kedua mata pasien juga erdapat katarak yang sudah waktunya di operasi
  - Pencegahan**  
Kejadian salah penandaan area operasi yang diketahui sebelum tindakan akan di mulai dan segera di pastikan ulang sebelum tindakan operasi  
Kejadian salah sisi persepan obat yang di konfirmasi ulang dan di sesuaikan dengan kondisi pasien dan advis dokter
  - Peringatan**  
Suatu obat dengan overdosis yang telah diberikan dan diketahui sejak dini lalu segera di berikan antidotnya



20. **Kejadian Tidak Diharapkan** adalah Insiden yang mengakibatkan cedera pada pasien. (Kemenkes RI, 2017)
1. Semua Reaksi transfusi
  2. Semua kejadian serius akibat efek samping obat
  3. Kesalahan pengobatan
  4. Perbedaan besar diagnosa medis pra operasi dengan pasca operasi
  5. Efek samping atau pola efek samping selama sedasi moderat atau mendalam dan pemakaian anestesi
  6. Infeksi yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan
  7. Wabah penyakit menular
21. **Manajemen Risiko** adalah pendekatan proaktif untuk mengidentifikasi, menilai dan menyusun prioritas risiko, dengan tujuan untuk menghilangkan atau meminimalkan dampaknya. Manajemen risiko rumah sakit adalah kegiatan berupa identifikasi dan evaluasi untuk mengurangi risiko cedera dan kerugian pada pasien, karyawan rumah sakit, pengunjung dan organisasinya sendiri (The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations/JCAHO).
22. **RCA/ Root Cause Analysis** adalah metode evaluasi terstruktur untuk mengidentifikasi akar masalah dari kejadian yang tidak diharapkan dan tindakan adekuat untuk mencegah kejadian yang sama terulang kembali.
23. **FMEA/ Failure Mode & Effect Analysis** adalah metode perbaikan kinerja yang dilakukan secara proaktif dengan melakukan identifikasi dan mencegah potensi kegagalan sebelum terjadi yang bertujuan untuk meningkatkan keselamatan pasien.
24. **Budaya Keselamatan** adalah budaya organisasi yang mendorong setiap individu anggota staf (klinis atau administratif) melaporkan hal-hal yang mengkhawatirkan tentang keselamatan atau mutu pelayanan tanpa imbal jasa dari rumah sakit

## **BAB V KEBIJAKAN**

1. Direktur bertanggung jawab, berpartisipasi dan berkolaborasi dalam melaksanakan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien dengan pendekatan sistemik.
2. Direktur menetapkan prioritas rumah sakit dalam kegiatan dan evaluasi program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
3. Direktur menetapkan indikator dan profil indikator rumah sakit yang akan di lakukan di unit/instalasi kerja
4. Direktur menetapkan Sistem Informasi Manajemen berbasis teknologi komputer tentang program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
5. Direktur menetapkan bahwa setiap pegawai mendapat informasi dan mampu melaksanakan peningkatan mutu dan keselamatan pasien
6. Direktur menetapkan pelatihan peningkatan mutu dan keselamatan pasien sekurang-kurangnya 20 jam pertahun untuk setiap pegawai.
7. Direktur melakukan laporan kegiatan PMKP ke dewan pengawas
8. Pengawasan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien dilakukan secara berkala 3 bulanan

## **BAB VI**

### **VISI, MISI, NILAI DAN MOTTO RUMAH SAKIT**

#### **4.1 VISI**

Menjadi rumah sakit mata pilihan utama masyarakat dalam pelayanan kesehatan.

#### **4.2 MISI**

1. Memberikan pelayanan kesehatan mata yang bermutu dan aman.
2. Membentuk sumber daya manusia rumah sakit yang profesional.
3. Melakukan pendidikan untuk menunjang pelayanan.
4. Melakukan penelitian guna meningkatkan dan mengembangkan pelayanan.
5. Menjalin kemitraan dalam bidang pelayanan, pendidikan dan penelitian.

#### **4.3 NILAI**

##### **1. *Professionalism***

Bekerja berdasarkan kompetensi, standar etika dan profesi, serta mengutamakan kepentingan pelanggan.

##### **2. *Responsibility***

Bertanggung jawab dalam memberikan pelayanan secara cepat, akurat, dan akuntabel

##### **3. *Team Work***

Bekerja dalam koordinasi tim baik di dalam satu unit kerja maupun antar unit kerja

#### **4.4 MOTTO**

*Care and Smile*

## BAB VII KONSEP DASAR UPAYA PENINGKATAN MUTU PELAYANAN RS. MATA UNDAAN SURABAYA

Mutu pelayanan rumah sakit merupakan 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 serta diberikan secara aman dan memuaskan sesuai dengan norma, etika, hukum dan sosiobudaya dengan memperhatikan keterbatasan dan kemampuan pemerintah dan konsumen.

Agar upaya peningkatan mutu didapat dilaksanakan secara efektif dan efisien maka diperlukan adanya kesatuan bahasa tentang konsep dasar upaya peningkatan mutu pelayanan.

Pihak yang Berkepentingan dengan Mutu antara lain Konsumen, Pembayar/perusahaan/asuransi, Manajemen, Karyawan, Masyarakat, Pemerintah, Ikatan profesi. Setiap kepentingan yang disebut di atas berbeda sudut pandang dan kepentingannya terhadap mutu. Karena itu mutu adalah multidimensional.

Dimensi atau aspek mutu di rumah sakit mata undaan adalah Keprofesian, Efisiensi, Keamanan Pasien, Kepuasan Pasien dan Aspek Sosial Budaya.

Mutu pelayanan suatu rumah sakit merupakan produk akhir dari interaksi dan ketergantungan yang rumit antara berbagai komponen atau aspek rumah sakit sebagai suatu system. Menurut Donabedian, pengukuran mutu pelayanan kesehatan dapat diukur dengan menggunakan 3 variabel:

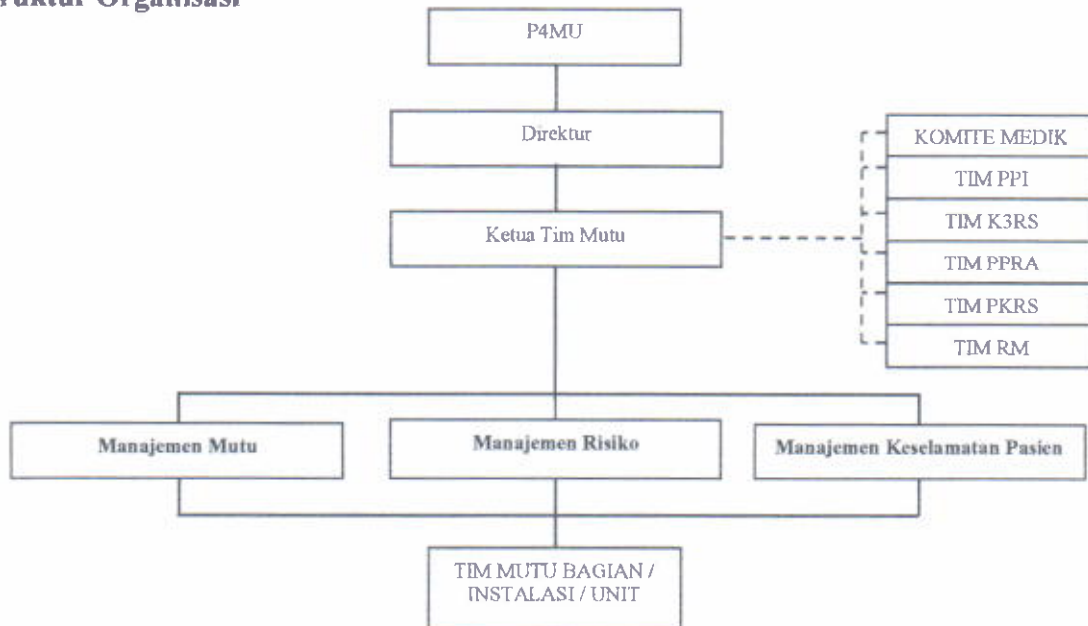
1. Struktur, segala sumber daya yang diperlukan untuk melakukan pelayanan kesehatan seperti: tenaga, dana, obat, fasilitas, peralatan, teknologi, organisasi, dan lain-lain. Pelayanan kesehatan yang bermutu memerlukan dukungan input yang bermutu pula.
2. Proses interaksi profesional antara pemberi pelayanan dengan konsumen (pasien). Adalah apa yang dilakukan oleh dokter dan tenaga profesi lain terhadap pasien: evaluasi, diagnosis, perawatan, konseling, pengobatan, tindakan, penanganan jika terjadi penyulit, *follow up*. Pendekatan proses adalah pendekatan paling langsung terhadap mutu asuhan.
3. Hasil/*Outcome*, adalah hasil pelayanan kesehatan, merupakan perubahan yang terjadi pada konsumen (pasien), termasuk kepuasan dari konsumen tersebut. Adalah hasil akhir kegiatan dan tindakan dokter dan tenaga profesi lain terhadap pasien dalam arti perubahan derajat kesehatan dan kepuasan terhadap *provider*. *Outcome* yang baik sebagian besar tergantung kepada mutu struktur dan mutu proses yang baik. Sebaliknya *outcome* yang buruk adalah kelanjutan struktur atau proses yang buruk.

RS.Mata Undaan Surabaya adalah suatu institusi pelayanan kesehatan yang kompleks, padat pakar dan padat modal. Kompleksitas ini muncul karena pelayanan di RS.Mata Undaan Surabaya menyangkut berbagai fungsi pelayanan, serta mencakup berbagai tingkatan maupun jenis disiplin. Agar RS.Mata Undaan Surabaya mampu melaksanakan fungsi yang demikian kompleks, harus memiliki sumber daya manusia yang profesional baik di bidang teknis medis maupun administrasi kesehatan. Untuk menjaga dan meningkatkan mutu, RS.Mata Undaan Surabaya harus mempunyai suatu ukuran yang menjamin peningkatan mutu di semua tingkatan.



## BAB VIII PENGORGANISASIAN

### 8.1 Struktur Organisasi



Gambar 8.1 Struktur Organisasi Tim PMKP

### 8.2 Uraian Tugas Tim PMKP

#### 1. Uraian Tugas sebagai berikut :

- 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 mengkomunikasikan masalah – masalah mutu secara rutin kepada semua staf
- j. Menyusun regulasi terkait dengan pengawasan dan penerapan program PMKP

## 2. Ketua

- a. Memastikan keandalan perencanaan mutu dan pengendalian mutu dan keselamatan pasien berikut teknik dan alat dalam melaksanakan kegiatan tersebut;
- b. Memastikan terlaksananya perbaikan mutu dan keselamatan pasien melalui kegiatankegiatan sosialisasi, fasilitasi, dan audit yang melibatkan partisipasi pihak-pihak sesuaiakuntabilitas masing- masing;
- c. Memastikan terlaksananya efektivitas manajemen risiko khususnya kegiatan pelayaaandan manajemen sehingga ternuj ud penurunan angka risiko dan berdampak kepadapeningkatan mutu dan keselamatan pasien,
- d. Memastikan terciptanya komunikasi dan hubungan yang baik dengan partner-partnerterkait dengan akreditasi mutu dan keselamatan pasien;
- e. Melakukan validasi data untuk memastikan keandalan informasi pencapaian indikatormutu dan keselamatan pasien;
- f. Melaksanakan pendampingan dan koordinasi dengan pembimbing akreditasi danpelaksana surveilance dalam mewujudkan pemenuhan standar mutu dan keselamatanpasien yang telah ditetapkan;
- g. Menyusun kebijakan, strategi dan prosedur di bidang rmanajemen mutu;
- h. Menyusun indikator mutu dan keselamatan pasien;
- i. Menyusun program peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
- j. Memantau dan mengevaluasi seluruh program peningkatan mutu dan keselamatan
- k. Mensosialisasikan hasil pencapaian program peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
- l. Mengkoordinasikan pelaksanaan audit mutu intemal;
- m. Mengkoordinasikan penyusunan rencana dan jadwal kegiatan terkait dengan akreditasimutu;
- n. Memfasilitasi pembimbingan intemal dan eksternal terkait dengan pelaksanaanakeditasi mutu;
- o. Memfasilitasi kegiatan yang terkait dengan inovasi mutu baik dari intemal maupuneksternal;
- p. Melaksanakan pengumpulan dan analisis data terkait dengan pencapaian indikator mutudan keselamatan pasien;
- q. Melaksanakan kegiatan konsultasi terhadap seluruh unit kerja terkait denganpelaksanaan peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

## 3. Manajemen Mutu

- a. Menyusun kebijakan dan strategi manajemen mutu;
- b. Menlusun progam indikator mutu;
- c. Melakukan koordinasi dengan unit terkait dalam penyusunan progam penjaminan mutulainnya;
- d. Melakukan koordinasi dengan Satuan Pemeriksaan Intemal dalam penyusunan alataudit mutu intemal;
- e. Memantau pelaksanaan seluruh program penjaminan mutu;
- f. Mengevaluasi pelaksanaan seluruh program penjaminan mutu;
- g. Membuat rekapan dan laporan evaluasi tindak lanjut rekomendasi dari unit terkait;
- h. Melaksanakan komunikasi secara intemal dan eksternal tentang pencapaian programpengembangan mutu dan keselamatan pasien kepada unit kerja di lingkungan RS. Danpihak luar melalui surat tertulis, email dan telepon;
- i. Membantu berkoordinasi dalam kegiatan intemal dan eksternal program Penjaminan Mutu;

- j. Menghadiri rapat, pertemuan, workshop dan atau seminar terkait pengembangan manajemen baik internal maupun eksternal rumah sakit;
- k. Menyiapkan dokumen-dokumen yang diperlukan terkait program akreditasi;
- l. Menyiapkan bahan koordinasi dengan manajemen terkait program akreditasi;
- m. Berkoordinasi dengan unit terkait program akreditasi;
- n. Melaksanakan analisis kesiapan penyelenggaraan akreditasi;
- o. Menyusun langkah strategis dalam penyelenggaraan program akreditasi;
- p. Melaksanakan koordinasi eksternal terkait proses penyelenggaraan akreditasi;
- q. Menyiapkan berbagai hal dalam rapat atau pertemuan terkait kegiatan akreditasi;
- r. Berkoordinasi dengan unit terkait dalam mengumpulkan data kegiatan akreditasi;
- s. Menyusun laporan evaluasi kegiatan akreditasi;
- t. Membuat laporan kegiatan Penjaminan Mutu secara umum, internal maupun eksternal;
- u. Melakukan koordinasi kepada bagian/bidang/komite/unit terkait terhadap implementasi standar pelayanan yang berfokus kepada manajemen.

#### **4. Manajemen Risiko**

- a. Menyusun program manajemen risiko yang konsisten dengan misi dan rencana organisasi, serta memenuhi kebutuhan pasien, masyarakat dan staf;
- b. Melaksanakan proses-proses manajemen risiko dengan menggunakan pedoman praktik terkini, standar pelayanan medik, kepustakaan ilmiah dan informasi lain berdasarkan rancangan praktik klinik, serta sesuai dengan praktik bisnis yang sehat dan relevan dengan informasi terkini;
- c. Melaksanakan proses-proses Identifikasi dari risiko;
- d. Melaksanakan skoring dan menetapkan prioritas risiko-risiko di seluruh unit / instalasi bagian / unit;
- e. Melaksanakan koordinasi dengan unit keselamatan pasien dalam hal penyelidikan KTD;
- f. Melakukan evaluasi terhadap KNC dan proses risiko tinggi lainnya yang dapat berubah dan berakibat terjadinya kejadian sentinel;
- g. Melaksanakan kegiatan FMEA untuk suatu kejadian yang berujung kepada risiko tinggi dan sentinel;
- h. Melakukan monitoring dan evaluasi ke unit-unit terhadap pelaksanaan program manajemen risiko rumah sakit dan manajemen dari hal lain yang terkait;
- i. Menyusun laporan berkala dan khusus tentang kegiatan manajemen risiko termasuk laporan FMEA

#### **5. Sasaran Keselamatan Pasien**

- a. Membuat kebijakan 6 sasaran keselamatan pasien;
- b. Bertanggung jawab kepada Direktur Rumah Sakit terhadap pelaksanaan kegiatan keselamatan pasien rumah sakit;
- c. Melaksanakan 6 sasaran Keselamatan Pasien;
- d. Mensosialisasikan 6 sasaran Keselamatan Pasien di unit masing-masing;
- e. Membuat laporan insiden Keselamatan Pasien;
- f. Melakukan Investigasi sederhana insiden Keselamatan Pasien;
- g. Mencatat insiden Keselamatan Pasien;
- h. Melaporkan semua insiden Keselamatan Pasien yang terjadi ke Ketua Tim PMKP;
- i. Menyusun kebdakan terkait dengan program keselamatan pasien rumah sakit;
- j. Membuat program ke f a keselamatan pasien rumah sakit,
- k. Melakukan koordinasi dengan unit lain untuk melaksanakan program KPRS.;

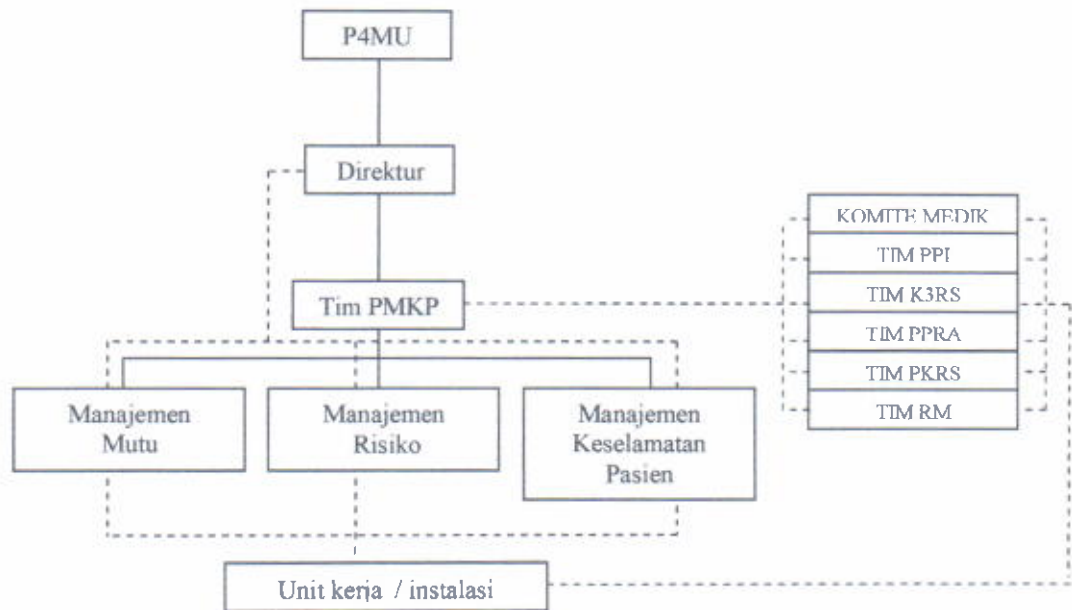
- l. Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap kegiatan seluruh anggota KPRS.;
- m. Memberikan rekomendasi pemecahan masalah keselamatan pasien kepada Direktur Rumah Sakit untuk ditindaklanjuti;
- n. Menerima dan menganalisa kembali setiap kejadian atau insiden yang dilaporkan;
- o. Mengajukan solusi pencegahan masalah yang diajukan kepada ketua Komite KPRS.;
- p. Melakukan monitoring dan evaluasi ke unit-unit terhadap pelaksanaan program keselamatan pasien terkait dengan investigasi;
- q. Membuat laporan berkala dan laporan khusus tentang kegiatan bidang investigasi;
- r. Menerima dan mencatat seluruh data kejadian/ insiden yang dilaporkan oleh unit;
- s. Mengelompokkan / mengkatagorikan jenis laporan kejadian yang diterima;
- t. Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap pelaksanaan program keselamatan pasien terkait dengan investigasi ;
- u. Menyusun laporan berkala dan khusus tentang kegiatan bidang pelaporan.

**6. Tim Mutu Bagian/ Instalasi/ Unit**

- a. Melaksanakan proses identifikasi risiko-risiko di masing-masing unit;
- b. Melaksanakan analisis sederhana terhadap risiko-risiko yang ada;
- c. Melakukan monitoring dan evaluasi program risiko di unit yang menjadi tanggung jawabnya;
- d. Melaporkan secara berkala hasil evaluasi program manajemen risiko kepada Ketua Tim PMKP.
- e. Menyusun program mutu bagian/ instalasi/ unit.
- f. Menentukan indikator mutu unit.
- g. Menyusun strategi manajemen mutu unit.
- h. Menyusun laporan pelaksanaan program mutu unit.
- i. Menghadiri rapat terkait pelaksanaan program mutu rumah sakit.
- j. Melaksanakan 6 sasaran keselamatan pasien di unit.
- k. Menyusun program keselamatan pasien di unit.
- l. Mencatat insiden keselamatan pasien di unit.
- m. Melakukan investigasi sederhana.
- n. Membuat laporan insiden keselamatan pasien.



### 8.3 Tata Hubungan Kerja



Gambar 8.2 Tata hubungan Kerja Tim PMKP

Tim PMKP merupakan tim pengendali mutu dan keselamatan pasien di sebuah rumah sakit. Di RS Mata Undaan Surabaya Tim PMKP memiliki hubungan koordinasi dengan semua unit / instalasi dan semua tim yang terkait mutu. Garis perintah menghubungkan antara yayasan ke direktur, direktur ke tim PMKP dan direktur ke semua unit, instalasi, dan tim kerja. Garis koordinasi menghubungkan tim pmkp ke semua unit, instalasi dan tim kerja dalam mengkoordinasikan data yang ada dilapangan untuk dicatat dan diolah serta di laporkan ke tim PMKP berupa laporan dan akan di proses oleh tim PMKP untuk peningkatan mutu.

#### Koordinasi Kerja :

1. **Tim PMKP dengan Unit/Instalasi Kerja**
  - a. Melaporkan kejadian insiden dan resiko yang di temukan dan terjadi di unit/instalasi
  - b. Monitoring dan melaporkan indikator Mutu Unit/Instalasi kerja
  - c. Melaksanakan koordinasi untuk rencana kerja, perbaikan insiden dan indikator mutu yang tidak tercapai di Unit/Instalasi
  - d. Perubahan dan penyusunan dokumen
2. **Tim PMKP dengan Komite Medik**
  - a. Koordinasi dalam pelaksanaan Penilaian Kinerja dokter dan kredensial dokter
  - b. Koordinasi dalam pelaksanaan audit Clinical Pathway
  - c. Koordinasi dalam pelaksanaan dan tindak lanjut Laporan Insiden yang berhubungan dengan dokter yang merawat di Rumah Sakit Mata Undaan
3. **Tim PMKP dengan Tim Farmasi Terapi**
  - a. Koordinasi dalam pelaksanaan pemilihan Formularium obat
  - b. Koordinasi dalam tindak lanjut dan perbaikan terhadap kejadian Medication Error di Rumah Sakit Mata Undaan

**4. Tim PMKP dengan Rekam Medik**

- a. Melaporkan kejadian insiden dan risiko yang di temukan dan terjadi di unit/instalasi
- b. Monitoring dan melaporkan indikator Mutu unit/instalasi kerja
- c. Bekerjasama dalam pelaksanaan validasi data indikator yang di publikasikan
- d. Melaksanakan koordinasi untuk rencana kerja dan perbaikan insiden dan indikator mutu yang tidak tercapai di Unit/Instalasi
- e. Perubahan dan penyusunan dokumen

**5. Tim PMKP dengan Tim K3RS**

- a. Koordinasi dan melaporkan hasil audit pengawasan dan monitoring keselamatan dan keamanan fasilitas RS
- b. Koordinasi dan bekerjasama dalam melaksanakan manajemen risiko
- c. Melaksanakan koordinasi untuk rencana kerja dan perbaikan terhadap laporan insiden dan indikator mutu yang tidak tercapai

**6. Tim PMKP dengan Tim PPI**

- a. Koordinasi dan melaporkan data pemantauan indikator mutudanlaporansurveillance
- b. Bekerja sama dalam pelaksanaan validasi data untuk indikator mutu yang akan di tampilkan di Publik
- c. Melaksanakan koordinasi untuk rencana kerja dan perbaikan terhadap laporan insiden dan indikator mutu yang tidak tercapai

## BAB IX KEGIATAN

Kegiatan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien meliputi:

1. Memfasilitasi standarisasi asuhan klinis PPK dan Clinical Pathway
  - a. Pembentukan tim clinical pathway
  - b. Mengevaluasi pelaksanaan PPK dan CP
  - c. Melakukan audit medik PPK dan CP
  - d. Merevisi PPK dan CP
  - e. Membuat dan menetapkan CP baru tiap tahun (Jika ditemukan banyak varian)
  - f. Sosialisasi dan implementasi PPK dan CP yang baru
  - g. Memfasilitasi penyusunan standarisasi asuhan Klinis (keperawatan dan Gizi)
2. Pengukuran Indikator Mutu dan keselamatan pasien
  - a. Evaluasi capaian indikator
  - b. Menetapkan program mutu rumah sakit dan program prioritas rumah sakit
  - c. Menyusun indikator mutu (Nasional, Rumah Sakit, dan Unit)
  - d. Menyusun profil indikator mutu (Nasional, Rumah Sakit, dan Unit)
  - e. Melaksanakan program mutu rumah sakit dan program prioritas rumah sakit
  - f. Melaksanakan pengukuran indikator mutu (Nasional, Rumah Sakit, dan Unit)
  - g. Melakukan surveilan PPI
  - h. Melaksanakan Rapat mutu rumah sakit
  - i. Melaksanakan manajemen data (pemilihan, pengumpulan, analisa, validasi data)
  - j. Penyusunan laporan mutu ke direktur
3. Melaksanakan keselamatan pasien
  - a. Melaksanakan 6 sasaran keselamatan pasien
  - b. Pemantauan laporan insiden keselamatan pasien
  - c. Melaksanakan manajemen risiko
  - d. Melaksanakan budaya keselamatan
  - e. Penyusunan FMEA
4. Melaksanakan penilaian kinerja
  - a. Penilaian kinerja rumah sakit
  - b. Penilaian kinerja unit / instalasi kerja
  - c. Penilaian kinerja individu (pimpinan rumah sakit, unit, tenaga profesi kesehatan, dan tenaga non kesehatan)
5. Mengevaluasi penilaian kinerja kontrak dan perjanjian lain
  - a. Penilaian kinerja *Cleaning service*
  - b. Penilaian kinerja admisi
  - c. Penilaian Laboratorium kerjasama
  - d. Penilaian Pembuangan sampah medis dan non medis
  - e. Penilaian Snack untuk pasien *One Day Care*
  - f. Penilaian *Catering* pasien
  - g. Penilaian *Catering* karyawan
  - h. Penilaian Rumah Sakit Rujukan
  - i. Penilaian pemeliharaan AC
  - j. Penilaian kalibrasi alat
  - k. Penilaian kerja sama asuransi
6. Melaksanakan diklat PMKP
  - a. Setiap karyawan mendapatkan pendidikan terkait mutu dan keselamatan pasien

- b. Melaksanakan diklat internal dan eksternal
  - c. Melaksanakan diklat untuk pimpinan rumah sakit, tim mutu, dan PIC data
  - d. Diklat PMKP
  - e. Diklat Manajemen risiko
  - f. Diklat SKP
  - g. Diklat RCA dan FMEA
  - h. Diklat manajemen data
7. Monitoring pelaksanaan program PMKP diunit/instalasi kerja
- a. Pemantauan pelaksanaan program kerja PMKP di unit/instalasi kerja
  - b. Penyusunan laporan tahunan pelaksanaan kegiatan program mutu
8. Melaksanakan pencatatan dan pelaporan PMKP
- a. Melaksanakan pencatatan / pengumpulan data harian di unit / instalasi kerja
  - b. Melakukan Analisa dan validasi data
  - c. Mengevaluasi laporan insiden keselamatan pasien
  - d. Pelaporan capaian indikator dan pelaksanaan kegiatan program mutu pada direktur
9. Melaksanakan monitoring dan evaluasi kegiatan PMKP
- a. Melakukan rapat mutu rutin bersama tim mutu, direktur, pengumpul data, dan ka. Ins / unit kerja
  - b. Melakukan monitoring pada proses pengumpulan data harian, penyusunan laporan bulanan dan trimulanan oleh unit / instalasi



## BAB X METODE PERBAIKAN

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 ruah sakit. Upaya Peningkatan Mutu di atas mengacu pada siklus pengendalian (*Control Cycle*) dengan memutar siklus “*Plan-Do-Study-Action*” (*P-D-S-A*) = Relaksasi (rencanakan – laksanakan – amati – aksi).



### 1. Menentukan tujuan dan sasaran → Plan

Tujuan dan sasaran yang akan dicapai didasarkan pada kebijakan yang ditetapkan. Penetapan sasaran tersebut ditentukan oleh Kepala RS atau Kepala Divisi. Penetapan sasaran didasarkan pada data pendukung dan analisis informasi.

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

### 2. Menentukan metode untuk mencapai tujuan → Plan

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

### 3. Menyelenggarakan pendidikan dan latihan → Do

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

### 4. Melaksanakan pekerjaan → Do

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

timbul dalam pelaksanaan pekerjaan karena ketidaksempurnaan standar kerja yang telah ditetapkan.

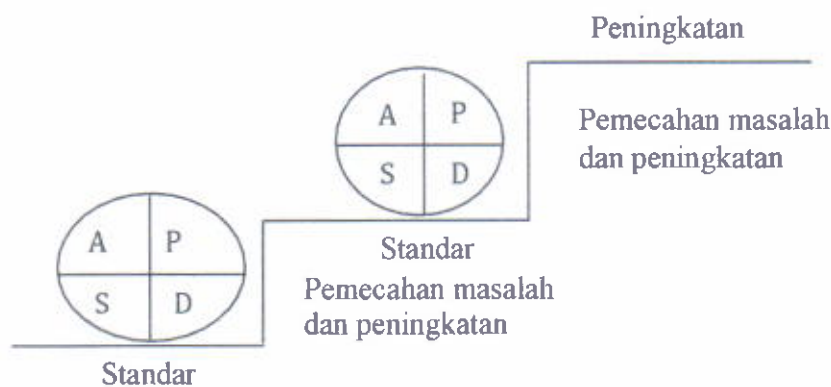
### 5. Memeriksa akibat pelaksanaan →Study

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.

### 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.

Pola P-D-S-A ini dikenal sebagai “siklus Shewart”, karena pertama kali dikemukakan oleh Walter Shewhart beberapa puluh tahun yang lalu. Namun dalam perkembangannya, metodologi analisis P-D-S-A lebih sering disebut “siklus Deming”. Hal ini karena Deming adalah orang yang mempopulerkan penggunaannya dan memperluas penerapannya. Dengan nama apapun itu disebut, P-D-S-A adalah alat yang bermanfaat untuk melakukan perbaikan secara terus menerus (*continous improvement*) tanpa berhenti. Konsep P-D-S-A tersebut merupakan panduan bagi setiap manajer untuk proses perbaikan kualitas (*quality improvement*) secara terus menerus tanpa berhenti tetapi meningkat ke keadaan yang lebih baik dan dijalankan di seluruh bagian organisasi.



Konsep PDSA dengan keenam langkah tersebut merupakan sistem yang efektif untuk meningkatkan kualitas pelayanan. Untuk mencapai kualitas pelayanan yang akan dicapai diperlukan partisipasi semua karyawan, semua bagian dan semua proses. Partisipasi semua karyawan dalam pengendalian kualitas pelayanan diperlukan kesungguhan (*sincerety*), yaitu sikap yang menolak adanya tujuan yang semata-mata hanya berguna bagi diri sendiri atau menolak cara berfikir dan berbuat yang semata-mata bersifat pragmatis. Dalam sikap

kesungguhan tersebut yang dipentingkan bukan hanya sasaran yang akan dicapai, melainkan juga cara bertindak seseorang untuk mencapai sasaran tersebut.

Partisipasi semua pihak dalam 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 outcome, 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.

## BAB XI PENCATATAN DAN PELAPORAN

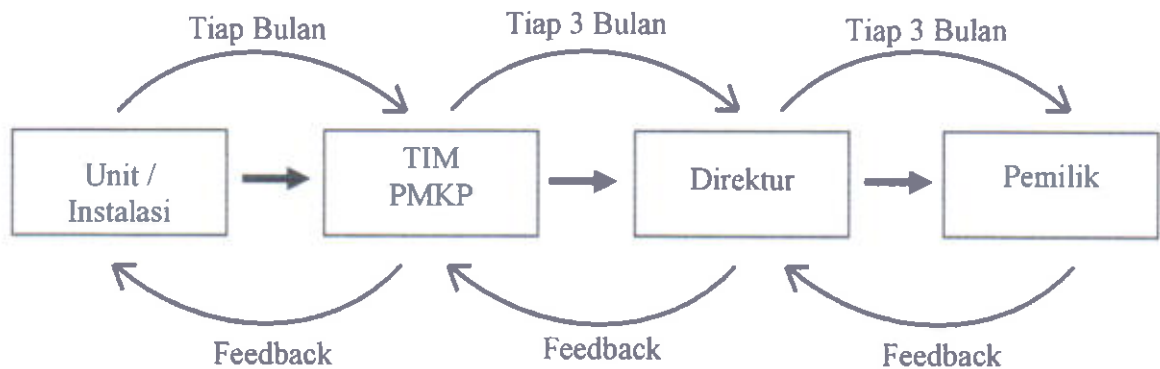
### 11.1 Pencatatan

1. Pengumpul data unit/instalasi melakukan pencatatan sensus harian setiap hari dan dilaporkan penanggung jawab data unit (Ka. Ins/Ka. Unit)
2. Pencatatan program PMKP dilaksanakan setiap akhir kegiatan dan tiap tiga bulan pelaporan kegiatan dilaporkan kepada Direktur Rumah Sakit melalui Pelaporan Realisasi Program Kerja PMKP untuk ditindak lanjuti. Tindak lanjut yang dilakukan ini kemudian akan dievaluasi ulang untuk melihat apakah proses perbaikan sudah terlaksana atau tidak.
3. Karyawan yang menemukan insiden terkait pasien, keluarga pasien, dan karyawan mencatat dan mengisi form insiden keselamatan sampai poin kronologi kejadian. Setiap terjadi insiden keselamatan pasien unit langsung membuat laporan insiden untuk dilaporkan, kemudian dilakukan RCA/grading dan dilakukan pembahasan dengan sub komite keselamatan pasien dan Ketua Komite Mutu dan Keselamatan Pasien bersama manajemen rumah sakit.

### 11.2 Pelaporan

Kegiatan	Pelaporan kepada :		Keterangan
	Tim Mutu	Direktur	
Indikator Mutu	Tiap Bulan	3 bulanan	Melalui laporan tri wulanan PMKP
Program mutu	Tiap selesai pelaksanaan program	3 bulanan	Melalui laporan tri wulanan PMKP
Manajemen Risiko Klinik	1 tahun sekali Dan insidentil	Tahunan	Melalui laporan manajemen risiko dan risk manajemen
Root Cause Analysis	Insidentil	3 bulan	Melalui laporan insiden kejadian pasien
FMEA	Tahunan	Tahunan	Laporan FMEA
Audit PPK dan CP	Tahunan	Tahunan	Laporan Audit PPK dan CP
Pendidikan & Pelatihan PMKP	Tiap selesai pelaksanaan program	3 bulanan	Melalui laporan tri wulanan
Pencegahan dan pengendalian infeksi	Tiap bulan	3 bulanan	Melalui laporan kegiatan mutu bersama PPI
Akreditasi RSUD	Tahunan	Tahunan	Melalui laporan mutu

### 11.3 Alur Pelaporan Indikator Mutu



- a. Indikator mutu di laporkan oleh Ka. Ins / Unit pada tim Mutu setiap bulan dalam bentuk analisis dan gambaran capaian mutu
- b. Setiap 3 bulanan (triwulanan), tim mutu rumah sakit menyusun laporan capaian indikator dan di laporkan pada direktur
- c. Setiap 3 bulanan (triwulanan), direktur mengevaluasi laporan capaian indikator rumah sakit dan di laporkan pada pemilik
- d. Pemilik mengevaluasi laporan mutu dan memberikan feedback kepada direktur
- e. Direktur menerima feedback dari pemilik dan akan di koordinasikan dengan tim mutu
- f. Tim mutu menerima feedback dari direktur dan berkoordinasi dengan unit / instalasi / pelayanan terkait.
- g. Pelaporan insiden keselamatan pasien di buat oleh penemu insiden dan akan di grading oleh ka. Ins / Unit Terkiat dan selanjunya di laporkan pada tim skp dalam kurang dari 2x24 jam setelah kejadian
- h. Tim skp akan berkordinasi dengan tim mutu untuk menyusun laporan insiden keselamatan pasin setiap 3 bulan (untuk insiden dengan grading selain merah), dan akan di laporkan insidentil jika insiden tersebut grading merah
- i. Direktur memberikan feedback atas laporan insiden kejadian pasien dan akan langsung berkoordinasi dengan unit/instalasi terkait



## **BAB XII**

### **MONITORING DAN EVALUASI**

#### **10.1 Monitoring**

1. Monitoring program dan capaian indikator peningkatan mutu dan keselamatan pasien melalui pertemuan rutin tim mutu setiap bulan
2. Monitoring capaian indikator rumah sakit dilakukan 3 bulan sekali melalui laporan tri wulanan dalam rapat rutin antara tim mutu, direksi dan struktural

#### **10.2 Evaluasi**

1. Tim Mutu rumah sakit mata undaan melakukan monitoring terhadap proses manajemen data secara kontinyu dan berkelanjutan pada unit / instalasi kerja
2. Evaluasi pedoman, kebijakan dan SPO mutu dan keselamatan pasien dilakukan secara berkala (paling lama 3 tahun) oleh tim mutu dan direview setiap 1 tahun sekali
3. Tim mutu melakukan rapat mutu rutin setiap bulan dengan direktur, pengumpul data, dan ka. unit / instalasi kerja
4. Tim mutu dapat melakukan rapat mutu yang bersifat situasional dengan pihak terkait
5. Evaluasi program kerja dan capaian indikator dilakukan dalam bentuk penyusunan laporan mutu tri wulanan yang akan dilaporkan pada direktur
6. Tim Mutu dan Keselamatan Pasien RS. Mata Undaan Surabaya secara berkala (paling lama 1 tahun) melakukan evaluasi pedoman, kebijakan dan prosedur keselamatan pasien yang dipergunakan di RS. Mata Undaan Surabaya
7. Tim Mutu dan Keselamatan Pasien RS. Mata Undaan Surabaya melakukan evaluasi kegiatan setiap bulan dan membuat tindak lanjutnya

### BAB XIII PENUTUP

Pedoman yang disusun ini merupakan langkah awal sebagai pedoman/panduan bagi rumah sakit untuk melakukan pengukuran, evaluasi dan tindak lanjut terhadap Indikator Rumah Sakit. Pedoman ini diharapkan dapat diterapkan oleh RS dan menjadi pedoman bersama dalam mengukur Indikator rumah sakit.

Hasil pengukuran indikator rumah sakit tersebut kedepannya diharapkan dapat diakses dan dipublikasikan untuk perbaikan internal rumah sakit dan eksternal untuk bukti akuntabilitas pada masyarakat. Buku pedoman ini masih dalam tahap perkembangan sehingga tidak menutup kemungkinan adanya masukan demi tercapainya perbaikan bagi buku pedoman ini.

Ditetapkan di Surabaya  
Pada tanggal 19 Maret 2019  
Direktur,



dr. Sudjarno, Sp.M (K)