

**KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN
NOMOR : 15/II /KEP/DIR/RSMU/II/2024
TANGGAL : 15 JANUARI 2024
TENTANG
PROGRAM PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN
RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA TAHUN 2024**

DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA

Menimbang : a. Bahwa dalam rangka meningkatkan pelayanan mutu, efisiensi dan efektifitas serta pelaksanaan tugas tim peningkatan mutu dan keselamatan pasien di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya perlu adanya program kerja;
b. Bahwa untuk mewujudkan pelayanan tim peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang terstandar, terorganisir dan terstruktur di rumah sakit;
c. Bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud huruf (a) dan (b), maka perlu ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan;
2. Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja menjadi Undang-undang
3. Permenkes Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit;
4. Permenkes Nomor 80 Tahun 2020 tentang Komite Mutu;
5. Peraturan Perhimpunan Perawatan penderita Penyakit Mata (P4M) Undaan Nomor: 029/P4MU/IV/2018 tentang Peraturan Internal Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya;
6. Peraturan Perhimpunan Perawatan Penderita Penyakit Mata Undaan (P4MU) Undaan Nomor : 012/P4MU/X/2020 tentang Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya;
7. Keputusan Direktur Rumah Sakit Mata Undaan Nomor: 1287/KEP/DIR/XI/2021 tentang Komite Mutu Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA TENTANG PROGRAM PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA TAHUN 2024.

Kesatu : Menetapkan dan memberlakukan Program Peningkatan Mutu Dan Keselamatan Pasien Tahun 2024 di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.

Kedua : Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien Tahun 2024 di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya sesuai dengan Lampiran Peraturan Direktur ini.

- Ketiga : Keputusan ini mencabut Keputusan Direktur nomor 1781/KEP/DIR/RSMU/I/2022 tentang Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien Tahun 2022 sehingga keputusan tersebut tidak berlaku lagi.
- Keempat : Keputusan Direktur ini berlaku sejak tanggal ditetapkannya hingga 31 Desember 2024.

Ditetapkan di Surabaya
Pada tanggal 15 Januari 2024
Direktur,



RS MATA
UNDAAN

dr. Sahata P.H. Napitupulu, Sp.M (K)

LAMPIRAN
 KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN
 NOMOR : 1511 /KEP/DIR/RSMU/I/2024
 TANGGAL : 15 JANUARI 2024
 TENTANG
 PROGRAM PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN
 PASIEN RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA
 TAHUN 2024

DAFTAR ISI

DAFTAR ISI.....	3
LEMBAR PENGESAHAN.....	4
I. PENDAHULUAN.....	4
II. LATAR BELAKANG.....	5
2.1 Isu Strategi dan Kebijakan.....	5
2.2 Capaian Kegiatan.....	6
III. TUJUAN.....	7
3.1 Tujuan Umum.....	7
3.2 Tujuan Khusus.....	7
IV. KEGIATAN POKOK DAN RINCIAN KEGIATAN.....	7
4.1 Kegiatan Pokok.....	7
4.2 Rincian Kegiatan.....	8
V. CARA MELAKSANAKAN KEGIATAN.....	10
VI. SASARAN.....	10
VII. JADWAL PELAKSANAAN KEGIATAN.....	12
VIII. EVALUASI PELAKSANAAN KEGIATAN.....	14
IX. PENCATATAN DAN PELAPORAN KEGIATAN.....	14
9.1 Pencatatan Pelaksanaan Kegiatan.....	14
9.2 Validitas Data.....	14
9.3 Pelaporan Hasil Kegiatan.....	14
9.4 Evaluasi Program.....	15
X. PENUTUP.....	15

**PROGRAM
PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN
RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA TAHUN 2024**

SURABAYA, JANUARI 2024

Diajukan Oleh,
Ketua Komite Mutu
Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya



dr. Dewi Rosarina, Sp.M

Diketahui Oleh,
Direktur Rumah Sakit Mata Undaan



dr. Sahata P.H. Napitupulu, Sp.M (K)

Disetujui Oleh,
Ketua Badan Pengurus
Perhimpunan Perawatan Penderita Penyakit Mata Undaan



Dr. Drs. Arif Afandi, M.Si

I. PENDAHULUAN

Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya adalah rumah sakit swasta yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang secara khusus melayani penderita penyakit mata. Rumah Sakit ini berdiri tahun 1933 dengan nama *Soerabaiache Oogheelkun dige Kliniek*. Persaingan kini lebih mengarah pada kualitas pelayanan baik medis maupun non medis untuk mendapatkan pelanggan baru dan tetap mempertahankan pelanggan yang lama.

Upaya peningkatan mutu disegala bidang, dengan kata lain Standar Akreditasi Rumah Sakit adalah cerminan mutu Rumah Sakit, maka program kerja Rumah Sakit Mata Undaan tahun 2024 mengacu pada persiapan dan pemenuhan standar mutu menurut Starkes 2024. Guna mewujudkan kualitas pelayanan yang dapat memuaskan semua pelanggan rumah sakit, maka perlu didukung oleh tiga pilar penting yaitu *input*, *proses*, dan *output*. Beberapa hal tersebut tercermin dalam Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien dengan beberapa indikator kunci yang harus dipahami oleh direksi sampai dengan seluruh unit/bagian/instalasi di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.

Penetapan indikator mutu dan keselamatan pasien tidak boleh berhenti apabila indikator tersebut telah tercapai, namun indikator harus lebih ditingkatkan lagi. Penetapan indikator yang merupakan pengukuran indikator mutu di Rumah Sakit akan menghasilkan akumulasi data dan informasi. Penyebaran informasi tentang peningkatan mutu dan keselamatan pasien dilakukan kepada seluruh karyawan rumah sakit dan pemilik, serta kebutuhan publikasi kepada masyarakat luas. Agar upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya berlangsung secara terus menerus, maka perlu disusun Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit Mata Undaan tahun 2024. Program peningkatan mutu pelayanan kesehatan adalah program yang berkelanjutan yang disusun secara obyektif dan sistematis untuk memantau dan mengevaluasi kualitas pelayanan kesehatan. Mutu adalah suatu konsep yang komprehensif.

II. LATAR BELAKANG

2.1 Isu Strategi dan Kebijakan

Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya tahun 2024 ini dibuat sesuai dengan Permenkes nomor 80 tahun 2020 tentang Komite Mutu, dimana setiap Rumah Sakit wajib menjalankan tata kelola mutu. Dalam rangka efektifitas dan efisiensi penyelenggaraan tata kelola mutu rumah sakit, maka dibentuklah Komite Mutu yang di dalamnya terbagi menjadi sub komite manajemen mutu, manajemen risiko, manajemen keselamatan pasien, dan persiapan dan penyelenggaraan akreditasi untuk melaksanakan masing-masing fungsinya.

Komite Mutu Rumah Sakit memiliki koordinasi bersama dengan semua Unit/Instalasi dan Komite lain dalam mencapai tujuan memaksimalkan keefektifan dan efisiensi sistem yang sudah ada. Koordinasi tersebut menggunakan suatu pendekatan yang sistematis untuk menyatakan betapa pentingnya keunggulan bagi individu dan tim, serta menawarkan suatu alat kerja yang dapat mengukur tingkat kinerja serta dapat memfasilitasi perbaikan berkelanjutan.

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 melakukan berbagai standar dan prosedur yang telah ditetapkan. Rumah sakit diharapkan dapat memberikan penilaian mandiri (*self assessment*) dan memberikan pelayanan sesuai ketentuan yang telah ditetapkan. Sebagai kelanjutan untuk mengukur hasil kerjanya perlu alat ukur lainnya yaitu, instrumen mutu pelayanan Rumah Sakit yang menilai dan memecahkan masalah pada hasil (*output*). Tanpa mengukur hasil kinerja rumah sakit, maka tidak dapat diketahui apakah *input* dan proses yang baik telah menghasilkan *output* yang baik pula. Indikator mutu rumah sakit disusun bertujuan untuk mengukur kinerja rumah sakit sesuai standar yang telah ditetapkan.

Para ahli menyebutkan beberapa dimensi mutu yang berbeda berdasarkan level kepentingan yang tergantung pada konteks dimana mutu dilaksanakan. Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya tahun 2024 mengukur dimensi mutu sesuai dengan standar akreditasi yaitu:

1. Aman
Meminimalisasi terjadinya kerugian (*harm*), cedera dan kesalahan medis yang bisa dicegah kepada mereka yang menerima pelayanan.
2. Berorientasi pasien
Menyediakan pelayanan yang terkoordinasi lintas fasilitas pelayanan kesehatan dan pemberi pelayanan, serta menyediakan pelayanan kesehatan untuk seluruh siklus kehidupan.
3. Efektif
Menyediakan pelayanan kesehatan yang berbasis bukti.
4. Tepat waktu
Mengurangi waktu tunggu dan keterlambatan pemberian pelayanan kesehatan.
5. Efisien
Mengoptimalkan sumber daya yang ada, tanpa pemborosan bahan.
6. Kesetaraan/adil
Menyediakan pelayanan yang seragam tanpa membedakan jenis kelamin, suku, etnik, tempat tinggal, agama, sosial, dan ekonomi.

2.2 Capaian Kegiatan

Capaian kegiatan program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien tahun 2023 adalah sebagai berikut:

- a. Pengukuran indikator mutu
 - 1) Indikator nasional mutu (INM) yang diukur pada tahun 2023 berjumlah 12 indikator dan 12 indikator sudah mencapai target.
 - 2) Indikator mutu prioritas rumah sakit (IMP-RS) yang tidak memenuhi target dan tidak menunjukkan peningkatan capaian pada tahun 2023 adalah indikator "Kepatuhan Kehadiran Dokter Spesialis di Poliklinik" (capaian sebesar 24%, sedangkan target adalah 90%) dan Kepuasan Pasien Rawat Jalan (capaian sebesar 88%, sedangkan target adalah 95%)
 - 3) Indikator mutu prioritas unit yang tidak memenuhi target pada tahun 2023 adalah sebagai berikut:
 - Asesmen awal medis terisi kurang dari 24 jam dengan rata-rata capaian sebesar 96,81%, sedangkan target 100%.
 - Waktu Tanggap Pelayanan Dokter di Instalasi Gawat Darurat \leq 5 Menit dengan rata-rata capaian sebesar 96,77%, sedangkan target 100%.
 - Ketidakhadiran *informed consent* dengan capaian sebesar 1,71%, sedangkan target 0%.
 - Ketidakhadiran catatan medis pasien (KLPCM) dengan capaian sebesar 1,26%, sedangkan target 0%.
 - Tidak adanya dokumen perjanjian rumah sakit yang kadaluarsa dengan capaian sebesar 99,19%, sedangkan target 100%.
- b. Pelaporan insiden keselamatan pasien
 - 1) Terdapat 45 (empat puluh lima) Kejadian Nyaris Cedera (KNC) yang terjadi di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya pada tahun 2023.

- 2) Terdapat 19 (sembilan belas) Kejadian Tidak Cedera (KTC) yang terjadi di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya pada tahun 2023.
 - 3) Terdapat 15 (lima belas) Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) yang terjadi di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya pada tahun 2023.
 - 4) Terdapat 4 (empat) Kejadian Potensial Cedera Signifikan (KPCS) yang terjadi di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya pada tahun 2023.
 - 5) Terdapat 0 (nol) kejadian sentinel di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya pada tahun 2023.
- c. Hasil pengukuran survei budaya keselamatan yang dilaksanakan pada tahun 2023, menyatakan bahwa rata-rata respon positif budaya keselamatan pasien masih tergolong sedang dengan persentase sebesar 69,4%. Dari 10 (sepuluh) dimensi, tidak didapatkan dimensi dengan kategori lemah. Terdapat 8 (delapan) dimensi dengan rata-rata respon positif yang masuk dalam kategori SEDANG dan 2 (dua) dimensi dengan kategori KUAT.

III. TUJUAN

3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dari Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien tahun 2024 adalah terlaksananya peningkatan mutu pelayanan Rumah Sakit secara berkelanjutan dan berkesinambungan (*Continuous Quality Improvement*) melalui pengukuran indikator mutu, keselamatan pasien, manajemen risiko, dan penyelenggaraan akreditasi.

3.2 Tujuan Khusus

Berdasarkan tujuan umum yang sudah dijabarkan sebelumnya, maka tujuan khusus yang akan dicapai tahun 2024 yaitu:

1. Meningkatkan mutu pelayanan klinis melalui standarisasi asuhan klinis dan monitoring indikator mutu.
2. Meningkatkan mutu pelayanan manajemen melalui monitoring indikator mutu.
3. Meningkatkan keselamatan pasien melalui pelaporan insiden dan penerapan sasaran keselamatan pasien.
4. Terciptanya budaya melayani yang berorientasi pada keselamatan pasien di Rumah Sakit.
5. Menetapkan daftar risiko dan pemantauan risiko di semua Unit/Instalasi Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.
6. Melaksanakan persiapan dan penyelenggaraan akreditasi.

IV. KEGIATAN POKOK DAN RINCIAN KEGIATAN

4.1 Kegiatan Pokok

Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya menetapkan Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien yang akan diterapkan pada semua unit tahun 2024. Kegiatan pokok pada Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien meliputi:

- a. Pengukuran mutu indikator termasuk indikator nasional mutu (INM), indikator mutu prioritas rumah sakit (IMP RS) dan indikator mutu prioritas unit (IMP Unit).
- b. Meningkatkan perbaikan mutu dan mempertahankan perbaikan berkelanjutan.
- c. Menerapkan PPK/Algoritme/Protokol, melakukan pengukuran dengan *clinical pathway*, dan melaksanakan audit medis.
- d. Mengukur dampak efisiensi dan efektivitas prioritas perbaikan terhadap keuangan dan sumber daya misalnya SDM.
- e. Pelaporan dan analisis insiden keselamatan pasien.

- f. Penerapan sasaran keselamatan pasien.
- 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.

4.2 Rincian Kegiatan

Mengacu pada kegiatan pokok poin A-I, rincian kegiatan yang akan dilaksanakan untuk mendukung kegiatan pokok tersebut adalah sebagai berikut:

- a. Pengukuran mutu indikator termasuk indikator nasional mutu (INM), indikator mutu prioritas rumah sakit (IMP RS) dan indikator mutu prioritas unit (IMP Unit).
 - 1) Penyusunan kebijakan, pedoman dan program kerja terkait pengelolaan dan penerapan program mutu pelayanan rumah sakit.
 - 2) Pelaksanaan dukungan untuk implementasi budaya mutu di rumah sakit.
 - 3) Pemilihan indikator mutu prioritas rumah sakit dan unit. Tanggung jawab direktur dan pimpinan rumah sakit adalah menetapkan prioritas perbaikan di tingkat rumah sakit yaitu perbaikan yang akan berdampak luas/menyeluruh dan dapat dilakukan di berbagai unit klinis maupun non klinis. Prioritas perbaikan tersebut harus dilakukan pengukuran dalam bentuk indikator mutu prioritas rumah sakit (IMP-RS). Pengukuran prioritas perbaikan tingkat rumah sakit meliputi: Indikator terkait 6 Sasaran Keselamatan Pasien, indikator terkait pelayanan klinis prioritas, indikator terkait tujuan strategis rumah sakit, indikator terkait perbaikan sistem, indikator terkait manajemen risiko, dan indikator terkait penelitian klinis. Pemilihan prioritas pengukuran dan perbaikan menggunakan kriteria sebagai berikut: masalah yang paling banyak di rumah sakit, jumlah yang banyak (*high volume*), proses berisiko tinggi (*high process*), ketidakpuasan pasien dan staf, kemudahan dalam pengukuran, ketentuan pemerintah/persyaratan eksternal, sesuai dengan tujuan strategis rumah sakit, dan memberikan pengalaman pasien lebih baik.
- b. Meningkatkan perbaikan mutu dan mempertahankan perbaikan berkelanjutan.
 - 1) Rumah sakit telah membuat rencana perbaikan dan melakukan uji coba menggunakan metode yang telah teruji dan menerapkannya untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien.
 - 2) Rumah sakit memfasilitasi pelaksanaan prioritas perbaikan baik dari segi keuangan dan atau sumber daya.
 - 3) Rumah sakit memiliki kesinambungan data mulai dari pengumpulan data sampai perbaikan yang dilakukan dan dapat dipertahankan.
 - 4) Rumah sakit memiliki bukti perubahan regulasi dan perubahan proses yang diperlukan untuk mempertahankan perbaikan.
Pimpinan rumah sakit akan menilai dampak perbaikan berupa dampak primer (hasil capaian setelah dilakukan perbaikan misalnya tercapainya target kepuasan pasien) dan dampak sekunder (dampak terhadap efisiensi setelah dilakukan perbaikan misalnya penghematan biaya, perubahan alur pelayanan, dan sebagainya)
- c. Menerapkan PPK/Algoritme/Protokol, melakukan pengukuran dengan *Clinical Pathway*, dan melaksanakan audit medis.
 - 1) Menyelenggarakan rapat Direksi dengan Komite Mutu, Komite Medik, dan Komite Keperawatan guna menentukan 5 PPK/CP yang akan dievaluasi dan menentukan topik audit medis.

- 2) Rumah sakit menerapkan standar pelayanan kedokteran berdasarkan PPK dievaluasi dengan *Clinical Pathway*.
 - 3) Menyelenggarakan rapat rutin untuk evaluasi 5 PPK/CP setiap triwulan dan analisis audit medis setiap semester (6 (enam) bulan).
- d. Mengukur dampak efisiensi dan efektivitas prioritas perbaikan terhadap keuangan dan sumber daya misalnya SDM.
- 1) Pimpinan rumah sakit membuat keputusan tentang pengadaan dan pembelian yang berdasarkan pertimbangan mutu dan dampaknya pada keselamatan.
 - 2) Pimpinan rumah sakit mengembangkan proses untuk mengumpulkan data dan informasi untuk pembelian ataupun keputusan mengenai sumber daya untuk memastikan bahwa keputusannya sudah berdasarkan pertimbangan mutu dan keselamatan pasien.
 - 3) Melakukan rapat guna mengukur dampak efisiensi dan efektivitas prioritas perbaikan terhadap keuangan dan atau sumber daya misalnya SDM.
- e. Pelaporan dan analisis insiden keselamatan pasien.
- 1) Pimpinan rumah sakit menetapkan sistem pelaporan dan pembelajaran keselamatan pasien (SP2KP-RS) termasuk definisi, jenis IKP meliputi kejadian sentinel (a – o), KTD, KNC, KTC, dan KPCS, mekanisme pelaporan dan analisisnya serta pembelajarannya.
 - 2) Pimpinan rumah sakit melakukan tindakan perbaikan korektif dan memantau efektivitasnya untuk mencegah atau mengurangi berulangnya kejadian sentinel, KTD, KNC, KTC, dan KPCS.
- f. Penerapan sasaran keselamatan pasien meliputi: ketepatan identifikasi, peningkatan komunikasi yang efektif, peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai, kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien operasi, pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan, dan pengurangan risiko pasien jatuh.
- 1) Penyusunan kebijakan dan pedoman terkait keselamatan pasien rumah sakit.
 - 2) Menyediakan alat, sarana dan prasarana guna penerapan sasaran keselamatan pasien di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.
- g. Evaluasi kontrak klinis dan kontrak manajemen.
- 1) Pimpinan rumah sakit bertanggung jawab untuk mengkaji, memilih, dan memantau kontrak klinis dan non klinis serta melakukan evaluasi termasuk inspeksi kepatuhan layanan sesuai kontrak yang disepakati.
 - 2) Pimpinan rumah sakit menginspeksi kepatuhan layanan kontrak sesuai kebutuhan.
 - 3) Semua kontrak menetapkan data mutu yang harus dilaporkan kepada rumah sakit disertai frekuensi dan mekanisme pelaporan, serta bagaimana rumah sakit akan merespon jika persyaratan atau ekspektasi mutu tidak terpenuhi.
- h. Pelatihan semua staf sesuai perannya dalam program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
- 1) Melaksanakan pendidikan dan pelatihan di internal rumah sakit berupa:
 - Pelatihan mengenai konsep dan prinsip PMKP yang dilaksanakan setahun sekali ke seluruh staf rumah sakit.
 - Orientasi karyawan baru, pelajar, dan mahasiswa magang mengenai konsep dan prinsip PMKP.
 - Pelatihan kepada Pimpinan Unit/Instalasi, Staf Komite Mutu, dan PIC Data Unit/Instalasi mengenai PMKP dan Manajemen Risiko.

- Pelatihan kepada Pimpinan dan PIC Data Unit/Instalasi terkait sistem pelaporan dan manajemen data indikator mutu dan insiden keselamatan pasien.
- 2) Melaksanakan pendidikan dan pelatihan eksternal berupa:
 - Pelatihan kepada Direksi, Ketua, dan Staf Komite Mutu terkait konsep dan prinsip PMKP.
 - Pelatihan kepada Ketua dan Staf Komite Mutu terkait manajemen data PMKP.
- i. Mengkomunikasikan hasil pengukuran mutu meliputi masalah mutu dan capaian data kepada staf.
 - 1) Rapat guna diseminasi informasi mengenai hasil program PMKP secara berkala setiap triwulan kepada Direktur dan Pimpinan Unit/Instalasi.
 - 2) Pimpinan rumah sakit menetapkan media diseminasi informasi kepada seluruh staf yaitu *story board* dan pertemuan staf.

V. CARA MELAKSANAKAN KEGIATAN

Pelaksanaan program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya tahun 2024 sepenuhnya ditugaskan kepada Komite Mutu Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.

VI. SASARAN

Sasaran dari Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien Tahun 2024 adalah sebagai berikut:

No.	Kegiatan Program	Sasaran
1	Pengukuran mutu indikator termasuk indikator nasional mutu (INM), indikator mutu prioritas rumah sakit (IMP RS) dan indikator mutu prioritas unit (IMP Unit).	Pengukuran indikator mutu oleh seluruh Unit/Instalasi terkait, terlaksana 100%
2	Meningkatkan perbaikan mutu dan mempertahankan perbaikan berkelanjutan	Perbaikan mutu terlaksana dan dapat dipertahankan sesuai dengan target
3	Menerapkan PPK/Algoritme/Protokol, melakukan pengukuran dengan <i>Clinical Pathway</i>	Pelaksanaan evaluasi <i>Clinical Pathway</i> rutin setiap bulan dengan capaian kepatuhan $\geq 80\%$
4	Melaksanakan audit medis	Audit medis terlaksana 2x setiap tahunnya
5	Mengukur dampak efisiensi dan efektivitas prioritas perbaikan terhadap keuangan dan sumber daya misalnya SDM	Pengukuran dampak efisiensi dan efektivitas prioritas perbaikan dilaksanakan pada bulan Agustus dengan melibatkan Direksi dan Bagian Keuangan serta Bagian SDM
6	Pelaporan dan analisis insiden keselamatan pasien	Pelaporan dan analisis insiden keselamatan pasien dilaksanakan sesuai dengan kebijakan dan pedoman yang sudah ditetapkan
7	Penerapan sasaran keselamatan pasien	Sasaran keselamatan pasien diterapkan 100% dalam pemberian pelayanan klinis dan non klinis di Rumah Sakit Mata Undaan
8	Evaluasi kontrak klinis dan kontrak manajemen	Evaluasi terhadap seluruh kontrak klinis dan kontrak manajemen dilakukan rutin setiap tahun dan terlaksana 100%

No.	Kegiatan Program	Sasaran
9	Pelatihan semua staf sesuai perannya dalam program peningkatan mutu dan keselamatan pasien	100% peserta sasaran mengikuti pendidikan dan pelatihan
10	Mengkomunikasikan hasil pengukuran mutu meliputi masalah mutu dan capaian data kepada staf	Rapat guna diseminasi hasil pengukuran mutu dapat terlaksana 100% dan hasil capaian ditampilkan di <i>storyboard</i>

VIII. EVALUASI PELAKSANAAN KEGIATAN

8.1 Evaluasi Perbaikan

Semua data hasil dari pelaksanaan kegiatan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien wajib dilaporkan kepada Komite Mutu baik yang memenuhi target maupun yang tidak memenuhi target yang telah ditetapkan. Apabila target tidak terpenuhi, maka perlu dilakukan evaluasi perbaikan yang kemudian akan dievaluasi ulang untuk melihat apakah proses perbaikan sudah terlaksana dengan efektif atau tidak.

8.2 Hasil Pemantauan

Hasil pemantauan indikator mutu dan manajemen risiko dikumpulkan oleh setiap Unit dan Instalasi. Data yang dikumpulkan masih berupa data mentah yang belum diolah dan dikumpulkan dalam bentuk form sehingga memudahkan untuk menginput dan mengolah menjadi informasi yang berguna.

8.3 Pelaporan Kegiatan

Hasil kegiatan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien dituangkan dalam bentuk laporan yang kemudian akan dilaporkan kepada pemilik dan dewan pengawas Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya setiap tiga bulan sekali dalam rapat evaluasi triwulan. Disamping itu, evaluasi tahunan juga dilakukan guna merangkum hasil pencapaian semua instalasi dan unit kerja selama setahun. Evaluasi tahunan menghasilkan laporan tahunan yang dilaporkan kepada dewan pengawas.

8.4 Evaluasi dan Rekomendasi

Rapat evaluasi triwulan dan tahunan akan menghasilkan rekomendasi yang harus dilakukan oleh Komite Mutu. Rekomendasi yang dihasilkan merupakan cara atau sarana untuk melakukan perbaikan dan pengembangan kualitas pelayanan.

IX. PENCATATAN DAN PELAPORAN KEGIATAN

9.1 Pencatatan Pelaksanaan Kegiatan

Dalam melaksanakan kegiatan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien, menggunakan formulir pencatatan sebagai berikut: form pengumpulan data indikator setiap Unit/Instalasi, form PDSA, form rekapitulasi data indikator di Komite Mutu, form Insiden Keselamatan Pasien, dan form supervisi Indikator Mutu.

9.2 Supervisi dan Validitas Data

Validasi data adalah alat penting untuk memahami mutu dari data dan untuk menetapkan tingkat kepercayaan para pengambil keputusan terhadap data itu sendiri. Pimpinan rumah sakit bertanggung jawab untuk memastikan bahwa data yang dilaporkan ke Dewan Pengawas dan yang dipublikasikan ke masyarakat adalah valid. Keandalan dan validitas pengukuran dan kualitas data dapat ditetapkan melalui proses validasi data internal rumah sakit.

9.3 Pelaporan Hasil Kegiatan

a. Laporan Internal

1. Pelaporan data indikator mutu setiap bulan dari Unit/Instalasi kepada Komite Mutu Rumah Sakit Mata Undaan.
2. Pelaporan insiden keselamatan pasien setiap terjadi insiden kepada Sub Komite Keselamatan Pasien.

3. Pelaporan hasil agregasi dan analisis data indikator mutu dan insiden keselamatan pasien setiap triwulan kepada Direktur dan Dewan Pengawas Rumah Sakit Mata Undaan.
 4. Pelaporan pemantauan risiko setiap semester kepada Direktur dan Dewan Pengawas Rumah Sakit Mata Undaan.
- b. Laporan Eksternal
1. Pelaporan data indikator nasional mutu (INM) melalui website Kementerian Kesehatan (mutufasyankes).
 2. Pelaporan data insiden keselamatan pasien (KTD dan Kejadian Sentinel) melalui website ke KNKP.

9.4 Evaluasi Program

Evaluasi program dibuat dalam bentuk pelaporan setiap tahun yang diserahkan kepada Direktur dan diteruskan kepada pemilik dan Dewan Pengawas Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.

X. PENUTUP

Dengan semakin meningkatnya tuntutan masyarakat terhadap pelayanan di rumah sakit, maka mutu yang bagus dari rumah sakit sangat penting karena itu diperlukan budaya termasuk motivasi yang cukup tinggi untuk bersedia melaksanakan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien, secara berkesinambungan dan berkelanjutan.

Ditetapkan di Surabaya
Pada tanggal 15 Januari 2024
Direktur,



RS MATA
UNDAAN

dr. Sahata P.H. Napitupulu, Sp.M (K)

KONSEP VERBAL NASKAH DINAS

Judul Naskah :	DRAFT SK PROGRAM PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA TAHUN 2024	
Diajukan Oleh :	(TANGGAL + PARAF)	Nomor : 1511 / KEP / DIR / RSMU / 1 / 2024
Diselesaikan Oleh : SHARAH MD	2/12 24  (TANGGAL + PARAF)	Catatan:
Diperiksa Oleh :	 02/12 24 (TANGGAL + PARAF)	
Terlebih Dahulu :	MEMBACA dan CATATAN	
1. Bagian Terkait	 02/12 24 (TANGGAL + PARAF)	
2. GM Umum dan HRD	 4/12 24 (TANGGAL + PARAF)	
3. Wadir Umum dan Keuangan	 5/12 24 (TANGGAL + PARAF)	2024 mau berakhir tok baru mesin? Tahun depan diharapkan antre awal tahun ya.
4. Wadir Pelayanan Medis	 4/12 24 (TANGGAL + PARAF)	
Ditetapkan : Direktur,	5/12/2024  (TANGGAL + PARAF)	