



# QUALITY IMPROVEMENT & PATIENT SAFETY PLAN

**PANDUAN PENINGKATAN MUTU  
DAN  
KESELAMATAN PASIEN**

# DEFINISI

- Manajemen mutu adalah sebuah usaha berkelanjutan, sistematis, objektif dan menyatu untuk mengenali dan menetapkan masalah-masalah dan penyebab-penyebab masalah dalam mutu pelayanan berdasarkan standar yang ditentukan, menetapkan dan mengimplementasikan solusi masalah sesuai kapasitas yang tersedia, mengkaji hasil-hasil dan membuat saran-saran lebih lanjut untuk perbaikan mutu pelayanan.
- Mutu pelayanan adalah penampilan yang memperlihatkan tingkat keunggulan pelayanan kesehatan yang menimbulkan kepuasan pasien atau konsumen
- Indikator mutu adalah parameter yang dapat diukur, yang mewakili input, proses maupun hasil akhir dari suatu pelayanan dan proses manajerial yang digunakan untuk mengukur mutu dari pelayanan dan proses manajerial tersebut
- Manajemen Risiko adalah pendekatan proaktif untuk mengenali, mengevaluasi dan memprioritaskan risiko untuk mengurangi risiko cedera dan bahaya pada pasien, staf rumah sakit, pengunjung dan organisasi itu sendiri.
- Keselamatan Pasien adalah sebuah sistem dimana rumah sakit menetapkan pelayanan pasien yang lebih aman untuk mencegah cedera akibat kesalahan karena melakukan tindakan atau tidak melakukan suatu tindakan yang seharusnya dilakukan

# TUJUAN

- Memberikan pengarahan dan penuntun untuk meningkatkan keselamatan pasien, dan mengurangi risiko pada pasien dan staf.
- Memberikan sebuah proses sistematis untuk mengkaji, mengevaluasi dan meningkatkan struktur, proses dan *outcome*, baik dalam perawatan maupun pelayanan, dengan menggunakan pendekatan kolaborasi dan interdisiplin.
- Membangun suatu lingkungan yang mendukung keselamatan, mendukung budaya pelaporan yang bebas menyalahkan [*blame*], menekankan pemeliharaan dan perbaikan dalam isu-isu keselamatan pasien di setiap departemen di seluruh fasilitas dan menetapkan mekanisme pengungkapan informasi yang berkaitan dengan kesalahan.

# RUANG LINGKUP

Kebijakan ini berlaku untuk semua area di Rumah sakit. Rencana Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien mencakup semua pelayanan, program dan departemen di Rumah sakit.

# TANGGUNG JAWAB

## Kepemimpinan dan Komitmen

Prasyarat keberhasilan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien adalah komitmen top-down dari 'Governing Body' dan Manajemen Eksekutif. Manajemen Rumah sakit memastikan bahwa semua sumber daya yang diperlukan tersedia dalam upaya untuk mengimplementasikan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang efektif.

- Chief Executive Officer memiliki tanggung jawab utama untuk keseluruhan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien dan efektivitas operasionalnya sesuai standar. Ia ikut serta dalam pembentukan suatu rencana / penuntun, menetapkan prioritas untuk kegiatan-kegiatan, menetapkan prioritas untuk memonitor kegiatan-kegiatan, menetapkan sebuah proses atau mekanisme untuk supervisi program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
- Semua Kepala Divisi dan Manajer bertanggung jawab untuk mengimplementasikan arahan dari CEO yang berkaitan dengan peningkatan mutu dan keselamatan pasien. Semua Kepala Divisi dan Manajer memiliki peran dalam menerapkan langkah-langkah mutu yang berhubungan dengan layanan yang diberikan oleh departemen atau layanan mereka di seluruh rumah sakit, menerapkan tindakan mutu untuk mengurangi variasi dan peningkatan proses dalam departemen atau pelayanan, memastikan program mutu dan keselamatan pasien membentuk budaya Rumah sakit dan membuat pengaruh dalam setiap aspek pelaksanaan. Semua Kepala Divisi dan Manajer menggunakan pendekatan multidisiplin dengan semua departemen dan pelayanan di Rumah sakit dalam mengembangkan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien, pemantauan, dan menetapkan proses pengawasan. Dan juga memahami pentingnya teknologi untuk mengumpulkan dan membandingkan hasil pemantauan dan menyediakan teknologi dan fasilitas, sesuai dengan sumber daya rumah saki.

- Semua Kepala Unit dan Leader memiliki peran dalam memastikan bahwa program mutu dan keselamatan pasien diimplementasikan di unit mereka.
- Perwakilan Mutu di setiap unit memiliki tanggung jawab untuk memastikan apakah ia telah memiliki program peningkatan mutu dan keselamatan pasien di tingkat unit, melakukan pemantauan secara berkala, mendiskusikan hasil peningkatan, dan bersama tim mereka membuat peningkatan, memastikan bahwa pencapaian mereka didokumentasi dengan benar dan semua staf di unitnya diberi informasi mengenai program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
- Semua anggota staf secara aktif ikut serta dalam inisiatif-inisiatif keselamatan untuk mencegah bahaya yang tidak diinginkan, meminimalkan risiko ke pasien dan secara terus menerus mempromosikan budaya keselamatan.
- Divisi Quality & Risk.
  - **Rencana Mutu dan Keselamatan Pasien.** Mengembangkan dan mengimplementasikan strategi rencana peningkatan mutu dan keselamatan pasien di Rumah sakit untuk memberikan pelayanan yang aman dan bermutu tinggi, konsisten dengan keseluruhan arah strategi dari 'governing body' melalui visi dan misi dan keperluan dan standar set untuk Rumah sakit.
  - **Kebijakan dan Standar Mutu.** Memastikan bahwa kebijakan dan prosedur yang sesuai tersedia di tempat, meliputi *International Patient Safety Goals* yang dikomunikasikan ke dan diikuti oleh staf untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien dan meminimalkan risiko.
  - **Pengukuran Outcome.** Menentukan pengukuran mutu dan outcome serta keselamatan pasien yang valid dan dapat diandalkan harus dikumpulkan dan dilaporkan secara internal. Ini meliputi, tidak terbatas pada, pengukuran indikator mutu, pelaksanaan *International Patient Safety Goals*, mengumpulkan data terkait *incident report*, data terkait risiko infeksi secara periodik dan berkesinambungan.

## ▪ **Pemantauan**

- Menggunakan informasi dari pengkajian risiko, insiden, keluhan, audit, tuntutan dan sumber-sumber internal dan eksternal lain yang relevan untuk meningkatkan keselamatan dan memfasilitasi pembelajaran organisasi.
- Memastikan melakukan analisa dan rencana tindakan terhadap insiden keselamatan pasien dan memberikan rekomendasi pada kegiatan-kegiatan untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien bila diperlukan, seperti *sentinel event* dan *near miss* yang memerlukan *Root Cause Analysis* (RCA).
- **Akuntabilitas.** Memerlukan penjelasan penuh dan rencana tindakan bila kinerja keselamatan pasien dan mutu di bawah harapan. Komite lebih fokus pada kinerja dan sistem daripada kinerja individu untuk menentukan budaya keselamatan yang bebas dari saling menyalahkan di dalam organisasi

- **Edukasi.** Divisi Quality & Risk berkomitmen untuk melakukan pembelajaran organisasi yang berkelanjutan dan memastikan bahwa Pimpinan, dokter dan semua staf menerima pelatihan yang memadai dalam kaitan mutu dan keselamatan pasien sesuai dengan tanggung jawabnya.

- **Rapat dan Pelaporan.** Memastikan rapat berkala mengenai peningkatan mutu dan keselamatan pasien dilakukan. Memberikan laporan ke Hospital Main Committee ringkasan hasil dan kemajuan terhadap pengukuran yang ditetapkan dan rencana tindakan yang tepat.

- **Evaluasi Tahunan Mandiri.** Memastikan bahwa Divisi Quality & Risk melakukan evaluasi tahunan mandiri untuk menentukan apakah telah berfungsi efektif. Hasil proses pengkajian akan didiskusikan dan menghasilkan sebuah rencana perbaikan untuk tahun berikutnya akan dikembangkan.

# LANDASAN HUKUM

- Undang Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 Pasal 28 H ayat (1) yang menerangkan bahwa Setiap Orang Berhak Memperoleh Pelayanan Kesehatan, dan pasal 34 ayat (3) yang menerangkan bahwa Negara Bertanggungjawab atas Penyediaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan dan Fasilitas Pelayanan Umum Yang Layak
- Undang-Undang No 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1691/MENKES/PER/VIII/2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1438/MENKES/PER/IX/2010 tentang Standar Pelayanan Kedokteran
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/Menkes/II/2008 tentang Standar Minimal Rumah Sakit

# TATALAKSANA

## - MANAJEMEN MUTU

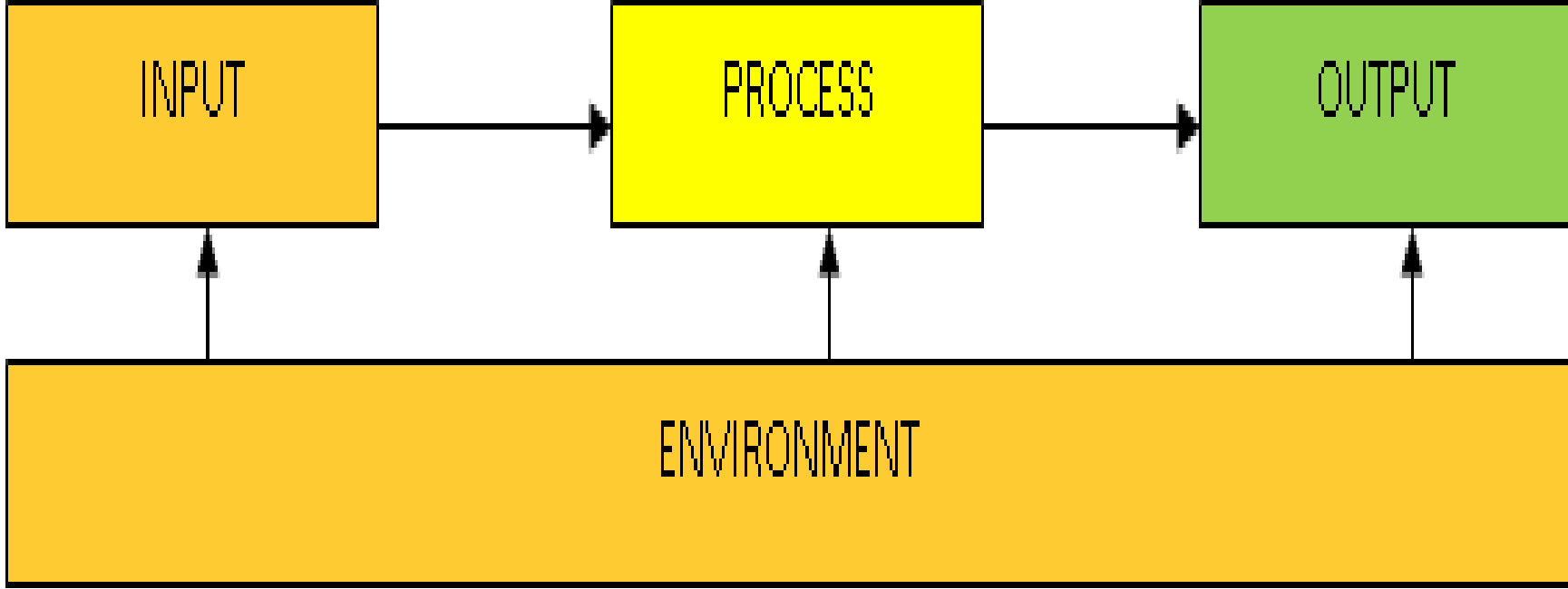
Mutu adalah tingkat kesempurnaan yang berupa sesuatu yang diobservasi atau tingkat pemenuhan dengan standar yang ditentukan. Manajemen mutu adalah sebuah upaya yang dilakukan terus menerus, sistematis, objektif dan terintegrasi dalam identifikasi dan menentukan masalah dan penyebab masalah berdasarkan standar yang ditetapkan, menetapkan dan mengimplementasikan pemecahan masalah menurut kapasitas yang tersedia, dan mengkaji hasil dan memberikan tindak lanjut saran untuk lebih meningkatkan kualitas pelayanan. [Lihat Lampiran 1: Definisi Lainnya]






# Prinsip-Prinsip Peningkatan Mutu

Peningkatan mutu adalah sebuah pendekatan sistematis untuk menilai pelayanan-pelayanan dan meningkatkannya berdasarkan prioritas. Rumah Sakit melakukan pendekatan peningkatan mutu berdasarkan prinsip-prinsip berikut ini :

- Prinsip 1 : Fokus pelanggan. Organisasi tergantung pada pelanggan mereka dan oleh karena itu harus mengerti kebutuhan-kebutuhan pelanggan masa kini dan masa depan dan memenuhi persyaratan pelanggan dan berusaha melebihi harapan pelanggan.
- Prinsip 2 : Kepemimpinan. Pemimpin menetapkan kesatuan tujuan dan arah dari organisasi. Mereka harus membuat dan memelihara lingkungan internal dimana orang dapat terlibat penuh dalam pencapaian tujuan organisasi.
- Prinsip 3 : Keterlibatan orang. Orang-orang di semua tingkatan merupakan inti dari sebuah organisasi dan keterlibatan penuh mereka memungkinkan kemampuan mereka digunakan untuk kepentingan organisasi.
- Prinsip 4 : Pendekatan proses. Sebuah hasil yang diinginkan tercapai lebih efisien ketika kegiatan-kegiatan dan sumber daya yang terkait dikelola sebagai sebuah proses.
- Prinsip 5 : Pendekatan sistem kepada manajemen. Mengidentifikasi pemahaman dan mengelola proses yang saling berkaitan sebagai sebuah sistem yang memberi kontribusi pada efektivitas dan efisiensi organisasi dalam pencapaiannya.
- Prinsip 6 : Perbaikan berkesinambungan. Perbaikan berkesinambungan dari kinerja keseluruhan organisasi harus menjadi tujuan tetap organisasi.
- Prinsip 7 : Pendekatan faktual dalam pengambilan keputusan. Keputusan yang efektif didasarkan pada analisa data dan informasi.
- Prinsip 8 : Hubungan pemasok saling menguntungkan. Sebuah organisasi dan pemasoknya saling tergantung dan hubungan yang saling menguntungkan meningkatkan kemampuan kedua pihak dalam menciptakan nilai.



-  Prospective QM
-  Concurrent QM
-  Retrospective QM

## ▪ Proses Peningkatan Kinerja Mutu

Proses untuk mengidentifikasi peningkatan mutu adalah :

- Pertama, mengidentifikasi tujuan kepemimpinan sesuai dengan persyaratan peraturan, kesempatan peluang diidentifikasi melalui benchmark eksternal, analisis data laporan kejadian dan melalui peristiwa sentinel.
- Tujuan-tujuan, topik atau indikator yang dipilih merupakan area klinis dan manajerial yang penting penting untuk diidentifikasi mencakup Sasaran Keselamatan Pasien Internasional. Proses seleksi digunakan dengan pertimbangan sebagai berikut: Sejalan dengan visi, misi, dan rencana, praktek bisnis dari rumah sakit, dan kebutuhan pelanggan [pasien, keluarga, staf, dan lain-lain], Sejalan dengan peraturan yang berlaku, pertimbangkan dengan informasi manajemen risiko yang relevan, seperti: risiko tinggi, volume tinggi, masalah utama, menggunakan dasar bukti.  
[Lihat Lampiran 2: Proses Peningkatan Kinerja Mutu : Bagaimana memilih indikator].
- Tujuan-tujuan, topik atau indikator tersebut kemudian ditampilkan dalam matriks untuk lebih memahami area yang kepentingan dan relevansinya.
- Kelompok kerja menentukan topik atau indikator untuk setiap topik atau indikator [Baca bersama-sama dengan Indikator Mutu Rumah Sakit].

- Data ini kemudian dikumpulkan dan dipelajari. Kelompok kerja membahas analisis data dan menentukan inisiatif apa yang harus dilaksanakan untuk mencapai hasil yang diinginkan.

[Lihat Lampiran 3: Alur Data : pengumpulan data, analisa, penggunaan adata dan proses internal validasi data].

- Validasi Data Pengukuran : Untuk memastikan bahwa data yang baik dan berguna telah dikumpulkan, sebuah proses validasi data internal perlu dilakukan. Validasi data sangat penting ketika ukuran baru diimplementasikan, data akan dipublikasikan di situs Web organisasi atau dengan cara lain, perubahan telah dibuat untuk ukuran yang ada, data yang dihasilkan dari ukuran yang ada telah berubah dalam cara yang tidak dapat dijelaskan, sumber data telah berubah, atau subyek pengumpulan data telah berubah.

[Lihat Lampiran 3: Alur Data : pengumpulan data, analisa, penggunaan adata dan proses internal validasi data]

- Pengumpulan ulang data yang dilakukan oleh orang kedua yang tidak terlibat dalam pengumpulan data orisinal
- Pengambilan sampel harus sah secara statistik. Penggunaan 100 % sampel hanya dilakukan apabila datanya sangat kecil
- Dilakukan perbandingan antara data orisinal dengan data dari pengambilan ulang
- Tingkat keakuratannya harus diatas sama dengan 90 %
- Apabila unsur datanya tidak sama, maka alasan-alasannya harus dicatat dan tindakan korektifnya harus dilaksanakan

## ▪ Model Peningkatan Kinerja Mutu

Rumah Sakit mengadopsi siklus PDSA (Plan, Do, Study, and Act) untuk perbaikannya. Model ini memiliki 2 bagian :

Bagian 1 :

- Menetapkan tujuan / sasaran
- Menetapkan pengukuran
- Memilih perubahan-perubahan

### ▪ Plan/Do/Study/Act

- PLAN/RENCANA perbaikan. Mengidentifikasi kesempatan untuk perbaikan; menentukan tujuan. Tanyakan mengapa kita melakukan ini dan bagaimana kita bisa melakukannya secara berbeda untuk membuatnya lebih baik. Mengembangkan tim multidisiplin; mengidentifikasi apa yang akan diukur.
- DO/LAKUKAN proses perbaikan. Terapkan strategi perubahan. Lakukan perubahan kecil. Mulai untuk mengumpulkan dan menganalisis data.
- STUDY /STUDI hasilnya. Pahami sumber kesalahan. Kaji data pengukuran. Apakah hasil dari perubahan lebih baik, lebih buruk atau perubahan lateralis?
- ACT/TINDAKAN untuk mendapatkan keuntungan dan terus tingkatkan proses. Tindaklanjuti dengan dokumentasi dan laporan kepada orang yang terlibat.

[Lihat Lampiran 4: Siklus PDSA].

## **ISI / RUANG LINGKUP PROGRAM PENINGKATAN KINERJA**

Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien menyatukan semua departemen dalam organisasi. Setiap departemen terkait ke salah satu topik utama yang ditetapkan untuk perbaikan. Semua departemen mengembangkan tujuan untuk menuju dan mendukung peningkatan perawatan, pengobatan, layanan dan hasil keselamatan yang selaras dengan visi Rumah sakit. Tujuan-tujuan ini menjadi pokok dari kegiatan Peningkatan Kinerja Mutu organisasi yang luas.

### **Topik-topik Peningkatan Kinerja Mutu yang dipilih sebagai berikut :**

Prioritas monitoring indicator mutu :

Melaksanakan dan Memantau Pemenuhan Peraturan

Standar Fokus Pasien

Melaksanakan 6 Sasaran Internasional Keselamatan Pasien:

- Sasaran 1 : Mengidentifikasi pasien dengan benar
- Sasaran 2 : Meningkatkan komunikasi yang efektif
- Sasaran 3 : Meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus diwaspai
- Sasaran 4 : Memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang benar.
- Sasaran 5 : Mengurangi risiko infeksi akibat perawatan kesehatan
- Sasaran 6 : Mengurangi risiko cedera pasien akibat terjatuh

## ▪ Standar Klinikal :

- Aspek pengkajian pasien
- Aspek pelayanan laboratorium
- Aspek pelayanan radiologi dan diagnostik imaging
- Aspek prosedur pembedahan
- Aspek penggunaan antibiotika dan obat-obatan lain
- Aspek pemantauan atas kesalahan-kesalahan pengobatan dan kejadian nyaris celaka (KNC).
- Aspek anestesi dan sedasi
- Aspek penggunaan darah dan produk-produk darah
- Aspek ketersediaan, isi dan penggunaan rekam medik pasien
- Aspek pengendalian infeksi, pengawasan, dan pelaporan

## ▪ Standar Manajemen

- Aspek pengadaan obat-obatan dan bahan habis pakai yang penting bagi pasien serta cadangan-cadangan yang dibutuhkan
- Aspek pelaporan kegiatan-kegiatan demi kepentingan hukum dan peraturan
- Aspek manajemen risiko
- Aspek manajemen penggunaan peralatan-peralatan
- Aspek harapan dan kepuasan pasien dan keluarga pasien
- Aspek harapan dan kepuasan karyawan
- Aspek demografi pasien dan diagnosis klinis
- Aspek manajemen keuangan
- aspek pencegahan dan pengendalian kejadian-kejadian yang mengancam keselamatan pasien, keluarga pasien dan karyawan, termasuk *International Patient Safety Goals*.

## ▪ Program Peningkatan Mutu Dan Keselamatan Pasien

- Program peningkatan mutu dan keselamatan pasien dimulai dari proses untuk mengumpulkan dan mengevaluasi data, kemudian informasi ini dijadikan salah satu alat untuk mengevaluasi dan meningkatkan kinerja pelayanan klinis dan kinerja manajerial (QPS 4)
- Program peningkatan mutu dan keselamatan pasien bertujuan untuk menstandarisasi pelayanan (mengurangi variasi), meningkatkan keselamatan prosedur/perawatan risiko tinggi, meningkatkan kepuasan pasien, serta untuk meningkatkan efisiensi
- Dalam mengevaluasi informasi dan data mutu, digunakan alat statistik yang tepat.
- Data dan informasi di analisa dengan cara membandingkan dari waktu ke waktu, atau perbandingan dengan rumah sakit sekitar, atau perbandingan dengan standar yang terpercaya
- Rumah sakit dapat berpartisipasi dalam memberikan informasi data mutu kepada lembaga eksternal bila diperlukan. Dan dalam proses partisipasi ini, maka data harus di validasi dahulu serta tetap keamanan dan kerahasiaan data tetap terjaga
- Rumah sakit juga melakukan evaluasi dan analisa dampak perbaikan dan efisiensi biaya pada setidaknya satu indikator terpilih setiap tahunnya

## ▪ Perubahan-Perubahan atau Kejadian Tidak Biasa

- Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien ini fleksibel dalam mengakomodasi perubahan-perubahan pelayanan, perubahan regulasi, kejadian tidak biasa atau elemen-elemen lain yang sejenisnya.
- Pimpinan rumah sakit mereview Indikator Mutu setidaknya sekali dalam setahun untuk memutuskan apakah akan tetap menggunakan indikator mutu ini atau merevisi ruang lingkup Indikator Mutu atau mengganti Indikator Mutu
- Keputusan untuk merubah Indikator Mutu di dasarkan bila Indikator Mutu sudah mencapai target 6 bulan berturut-turut atau di kehendaki oleh CEO yang mempertimbangkan mutu dan keselamatan pasien (GLD 11)
- Pimpinan rumah sakit juga mengkaji dampak keseluruhan rumah sakit dan departemen / pelayanan dalam peningkatan efisiensi dan penggunaan sumber daya



## KESELAMATAN PASIEN

Keselamatan pasien adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman untuk mencegah cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat menjalankan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.

### ▪ Tujuan Keselamatan Pasien :

- Terciptanya budaya keselamatan pasien di rumah sakit
- Meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat
- Menurunnya kejadian tidak diharapkan (KTD) di rumah sakit
- Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian tidak diharapkan
- Menciptakan lingkungan yang aman bagi karyawan dan pengunjung rumah sakit  
Memberikan pelayanan yang efektif dan efisien
- Tercapainya International Patient Safety Goals di Rumah sakit

- **Manfaat Keselamatan Pasien :**

- Budaya *safety* meningkat & berkembang
- Resiko klinis menurun
- Komunikasi yang baik dengan pasien berkembang
- Keluhan berkurang

- **Ruang Lingkup Keselamatan Pasien :**

- Keselamatan pasien diterapkan pada semua proses pelayanan baik klinis maupun non klinis

## Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien

Tujuh langkah keselamatan pasien rumah sakit merupakan panduan yang komprehensif untuk menuju keselamatan pasien, sehingga tujuh langkah tersebut secara menyeluruh perlu dilaksanakan oleh Rumah sakit, yaitu :

### 1. Membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien (GLD 13 ME 1)

- Rumah sakit harus memiliki regulasi yang menjabarkan bagaimana mengidentifikasi insiden, apa yang harus dilakukan staf segera setelah terjadi insiden, bagaimana langkah-langkah pengumpulan fakta harus dilakukan untuk membuat rencana perbaikan yang semuanya dijelaskan pada panduan pelaporan insiden (GLD 13 ME 2)
- Rumah sakit menumbuhkan budaya pelaporan dan belajar dari insiden yang terjadi di rumah sakit dan menjamin staf atau individu yang melaporkan masalah keselamatan tidak mendapatkan ancaman/pembalasan (GLD 13. 1 ME 5)
- Rumah sakit menyediakan sumber daya untuk mempromosikan budaya keselamatan dalam rumah sakit (GLD 13 ME 5)
- Rumah sakit melakukan assesment dengan menggunakan survei penilaian keselamatan pasien
- Rumah Sakit menyediakan pendidikan dan informasi (seperti buku literatur dan nasihat-nasihat) yang relevan dengan budaya keselamatan bagi semua orang yang bekerja di rumah sakit (GLD 13 ME 3)
- Unit/Komite memastikan rekan sekerja merasa mampu berbicara mengenai kepedulian mereka dan berani melaporkan bila mana ada insiden
- Unit/Komite mendemonstrasikan kepada unit/tim ukuran-ukuran yang dipakai untuk memastikan semua laporan dibuat secara terbuka dan terjadi proses pembelajaran serta pelaksanaan solusi yang tepat.

## 2. Memimpin & mendukung staf untuk memiliki komitmen & fokus pada keselamatan pasien di rumah sakit

- Rumah sakit memastikan ada anggota Direksi yang bertanggung jawab atas keselamatan pasien.
- Rumah sakit mengidentifikasi orang-orang yang dapat diandalkan menjadi “penggerak” dalam gerakan keselamatan pasien.
- Rumah sakit memprioritaskan keselamatan pasien dalam agenda rapat Direksi.
- Rumah sakit memasukkan tema keselamatan pasien dalam semua program latihan staf rumah sakit dan memastikan pelatihan ini diikuti dan diukur efektivitasnya
- Unit/Komite Menominasikan penggerak dalam tim untuk memimpin gerakan keselamatan pasien
- Unit/Komite Menjelaskan kepada tim relevansi dan pentingnya gerakan keselamatan pasien
- Unit/Komite Menumbuhkan sikap yang menghargai pelaporan insiden

### 3. Mengintegrasikan manajemen resiko

- Rumah sakit mengidentifikasi permasalahan sistem yang mengarah pada perilaku yang tidak aman (membahayakan) pasien dan permasalahan lainnya terkait budaya keselamatan pasien serta mengkaji kembali struktur dan proses yang ada dalam manajemen resiko klinis dan non klinis, serta memastikan hal tersebut mencakup dan terintegrasi dengan keselamatan pasien dan staf (GLD 13 ME 4 & GLD 13.1 ME 3)
- Rumah sakit mengembangkan indikator-indikator kinerja pengelolaan resiko yang dapat dimonitor oleh Direksi/Pimpinan rumah sakit.
- Rumah sakit menggunakan informasi yang benar dan jelas yang diperoleh dari sistem pelaporan insiden dan assesment resiko untuk dapat secara proaktif meningkatkan kepedulian kepada pasien.
- Unit/Komite membentuk forum-forum dalam rumah sakit untuk mendiskusikan issue-issue keselamatan pasien guna memberikan umpan balik kepada manajemen yang terkait.
- Unit/Komite memastikan ada penilaian resiko pada individu pasien dalam proses assesment resiko rumah sakit.
- Unit/Komite melakukan proses assesment resiko secara teratur dan mengambil langkah-langkah yang tepat untuk memperkecil resiko tersebut.
- Unit/Komite memastikan assesment resiko tersebut disampaikan sebagai masukan ke proses assesment dan pencatatan resiko rumah sakit.

#### 4. Mengembangkan sistem pelaporan insiden di rumah sakit

Rumah sakit membuat dan mengimplementasikan sistem pelaporan insiden kedalam maupun keluar  
Penjelasan dari sistem pelaporan insiden di rumah sakit di tuangkan pada panduan pelaporan insiden (GLD 13.1 ME 1 & 2)

Unit/Komite mendorong kepada rekan sekerja untuk secara aktif melaporkan setiap insiden yang terjadi

#### 5. Mengembangkan Komunikasi terbuka dengan pasien

- Rumah sakit memastikan rumah sakit memiliki kebijakan yang jelas dalam menjabarkan cara-cara komunikasi terbuka selama proses asuhan tentang insiden dengan pasien dan keluarga.
- Rumah sakit memastikan pasien dan keluarga mendapatkan informasi yang jelas dan benar bila terjadi insiden.
- Rumah sakit berikan dukungan dan pelatihan kepada staf agar selalu terbuka kepada pasien dan keluarganya.
- Unit/Komite memastikan tim menghargai dan mendukung keterlibatan pasien dan keluarga bila terjadi insiden.
- Unit/Komite memprioritaskan pemberitahuan kepada pasien dan keluarga jika terjadi insiden dan segera beritahukan kepada mereka informasi yang jelas dan benar.
- Unit/Komite memastikan, segera setelah kejadian tim menunjukkan empati kepada pasien dan keluarganya

## 6. Mempelajari & membagi pengalaman tentang keselamatan pasien

- Rumah sakit memastikan staf yang terkait telah terlatih untuk melakukan kajian insiden secara tepat.
- Rumah sakit mengembangkan kebijakan yang menjabarkan dengan jelas kriteria pelaksanaan *Analisis Akar Masalah (Root Cause Analysis)* yang mencakup insiden yang terjadi dan minimum 1 kali pertahun melakukan Analisis Modus Dampak Dan Kegagalan (*Failure Modes And Effects Analysis*) untuk proses resiko tinggi.
- Unit/Komite mendiskusikan dalam tim pengalaman dari hasil analisis insiden
- Unit/Komite mengidentifikasi unit atau bagian lain yang mungkin terkena dampak dimasa depan dan membagi pengalaman tersebut secara lebih luas.

## 7. Mencegah cedera melalui implementasi keselamatan pasien (GLD 13.1 ME 4)

- Rumah sakit menggunakan informasi yang benar dan jelas yang diperoleh dari sistem pelaporan, assesment resiko, kajian insiden, dan audit serta analisis untuk menentukan solusi.
- Rumah sakit solusi tersebut dapat mencakup penjabaran ulang sistem (struktur dan proses), penyesuaian pelatihan staf dan atau kegiatan klinis, termasuk penggunaan instrumen yang menjamin keselamatan pasien.
- Rumah sakit melakukan assesment resiko untuk setiap perubahan yang direncanakan.
- Rumah sakit memberi umpan balik kepada staf tentang setiap tindakan yang diambil atas insiden yang dilaporkan
- Unit/Komite melibatkan tim dalam mengembangkan berbagai cara untuk membuat asuhan pasien menjadi lebih baik dan lebih aman.
- Unit/Komite menelaah kembali perubahan-perubahan yang dibuat tim dan memastikan pelaksanaannya.
- Unit/Komite memastikan tim menerima umpan balik atas setiap tindak lanjut tentang insiden yang dilaporkan.

## Standar Keselamatan Pasien Rumah Sakit :

Standar keselamatan pasien tersebut terdiri dari tujuh standar yaitu:

### 1. Hak pasien

Pasien dan keluarganya mempunyai hak untuk mendapatkan informasi tentang rencana dan hasil pelayanan termasuk kemungkinan terjadinya insiden.

### 2. Mendidik pasien dan keluarga

Rumah sakit harus mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien

### 3. Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan

Rumah Sakit menjamin keselamatan pasien dalam kesinambungan pelayanan dan menjamin koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan.

### 4. Penggunaan metoda-metoda peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien

Rumah sakit harus mendesain proses baru atau memperbaiki proses yang ada, memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis secara intensif insiden, dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta keselamatan pasien.

### 5. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien

Pimpinan mendorong dan menjamin implementasi program keselamatan pasien secara terintegrasi dalam organisasi melalui penerapan “Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit “.

### 6. Mendidik staf tentang keselamatan pasien

Rumah sakit memiliki proses pendidikan, pelatihan dan orientasi untuk setiap jabatan mencakup keterkaitan jabatan dengan keselamatan pasien secara jelas

### 7. Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien

Rumah sakit merencanakan dan mendesain proses manajemen informasi keselamatan pasien untuk memenuhi kebutuhan informasi internal dan eksternal



# PENCAPAIAN INTERNATIONAL PATIENT SAFETY GOAL (IPSG)

- Mengidentifikasi Pasien Dengan benar
- Meningkatkan Komunikasi Verbal Yang Efektif
- Meningkatkan Keamanan Obat-Obatan Yang Harus DiWaspadai
- Memastikan Lokasi Pembedahan yang benar, Prosedur Pembedahan Yang benar Dan Pembedahan Pada Pasien Yang Benar
- Mengurangi Risiko Infeksi Akibat Perawatan Kesehatan
- Mengurangi Risiko Pasien Terjatuh

## **Insiden Keselamatan Pasien**

Insiden keselamatan pasien adalah setiap kejadian atau situasi yang dapat mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera pada pasien yang tidak seharusnya terjadi. Hal lain tentang insiden keselamatan pasien ini diatur dalam panduan Insiden, *Near Miss*, dan *Sentinel Event*

## **Laporan Insiden Keselamatan Pasien**

Pelaporan secara tertulis setiap kondisi potensial cedera (KPC), kejadian tidak cedera (KTC), kejadian nyaris cedera (KNC) atau kejadian tidak diharapkan (KTD), serta kejadian sentinel yang menimpa pasien selama menjalani proses pengobatan oleh petugas kesehatan di rumah sakit. Hal lain tentang laporan insiden keselamatan pasien ini diatur dalam Prosedur Pelaporan Insiden

- Program keselamatan pasien diintegrasikan dengan seluruh kegiatan peningkatan kinerja mutu. Ini meliputi pengkajian risiko dan penghindaran taktik-taktik seperti melakukan “Failure Mode Effect Analysis [FMEA]. FMEA adalah pengkajian risiko proaktif yang memeriksa sebuah proses secara detail, meliputi urutan kejadian, mengkaji risiko aktual dan risiko potensial, kegagalan atau titik-titik kerentanan dan melalui sebuah proses yang logis, memprioritaskan area untuk perbaikan / peningkatan berdasarkan pengaruh aktual atau pengaruh potensi terhadap pelayanan pasien. Komite Mutu dan Keselamatan Pasien memilih sekurang-kurangnya satu proses risiko tinggi setiap tahun untuk dianalisa dan kemungkinan perbaikan.
- Semua data laporan kejadian digunakan dalam program keselamatan untuk melacak dan melihat kecenderungan atau inisiatif kegiatan yang mengarah pada proses, sistem, protokol atau peralatan. Ini mencakup kejadian near miss, seperti halnya temuan kejadian tidak diharapkan ( *adverse event*). Jika organisasi melaporkan data kejadian, komponen ini menyatukan semua departemen ke dalam program keselamatan.
- Sebagai tambahan, semua perkembangan kegiatan dari *Root Cause Analysis* meliputi *Sentinel Event* diimplementasikan dan dimonitor melalui program keselamatan.

[Baca bersama dengan Panduan Manajemen Risiko]

## ▪ MANAJEMEN RESIKO

**Manajemen risiko** adalah pendekatan proaktif untuk mengidentifikasikan, mengevaluasi dan memprioritaskan risiko untuk mengurangi risiko cedera dan kerugian pada pasien, karyawan rumah sakit, pengunjung dan organisasi sendiri

Hal lain tentang Manajemen Risiko diatur dalam panduan Manajemen Risiko

# PENYEBARAN HASIL

- Rapat Pengkajian Manajemen Bulanan
- Mempublikasikan laporan Quality Dashboard ke setiap unit, melalui Kepala Unit (KU)nya
- Semua KU mengkomunikasikan hasil upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien kepada semua staf
- Pemimpin rumah sakit melaporkan program mutu dan keselamatan pasien, termasuk kejadian sentinel setiap tiga bulan kepada Steering Committee yang diwakilkan oleh CEO

# PELATIHAN DAN EDUKASI

- Pelatihan Mutu dan keselamatan pasien dilakukan selama orientasi awal staff dan program induksi dan berkelanjutan setelah itu.
- Edukasi ini akan mencakup sebuah penjelasan dari Panduan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien dan bagaimana mereka mencocokkan ke dalam rencana, berdasarkan tanggung jawab kerja utama mereka. Juga meliputi edukasi mengenai metodologi mutu yang digunakan di Rumah Sakit Pondok Indah Puri Indah
- Individu yang terlibat di dalam proses partisipasi, seperti mengumpulkan dan menganalisa data harus memiliki kemampuan dalam metode pengumpulan data, dan tahu bagaimana menggunakan perangkat statistik yang bervariasi.

## EVALUASI TAHUNAN

- Panduan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien akan dievaluasi setiap dua tahun mengenai efektivitas pencapaian tujuan untuk memastikan mutu terbaik telah diberikan kepada pasien dan diperbaharui..
- Sebuah ringkasan kegiatan dan perbaikan yang telah dibuat, proses pemberian pelayanan yang telah dimodifikasi, kemajuan proyek, dan rekomendasi untuk perubahan terhadap Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien akan dipenuhi dan diteruskan kepada governing body untuk dilakukan tindakan.

## KERAHASIAAN

Setiap informasi, data laporan atau catatan yang dibuat ketersediaannya bagi Rumah sakit harus dijaga kerahasiaannya.

# REFERENCE

- [http://www.utoledo.edu/policies/utmc/Administrative\\_Plans/pdfs/Quality%20and%20Patient%20Safety%20Plan%202010.pdf](http://www.utoledo.edu/policies/utmc/Administrative_Plans/pdfs/Quality%20and%20Patient%20Safety%20Plan%202010.pdf)
- <http://www.ihi.org/IHI/Topics/Improvement/ImprovementMethods/>
- <http://www.jointcommissioninternational.com>
- Joint Commission International Accreditation Standards for Hospital. Five Edition, 2015.

# PROSES KINERJA PERBAIKAN MUTU : BAGAIMANA MENETAPKAN TOPIK ATAU INDIKATOR

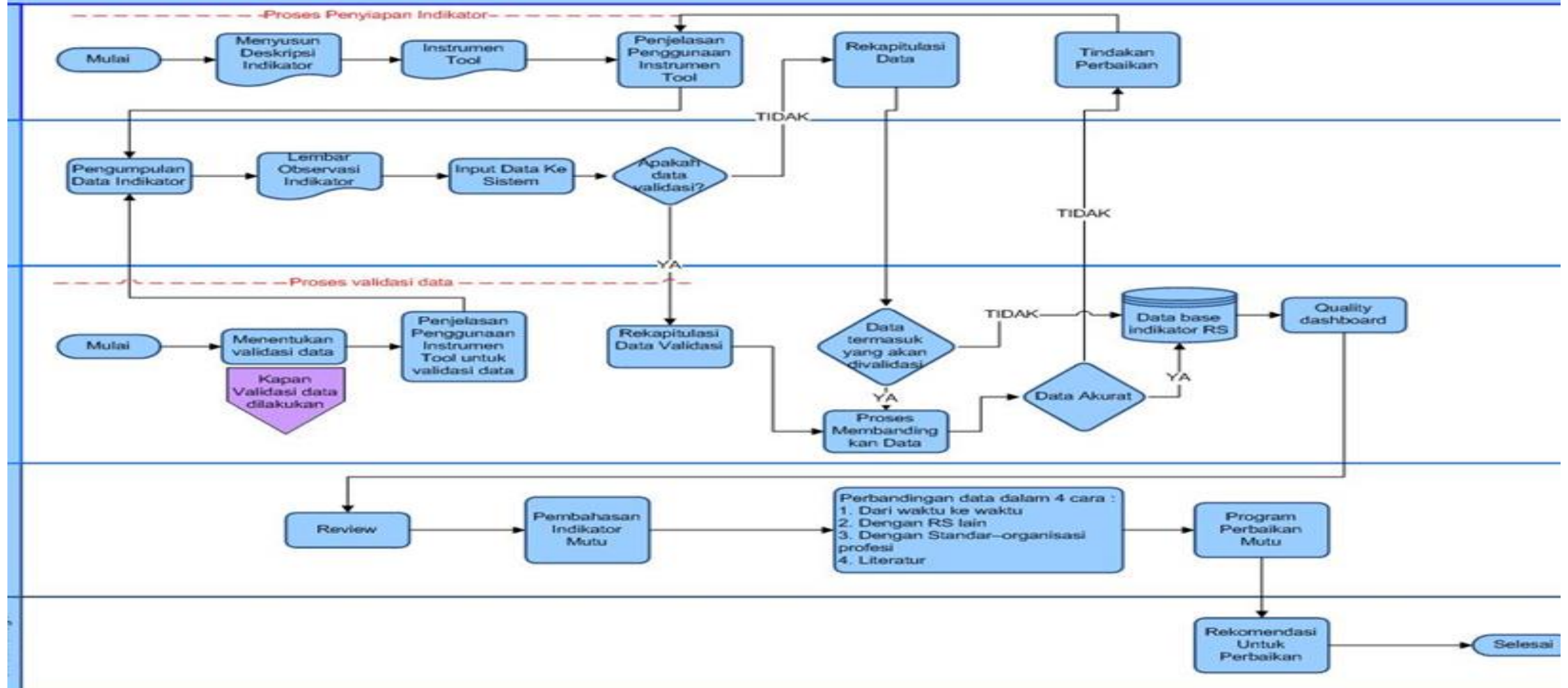
## Menetapkan Indikator Mutu



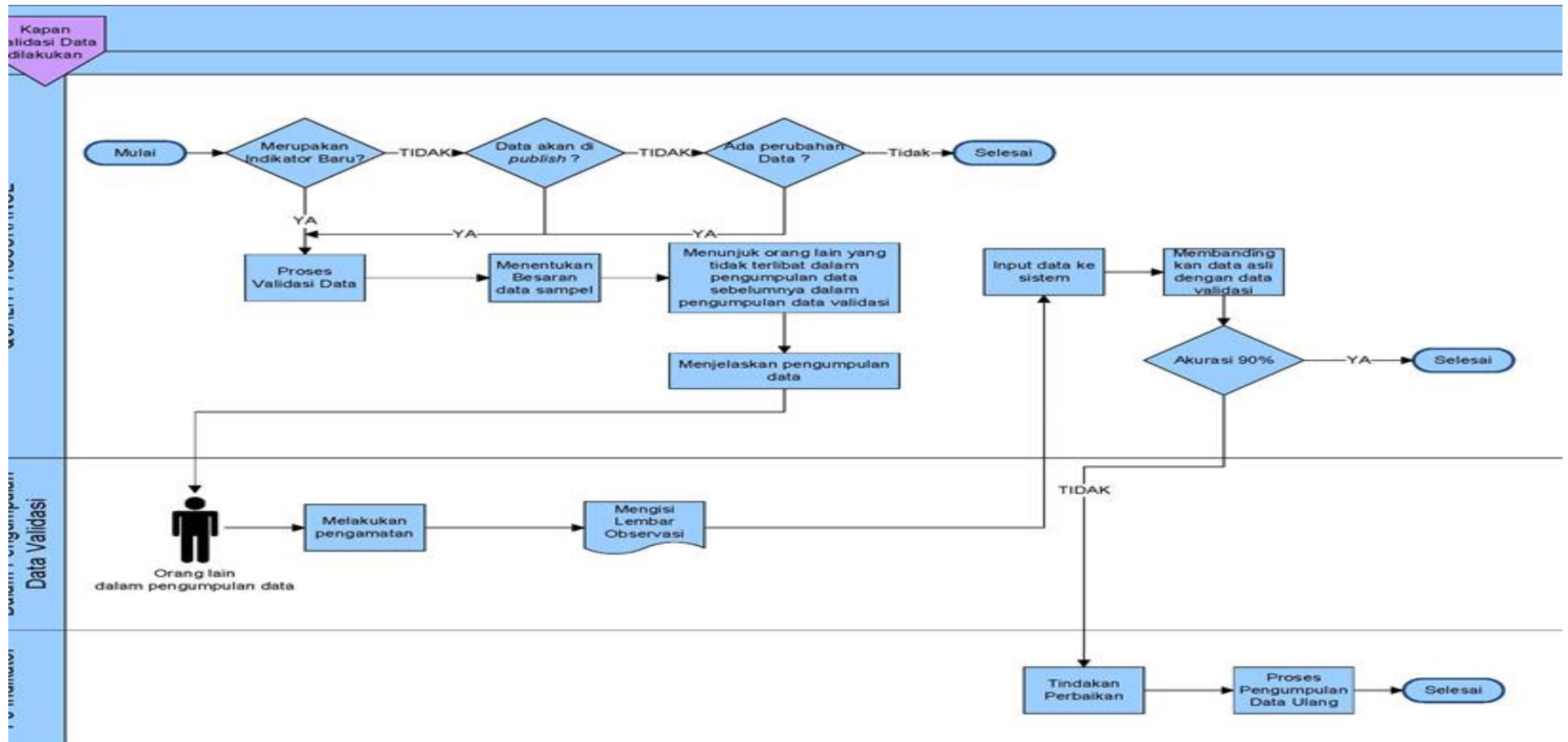


# ALUR PROSES DATA MUTU : PENGUMPULAN, ANALISA DAN PENGGUNAAN DATA, DAN VALIDASI DATA

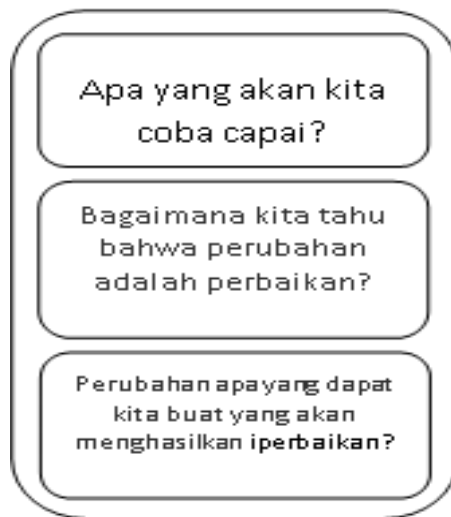
roses Data Mutu : Pengumpulan, Analisa dan Penggunaan Data, dan Validasi Data



# ALUR PROSES DATA MUTU : PENGUMPULAN, ANALISA DAN PENGGUNAAN DATA, DAN VALIDASI DATA



# MODEL PENINGKATAN KINERJA MUTU – SIKLUS PDSA



## Menetapkan TUJUAN

Perbaikan memerlukan penetapan tujuan. Tujuan harus waktu spesifik dan dapat diukur. Harus juga didefinisikan populasi pasien yang spesifik yang akan terlibat.

## Menetapkan Ukuran

Tim menetapkan penggunaan ukuran kuantitatif jika sebuah perubahan secara aktual sebuah menunjukkan perubahan

## Memilih Perubahan

Semua perbaikan memerlukan perubahan, tetapi tidak semua perubahan menghasilkan perbaikan. Oleh karena itu organisasi harus mengidentifikasi perubahan yang paling mungkin menghasilkan perbaikan.

**ACT** : Perubahan apa yang harus dibuat? Mengadopsi, menolak/ perubahan rencana, sehingga siklus berikutnya dimulai

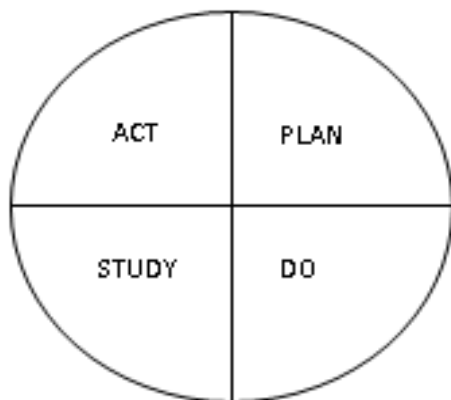
**STUDY**: Melengkapi analisis data, membandingkan data prediksi, meringkas apa yang telah dipelajari.

## Menerapkan Perubahan

Setelah menguji perubahan dalam skala kecil, belajar dari setiap tes, dan menyempurnakan perubahan melalui siklus PDSA beberapa tim dapat menerapkan perubahan pada skala yang lebih luas - misalnya, untuk populasi percontohan seluruh atau pada seluruh unit.

## Menyebarkan Perubahan

Setelah keberhasilan pelaksanaan perubahan atau paket perubahan untuk populasi pilot atau seluruh unit, tim dapat menyebarkan perubahan ke bagian lain dari organisasi atau di organisasi lain



**PLAN** : Tujuan, pertanyaan dan prediksi [kenapa], rencana untuk melaksanakan siklus [siapa, apa, kapan, di mana] rencana untuk pengumpulan data

**DO** : melaksanakan rencana [lebih diskusikan sebagai pilot project] observasi, dokumentasikan masalah dan hal yang tak terduga,

## Menguji Perubahan

Siklus Plan-Do-Study-Act (PDSA) adalah istilah untuk menguji perubahan lingkungan kerja nyata - dengan perencanaan yang matang, mencoba, mengamati hasil, dan bertindak atas apa yang dipelajari. Ini adalah metode ilmiah yang digunakan untuk tindakan berorientasi pembelajaran.