

Lampiran Keputusan Direktur RSUD Mohammad
Natsir
Nomor :
Tentang : Pedoman Peningkatan Mutu Dan
Keselamatan Pasien

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Salah satu unsur kesejahteraan umum dari tujuan nasional adalah terwujudnya derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Tujuan nasional tersebut akan dapat dipenuhi apabila kemampuan hidup sehat bagi setiap penduduk dapat tercapai. Oleh karena itu pelayanan kesehatan yang bermutu akan menjadi salah satu kebutuhan dasar yang diperlukan oleh setiap orang. Meningkatnya pendidikan dan keadaan sosial ekonomi masyarakat akan merubah sistem nilai dan orientasi dalam masyarakat. Masyarakat mulai cenderung menuntut pelayanan umum yang lebih baik, lebih ramah dan lebih bermutu, sehingga perlu upaya peningkatan mutu pelayanan terutama di bidang kesehatan.

Sesuai visi, misi dan tujuan Rumah Sakit banyak kegiatan Rumah Sakit yang harus dilaksanakan, baik yang bersifat pelayanan medis, maupun pelayanan umum bagi pasien sebagai pelanggan utama. RSUD M. Natsir sebagai pusat rujukan untuk Sumatera regional I akan terus melaksanakan upaya peningkatan mutu pelayanan di semua satuan kerja, sehingga pelayanan yang diberikan akan menjawab tuntutan masyarakat.

B. TUJUAN

1. Tujuan Umum

Tercipta dan terjaminnya mutu pelayanan kesehatan prima dan keselamatan pasien yang berorientasi pada mutu paripurna (***total quality manajemen***) dan peningkatan mutu berkelanjutan (***continuous quality improvement***)

2. Tujuan Khusus

- a. Terjaminnya mutu pelayanan melalui indikator mutu rumah sakit yang telah ditetapkan
- b. Terciptanya budaya melayani yang berorientasi pada keselamatan pasien di rumah sakit

- c. Meningkatkan keselamatan pasien melalui pelaporan insiden dan penerapan sasaran keselamatan pasien.
- d. Meningkatkan kinerja unit dan individu melalui penilaian kinerja
- e. Menjadi rumah sakit pendidikan yang mengutamakan peningkatan mutu melalui penjaminan keselamatan pasien rumah sakit
- f. Melaksanakan fungsi persiapan dan penyelenggaraan akreditasi RS

C. RUANG LINGKUP KEGIATAN

1. Monitoring dan evaluasi

- a. Monitoring dan supervisi progres pengumpulan data
- b. Keselamatan pasien
- c. Monitoring kepatuhan mutu
- d. Monitoring melalui aplikasi sismadak
- e. Evaluasi prioritas standar pelayanan kedokteran

2. Rapat

- a. Mengadakan rapat pemilihan penetapan dan penyusunan indikator mutu
- b. Mengadakan rapat koordinasi komite dengan kepala unit dalam pengukuran mutu
- c. Mengadakan rapat komite mutu dengan kepala unit tentang insiden keselamatan pasien di unit layanan
- d. Mengadakan rapat komite mutu dengan kepala unit mengenai pengukuran budaya keselamatan pasien

3. Pelatihan mutu

Dilakukan program pelatihan PMKP untuk pimpinan rumah sakit dan semua staf yang terlibat dalam pengumpulan, analisis dan validasi data mutu. Pelatihan dilakukan oleh narasumber yang kompeten.

4. Orientasi

Semua karyawan wajib dilakukan orientasi tentang peningkatan mutu dan keselamatan pasien, serta manajemen resiko, juga karyawan yang dirotasi, harus diorientasi tentang indikator mutu yang ada di unit tersebut.

5. Supervisi

Komite mutu melakukan monitoring dan supervisi terhadap proses serta progres pengumpulan data dan tindak lanjutnya oleh kepala unit kerja pelayanan seta upaya perbaikan mutu berdasarkan hasil capaian indikator mutu. Format supervisi dalam bentuk ceklis tentang progres pengumpulan data yang berisi ketepatan waktu pelaporan, kebenaran

numerator/denominator, masalah dalam pengumpulan data, alur pelaporan dan tindak lanjut.

6. Evaluasi dan usulan regulasi

Evaluasi data menggunakan analisis tulang ikan, kemudian dievaluasi berdasarkan PDSA dan rencana tindak lanjut data laporan dari unit ke PMKP dan sesudah jadi informasi, informasi ini di feedback kembali ke unit. Hasil evaluasi 3 bulan, kemudian dilakukan pembahasan-pembahasan dan diskusi pada rapat-rapat struktural yang dipimpin direktur. Dari hasil perbaikan akan diusulkan regulasi baru ke direktur.

7. Evaluasi capaian

Evaluasi pelayanan kedokteran dengan panduan praktek klinis dan clinical pathway dilakukan audit medis dan atau klinis sehingga dapat dibuktikan bahwa penggunaan PPK telah mengurangi adanya variasi dari proses dan hasil.

8. Sosialisasi

Hasil dari evaluasi yang menghasilkan SPO baru atau regulasi baru di sosialisasikan ke seluruh unit.

9. Laporan

- a. Analisa dilaporkan ke direktur setiap 3 bulan kemudian analisa tersebut dilaporkan ke pemilik untuk mendapatkan rekomendasi dan tindak lanjut
- b. Diadakan rapat antara direktur dan kepala unit untuk membahas indikator mutu
- c. Selanjutnya diadakan rapat integrasi antara kepala unit dengan staf unit
- d. Pelaporan indikator mutu nasional setiap bulannya melalui aplikasi Fasyankes Kemenkes

BAB II

KEBIJAKAN

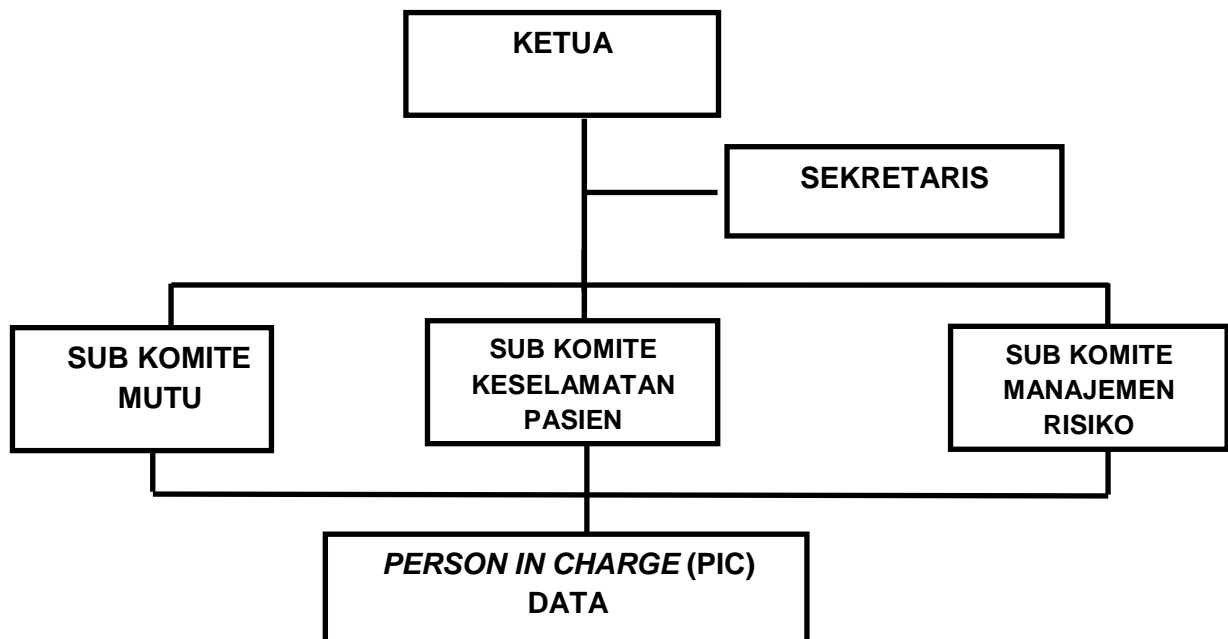
1. Komite Mutu dan Keselamatan Pasien adalah organisasi yang ditetapkan oleh RSUD M. Natsir bertugas mengarahkan, mengatur, serta mengkoordinasikan pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
2. Direktur, Wakil Direktur, seluruh Ketua Komite, Kepala Bidang, Kepala Bagian RSUD M. Natsir merencanakan dan mengembangkan program peningkatan mutu serta keselamatan pasien
3. Pelaksanaan program pendidikan dan pelatihan (diklat) peningkatan mutu dan keselamatan pasien (PMKP).
4. Direktur, Wakil Direktur, seluruh Ketua Komite, Kepala Bidang, Kepala Bagian RSUD M. Natsir berperan dalam memilih area prioritas sebagai area fokus untuk perbaikan.
5. Direktur, Wakil Direktur, seluruh Ketua Komite, Kepala Bidang, Kepala Bagian, Kepala Unit Kerja RSUD M. Natsir berperan dalam pemilihan indikator mutu di tingkat rumah sakit (indikator area klinik, area manajemen, dan sasaran keselamatan pasien) serta terlibat dalam menindaklanjuti capaian indikator mutu yang masih rendah.
6. Direktur Utama dan jajaran Direksi berkoordinasi dengan seluruh Kepala Bidang/Kepala Bagian/Kepala Instalasi dalam memilih dan menetapkan prioritas pengukuran mutu pelayanan klinis yang akan dievaluasi.
7. Komite Mutu dan Keselamatan Pasien memfasilitasi Direktur dan jajaran Direksi untuk melakukan rapat koordinasi dengan seluruh Kepala Bidang/Kepala Bagian/Kepala Instalasi dalam memilih dan menetapkan prioritas pengukuran mutu pelayanan klinis yang akan dievaluasi.
8. Prioritas pengukuran mutu pelayanan tersebut meliputi pengukuran mutu dengan menggunakan indikator area klinis (IAK), indikator area manajemen (IAM), indikator area sasaran keselamatan pasien (ISKP), dan 5 Panduan Praktek Klinis (PPK) yang dievaluasi.
9. Dasar pemilihan prioritas pengukuran mutu pelayanan klinis mengacu kepada standar yang ada.
10. Direktur menetapkan prioritas pengukuran mutu pelayanan klinis meliputi indikator area klinis (IAK), indikator area manajemen (IAM), indikator area sasaran keselamatan pasien (ISKP), dan 5 Panduan Praktek Klinis (PPK) yang dievaluasi.
11. Setiap unit kerja harus mempunyai pengukuran mutu di unit kerja masing-masing.
12. Dalam memilih indikator, pimpinan unit kerja agar memperhatikan:
 - a. Prioritas pengukuran mutu pelayanan klinis di rumah sakit. Indikator mutu yang dipergunakan untuk mengukur mutu di prioritas pengukuran mutu rumahsakit
 - b. Fokus mengukur hal hal yang ingin diperbaiki
 - c. Melakukan koordinasi dengan komite medis

13. Pimpinan unit kerja memilih indikator mutu unit dengan mempertimbangkan dasar pemilihan.
14. Pimpinan unit kerja mengusulkan indikator mutu yang sudah dipilih diunit masing masing ke Direktur rumah sakit untuk ditetapkan.
15. Setiap indikator yang ditetapkan dilengkapi dengan profil indikator.
16. Direktur dan Jajaran Direksi serta Komite Mutu dan Keselamatan Pasien melakukan supervisi terhadap proses pengumpulan data dengan menggunakan formulir supervisi yang telah disediakan.
17. Pimpinan unit kerja melakukan upaya perbaikan mutu berdasarkan hasil capaian indikator mutu dengan metode PDSA.
18. Setiap tahun Kelompok Staf Medis (KSM) memilih 5 (lima) panduan praktik klinis, alur, atau protokol klinis prioritas untuk dievaluasi sesuai dengan kriteria yang dimaksud dengan melibatkan kepala bidang pelayanan medik, komite medik dan unit pelayanan.
19. Hasil evaluasi dapat menunjukkan perbaikan variasi dalam lima fokus area pada pemberian pelayanan.
20. Rumah sakit melaksanakan audit klinis dan atau audit medis pada panduan praktik klinis/alur klinis prioritas di tingkat rumah sakit.
21. Rumah Sakit melaksanakan Manajemen risiko berkelanjutan digunakan untuk melakukan identifikasi dan mengurangi cedera dan mengurangi risiko lain terhadap keselamatan pasien dan staf.

BAB III
GAMBARAN UMUM KOMITE PMKP

A. Komite Mutu dan Keselamatan Pasien adalah organisasi yang ditetapkan oleh RSUD M. Natsir bertugas mengarahkan, mengatur, serta mengoordinasikan pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien;

1. Struktur Organisasi dan Tata Kerja Komite Mutu dan Keselamatan Pasien



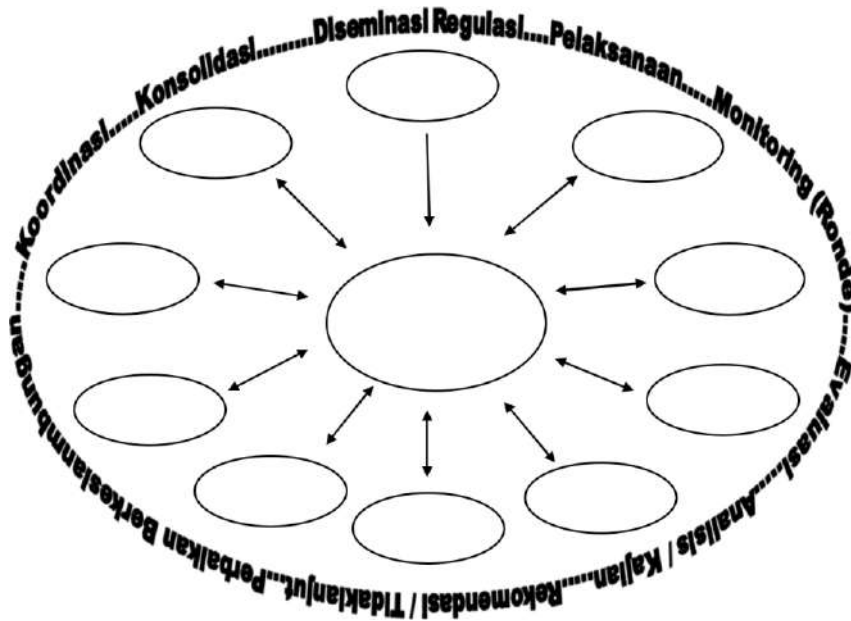
Tugas Pokok dan Fungsi Komite Mutu dan Keselamatan Pasien:

- a. Sebagai motor penggerak penyusunan program PMKP RSUD M. NATSIR.
- 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. Melakukan pengawasan mutu pelayanan klinis dan dilengkapi dengan tata hubungan kerja.
- f. Menentukan profil indikator mutu, metode analisis, dan validasi data dari data indikator mutu yang dikumpulkan dari seluruh unit kerja di rumah sakit.
- g. Menyusun formulir untuk mengumpulkan data, menentukan jenis data, serta bagaimana alur data dan pelaporan dilaksanakan.

- h. Menjalinkan komunikasi yang baik dengan semua pihak terkait serta menyampaikan masalah terkait pelaksanaan program mutu dan keselamatan pasien.
- i. Terlibat secara penuh dalam kegiatan pendidikan dan pelatihan PMKP
- j. Bertanggung jawab untuk mengomunikasikan masalah-masalah mutu secara rutin kepada semua staf.
- k. Menyusun regulasi terkait dengan pengawasan dan penerapan program PMKP.
- l. Memberikan saran/pertimbangan strategis kepada Direktur mengenai upaya peningkatan mutu rumah sakit, pengelolaan manajemen risiko (risiko terhadap pasien dan risiko terhadap institusi/rumah sakit serta upaya penerapan budaya keselamatan pasien) dan upaya peningkatan kinerja satuan kerja di RSUD M. NATSIR.
- m. Merekomendasikan sarana, prasarana dan fasilitas terkait mutu, manajemen risiko dan penilaian kinerja satuan kerja sesuai perkembangan iptek terkini.
- n. Melakukan koordinasi dengan seluruh satuan kerja tentang penerapan dan monitoring evaluasi keselamatan pasien.
- o. Melakukan koordinasi dengan seluruh satuan kerja tentang penerapan dan monitoring evaluasi manajemen risiko.

BAB IV TATA HUBUNGAN KERJA

A. Tata Hubungan Kerja Komite Mutu dan Keselamatan Pasien



Keterangan:

Pada dasarnya hubungan kerja antara Komite Mutu dan Keselamatan Pasien dengan satuan kerja lain terkait dengan upaya peningkatan mutu, pengelolaan manajemen risiko (risiko terhadap pasien dan risiko terhadap institusi/rumah sakit serta upaya penerapan budaya keselamatan pasien melalui tatalaksana:

1. Diseminasi regulasi
2. Pelaksanaan monitoring (ronde)
3. Evaluasi, analisis/kajian
4. Rekomendasi/tindak lanjut
5. Perbaikan berkesinambungan (PDSA).

B. Hubungan antara KMKP dengan unit lain dapat dijelaskan sebagai berikut.

1. Direksi

PMKP memberikan laporan secara berkala kepada Direktur. Direktur memberikan instruksi sebagai tindak lanjut dari laporan PMKP yang diberikan.

2. Bidang, Bagian, Instalasi, KSMF, Komite-Komite, SPI, ULP, Panitia-Panitia, dan Tim :

- a. Melakukan pengumpulan data, validasi data, dan analisa data.
- b. Melakukan pelaporan data PMKP oleh KMKP setiap bulan.
- c. KMKP memfasilitasi unit kerja dalam pemilihan indikator dan pelaksanaan Program PMKP.

d. KMKP melakukan moneyv kepada unit kerja terkait PMKP

C. Direktur, Wadir, seluruh Ketua Komite, Kepala Bidang, Kepala Bagian RSUD M. Natsir merencanakan dan mengembangkan program peningkatan mutu serta keselamatan pasien;

1. Perencanaan Program PMKP disusun oleh KMKP setiap tahun.
2. Program PMKP dibahas dan dirumuskan dalam rapat antara Direktur, Wakil Direktur, seluruh Ketua Komite, Kepala Bidang, Kepala Bagian dengan difasilitasi oleh KMKP.
3. Program PMKP selanjutnya dibahas pada rapat Direksi dengan Dewan Pengawas.
4. Program PMKP ditetapkan oleh Direktur yang di sahkan oleh Dewan Pengawas.

D. Pelaksanaan program pendidikan dan pelatihan (diklat) peningkatan mutu dan keselamatan pasien (PMKP)

1. Diklat PMKP untuk Dewan Pengawas
2. Diklat PMKP untuk Direktur dan jajaran direksi
3. Diklat PMKP untuk Komite Medis dan Komite Keperawatan
4. Diklat PMKP untuk staf KMKP.
5. Diklat PMKP untuk Kepala Unit Kerja, penanggung jawab dan pengumpul data
6. Diklat PMKP untuk seluruh staf

NO	JABATAN	LOKASI DIKLAT	MATERI
1	Direktur/struktural/Ka PMKP	Eksternal	Konsep dan Prinsip PMKP Sistem Manajemen Data
2	Kepala Bidang/Unit	Eksternal/Internal	Konsep dan Prinsip PMKP
3	Komite Medik dan Keperawatan	Eksternal/Internal	Konsep dan Prinsip PMKP
4	Staf Komite PMKP	Eksternal/Internal	Konsep dan Prinsip PMKP
5	Penanggung jawab data dan pengumpul data	Internal	Sistem Manajemen Data
6	Staf Klinis	Eksternal/Internal	Konsep dan Prinsip PMKP Standar berfokus pada pasien

E. Direktur, stuktural, seluruh Ketua Komite, Kepala Bidang, Kepala Bagian RSUD M. Natsir berperan dalam memilih area prioritas sebagai area fokus untuk perbaikan. Penetapan prioritas pelayanan rumah sakit mempertimbangkan:

1. Misi rumah sakit dan tujuan strategi RS
 2. Data permasalahan di rumah sakit
 3. Sistem dan proses yang bervariasi dalam penerapan asuhan
 4. Sistem yang klinis kompleks yang perlu efisiensi
 5. Dampak perbaikan sistem ke seluruh unit di rumah sakit
 6. Riset klinis dan pendidikan profesi kesehatan
- F. Direktur, seluruh Ketua Komite, Kepala Bidang, Kepala Bagian, Kepala Unit Kerja RSUD M. Natsir berperan dalam pemilihan indikator mutu di tingkat rumah sakit (indikator area klinik, area manajemen, dan sasaran keselamatan pasien) serta terlibat dalam menindaklanjuti capaian indikator yang masih rendah. Pemilihan Indikator Mutu di Tingkat Rumah Sakit dilaksanakan setiap tahun. Tindak lanjut capaian indikator yang masih rendah akan dilaksanakan sekali tiga bulan berdasarkan hasil laporan triwulan.
- G. Direktur RSUD M. Natsir menetapkan pelaksanaan monitoring program peningkatan mutu dan keselamatan pasien, meliputi siapa, kapan, dan bagaimana dilakukan. Pelaksanaan monitoring Program PMKP adalah menjadi tanggung jawab:
1. Indikator Mutu Unit

Pengawasan dilakukan oleh pimpinan unit kerja, minimal dilaksanakan sekali dalam sebulan dengan menggunakan form supervisi (terlampir).
 2. Indikator Mutu Prioritas

Pengawasan dilakukan oleh Direksi dan KMKP, minimal dilaksanakan sekali dalam sebulan dengan menggunakan form supervisi (terlampir)
- H. Direktur RSUD M. Natsir menetapkan proses pengumpulan data, validasi, analisis, *feedback*, dan pemberian informasi kepada staf.
1. Pengumpulan Data

Pengumpulan data merupakan salah satu kegiatan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien untuk mendukung asuhan pasien dan manajemen rumah sakit lebih baik. Entry data berbasis IT dan melalui system menggunakan aplikasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) dan atau Sistem Manajemen Data Akreditasi (SISMADAK).

 - a. Pelaksana Pengumpulan Data Mutu
 - 1) Pengumpulan data dilaksanakan oleh pengumpul data di masing-masing unit kerja dengan kualifikasi :
 - a) Ditunjuk di dalam SK Penetapan pengumpul data dari masing-masing unit kerja
 - b) Telah mengikuti pelatihan PMKP
 - b. Langkah-langkah pengumpulan data:
 - 1) Setiap data yang akan dikumpulkan harus berpedoman pada masing-masing kamus/ profil indikator

- a) Tentukan besar sampel dari setiap indikator yang akan dikumpulkan datanya dengan melihat Tabel Isaac Michael sesuai dengan ketentuan sampel yang tertera di dalam kamus/ profil indikator (poin 17).
- b) Kumpulkan data setiap indikator dari sumber data yang sudah ditentukan pada kamus/ profil indikator (poin 7).
- c) Catat/entry data dalam form pengumpulan data (form ceklis harian), kamus/ profil indikator (poin 28).
- d) Sampel yang telah terpenuhi, dijumlahkan masing-masing data numerator dan denominator.
- e) Tentukan capaian indikator sesuai formula perhitungan yang tertera pada kamus/ profil indikator (poin 23).
- f) Catat nilai capaian pada form rekap data indikator mutu

2) Validasi

Validasi data merupakan alat penting untuk memahami mutu data dan untuk menetapkan tingkat kepercayaan (*confidence level*) para pengambil keputusan terhadap data itu sendiri. Validasi data merupakan proses mengukur keakuratan data.

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

Rumah sakit menetapkan regulasi validasi data antara lain meliputi :

a) Pelaksana Validasi Data

Validasi data dilaksanakan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien.

Validator ditetapkan dengan SK Direktur RSUD M. Natsir.

b) Setiap data harus divalidasi, jika:

1. Merupakan pengukuran area klinik baru;
2. Bila ada perubahan sistem pencatatan pasien dari manual ke elektronik sehingga sumber data berubah;
3. Bila data dipublikasi ke masyarakat baik melalui *web site* rumah sakit atau media lain
4. Bila ada perubahan pengukuran
5. Bila ada perubahan data pengukuran tanpa diketahui sebabnya
6. Bila ada perubahan subjek data seperti perubahan umur rata-rata pasien, protokol riset diubah, panduan praktik klinik baru diberlakukan, serta terdapat teknologi dan

metodologi pengobatan baru.

- c) Proses validasi data mencakup, namun tidak terbatas sebagai berikut:
1. Mengumpulkan ulang data oleh orang kedua yang tidak terlibat dalam proses pengumpulan data sebelumnya (data asli);
 2. Menggunakan sampel tercatat, kasus, dan data lainnya yang sah secara statistik. Sampel 100% hanya dibutuhkan jika jumlah pencatatan, kasus, atau data lainnya sangat kecil jumlahnya;
 3. Membandingkan data asli dengan data yang dikumpulkan ulang;
 4. Menghitung keakuratan dengan membagi jumlah elemen data yang ditemukan dengan total jumlah data elemen dikalikan dengan 100. Tingkat akurasi 90% adalah patokan yang baik;
 5. Jika elemen data yang diketemukan ternyata tidak sama dengan catatan alasannya (misalnya data tidak jelas definisinya) dan dilakukan tindakan koreksi; koreksi sampel baru setelah semua tindakan koreksi dilakukan untuk memastikan tindakan menghasilkan tingkat akurasi yang diharapkan.
- d) Adapun langkah-langkah melakukan validasi data, yaitu:
1. Validator mengumpulkan ulang data sesuai dengan cara mengumpulkan data sesuai dengan profil indikator. Sampel 100% hanya dibutuhkan jika jumlah pencatatan, kasus, atau data lainnya sangat kecil jumlahnya;
 2. Membandingkan data asli dengan data yang dikumpulkan ulang
 3. Menghitung keakuratan dengan membagi jumlah elemen data yang ditemukan dengan total jumlah data elemen dikalikan dengan 100. Tingkat akurasi 90% adalah patokan yang baik, Jika kesamaan hasil yang didapatkan ≥ 90 maka akurasi data dapat disimpulkan baik.
 4. Jika kesamaan hasil yang didapatkan $\leq 90\%$, maka validator bersama pengumpul data mencari tahu alasannya dan didiskusikan untuk menyamakan persepsi. jika elemen data yang diketemukan ternyata tidak sama dengan catatan alasannya (misalnya data tidak jelas definisinya) dan dilakukan tindakan koreksi; koleksi sampel baru setelah semua tindakan koreksi dilakukan untuk memastikan tindakan menghasilkan tingkat akurasi

yang diharapkan.

5. Hasil validasi didokumentasikan dalam bentuk laporan validasi sesuai dengan form validasi data mutu yang telah ditetapkan.

2. Analisa

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

a. Analisis data yang dilakukan, yaitu :

- 1) Membandingkan data di rumah sakit dari waktu ke waktu data (analisis *trend*), misalnya dari bulan ke bulan atau dari tahun ke tahun
- 2) Membandingkan dengan rumah sakit lain bila mungkin yang sejenis seperti melalui *database* eksternal baik nasional maupun internasional
- 3) Membandingkan dengan standar seperti yang ditentukan oleh badan akreditasi atau organisasi profesional ataupun standar yang ditentukan oleh peraturan perundang-undangan
- 4) Membandingkan dengan praktik yang diinginkan yang dalam literatur digolongkan sebagai *best practice* (praktik terbaik) atau *better practice* (praktik yang lebih baik) atau *practice guidelines* (panduan praktik klinik).

a) RSUD M. Natsir menggunakan metode atau teknik statistik sebagai berikut untuk mendukung pelaksanaan analisis data, yaitu:

1. *Run chart*: juga dikenal sebagai grafik garis adalah grafik sederhana yang menggambarkan data dari waktu ke waktu.

Digunakan untuk:

- a. Memahami gambaran umum suatu proses
- b. Trend dan shift/pergeseran dalam proses
- c. Variasi dari waktu ke waktu
- d. Untuk mengidentifikasi penurunan atau peningkatan proses dari waktu ke waktu

BAB V RUANG LINGKUP

1. Mutu

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

- a. Mutu merupakan perwujudan atau gambaran hasil yang mempertemukan kebutuhan dari pelanggan dan oleh karena itu memberikan kepuasan (Juran, 1988).
- b. Mutu merupakan keseluruhan karakteristik produk dan jasa dari pemasaran rekayasa, pembuatan dan pemeliharaan yang membuat produk dan jasa yang digunakan memenuhi harapan-harapan pelanggan. (Feigenbaum, 1996).
- c. Mutu adalah tingkat kesempurnaan suatu produk atau jasa.
- d. Mutu adalah *expertise*, atau keahlian dan keterikatan (*commitment*) yang selalu dicurahkan pada pekerjaan.
- e. Mutu adalah kegiatan tanpa salah dalam melakukan pekerjaan.

1) Mutu Pelayanan Kesehatan

Adalah derajat kesempurnaan pelayanan 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 sosio budaya dengan memperhatikan keterbatasan dan kemampuan rumah sakit dan masyarakat konsumen.

2) Keselamatan Pasien

Suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut meliputi assesmen 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. Sistem tersebut diharapkan dapat mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak melakukan tindakan yang seharusnya dilakukan. (Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit tahun 2015).

2. Dimensi Mutu

Kegiatan menjaga mutu dapat menyangkut satu atau beberapa dimensi sebagai berikut adalah :

a. Kompetensi teknis (*Technical Competence*)

Kompetensi teknis berkaitan dengan keterampilan, kemampuan dan penampilan petugas, manajer, dan staf pendukung. Kompetensi teknis berhubungan dengan bagaimana cara petugas mengikuti standar pelayanan yang telah ditetapkan dalam hal: kepatuhan, ketepatan, kebenaran, dan konsistensi.

b. Akses terhadap pelayanan (*Access to Service*)

Akses berarti bahwa pelayanan kesehatan tidak terhalang oleh keadaan geografis, sosial, ekonomi, budaya, organisasi atau hambatan bahasa. Akses geografis dapat diukur dengan jenis transportasi, jarak, waktu perjalanan dan hambatan fisik lain yang dapat menghalangi seseorang untuk memperoleh pelayanan kesehatan. Akses ekonomi berkaitan dengan kemampuan pasien untuk membayar pelayanan yang diberikan. Akses social atau budaya berkaitan dengan diterimanya pelayanan yang berkaitan dengan nilai budaya, kepercayaan, dan perilaku. Akses organisasi berkaitan dengan sejauh mana pelayanan diatur untuk kenyamanan pasien. Akses bahasa berarti bahwa pelayanan diberikan dalam bahasa atau dialek setempat yang dipahami pasien.

c. Efektifitas (*Effectiveness*)

Kualitas pelayanan kesehatan tergantung dari efektivitas yang menyangkut norma pelayanan kesehatan dan petunjuk klinis sesuai standar yang ada.

d. Efisiensi (*Efficiency*)

e. Kontinuitas (*Continuity*)

Kelangsungan pelayanan berarti klien akan menerima pelayanan yang lengkap yang dibutuhkan (termasuk rujukan) tanpa mengurangi prosedur diagnosa dan terapi yang tidak perlu. Klien harus mempunyai akses terhadap pelayanan rutin dan preventif yang diberikan oleh petugas kesehatan yang mengetahui riwayat penyakitnya. Klien juga harus mempunyai akses rujukan untuk pelayanan yang spesialisasi dan menyelesaikan pelayanan lanjutan yang diperlukan.

d. Keamanan (*Safety*)

Keamanan berarti mengurangi risiko, cedera, infeksi, atau bahaya lain yang berkaitan dengan pelayanan. Keamanan pelayanan melibatkan petugas dan pasien. Misalnya, pasien harus dilindungi dari infeksi, dan

petugas yang bertugas harus dilindungi dengan prosedur yang aman.

e. Hubungan antar manusia (Interpersonal Relation)

Hubungan antar manusia yang baik menanamkan kepercayaan dan kredibilitas dengan cara: menghargai, menjaga rahasia, menghormati, responsive, dan memberikan perhatian. Hubungan antar manusia yang baik akan mempunyai andil yang besar dalam konseling yang efektif. Hubungan antar manusia yang kurang baik akan mengurangi efektivitas dan kompetensi teknis pelayanan kesehatan.

f. Kenyamanan (Amenities)

Kenyamanan berkaitan dengan pelayanan kesehatan yang tidak berhubungan langsung dengan efektivitas klinis, tetapi dapat mempengaruhi kepuasan pasien dan bersedianya untuk kembali ke fasilitas kesehatan untuk memperoleh pelayanan berikutnya.

3. Konsep Mutu Trias Mutu

- a. Frame work Donabedian sebagai dasar membangun standar: Struktur (SDM, Fasilitas), membangun standar Proses, dan menilai *Outcome*.
- b. Setelah menetapkan pengukuran mutu, dilengkapi dengan profil indikator maka dilakukan proses pengumpulan data. Pengumpulan data dilakukan berbasis IT oleh pengumpul data di ruangan masing-masing.
- c. Setiap bulan akan mendapatkan capaian mutu di unit, yang dibandingkan terhadap standar. Jika tercapai, maka dipertahankan. Jika tidak tercapai, maka dicari akar permasalahan dengan menggunakan *fish bone* diagram (Ishikawa) dan dianalisis dari struktur dan proses.
- d. Dibuat *plan* untuk redesain. Selanjutnya untuk peningkatan mutu dengan menggunakan PDSA

4. Mutu Terkait dengan Input, Proses, Output

Pengukuran mutu pelayanan kesehatan dapat diukur dengan menggunakan 3 variabel, yaitu:

- a. Input, ialah segala sumber daya yang diperlukan untuk melakukan pelayanan kesehatan, seperti tenaga, dana, obat, fasilitas, peralatan, bahan, teknologi, organisasi, informasi, dan lain-lain. Pelayanan kesehatan yang bermutu memerlukan dukungan input yang bermutu pula. Hubungan struktur dengan mutu pelayanan kesehatan adalah dalam perencanaan dan pelaksanaan pelayanan kesehatan.
- b. Proses, merupakan aktivitas dalam bekerja, adalah merupakan interaksi profesional antara pemberi pelayanan dengan konsumen (pasien/masyarakat). Proses ini merupakan variabel penilaian mutu yang penting.

- c. *Output*, ialah hasil pelayanan kesehatan, merupakan perubahan yang terjadi pada konsumen (pasien/masyarakat), termasuk kepuasan dari konsumen tersebut. 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, serta mencakup berbagai tingkatan maupun jenis disiplin. Agar rumah sakit mampu melaksanakan fungsi yang demikian kompleks, harus memiliki sumber daya manusia yang profesional baik di bidang teknis medis maupun administrasi kesehatan. Upaya menjaga dan meningkatkan mutu, rumah sakit harus mempunyai suatu ukuran yang menjamin peningkatan mutu di semua tingkatan.

Pengukuran mutu pelayanan kesehatan dan kinerja rumah sakit diawali dengan penilaian akreditasi rumah sakit yang mengukur dan memecahkan masalah pada tingkat input dan proses. Pada kegiatan ini rumah sakit harus menetapkan standar input, proses dan *output*, serta membakukan seluruh standar prosedur yang telah ditetapkan. Rumah sakit dipacu untuk dapat menilai diri (*self assesment*) dan memberikan pelayanan sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan. Sebagai kelanjutan untuk mengukur hasil kerjanya perlu ada latar ukur yang lain, yaitu instrumen mutu pelayanan 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 yang disusun dengan tujuan untuk dapat mengukur kinerja mutu rumah sakit secara nyata.

7. Mutu Pelayanan Rumah Sakit

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

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

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

biayanya lebih sedikit.

Indikator mutu rumah sakit meliputi indikator area klinis, indikator area manajerial, dan indikator sasaran keselamatan pasien yang berdasarkan pada efektifitas (effectiveness), efisiensi (efficiency), keselamatan (safety) dan kelayakan (appropriateness).

Strategi untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan rumah sakit adalah sebagai berikut:

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

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

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

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

Prinsip dasar upaya peningkatan mutu pelayanan adalah pemilihan aspek yang akan ditingkatkan dengan menetapkan indikator, kriteria serta standar yang digunakan untuk mengukur mutu pelayanan rumah sakit

6. Indikator, Kriteria, Dan Standar

- a. Indikator:

Adalah ukuran atau cara mengukur sehingga menunjukkan suatu indikasi. Indikator merupakan suatu variabel yang digunakan untuk bisa melihat perubahan. Indikator yang baik adalah yang sensitif tapi juga spesifik.

- b. Kriteria:
Adalah spesifikasi dari indikator.
- c. Standar:
Tingkat kinerja atau keadaan yang dapat diterima oleh seseorang yang berwenang dalam situasi tersebut, atau oleh mereka yang bertanggung jawab untuk mempertahankan tingkat kinerja atau kondisi tersebut.
- d. Suatu norma atau persetujuan mengenai keadaan atau prestasi yang sangat baik.
- e. Sesuatu ukuran atau patokan untuk mengukur kuantitas, berat, nilai atau mutu.

7. Prinsip Upaya Peningkatan Mutu

Dalam melaksanakan upaya peningkatan mutu pelayanan maka harus memperhatikan prinsip dasar sebagai berikut:

- a. Aspek yang dipilih untuk ditingkatkan
 - 1) Keprofesian
 - 2) Efisiensi
 - 3) Keamanan pasien
 - 4) Kepuasan pasien
 - 5) Sarana dan lingkungan fisik
- b. Indikator yang dipilih
 - 1) Indikator lebih diutamakan untuk menilai output daripada input dan proses.
 - 2) Bersifat umum, yaitu lebih baik indikator untuk situasi dan kelompok daripada untuk perorangan.
 - 3) Dapat digunakan untuk membandingkan dengan Rumah Sakit lain, baik di dalam maupun luar negeri.
 - 4) Dapat mendorong intervensi sejak tahap awal pada aspek yang dipilih untuk dimonitor
 - 5) Didasarkan pada data yang ada.
- c. Kriteria yang digunakan
Kriteria yang digunakan harus dapat diukur dan dihitung untuk dapat menilai indikator, sehingga dapat sebagai batas yang memisahkan antara mutu baik dan mutu tidak baik.
- d. Standar yang digunakan
Standar yang digunakan ditetapkan berdasarkan
 - 1) Acuan dari berbagai sumber
 - 2) *Benchmarking* dengan rumah sakit yang setara
 - 3) Berdasarkan trend yang menuju kebaikan

8. Pengendalian Kualitas Pelayanan

Pengendalian adalah keseluruhan fungsi atau kegiatan yang harus dilakukan untuk menjamin tercapainya sasaran perusahaan dalam hal kualitas produk dan jasa pelayanan yang diproduksi. Pengendalian kualitas pelayanan pada dasarnya adalah pengendalian kualitas kerja dan proses kegiatan untuk menciptakan kepuasan pelanggan (*quality os customer's satisfaction*) yang dilakukan oleh setiap orang dari setiap bagian di rumah sakit.

Pengertian pengendalian kualitas pelayanan di atas mengacu pada siklus pengendalian (*control cycle*) dengan memutar siklus "*Plan-Do-Study-Action*" (*P-D-S-A*) = Relaksasi (rencanakan – laksanakan – periksa –aksi). Pola P- D- S-A ini dikenal sebagai "siklus Shewart", karena pertama kali dikemukakan oleh Walter Shewhart beberapa puluh tahun yang lalu. Namun dalam perkembangannya, metodologi analisis P-D-S-A lebih sering disebut "siklus Deming". Hal ini karena Deming adalah orang yang mempopulerkan penggunaannya dan memperluas penerapannya. Dengan nama apapun itu disebut, P-D-S-A adalah alat yang bermanfaat untuk melakukan perbaikan secara terus menerus (*continous improvement*) tanpa berhenti.

Konsep P-D-S-A tersebut merupakan panduan bagi setiap manajer untuk proses perbaikan kualitas (*quality improvement*) secara rerus menerus tanpa berhenti tetapi meningkat ke keadaan yang lebih baik dan dijalankan di seluruh bagian organisasi. Pengidentifikasian masalah yang akan dipecahkan dan pencarian sebab-sebabnya serta penentuan tindakan koreksinya, harus selalu didasarkan pada fakta. Hal ini dimaksudkan untuk menghindari adanya unsur subyektivitas dan pengambilan keputusan yang terlalu cepat serta keputusan yang bersifat emosional. Selain itu, untuk memudahkan identifikasi masalah yang akan dipecahkan dan sebagai patokan perbaikan selanjutnya perusahaan harus menetapkan standar pelayanan.

Keenam langkah P-D-S-A dapat dijelaskan sebagai berikut :

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

Tujuan dan sasaran yang akan dicapai didasarkan pada kebijakan yang ditetapkan. Penetapan sasaran tersebut ditentukan oleh Direktur rumah sakit atau Kepala Instalasi. 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.

b. Langkah 2. Menentukan metode untuk mencapai tujuan → Plan Penetapan

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

c. Langkah 3. Menyelenggarakan pendidikan dan latihan → Do

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

d. Langkah 4. Melaksanakan pekerjaan → Do

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

e. Langkah 5: Memeriksa akibat pelaksanaan → Study

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

f. Langkah 6 : Mengambil tindakan yang tepat → Action

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

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

BAB VI

TATA LAKSANA

A. Analisis data

1. Langkah-langkah melakukan analisis data di tingkat unit:
 - a) Penanggung jawab data menampilkan data dalam bentuk *runchart*, atau *control charts*, atau *histograms*.
 - b) Penanggung jawab data menganalisa kecenderungan data yang terjadi dengan perbandingan dari waktu ke waktu secara internal, dan perbandingan dengan standar.
 - c) Penanggung jawab data menuliskan penyebab dan rekomendasi dari hasil analisa yang diperoleh

2. Langkah-langkah melakukan analisis data di tingkat rumah sakit:
 - a) KMKP merekap seluruh data mutu dengan indikator yang sama.
 - b) Data dianalisa dalam bentuk trend, kecenderungan data yang terjadi dengan perbandingan dari waktu ke waktu secara internal, dan perbandingan dengan standar.
 - c) KMKP membuat penyebab dan rekomendasi dari hasil analisa yang diperoleh.
 - d) KMKP setiap triwulan melakukan analisa data dalam bentuk *runchart*, atau *control charts*, atau *histograms*

B. PDSA

Pimpinan unit kerja melakukan upaya perbaikan mutu berdasarkan hasil capaian indikator mutu dengan metode PDSA.

Metode mutu yang digunakan di RSUD M Natsir Padang adalah Trias Mutu.

- a. *Frame work* Donabedian sebagai dasar membangun standar: Struktur (SDM, Fasilitas), membangun standar Proses, dan menilai *Outcome*. Setelah menetapkan pengukuran mutu, dilengkapi dengan profil indikator maka dilakukan proses pengumpulan data. Pengumpulan data dilakukan berbasis IT oleh pengumpul data di ruangan masing-masing. Setiap bulan akan mendapatkan capaian mutu di unit, yang dibandingkan terhadap standar. Jika data mencapai standar, maka dipertahankan.
- b. Jika data tidak mencapai standar 3 bulan berturut-turut, maka dicari akar permasalahan dengan menggunakan *fish bone diagram ischikawa* dan dianalisis dari struktur dan proses.
- c. Selanjutnya untuk peningkatan mutu dengan menggunakan PDSA.

Adapun tahap dari pelaksanaan PDSA dijelaskan berikut ini: Berikut dijelaskan tahapan PDSA:

- a. Plan (**PDSA**) pada tahap ini tim akan membuat rencana untuk perbaikan dengan berdasarkan 5 W (dan pelaksanaan solusi dengan metode SMART)
 - S : Spesifik
 - M : Measurable
 - A : Achievable
 - R : Realistic
 - T : Time Specific
- b. Do (**PDSA**) Tahapan melaksanakan apa yang telah direncanakan guna menguji perubahan. Pada tahap ini bisa dipertimbangkan apakah pelaksanaan sudah sesuai dengan rencana ataukah akan memodifikasi rencana yang telah dibuat.
- c. Study (**PDSA**) pelaksanaan monitoring, check hasil dan ukur perubahan Cek Hasil:
 - 1) Bila *outcome* yang diinginkan tercapai, lakukan perbaikan yang diharapkan
 - 2) Bandingkan data yang dikumpulkan dari proses
 - 3) Cek dampak atau *outcome* yang tidak diharapkan
- d. Action (**PDSA**), Implementasikan
 - 1) Jika improvement tercapai, standarisasi proses, misalnya:
 - a) Buat SPO
 - b) Buat dokumen dan berdayakan
 - c) Latih staf (sosialisasi / pelatihan)
 - d) Jika improvement tidak tercapai, ulang kembali siklus PDSA
 - e) Untuk kedua situasi di atas, lanjutkan monitor proses untuk identifikasi *improvement* lebih lanjut

C. PUBLIKASI INDIKATOR MUTU

- a. Data Indikator Mutu di RSUD M. Natsir dipublikasikan dengan beberapa cara yaitu:
 - 1) Penyampaian data mutu ke unit kerja adalah proses menginformasikan/ mensosialisasikan capaian data indikator mutu kepada unit kerja. Dilakukan pada rapat rutin KMKP dengan seluruh pimpinan unit kerja setiap tiga bulan.
 - 2) Penyampaian data mutu ke staf di unit kerja. Bentuk informasi yang diberikan berupa grafik dan analisa datanya. Waktu penyampaian data dilaksanakan setiap triwulan. Grafik analisa data di tempelkan di *story board* dan disampaikan dalam rapat staf oleh pimpinan unit kerja.
 - 3) Data mutu dalam bentuk grafik yang sudah dianalisa oleh KMKP disampaikan ke unit kerja terkait.
 - 4) Data mutu dijelaskan oleh KMKP kepada pimpinan unit sesuai dengan

jumlah dan jenis indikator yang ada di unit kerja tersebut.

- 5) Pimpinan unit kerja menjelaskan hasil capaian data indikator mutu kepada staf dalam rapat staf.
- 6) Pimpinan unit menindaklanjuti rekomendasi yang diberikan oleh PMKP
- 7) Pimpinan unit kerja menempelkan grafik tersebut di *story board*.
- 8) Publikasi melalui *website* RSUD M Natsir yang dilaksanakan setiap semester.
- 9) Data Indikator Mutu yang dilaporkan Ke Dewan Pengawas setiap tiga Bulan

Proses pengumpulan data, analisis, validasi, dan pemberian informasi kepada staf dilaksanakan sebagaimana telah tercantum pada panduan Sistem Manajemen Data.

- a. Direktur RSUD M. Natsir menetapkan alur laporan pelaksanaan pengukuran mutu rumah sakit, mulai
- b. Unit kerja melakukan pengumpulan data dan analisa data.
- c. Data dilaporkan ke PMKP setiap bulannya sebelum tanggal 5.
- d. PMKP akan melakukan rekapitulasi data dari unit kerja dan memvalidasi data-data yang butuh divalidasi oleh PMKP.
- e. Hasil rekap data akan dianalisis dan dilengkapi dengan penyebab terjadinya trend data dan rekomendasi, hasil analisis ini dilaporkan kepada Direktur sekali tiga bulan.
- f. Direktur akan memberikan laporan kepada Dewan Pengawas, dimana nantinya Dewan Pengawas akan memberikan pertimbangan dan saran bagi rumah sakit berdasarkan laporan yang telah diterima kepada Direktur.

Laporan ke Dewan Pengawas meliputi:

1. Laporan capaian indikator dan analisisnya setiap tiga bulan
2. Laporan kejadian tidak diharapkan (KTD) setiap enam bulan
3. Laporan kejadian sentinel setiap ada kejadian, dan laporan ulang setelah kejadian sentinel. Selesai dilakukan analisis dengan menggunakan metode *root cause analysis (RCA)*

Berdasarkan hasil pertimbangan dan saran dari Dewan Pengawas, Diaktur akan memberikan instruksi kepada unit kerja sebagai bentuk tindak lanjut dari data yang dilaporkan oleh unit kerja terkait dan PMKP. Direksi, Bidang, Bagian beserta PMKP akan melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan Program PMKP di unit kerja.

1. Direktur RSUD M. Natsir menetapkan bantuan teknologi/sistem informasi rumah sakit yang akan diterapkan untuk pengumpulan dan analisis data mutu, keselamatan pasien, dan *surveillance* infeksi. Aplikasi yang digunakan adalah aplikasi.
2. SISMAKAD dan berbasis IT. Pengumpul data di setiap unit kerja akan melaksanakan input data dari komputer yang tersedia di unit kerja.
 - a. Penetapan Prioritas Pengukuran Mutu Pelayanan
 - 1) Setiap tahun Direktur beserta jajaran Manajemen menetapkan pelayanan prioritas pengukuran mutu.

- 2) Direktur beserta jajaran Manajemen berkoordinasi dengan seluruh Kepala Bidang/Kepala Bagian/ Ka Instalasi dalam memilih dan menetapkan prioritas pengukuran mutu pelayanan klinis yang akan dievaluasi.
- 3) Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) menyediakan data capaian mutu yang ada pada tahun sebelumnya meliputi data indikator mutu: IAK, IAM, dan ISKP dan berpartisipasi dalam memberikan saran dan pertimbangan kepada Direktur berdasarkan data data yang ada.
- 4) PMKP memfasilitasi dalam memilih dan menetapkan prioritas pengukuran mutu pelayanan klinis yang akan dievaluasi tersebut.
- 5) Pemilihan dan penetapan prioritas pelayanan dengan berpedoman pada data hasil capaian mutu tahun sebelumnya.
- 6) Dasar pemilihan prioritas pengukuran mutu pelayanan klinis mengacu kepada standar yang ada, yaitu:

- a) Misi dan strategi tujuan rumah sakit

Penetapan prioritas pengukuran mutu harus mempertimbangkan misi dan strategi tujuan rumah sakit. Contoh : Bila RSUD M. Natsir ditetapkan sebagai rumah sakit pusat rujukan regional I maka Direktur akan fokus meningkatkan mutu layanan sehingga RSUD M. Natsir mampu menjadi rujukan di tingkat regional.

- b) Data data permasalahan yang ada di rumah sakit., misalnya:

1. Komplain pasien, data diperoleh dari Instalasi Humas rumah sakit
2. Capaian indikator mutu yang masih rendah, data diperoleh dari Sub Mutu PMKP

- c) Adanya kejadian yang tidak diharapkan, data diperoleh dari dari Sub Keselamatan pasien PMKP

1. Sistem dan proses yang memperlihatkan variasi proses penerapan pelayanan dan hasil pelayanan yang paling banyak, data diperoleh dari evaluasi *clinical pathway*.
2. Perbaikan yang berdampak pada efisiensi.
 - a. Dampak perbaikan efisiensi dari suatu proses klinis yang kompleks pada pelayanan (*high cost*).
 - b. Perbaikan suatu proses mengidentifikasi pengurangan biaya dan sumber daya yang digunakan.
 - c. Hasil evaluasi dari dampak perbaikan tersebut dapat menunjang pemahaman tentang biaya relatif yang dikeluarkan demi investasi mutu dan sumber daya manusia, finansial, dan keuntungan lain dari investasi tersebut. Oleh karena itu perlu pembuatan program (*tool*) sederhana untuk menghitung sumber daya yang digunakan pada proses yang lama dan pada proses yang baru.
 - d. Dampak pada perbaikan sistem, sehingga efek dari perbaikan dapat terjadi di seluruh rumah sakit, misalnya sistem manajemen

obat di rumah sakit.

- e. Riset klinik dan program pendidikan profesi kesehatan merupakan prioritas untuk rumah sakit pendidikan

1. Indikator Mutu Prioritas

Indikator mutu prioritas ditentukan dalam rapat koordinasi antara Direksi, pelayanan prioritas, para kepala bidang/bagian, dan seluruh pimpinan unit kerja dengan difasilitasi oleh PMKP. Setelah didapatkan kesepakatan maka indikator mutu prioritas disusun profil/ kamus indikator. Kemudian PMKP akan mengusulkan untuk ditetapkan oleh Direktur.

Penetapan Indikator prioritas pengukuran mutu pelayanan klinis meliputi:

- a. Indikator area klinis
- b. Indikator area manajemen
- c. Indikator area sasaran keselamatan pasien
- d. Panduan Praktek Klinis (PPK) yang dievaluasi

Rumah sakit menetapkan evaluasi pelayanan kedokteran dengan panduan praktik klinis (PPK), alur klinis atau protokol, jumlah setiap tahunnya tidak berubah yaitu 5 PPK. Yang bisa berubah adalah jenis, mengikuti prioritas mutu yang akan diperbaiki di rumah sakit.

- a. Indikator area klinis

Pemilihan indikator terkait area klinis yang penting meliputi:

- 1) Asesmen terhadap area klinik
- 2) Pelayanan laboratorium
- 3) Pelayanan radiologi dan diagnostik imaging
- 4) Prosedur bedah
- 5) Penggunaan antibiotika dan obat lainnya
- 6) Kesalahan medis (medication error) dan Kejadian Nyaris Cidera (KNC)
- 7) Anestesi dan penggunaan sedasi
- 8) Penggunaan darah dan produk darah
- 9) Ketersediaan, isi dan penggunaan catatan medik
- 10) Pencegahan dan kontrol infeksi, surveilans dan pelaporan
- 11) Riset klinik

- b. Indikator area manajemen

Pemilihan indikator terkait area manajemen yang penting meliputi:

- 1) Pengadaan rutin peralatan kesehatan dan obat untuk memenuhi kebutuhan pasien.
- 2) Pelaporan yang diwajibkan oleh peraturan perundang-undangan.
- 3) Manajemen risiko.
- 4) Manajemen penggunaan sumber daya.
- 5) Harapan dan kepuasan pasien dan keluarga.

- 6) Harapan dan kepuasan staf.
 - 7) Demografi pasien dan diagnosis klinik.
 - 8) Manajemen keuangan.
 - 9) Pencegahan dan pengendalian dari kejadian yang dapat menimbulkan masalah bagi keselamatan pasien, keluarga pasien dan staf.
- c. Indikator area sasaran keselamatan pasien
- Pemilihan indikator sasaran keselamatan pasien yang penting meliputi:
- 1) Identifikasi pasien dengan benar.
 - 2) Komunikasi yang efektif.
 - 3) Keamanan obat-obat yang harus diwaspadai (*high alert medications*).
 - 4) Kepastian lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang benar.
 - 5) Mengurangi risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan.
 - 6) Mengurangi risiko cedera pasien akibat jatuh

2. Lima Panduan Praktek Klinis (PPK) yang dievaluasi.

- a. Kelompok Staf Medis Fungsional (KSMF) di area pelayanan prioritas dengan difasilitasi oleh Komite Medik memberikan pertimbangan kepada Direktur dalam penetapan lima PPK yang akan dievaluasi.
- b. Dilakukan evaluasi proses pelaksanaan panduan praktek klinik, dan atau alur klinis (*clinical pathway*) dan atau protokol klinis dan atau prosedur dan atau *standing order* di area prioritas pengukuran mutu pelayanan klinis.

3. Pemilihan indikator mutu unit

Setiap unit kerja memilih dan menetapkan indikator mutu di unit kerjanya masing masing, mengacu pada:

- a. Indikator mutu nasional (bila ada), seperti, IKI, IKT, 12 Indikator Mutu Nasional, Indikator Kinerja BLU Ditjen Yankes, Indikator Per Dirjen 36, dan Indikator mutu Renstra RSUD M. Natsir.
 - 1) Indikator Mutu Nasional, ada 12 indikator
 - 2) Indikator Per Dirjen 36, ada 58 indikator
 - 3) Indikator mutu Renstra, ada 26 indikator
 - 4) Indikator Area Klinis, ada 79 Indikator
 - 5) Indikator Area Wajib, ada 13 Indikator
 - 6) Indikator Area Manajemen, ada 11 Indikator
- b. Indikator Mutu Rumah Sakit
 - 1) Indikator mutu prioritas rumah sakit (bila ada), yang meliputi
 - a) Indikator Area Klinis (IAK)
 - b) Indikator Area Manajemen (IAM)
 - c) Indikator Area sasaran Keselamatan Pasien (ISKP)

c. Indikator mutu prioritas unit

Setiap kepala unit kerja mempertimbangkan empat hal berikut ini dalam menentukan Indikator Mutu Prioritas dari unit kerja yang dibawahinya :

- 1) Mengurangi variasi
 - 2) Meningkatkan Keselamatan untuk Tindakan/Tata Laksana Berisiko Tinggi
 - 3) Meningkatkan tingkat kepuasan pasien
 - 4) Meningkatkan efisiensi
- d. Indikator mutu layanan yang dikontrakkan (bila ada)
- e. Evaluasi kepatuhan DPJP terhadap PPK (bila ada)
- f. Data untuk OPPE para PPA (bila ada)
- g. Pimpinan unit kerja mengusulkan indikator mutu yang sudah dipilih di unit masing masing ke Direktur rumah sakit untuk ditetapkan dengan SK Direktur.

Setiap unit kerja mengusulkan KMKP memfasilitasi usulan dari semua unit kerja, melakukan rekapitulasi, dan mengusulkan ke Direktur untuk dibuatkan SK pemberlakuannya.

a. Profil/ Kamus Indikator

Setiap indikator yang ditetapkan dilengkapi dengan profil indikator yang meliputi :

- 1) Nama indikator
- 2) Kode indikator
- 3) Jenis indikator
- 4) Alasan pemilihan indikator
- 5) Tujuan
- 6) Kepustakaan/panduan/referensi indikator
- 7) Sumber data
- 8) Definisi operasional
- 9) Numerator
- 10) Denominator
- 11) Dimensi
- 12) Kriterion inklusi
- 13) Kriteria eksklusi
- 14) Tipe indikator
- 15) Metode pengumpulan data
- 16) Populasi
- 17) Sampel
- 18) Pengumpul data
- 19) Penanggung jawab data
- 20) Periode pengumpulan data
- 21) Periode waktu pelaporan
- 22) Tempat pengumpulan data
- 23) Formula

- 24) Target
- 25) Periode analisis data
- 26) Analisa data
- 27) Diseminasi data ke staf
- 28) Formulir pengumpulan data

b. Supervisi

Direktur rumah sakit RSUD M. Natsir Padang dan KMKP melakukan supervisi terhadap proses pengumpulan data dengan menggunakan formulir supervisi yang telah disediakan.

Supervisi dilakukan oleh:

- 1) Direktur Rumah Sakit dan PMKP melakukan supervisi terhadap indikator mutu pelayanan prioritas, indikator mutu tingkat rumah sakit (IKI, Mutu Nasional, Kinerja BLU).
 - a) Pimpinan unit kerja : melakukan supervisi terhadap indikator mutu di unit kerja masing masing.
 - b) Pimpinan unit kerja melakukan upaya perbaikan mutu berdasarkan hasil capaian indikator mutu dengan metode PDSA

Adapun tahap dari pelaksanaan PDSA dijelaskan berikut ini:

- a) Plan (**PDSA**) pada tahap ini tim akan membuat rencana untuk perbaikan dengan berdasarkan 5 W (dan pelaksanaan solusi dengan metode SMART
 - S : Spesifik
 - M : Measurable
 - A : Achievable
 - R : Realistic
 - T : Time Specific
- b) Do (**PDSA**) Tahapan melaksanakan apa yang telah direncanakan guna menguji perubahan. Pada tahap ini bisa dipertimbangkan apakah pelaksanaan sudah sesuai dengan rencana atukah akan memodifikasi rencana yang telah dibuat.
- c) Study (**PDSA**) pelaksanaan monitoring, check hasil dan ukur perubahan Cek Hasil:
 1. Bila outcome yang diinginkan tercapai, lakukan perbaikan yang diharapkan
 2. Bandingkan data yang dikumpulkan dari proses
 3. Cek dampak atau outcome yang tidak diharapkan.
- d) Action (**PDSA**), Implementasikan
 1. Jika improvement tercapai, standarisasi proses, misalnya :
 - a. Buat SPO
 - b. Buat dokumen dan berdayakan

- c. Latih staf (sosialisasi / pelatihan)
- 2. Jika improvement tidak tercapai, ulang kembali siklus PDSA
 - a. Untuk kedua situasi di atas, lanjutkan monitor proses untuk identifikasi improvement lebih lanjut

RSUD M. Natsir menetapkan bahwa setiap ketua kelompok staf medis menentukan secara bersama 5 (lima) panduan praktik klinis untuk di evaluasi di unit pelayanan setiap tahun.

1. Panduan Praktek klinik yang ditetapkan oleh setiap ketua kelompok staf medis dengan memenuhi kriteria:
 - a. Sesuai dengan populasi pasien yang ada dan misi RS
 - b. Disesuaikan dengan teknologi, obat, lain sumber daya di RS atau norma profesional yang berlaku secara nasional.
 - c. Dilakukan asesmen terhadap bukti ilmiahnya dan disahkan oleh pihak yang berwenang
 - d. Disetujui resmi atau digunakan oleh RS
 - e. Dilaksanakan dan diukur terhadap efektivitasnya.
 - f. Dijalankan oleh staf yang terlatih menerapkan pedoman atau pathway.
 - g. Secara berkala diperbaharui berdasarkan bukti dan evaluasi dari proses dan hasil proses.
2. Penetapan 5 (lima) Panduan Praktik Klinik dilakukan melalui rapat setiap tahun dengan melibatkan kepala bidang, komite medik, kepala unit pelayanan dan KSMF dikoordinasi oleh kepala bidang pelayanan medik.
3. Pemilihan dilakukan dapat berdasarkan:
 - a. Penyakit atau kondisi yang paling sering atau banyak terjadi.
 - b. Penyakit atau kondisi yang memiliki risiko tinggi.
 - c. Penyakit atau kondisi yang memerlukan biaya tinggi
 - d. Penyakit atau kondisi yang terdapat variasi/keragaman dalam pengelolaannya.
4. Format Panduan Praktik Klinik (PPK) mencakup:
 - a. Pengertian
 - b. Anamnesis
 - c. Pemeriksaan fisik
 - d. Kriteria Diagnosis
 - e. Pemeriksaan penunjang
 - f. Terapi
 - g. Edukasi
 - h. Prognosis
 - i. Kepustakaan

5. Format *clinical Pathway* mencakup:
 - a. Judul Clinical Pathway
 - b. Identitas Pasien
 - 1) Nama Pasien
 - 2) Jenis Kelamin
 - 3) Tanggal lahir
 - 4) Nomor rekam medik
 - 5) Diagnosa masuk, tanggal masuk & jam masuk rumah sakit
 - 6) Penyakit utama
 - 7) Komplikasi
 - 8) Tindakan
 - 9) Berat badan
 - 10) Tinggi badan
 - 11) Tanggal & jam keluar rumah sakit
 - 12) Lama rawat
 - 13) Rencana rawat
 - 14) Ruang rawat/kelas
 - 15) Rujukan
 - c. Isi *Clinical Pathway*
 - 1) Baris
 - a) Asesmen awal
 1. Asesmen awal medis
 2. Asesmen awal keperawatan
 3. Laboratorium
 4. Radiologi/*imaging*
 5. Konsultasi
 - b) Asesmen Lanjutan
 1. Asesmen medis
 2. Asesmen keperawatan
 3. Asesmen gizi
 4. Asesmen farmasi
 - c) Diagnosis
 1. Diagnosis medis
 2. Diagnosis keperawatan
 3. Diagnosis gizi
 - d) *Discharge Planning*
 1. Edukasi Terintegrasi
 - a. Edukasi/informasi Medis
 - b. Edukasi Gizi
 - c. Edukasi keperawatan
 - d. Edukasi Farmasi

- e. Pengisian Formulir Informasi dan Edukasi Terintegrasi
- 2. Terapi/Medikamentosa
 - a. Injeksi
 - b. Cairan infus
 - c. Obat Oral
 - d. Obat Anestesi
- 3. Tata Laksana/intervensi
 - a. Tata laksana/intervensi medis
 - b. Tata laksana/intervensi keperawatan
 - c. Tata laksana/intervensi gizi
 - d. Tata laksana/intervensi farmasi
- 4. Monitoring dan evaluasi
 - a. Dokter DPJP
 - b. Keperawatan
 - c. Gizi
 - d. Farmasi
- 5. Mobilisasi/Rehabilitasi
 - a. Medis
 - b. Keperawatan
 - c. Fisioterapi
- 6. Outcome/hasil
 - a. Medis
 - b. Keperawatan
 - c. Gizi
 - d. Farmasi
- 7. Kriteria pulang
- 8. Rencana Pulang/Edukasi pelayanan Lanjutan
- 9. Variant
- e) Kolom
 - 1. Kegiatan
 - 2. Uraian Kegiatan
 - 3. Hari Penyakit dan hari rawat (hari/jam)
 - 4. Keterangan
- f) Penanggung jawab
 - 1. Dokter penanggung jawab
 - 2. Perawat Penanggung jawab
 - 3. Pelaksana Verifikasi
- g) Keterangan
 - Blok warna merah : Wajib dilaksanakan
 - Blok warna kuning : Boleh dilakukan/boleh tidak dilakukan
 - (√) : *Checklist*

Kegiatan Evaluasi Implementasi *Clinical Pathway* dilaksanakan berdasarkan koordinasi komite medik, komite mutu dan keselamatan pasien dan komite keperawatan.

1. RSUD M. Natsir mengevaluasi implementasi *clinical pathway* dengan menilai beberapa indikator, yakni:

a. Indikator proses meliputi asesmen awal, pemeriksaan penunjang, tindakan diagnostik, obat, nutrisi, konsultasi, tindakan terapeutik dan asesmen pulang kritis.

NO	INDIKATOR	DEFENISI OPERASIONAL
1	Indikator Proses	
b. I n d i k a t o r	a. Asesmen awal	Pemeriksaan yang dilakukan oleh DPJP sebelum 24 jam pasien masuk rumah sakit
	b. Pemeriksaan penunjang, tindakan diagnostik	Pemeriksaan atau tindakan yang dilakukan untuk menegakkan diagnosa berdasarkan hasil pemeriksaan fisik, dapat berupa pemeriksaan laboratorium, radiologi dan tindakan lain di IDT
	c. Obat	Terapi yang direkomendasikan oleh DPJP sesuai kebutuhan pasien
	d. Nutrisi	Diet yang diberikan oleh nutrisisionis sesuai kebutuhan pasien
	e. Konsultasi	Proses koordinasi profesional pemberi asuhan pada profesional lain atau sub spesialisasi lain
	f. Tindakan terapeutik	Tindakan yang dilakukan oleh profesional pemberi asuhan sesuai kebutuhan pengobatan pasien.
	g. Asesmen pulang kritis	Pengkajian yang dilakukan oleh DPJP terkait pemeriksaan fisik, penunjang pada pasien kritis yang pulang atas permintaan keluarga.

tcome meliputi keluhan, pemeriksaan klinis dan lama rawat

NO	INDIKATOR	DEFENISI OPERASIONAL
2	Indikator Outcome	
c. r i s i	a. Keluhan	Kondisi yang dirasakan oleh pasien setelah mendapatkan asuhan pelayanan seperti bebas keluhan.
	b. Pemeriksaan klinis	Kondisi pasien setelah dilakukan asuhan pelayanan, seperti: luka kering, pasien tidak membutuhkan oksigen lain.
	c. Lama dirawat	Jumlah hari perawatan pasien sesuai Panduan Praktik Klinik (PPK)

stem, asuhan klinis, pasien;

NO	INDIKATOR	DEFENISI OPERASIONAL
d.	β	Indikator Varian
v	a.Variasi sistem	Penempatan ruangan perawatan pasien apakah sesuai dengan kebutuhan pelayanan, contoh penempatan pasien yang membutuhkan perawatan diruangan intensif, di ruang perawatan biasa (ICU penuh).
a		
l		
u		
a		
s	b.Variasi Asuhan	Preferensi DPJP (berdasarkan kondisi pasien diperlukan DPJP tambahan dalam penatalaksanaan asuhan medis)
i		
p	c.Variasi pasien	Perubahan kondisi pasien dalam tatalaksana asuhan medis, seperti kondisi pasien memburuk
e		

laksanaan implementasi *clinical pathway* meliputi kepatuhan profesional pemberi asuhan (PPA) terdiri dari Dokter, Perawat, Farmasi, dan Nutritionis.

- e. Perbaikan kualitas pelayanan dilakukan berdasarkan Evaluasi Implementasi Clinical Pathway dengan metode Plan, Do, Study, dan Action (PDSA).
- f. Rumah Sakit melaksanakan Manajemen risiko berkelanjutan digunakan untuk melakukan identifikasi dan mengurangi cedera dan mengurangi risiko lain terhadap keselamatan pasien dan staf.
- g. Identifikasi risiko; adalah usaha untuk menemukan atau mengetahui risiko- risiko yang mungkin terjadi dalam kegiatan yang dilakukan.

Berdasarkan pedoman pelaporan insiden keselamatan pasien (IKP) Penilaian matriks risiko adalah suatu metode analisa kualitatif untuk menentukan derajat risiko suatu insiden berdasarkan Dampak dan Probabilitasnya.

1. Dampak (Consequences)

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

2. Probabilitas / Frekuensi //Likelihood

Penilaian tingkat probabilitas / frekuensi risiko adalah seberapa seringnya insiden tersebut terjadi.

Penilaian Dampak Klinis / Konsekuensi / Severity

Tingkat Risiko	Deskripsi	Dampak
1	Tidak signifikan	Tidak ada cedera
2	Minor	- Cedera ringan mis. Luka lecet - Dapat diatasi dengan pertolongan pertama,
3	Moderat	- Cedera sedang mis. Luka robek - Berkurangnya fungsi motorik/sensorik/ psikologis atau intelektual (<i>reversibel</i>), tidak berhubungan dengan penyakit. - Setiap kasus yang memperpanjang perawatan
4	Mayor	- Cedera luas / berat misal cacat, lumpuh - Kehilangan fungsi motorik/sensorik/psikologis atau intelektual (<i>irreversibel</i>), tidak berhubungan dengan penyakit.
5	Katastropik	Kematian yang tidak berhubungan dengan perjalanan penyakit

Penilaian Probabilitas / Frekuensi

TINGKAT RISIKO	
1	Sangat jarang / <i>Rare</i> (>5 thn/kali)
2	Jarang / <i>Unlikely</i> (>2-5 thn/kali)
3	Mungkin / <i>Possible</i> (1-2 thn/kali)
4	Sering / <i>Likely</i> (Bebrp kali /thn)
5	Sangat sering / <i>Almost certain</i> (Tiap minggu /bulan)

a. Skor Risiko

Skor risiko= Dampak X probabilitas.

Cara menghitung skor risiko : Untuk menentukan skor risiko digunakan matriks grading risiko (tabel 3)

- 1) Tetapkan frekuensi pada kolom kiri
- 2) Tetapkan dampak pada baris ke arah kanan
- 3) Tetapkan warna bandsnya, berdasarkan pertemuan antara frekuensi dan dampak.

b. Bands Risiko

Bands risiko adalah derajat risiko yang digambarkan dalam empat warna yaitu: Biru, Hijau, Kuning dan Merah. Warna "bands" akan menentukan Investigasi yang akan dilakukan: Bands BIRU dan HIJAU : Investigasi sederhana Bands KUNING dan MERAH : Investigasi Komprehensif / RCA

Warna bands: hasil pertemuan antara nilai dampak yang diurut kebawah dan nilai probabilitas yang diurut ke samping kanan

Matriks Grading Risiko

Probabilitas	Tdk Signifikan 1	Minor 2	Moderat 3	Mayor 4	Katastropik 5
Sangat sering terjadi (Tiap minggu /bulan) 5	Moderat	Moderat	Tinggi	Ekstrim	Ekstrim
Sering terjadi (beberapa kali/thn) 4	Moderat	Moderat	Tinggi	Ekstrim	Ekstrim
Mungkin terjadi (1-<2 thn/kali) 3	Rendah	Moderat	Tinggi	Ekstrim	Ekstrim
Jarang terjadi (>2-<5 thn/kali) 2	Rendah	Rendah	Moderat	Tinggi	Ekstrim
Sangat jarang terjadi (>5 thn/kali) 1	Rendah	Rendah	Moderat	Tinggi	Ekstrim

c. Prioritas risiko;

Memprioritaskan risiko menggunakan tabel risk grading matrix . Tingkat grading dari yang rendah sampai tinggi :

- 1) Warna biru (Low) : Bisa di manage dengan SPO oleh ka. Unit/ ka. Instalasi/ kabag
- 2) Warna hijau (Moderat) : Kepala unit harus menilai akibat terhadap biaya dalam menangani risiko
- 3) Warna kuning (High) : Review mendalam dan tindakan segera oleh manajemen (lakukan pertemuan antara ka. Unit dengan bidang terkait).
- 4) Warna Merah (Extreme) : Tindakan segera oleh direksi. Direktur diberitahu. (Ka. Unit/ka. Instalasi mengadakan pertemuan dengan direktur)
- 5) Contoh : Dari jenis risiko dampak yang akan ditimbulkan jatuh pada level angka (4), dan frekuensi yang akan terjadi jatuh pada level angka (5), maka angka (4) pada dampak ditarik vertikal kemudian angka (5) pada frekuensi ditarik horizontal sampai bertemu pada satu titik warna merah (extreme). Diberi tanda √ pada kolom (6).

d. Pelaporan risiko;

e. Manajemen risiko;

f. Invesigasi kejadian yang tidak diharapkan (KTD);

g. Manajemen terkait tuntutan (klaim).

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

1. Pasien;
2. Staf medis;
 - a. Tenaga kesehatan dan tenaga lainnya yang bekerja di rumah sakit;
 - b. Fasilitas rumah sakit;
 - c. Lingkungan rumah sakit; dan

- d. Bisnis rumah sakit.

BAB VII DOKUMENTASI

A. Pemilihan Indikator Mutu Prioritas Unit

	Ya	Tidak
Mengurangi variasi		
Meningkatkan Keselamatan untuk Tindakan /Tata Laksana Beresiko Tinggi		
Meningkatkan Tingkat Kepuasan Pasien		
Meningkatkan Efisiensi		

Indikator dapat ditetapkan bila minimal ada satu jawaban : Ya


B. Profil Indikator

PETUNJUK PENGISIAN KAMUS INDIKATOR		
1	Nama Indikator	Diisi lengkap, berisi tentang topik yang akan diamati, waktu/periode dan lokasi pengamatan.
2	Kode Indikator	Diisi oleh KMMR
3	Jenis Indikator	Pilih indikator dengan memberi tanda ceklis (√): <input type="checkbox"/> Indikator mutu Nasional <input type="checkbox"/> 12 Indikator Mutu Yan RS <input type="checkbox"/> IKI <input type="checkbox"/> IKT <input type="checkbox"/> BLU <input type="checkbox"/> Perdirjen 36 <input type="checkbox"/> Renstra <input type="checkbox"/> Indikator Mutu Prioritas RS <input type="checkbox"/> Indikator Mutu Prioritas Unit <input type="checkbox"/> Indikator Mutu Pelayanan yang dikontrakan <input type="checkbox"/> Evaluasi Kepatuhan DPJP terhadap PPK <input type="checkbox"/> Data untuk OPPE-PPA
4	Alasan Pemilihan Indikator	Jelaskan dengan singkat latar belakang mengapa indikator tersebut perlu diukur dan apa akibatnya jika capaian indikator tersebut rendah. Gunakan data berupa data kuantitatif untuk mendukung latar belakang tersebut. Bisa juga menggunakan score pembobotan (grading/scoring)
5	Tujuan	Jelaskan untuk apa indikator di unit kerja anda itu dikerjakan
6	Kepustakaan/Panduan / Referensi Indikator	Sumber referensi penyusunan indikator
7	Sumber Data	Asal atau tempat memperoleh data (primer atau sekunder), atau sumber bahan nyata / keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan langsung dengan persoalan. Pilih dengan memberi ceklis (√) data indikator yang dikumpulkan bersumber dari : <input type="checkbox"/> Rekam Medik <input type="checkbox"/> Catatan Data <input type="checkbox"/> Laporan Kepuasan pasien <input type="checkbox"/> Sistem Pelaporan <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan
8	Definisi Operasional	Penjelasan tentang hal-hal penting dalam pengukuran indikator yang memerlukan penjelasan secara rinci, spesifik, tegas, dan pasti
9	Numerator	Besaran nilai pembilang dalam rumus indikator kinerja

10	Denominator	Besaran nilai penyebut dalam rumus indikator kinerja, dan persentase penyebut dalam rumus indikator kinerja
11	Dimensi	<p>Rancangan dalam memastuikan pengisian setiap jenis dan mutu pelayanan yang diberikan berdasarkan standar WHO dilihat dari pilihan dengan memberi tanda ceklis (√) dan</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kepraktisan keinginan individu, dimana individu dilibatkan <input type="checkbox"/> Ketersediaan (tipe perawatan dan pelayanan) yang tepat, tersesuaian (perawatan) pelayanan yang diterima <input type="checkbox"/> Keselamatan (tingkat perawatan dan pelayanan) dikorelasikan (tingkat disiplin dan organisasi) sesuai sepanjang waktu (untuk mencapai outcome yang diinginkan) <input type="checkbox"/> Efisiensi Waktu (tingkat perawatan dan pelayanan) diberikan sesuai pelayanan diperlukan sumber daya yang digunakan untuk <input type="checkbox"/> Keselamatan (tingkat perawatan dan pelayanan) dimana risikoinya,
12	Kriteria Inklusi	Sampel yang akan diamati, yang memenuhi kriteria yang telah ditentukan untuk dianalisa
13	Kriteria Eksklusi	Mengeluarkan sampel yang tidak memenuhi kriteria yang telah ditentukan untuk dianalisa
14	Tipe Indikator	<p>Indikator yang diukur dapat diambil dengan memberi tandaceklis(√):</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Struktur (mengukur sarana prasarana / sumber daya) <input type="checkbox"/> Proses (mengukur proses kegiatan) <input type="checkbox"/> Outcome (mengukur hasil dari suatu proses kegiatan) <input type="checkbox"/> Proses dan outcome

25	Metode Pengumpulan Data	Pilih salah satu dengan memberi tanda ceklist (✓) atau tanda silang (✗) pada analisis. Pilih salah satu dengan memberi tanda ceklist (✓), analisis data yang dilakukan: <input type="checkbox"/> Retrospektif (data diambil dari kegiatan yang telah lalu) <input type="checkbox"/> Concurrent (data diambil dari kegiatan yang baru dimulai / akan dilakukan)
16	Populasi	Keseluruhan obyek atau totalitas subyek yang memiliki karakteristik tertentu yang akan diamati/diobservasi
17	Sampel	Jumlah bagian kecil yang diambil dari populasi sesuai dengan prosedur tertentu (lihat table Isaac dan Michael)
18	Pengumpul Data	Orang yang bertanggung jawab penuhi terhadap pengumpulan data di unit kerja
19	PIC Data	Penanggung Jawab data di unit kerja
20	Periode Pengumpulan data	Pilih salah satu dengan memberi tanda ceklist (✓), periode waktu data dilaporkan: <input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Mingguan <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Lainnya...
21	Periode Waktu Pelaporan	Pilih salah satu dengan memberi tanda ceklist (✓), periode waktu data dilaporkan: <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Tahunan
22	Tempat Pengumpulan Data	KMMR
23	Formula Pengukuran	Formula yang digunakan untuk mengukur capaian indikator
24	Target	Nilai atau ukuran pencapaian mutu/kinerja tertentu yang telah ditetapkan dan harus dicapai langsung atau bertahap berdasarkan kemampuan unit kerja
25	Periode Analisis Data	Jangka waktu data dianalisis. Pilih salah satu dengan memberi tanda ceklist (✓), periode waktu data dilaporkan: <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Tahunan

		<input type="checkbox"/> Run Chart <input type="checkbox"/> Bar Diagram <input type="checkbox"/> Pie Diagram <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan
27	Diseminasi Data ke Staf	Bagaimana data disampaikan ke staf
28	Formulir Pengumpulan Data	Form yang digunakan sesuai dengan indikator mutu yang dikumpulkan

 KAMUS INDIKATOR		
1	Nama Indikator	
2	Kode Indikator	
3	Jenis Indikator	<input type="checkbox"/> Indikator mutu Nasional <input type="checkbox"/> 12 Indikator Mutu Yan RS <input type="checkbox"/> IKI <input type="checkbox"/> IKT <input type="checkbox"/> BLU <input type="checkbox"/> Renstra <input type="checkbox"/> Indikator Mutu Prioritas RS <input type="checkbox"/> Indikator Mutu Prioritas Unit <input type="checkbox"/> Indikator Mutu Pelayanan yang dikontrakan <input type="checkbox"/> Evaluasi Kepatuhan DPJP terhadap PPK <input type="checkbox"/> Data untuk OPPE-PPA
4	Alasan Pemilihan Indikator	
5	Tujuan	
6	Kepustakaan/Panduan/ /Referensi Indikator	

7	Sumber Data	<input type="checkbox"/> Rekam Medik <input type="checkbox"/> Catatan Data <input type="checkbox"/> Laporan Kepuasan Pasien <input type="checkbox"/> Sistem Pelaporan (jelaskan), <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan
8	Definisi Operasional	
9	Numerator	
10	Denominator	
11	Dimensi	<input type="checkbox"/> Kelayakan <input type="checkbox"/> Kehormatan dan Harga <input type="checkbox"/> Ketersediaan Diri <input type="checkbox"/> Kesinambungan <input type="checkbox"/> Manfaat <input type="checkbox"/> Ketepatan <input type="checkbox"/> Efektifitas Waktu <input type="checkbox"/> Efisiensi <input type="checkbox"/> Keselamatan <input type="checkbox"/> Lainnya,
12	Kriteria Inklusi	
13	Kriteria Eksklusi	
14	Tipe Indikator	<input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Proses dan Outcome
15	Metode Pengumpulan Data	<input type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/> Concurrent
16	Populasi	
17	Sampel	
18	Pengumpul Data	
19	Penanggung jawab Data	
20	Periode Pengumpulan Data	<input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Mingguan <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Lainnya...
21	Periode Waktu Pelaporan	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Tahunan
22	Tempat Pengumpulan Data	KMMR
23	Formula Pengukuran	
24	Target	
25	Periode Analisis Data	<input type="checkbox"/> Mingguan <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Tahunan
26	Analisis Data	<input type="checkbox"/> Run Chart <input type="checkbox"/> Bar Diagram <input type="checkbox"/> Pie Diagram <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan

27	Diseminasi Data ke Staf	- Hasil analisis dalam bentuk informasi dan run chart, disampaikan dari KMMR ke unit kerja terkait setiap tiga bulan ditempelkan di papan informasi.
----	-------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		- Disampaikan oleh unit kerja dalam rapat rutin bersama staf terkait .
28	Formulir Pengumpulan Data	

CEKLIST SUPERVISI INDIKATOR PRIORITAS RSUD M. NATSIR SOLOK

NO	NAMA INDIKATOR	UNIT KERJA	JENIS INDIKATOR			PROFIL INDIKATOR	PENGUMPULAN DATA	ANALISA	VALIDASI	RENCANA PERBAIKAN
			IAK	IAM	ISKP					

1. Profil Indikator

- A. Ada dan lengkap
- B. Ada sebagian besar lengkap
- C. Tidak ada

2. Pengumpulan Data

- A. Sudah dikumpulkan minimal 3 bulan/ 12 bulan
- B. Sebagian besar sudah dikumpulkan
- C. Pengumpulan data kurang dari 3 bulan

3. Analisa Data

- A. Ada dan lengkap
- B. Ada tidak lengkap
- C. Tidak ada

4. Validasi

- A. Ada dan lengkap
- B. Ada tidak lengkap
- C. Tidak ada

Keterangan

Bila perlu tambahkan catatan pada setiap kolom

CEKLIS TELUSUR PANDUAN PRAKTIK KLINIS PRIORITAS PERBAIKAN MUTU RSUD M. NATSIR SOLOK

NO	NAMA PPK/CP	METODE EVALUASI		HASIL EVALUASI		RTL
		AUDIT MEDIS/ AUDIT KLINIS	INDIKATOR MUTU	VARIASI BERKURANG	VARIASI BERTAMBAH	

RSUD M. NATSIR SOLOK
 CEKLIST TELUSUR SUPERVISI INDIKATOR MUTU UNIT
 UNIT PELAYANAN:

B:
 Ada sebagian besar
 lengkap

B: Ada tidak lengkap

B: Sebagian besar sudah diku

N O	NAMA INDIKAT OR	JENIS INDIKATOR			PROFIL INDIKATOR	PENGUMPULAN DATA	ANALISA	VALIDASI	RENCANA PERBAIKAN	TINDAK LANJUT
		IAK	IAM	ISKP						

KETERANGAN

PROFIL INDIKATOR
 DATA
 PERBAIKAN

PENGUMPULAN DATA
 VALIDASI DATA

ANALISA
 RENCANA

A: Ada dan lengkap

A: Sudah dikumpulkan minimal 3 bulan/12 bulan

B: Ada tidak lengkap

C: Tidak ada

C: Pengumpulan data kurang dari 3 bulan

C: Tidak ada

C: Tidak ada

C: Tidak ada

Bila perlu tambahkan catatan pada setiap kol

RSUD M. NATSIR SOLOK
LAPORAN VALIDASI DATA METODE MRA

Bulan :

Indikator :

JUDUL INDIKATOR	
NUMERATOR	
DENUMERATOR	
SUMBER DATA	
CAPAIAN INDIKATOR	
JUMLAH PASIEN RAWAT INAP DEWASA	
JASTIFIKASI PERLU VALIDASI	
METODE PENGUMPULAN DATA VALIDASI	
HASIL VALIDASI	
HASIL ANALISA	
KESIMPULAN	
RENCANA TINDAK LANJUT	

LAPORAN KEGIATAN PDSA

Judul :
 Instalasi :
 Bulan – Tahun :

	<p>FISH BONE</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-bottom: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 15%;">FASILITAS</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 15%;">LINGKUNGAN</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 15%;">SDM</div> </div> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;">MASALAH</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 20px;"> PELANGGAN PROSEDUR </div>
<p>P (Plan)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Saya berencana untuk: Tulis pernyataan singkat tentang apa yg akan anda rencanakan dalam uji ini. Rencana ini lebih fokus dan lebih kecil. Rencana ini merupakan sebagian kecil dari implementasi tool • Saya berharap : Tulis ukuran atau outcome yg akan anda capai . Anda bisa memiliki data kuantitatif atau kualitatif • Langkah-langkah : Tulis langkah-langkah yg anda akan lakukan dalam siklus, termasuk hal berikut : <ol style="list-style-type: none"> a) Populasi dimana anda bekerja – apakah anda mengamati perilaku pasien, dokter atau perawat

	b) Batas waktu yg anda lakukan utk studi ini
D (Do)	<ul style="list-style-type: none">• Apa yang anda amati ?- Bagaimana melakukan apa yang telah direncanakan/dicanangkan/menguji perubahan

	- Tulis hasil observasi selama implementasi termasuk bagaimana reaksi misalnya pasien, dokter, perawat. Bagaimana PLAN sesuai dengan sistem atau alur visit pasien. Anda bisa bertanya, “ Apakah semuanya berjalan sesuai rencana ?” Apakah saya harus modifikasi PLAN
S (Study)	Apa yang dapat dipelajari dan diamati ? Apakah mencapai target yang diinginkan
A (Action)	<ul style="list-style-type: none"> • Apa yang dapat anda simpulkan dari siklus ini ? • Standarisasi hasil perbaikan sehingga dapat digunakan secara berkesinambungan • Disini anda dapat menulis kesimpulan dari implementasi ini, apakah berhasil atau tidak. Bila tidak berhasil, apa yg akan anda lakukan selanjutnya pada siklus berikut agar implementasi berhasil, Jika berhasil, apakah anda siap untuk menyebarkan ke seluruh orang ?

Form Evaluasi PPK

No	Konten	Ya	Tdk	Keterangan
1	Penegakan diagnosis			
2	Pemeriksaan penunjang			
3	Terapi			

Contoh Form Evaluasi PPK Diare Akut

No	Konten	Ya	Tdk	Keterangan
1	Penegakan Diagnosis			
2	Pemeriksaan Penunjang			
3	Terapi Rehidrasi			
4	Terapi Antibiotik			
5	Terapi Mikronutrient			

Contoh Form Evaluasi PPK Hipertensi

No	Konten	Ya	Tdk	Keterangan
1	Penegakan Diagnosis			
2	Klasifikasi			
2	Pemeriksaan Penunjang Faktor risiko			
3	Terapi a. Ace Inhibitor + angiotestin b. Beta Blocker c. Ca Antagonis d. Diuretik e. A+B+C+D			
4	Edukasi Diet			

PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT

BADAN LAYANAN UMUM DAERAH

RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MOHAMMAD NATSIR



Jl. Simpang Rumbio Kota Solok Telp. (0755) 20003 Faks: (0755) 20003

Website: www.rsudmnatsir.sumbarprov.go.id

email: rsud.mnatsir@sumbarprov.go.id



EVALUASI IMPLEMENTASI CLINICAL PATHWAY DI RSUD M. Natsir Solok

NAMA PASIEN :
NO RM :
DIAGNOSA :
TANGGAL :

A. INDIKATOR

NO	INDIKATOR	KESESUAIAN		KETERANGAN
		SESUAI	BELUM SESUAI	
1	INDIKATOR PROSES			
	Assesmen awal			
	Pemeriksaan penunjang, Tindakan diagnostik			
	Obat			
	Nutrisi			
	Konsultasi			
	Tindakan Terapeutik			
	Assesmen Pulang Kritis			
2	INDIKATOR OUTCOME			
	Keluhan			
	Pemeriksaan Klinis			
	Lama dirawat			

B. VARIANS

NO	VARIASI	URAIAN
1	SISTEM	
2	ASUHAN /KLINIS	
3	PASIEN	

C. EVALUASI IMPLEMENTASI CLINICAL PATHWAY

NO	ASPEK	KEPATUHAN	
		PATUH	TIDAK PATUH
1	KEPATUHAN PPA :		
	DOKTER		
	PERAWAT		
	FARMASI		
	NUTRISIONIS		
2	KENDALA/HAMBATAN		

AUDITOR	KOMITE	NAMA	TANDA TANGAN
1	Komite Medik		
2	Komite Mutu Manajemen Resiko		
3	Komite Keperawatan		