



PROGRAM KOMITE MUTU 2022



RSUD MARDI WALUYO

Jalan Kalimantan No. 113, Sananwetan, Blitar (66131)

Telp. (0342) 801118 – 802118, Fax. (0342) 809740

Email. rsudmardiwaluyo@yahoo.com , Website. www.mardiwaluyo.blitarkota.go.id

KOTA BLITAR

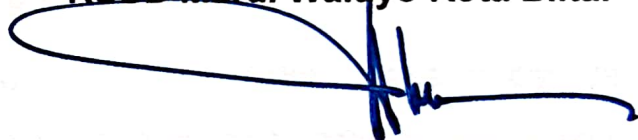
KATA PENGANTAR

Puji syukur kita panjatkan kehadiran Tuhan YME, yang telah memberikan pertolongan dan petunjuk kepada kita sehingga kita berhasil menyusun Program Komite Mutu 2022.

Program Komite Mutu 2022 bertujuan sebagai panduan Komite Mutu RS dalam melaksanakan tugas-tugasnya untuk meningkatkan mutu RS.

Dengan adanya hasil program ini diharapkan ada evaluasi peningkatan mutu RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar Kami menyadari bahwa program ini masih belum sempurna. Untuk itu kami harapkan masukan bagi penyempurnaan laporan ini di kemudian hari.

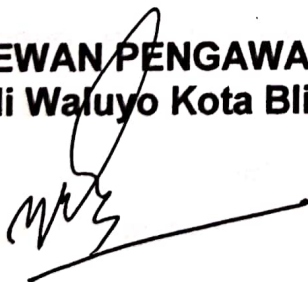
**KETUA KOMITE MUTU
RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar**



dr. BERNARD T. RATULANGI, Sp. PK
NIP. 197102082009041001

Mengetahui,

**KETUA DEWAN PENGAWAS
RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar**



WIDARTOYO, Ak, MM. M,Si, CPA, AA

**DIREKTUR
RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar**



dr. MUHAMMAD MUCHLIS, M.MRS.
NIP. 196509122002121004

PROGRAM KOMITE MUTU

RSUD MARDI WALUYO KOTA BLITAR 2022

1. PENDAHULUAN

Seperti yang tercantum dalam Buku Pedoman Upaya Peningkatan Mutu Pelayanan Rumah Sakit Departemen Kesehatan RI tahun 1994, definisi upaya peningkatan mutu pelayanan rumah sakit adalah keseluruhan upaya dan kegiatan yang komprehensif dan integratif yang menyangkut struktur, proses dan outcome secara obyektif, sistematis dan berlanjut memantau dan menilai mutu dan kewajaran pelayanan terhadap pasien, menggunakan peluang meningkatkan pelayanan pasien, memecahkan masalah-masalah yang terungkap sehingga pelayanan yang diberikan di rumah sakit berdaya guna dan berhasil guna

Jika definisi itu diterapkan di rumah sakit, maka dapat dibuat rumusan sebagai berikut: upaya peningkatan mutu pelayanan rumah sakit adalah : kegiatan yang dilakukan untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien secara terus menerus, melalui pemantauan, analisa dan tindak lanjut adanya penyimpangan. Keselamatan pasien rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman yang meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.

2. LATAR BELAKANG

Tujuan Pembangunan Kesehatan adalah tercapainya kemampuan untuk hidup sehat bagi setiap penduduk agar dapat mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal, sebagai salah satu unsur kesejahteraan umum dari Tujuan Nasional. Untuk itu perlu ditingkatkan

upaya guna memperluas dan mendekatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dengan mutu yang baik dan biaya yang terjangkau.

Keselamatan (safety) telah menjadi isu global termasuk juga untuk rumah sakit. Apalagi terkait pandemic covid 19 yang telah terjadi selama 1 tahun terakhir. Ada lima isu penting yang terkait dengan keselamatan (safety) di rumah sakit yaitu: keselamatan pekerja atau petugas kesehatan, keselamatan bangunan dan peralatan rumah sakit yang bisa berdampak terhadap keselamatan pasien dan petugas, keselamatan lingkungan yang berdampak terhadap lingkungan dan keselamatan “bisnis” rumah sakit yang terkait dengan kelangsungan hidup rumah sakit. Akan tetapi kegiatan institusi akan berjalan apabila ada pasien karena itu keselamatan pasien merupakan prioritas utama.

Selain itu dengan semakin meningkatnya pendidikan dan keadaan sosial ekonomi masyarakat, maka sistem nilai dan orientasi dalam masyarakatpun mulai berubah. Masyarakat mulai cenderung menuntut pelayanan umum yang lebih baik, lebih ramah dan lebih bermutu termasuk pelayanan kesehatan. Dengan semakin meningkatnya tuntutan masyarakat akan mutu pelayanan Rumah Sakit maka fungsi pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah Mardi Waluyo Kota Blitar secara bertahap perlu terus ditingkatkan agar menjadi lebih efektif dan efisien serta memberi kepuasan kepada pasien, keluarga maupun masyarakat.

Agar upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien Rumah Sakit Umum Daerah Mardi Waluyo Kota Blitar dapat seperti yang diharapkan maka perlu disusun Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit Umum Daerah Mardi Waluyo Kota Blitar. Buku Program tersebut sebagai acuan bagi pengelola Rumah Sakit Umum Daerah Mardi Waluyo Kota Blitar dalam melaksanakan upaya peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien Rumah Sakit.

3. TUJUAN

3.1 Tujuan Umum;

Menjadi acuan bagi Rumah Sakit Umum Daerah Mardi Waluyo Kota Blitar dalam melaksanakan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien rumah sakit.

3.2 Tujuan Khusus;

Tercapainya peningkatan mutu dan keselamatan pasien di Instalasi Rawat Inap rumah sakit melalui :

- a. Pencatatan dan pelaporan indikator mutu rumah sakit
- b. Pelaporan insiden keselamatan pasien di RS
- c. Evaluasi implementasi standart pelayanan kedokteran RS
- d. Evaluasi budaya keselamatan dan evaluasi kepuasan pasien dan keluarga
- e. Pencatatan dan pelaporan manajemen resiko RS

4. Kegiatan Pokok dan Rincian Kegiatan

A. Sub Komite Peningkatan Mutu

1) Pengumpulan Data Indikator Mutu

Menyusun Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit, Indikator Mutu Unit, sekaligus menyusun profile indikator yang terdiri dari Indikator Mutu Nasional, Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit, dan Indikator Mutu Unit.

Indikator Mutu Nasional :

1. Kepatuhan identifikasi pasien
2. Waktu Tunggu SC Emergency
3. Waktu Tunggu Rawat Jalan
4. Penundaan Operasi Elektif
5. Kepatuhan Jam Visite Dokter
6. Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Laboratorium
7. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (FORNAS)
8. Kepatuhan Cuci Tangan

9. Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko Cedera Akibat Pasien Jatuh
10. Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway
11. Kepuasan Pasien dan Keluarga
12. Kecepatan Respon Terhadap Komplain
13. Kepatuhan Pemakaian APD

Indikator Mutu Prioritas RS

- 1) Indikator Sasaran Keselamatan pasien
 - SKP 1 : Pemasangan gelang identitas pasien dari IGD
 - SKP 2 : Hand over dari IGD ke rawat inap
 - SKP 3 : Double Check Obat Dengan Stiker High Alert di Farmasi
 - SKP 4 : Penandaan Operasi
 - SKP 5 : Hand Hygiene (INM)
 - SKP 6 : Pemantauan Resiko Jatuh pada Pasien Rawat Inap dari IGD
- 2) Indikator pelayanan klinis prioritas : Adekuasi Hemodialisa
- 3) Indikator sesuai tujuan strategis rumah sakit (KPI) : Pegawai yang mengikuti pendidikan dan pelatihan 20 jam setahun
- 4) Indikator terkait perbaikan sistem : Waktu Tunggu Pelayanan Obat BPJS Rawat Jalan
- 5) Indikator terkait manajemen risiko : Pemenuhan pengisian profil risiko di semua unit RS
- 6) Indikator Mutu Pendidikan dan Pelatihan : Pemantauan Hand Hygiene pada Mahasiswa, Kepatuhan Identifikasi Pasien pada Mahasiswa.

Indikator Mutu Prioritas Unit

IGD

1. Emergency Respon Time
2. Keselamatan merujuk pasien

Rawat Inap

1. Kejadian Pulang Atas Permintaan Sendiri

2. Pelaksanaan Skreening untuk Pasien Rawat Inap
3. Perintah lewat telepon dikonfirmasi oleh pemberi DPJP dalam bentuk paraf
4. Pelaksanaan MAKP
5. Keselamatan merujuk pasien

Laboratorium

1. Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Laboratorium
2. Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan Laboratorium
3. Tidak Adanya Kesalahan Pemberian Hasil Laboratorium
4. Pemeliharaan sarana/alat dg KSO di laboratarium

Unit Farmasi

1. Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi
2. Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan
3. Adanya Kesalahan Pemberian Obat
4. Meningkatnya Keamanan Obat Yang Perlu Diwaspadai :
Pelabelan Obat Lasa Atau Norum
5. Pelabelan elektrolit konsentrat
6. Pelabelan elektrolit dengan konsentrat tertentu

Instalasi Radiologi

1. Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Thorax Foto
2. Kejadian Kegagalan Pelayanan Rontgen
3. Pelaporan Hasil Kritis Radiologi

Instalasi Hemodialisa

1. Utilisasi Mesin HD

Instalasi Rekam Medis

1. Kelengkapan Rekam Medis

Instalasi Perawatan Intensif

1. Tindakan Ekstubasi
2. Keselamatan merujuk pasien

Instalasi Bedah Sentral

1. Kelengkapan asesment pre anesthesia
2. Kelengkapan asesment pra bedah

3. Proses monitoring fisiologis selama anestesi
4. Proses monitoring selama proses pemulihan pengaruh anestesi dan sedasi dalam
5. Proses monitoring dan evaluasi konversi tindakan anestesi dari local/regional ke general anestesi
6. Pemantauan diskrepansi diagnosis pre dan post operasi
7. Kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat-pasien operasi unit ibs : pemberian penandaan pre operasi
8. Kepastian Tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien : Pelaksanaan Surgical Safety

HUMAS

1. Kepuasan pasien dan keluarga
2. Kecepatan respon terhadap complain

INSTALASI GIZI

1. Pengkajian Gizi dalam Tepat Waktu
2. Asuhan Gizi Pasien Ruang Rawat Inap

INSTALASI PEMELIHARAAN SARANA

1. Pemeliharaan alat dan barang
2. Respon time pelayanan terhadap pengajuan perbaikan

POLI GIGI

1. Jumlah Inform Consent

LAB GIGI

1. Respon Time Pengerjaan gigi tiruan

INSTALASI REHAB MEDIK

1. Respon Time tindakan Fisioterapi

BAGIAN KEUANGAN

1. Laporan Pendapatan Unit

BAGIAN KEPEGAWAIAN

1. Tingkat Kehadiran Pegawai

PONEK

1. Respon time SC
2. Inisiasi Menyusui Dini (IMD)

3. Respon Time Penyediaan Darah
4. Perawatan Metode Kanguru
5. Angka kematian Ibu Dan Bayi

INDIKATOR PPI

1. Angka kejadian plebitis
2. Angka kejadian ISK
3. Angka kejadian HAP
4. Angka kejadian VAP
5. Angka kejadian IADP
6. Angka kejadian IDO

INDIKATOR PPRA (PROGRAM PENGENDALIAN RESISTANSI ANTI MIKROBA)

1. Angka Penggunaan Antibiotik
2. Angka Mutu Penggunaan Antibiotik (Kualitatif)
3. Angka Kejadian Infeksi Mikroba Multi Resisten
4. Mutu TataLaksana Kasus Infeksi : Kajian Terintegrasi, Multi disiplin

2) Validasi Data

3) Analisa dan Pelaporan Indikator Mutu

4) Pelatihan PIC dan Validator Data

5) Supervisi Sub Komite Peningkatan Mutu

6) Implementasi Budaya Keselamatan RS

Program Budaya Keselamatan di rumah sakit mencakup:

- a) Memastikan perilaku memberikan pelayanan yang aman secara konsisten untuk mencegah terjadinya kesalahan pada pelayanan berisiko tinggi.
- b) Memastikan perilaku di mana para individu dapat melaporkan kesalahan dan insiden tanpa takut dikenakan sanksi atau teguran dan diperlakukan secara adil (*just culture*)
- c) Memastikan kerja sama tim dan koordinasi untuk menyelesaikan masalah keselamatan pasien.

- d) Memastikan komitmen pimpinan rumah sakit dalam mendukung staf seperti waktu kerja para staf, pendidikan, metode yang aman untuk melaporkan masalah dan hal lainnya untuk menyelesaikan masalah keselamatan.
- e) Memastikan identifikasi dan mengenali masalah akibat perilaku yang tidak diinginkan (perilaku sembrono).
- f) Memastikan evaluasi budaya secara berkala dengan metode seperti kelompok fokus diskusi (FGD), wawancara dengan staf, dan analisis data.
- g) Mendorong kerja sama dan membangun sistem, dalam mengembangkan budaya perilaku yang aman.
- h) Menanggapi perilaku yang tidak diinginkan pada semua staf pada semua jenjang di rumah sakit, termasuk manajemen, staf administrasi, staf klinis dan nonklinis, dokter praktisi mandiri, representasi pemilik dan anggota Dewan pengawas.

1. Rincian Kegiatan

- a) Melakukan survey budaya keselamatan secara berkala
- b) Melakukan Edukasi pada semua staf Rumah sakit tentang budaya keselamatan
- c) Menerapkan budaya adil (*just culture*) terhadap staf yang terkait laporan budaya keselamatan
- d) Menyediakan informasi (kepustakaan) terkait budaya keselamatan
- e) Menyediakan sistem pelaporan bila ada insiden terkait budaya keselamatan/perilaku yang tidak diinginkan

B. Sub Komite Keselamatan Pasien

- 1. Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien
- 2. Sosialisasi Standar SKP
- 3. Supervisi Sub Komite Keselamatan Pasien
- 4. Pelatihan Investigasi Sederhana
- 5. Pelatihan Keselamatan pasien eksternal

C. Sub Komite Manajemen Risiko

1. Sosialisasi dan workshop manajemen risiko
2. Identifikasi Risiko
3. Menetapkan Prioritas Risiko
4. Manajemen Risiko dengan risk register terintegrasi dan redesain menggunakan metode *Failure Mode Effect Analysis* (FMEA)
5. Pengawasan / Pemantauan Manajemen Risiko
6. Pelaporan tentang Manajemen Risiko

5. Cara Melaksanakan Kegiatan

a. Sub Komite Peningkatan Mutu

1. Cara Pengumpulan Indikator Mutu dengan input data di aplikasi imut.
2. Melakukan Validasi Data yaitu pengumpulan data oleh orang kedua, kemudian data dibandingkan, bila perbedaannya lebih dari 10% maka disebut tidak valid, data perlu diperbaiki.
3. Melaksanakan Analisa Data
Setelah dilakukan pengumpulan data dari berbagai unit rawat inap dengan tata cara dan format pengumpulan data yang telah disepakati, selanjutnya data data tersebut dianalisis yaitu dengan cara analisis trend, membandingkan dengan standart, membandingkan dengan RS lain dan membandingkan dengan praktik terbaik.
4. Pelatihan PIC dan Validator Data melalui Inhouse Training RS.
5. Supervisi Sub Komite Peningkatan Mutu dengan cara komite mutu melaksanakan supervisi ke unit dengan jadwal tertentu.
6. Implementasi Budaya Keselamatan RS dengan :
 - a) Melakukan survey budaya keselamatan Rumah Sakit menggunakan kuesioner survey HSOPS 2.0 dengan total 40

item survei. Sebagian besar item survei menggunakan opsi jawaban Sangat Tidak Setuju/Sangat Setuju atau Tidak Pernah/Selalu. Survei juga menyertakan opsi respons “Tidak berlaku atau Tidak tahu”. Bagian untuk komentar terbuka ada di akhir survei. HSOPS 2.0 memiliki 10 tindakan gabungan (sekelompok 2 hingga 4 item survei yang menilai area budaya keselamatan pasien yang sama): 1) Komunikasi Tentang Kesalahan (3 item) 2) Keterbukaan Komunikasi (4 item) 3) Serah Terima dan Pertukaran Informasi (3 item) 4) Dukungan Manajemen Rumah Sakit untuk Keselamatan Pasien (3 item) 5) Pembelajaran Organisasi-Peningkatan Berkelanjutan (3 item) 6) Melaporkan Kejadian Keselamatan Pasien (2 item) 7) Respon terhadap Error (4 item) 8) Kepegawaian dan Kecepatan Kerja (4 item) 9) Supervisor, Manajer, atau Pemimpin Klinis Dukungan untuk Keselamatan Pasien (3 item) 10) Kerjasama Tim (3 item)

b) Proses Pengumpulan Data :

- 1) Verifikasi jumlah responden
- 2) Tentukan jumlah sampel secara statistik

Jumlah penyedia dan staff	Ukuran sampel minimum	Jumlah tanggapan yang diharapkan (dengan asumsi tingkat tanggapan 50%)
500 (Kurang)	500-sensus dari semua penyedia staff	250 (atau kurang)
501-699	500	250
700-1299	600	300
1300-3999	700	350
4000 atau lebih	750	375

c) Analisa data pengukuran budaya

Setelah dilakukan pengolahan data, dilakukan pengklasifikasian data menjadi 2 kategori yaitu respon positif

dan respon negatif. Respon positif adalah jawaban responden berupa setuju/sering dan sangat setuju/selalu pada pernyataan positif dan jawaban negatif berupa tidak setuju/jarang dan sangat tidak setuju/tidak pernah pada pernyataan negatif. Respon negatif adalah merupakan kebalikan dari respon positif adalah jawaban responden berupa setuju/sering dan sangat setuju/selalu pada pernyataan negatif dan jawaban tidak setuju/jarang dan sangat tidak setuju/tidak pernah pada pernyataan positif.

Untuk menghitung persentase budaya keselamatan pasien adalah sebagai berikut :

Langkah 1. Identifikasi item pernyataan yang mengukur dalam satu dimensi budaya keselamatan pasien yang terdiri dari pernyataan positif dan negatif

Langkah 2. Hitung jumlah respon positif dan respon negative pada satu dimensi

Langkah 3. Hitung jumlah total respon pada satu dimensi

Langkah 4. Bagi jumlah respon positif pada satu dimensi dengan total respon pada satu dimensi kemudian hasilnya dijadikan dalam bentuk persentase respon positif. Hasil tersebut merupakan persentase respon positif pada setiap budaya keselamatan pasien.

Pengkategorian budaya keselamatan pasien dibagi menjadi 3 kategori yaitu budaya lemah, budaya sedang, dan budaya kuat berdasarkan pedoman pada *Hospital Survey On Patient Safety Culture* yang dilakukan AHRQ. Suatu budaya keselamatan pasien dikatakan kuat apabila jumlah rata-rata responden yang memiliki respon positif 75% atau lebih, dikatakan sedang apabila rata-rata responden memiliki respon positif sebesar 50% - 75%, dikatakan membudaya lemah apabila rata-rata jumlah responden yang memiliki respon positif kurang dari 50%.

Untuk melihat gambaran budaya keselamatan pasien secara keseluruhan langkahnya pada dasarnya sama dengan langkah di atas, perbedaannya hitung jumlah seluruh respon positif pada semua dimensi kemudian dibagi dengan jumlah seluruh respon yang didapat.

- d) Melakukan sosialisasi dan edukasi pada semua staf Rumah tentang budaya keselamatan
- e) Melakukan pelaporan insiden terkait budaya keselamatan/perilaku yang tidak diinginkan serta pengelolaan terkait budaya keselamatan/perilaku yang tidak diinginkan dengan menerapkan budaya adil (*just culture*)

b. Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien

1. Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien dengan cara melaporkan tiap kali ada insiden yang terjadi pada pasien, melakukan grading dan melakukan analisa sederhana bila gradingnya hijau dan biru, serta melakukan RCA bila gradingnya kuning dan merah. Laporan IKP juga disampaikan kepada Komite Nasional Keselamatan Pasien secara online melalui website mutufasyankes.go.id.
2. Sosialisasi Standar SKP melalui pertemuan dengan unit terkait.
3. Supervisi Sub Komite Keselamatan Pasien
4. Pelatihan Investigasi Sederhana melalui Inhouse Training.
5. Pelatihan Keselamatan pasien eksternal dengan mengirim perwakilan Sub Komite Keselamatan Pasien bila ada Pelatihan Keselamatan Pasien Eksternal.

c. Penerapan Manajemen Risiko

1. Sosialisasi dan workshop manajemen risiko : mengumpulkan unit dan memberikan pelatihan tentang manajemen risiko

No	Kegiatan	Tahun 2022												
		Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Agu	Sep	Okt	Nov	Des	
	evaluasi program tahun 2022 dan menyusun program Komite Mutu tahun 2023													

8. Rancangan Anggaran

NO	KEGIATAN	Anggaran
1.	Menentukan Prioritas Indikator Mutu Pelayanan	Rp 100.000
2.	Sosialisasi indikator mutu dan keselamatan pasien di unit Rawat Inap	Rp 200.000
3.	Pelatihan PIC dan Validator	Rp 400.000
4.	Pengumpulan data indikator mutu	-
5.	Tabulasi data indikator mutu	-
6.	Analisis data mutu	-
7.	Menyusun laporan triwulan	-
8.	Pelatihan Eksternal Komite Mutu	Rp 5.000.000
9.	Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien	-
10.	Pelatihan Investigasi Sederhana	Rp 150.000
11.	Pelatihan Eksternal Keselamatan Pasien	Rp 5.000.000
12.	Sosialisasi SKP	Rp 100.000
13.	Melakukan Survey Budaya Keselamatan	-
14.	Workshop internal manajemen resiko	Rp 150.000
15.	Workshop eksternal manajemen Resiko	Rp 5.000.000
16.	Identifikasi Resiko	-
17.	Menetapkan Prioritas Resiko	-
18.	Risk register Terintegrasi	-
19.	Pengawasan dan Pemantauan	-
20.	Penyusunan FMEA	Rp 100.000
21.	Koordinasi Manj Resiko dengan K3RS	Rp 50.000
22.	Melakukan evaluasi program tahun 2020 dan menyusun program PMKP unit tahun 2021	Rp 150.000
	Total Kebutuhan Anggaran	Rp 16.400.000

9. Pencatatan Dan Pelaporan

9.1 Pencatatan Pelaksanaan Kegiatan

Dalam melaksanakan kegiatan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien menggunakan formulir pencatatan terlampir.

9.2 Pelaporan Hasil Kegiatan

NO	Jenis Laporan	Waktu Pelaporan	Materi Laporan	Tujuan Laporan
1	Laporan Triwulan	Setiap 3 bulan	- Data Indikator Mutu Nasional - hasil Indikator Mutu Prioritas RS - Pencapaian indikator unit	Direktur
2	Laporan Insidentil	Setiap 3 bulan	- Form laporan Insiden Keselamatan Pasien	Direktur
3	Laporan Survey Budaya Keselamatan dan Evaluasi Kepuasan Pasien dan Keluarga	Setiap Bulan	- Data hasil Survey Budaya Keselamatan dan Evaluasi Kepuasan Pasien dan keluarga - Analisa Data - Rencana tindak lanjut dan perbaikan	Direktur
4	Laporan Risk Register dan FMEA	Setiap tahun	- Pengumpulan resiko unit Rencana mengurangi resiko	Direktur

10. Pelaporan Evaluasi Kegiatan

Hasil pengolahan dan analisa data dituangkan dalam bentuk laporan yang kemudian akan dilaporkan kepada Direksi setiap 3 bulan sekali dalam Rapat Evaluasi Triwulan. Disamping itu evaluasi tahunan juga dilakukan guna merangkum hasil pencapaian semua instalasi dan unit kerja selama setahun. Evaluasi tahunan menghasilkan laporan tahunan yang disampaikan / dilaporkan kepada direksi dalam Rapat Direksi. Untuk laporan insiden keselamatan pasien dilaporkan jika ada kejadian kepada Komite keselamatan Pasien Rumah Sakit dilengkapi dengan investigasi dan rekomendasi.

Rapat Evaluasi Triwulan dan Tahunan menghasilkan rekomendasi-rekomendasi yang harus dilakukan oleh instalasi dan unit kerja. Rekomendasi yang dihasilkan merupakan cara atau sarana untuk melakukan perbaikan dan pengembangan kualitas pelayanan.

Selanjutnya, Komite Mutu akan memantau pelaksanaan rekomendasi tersebut dan melaporkan kembali kepada Direksi.

11. PENUTUP

Upaya pengendalian mutu pelayanan kesehatan di RS tidak bisa diwujudkan hanya dengan upaya peningkatan kualitas pelayanan saja, akan tetapi dibutuhkan upaya peningkatan sistem dan pemikiran yang holistik. Upaya peningkatan mutu pelayanan dilakukan di semua unit pelayanan, baik pada unit pelayanan medik, pelayanan penunjang medik, maupun pada unit pelayanan administrasi dan manajemen melalui program jaminan mutu. Salah satu indikator yang digunakan untuk menilai kualitas pelayanan rumah sakit dikatakan bermutu adalah pencapaian terhadap indikator klinik pelayanan rumah sakit yang sesuai dengan standar.

Demikian Program Komite Mutu di tahun 2022 untuk dapat dilaksanakan bersama-sama (team work) untuk mewujudkan pelayanan rumah sakit yang berkualitas sekaligus menjamin keselamatan pasien.

**FORMULIR LAPORAN INSIDEN KE TIM KESELAMATAN PASIEN
DI FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN
RSUD MARDI WALUYO KOTA BLITAR**

LAPORAN INSIDEN

(INTERNAL)

RAHASIA, TIDAK BOLEH DIFOTOCOPY, DILAPORKAN MAKSIMAL 2 x 24 JAM

DATA PASIEN

Nama :

No MR : Ruangan:

Umur : Bulan Tahun.....

Kelompok Umur* : 0-1 bulan > 1 bulan - 1 tahun
 > 1 tahun -5 tahun > 5 tahun - 15 tahun
 > 15 tahun - 30 tahun > 30 tahun - 65 tahun
 > 65 tahun

Jenis kelamin : Laki-laki Perempuan

Penanggung
biayapatient : Pribadi Asuransi Swasta
 Pemerintah Perusahaan*
 BPJS Lain-lain

Tanggal Masuk

Rumah Sakit/

Fasyankes lain : Jam :

A. RINCIAN KEJADIAN

1. Tanggal dan Waktu Insiden

Tanggal : Jam

2. Insiden :

3. Kronologis insiden:

.....

4. Jenis Insiden* :

- Kejadian Nyaris Cedera/ KNC (Near miss)
- Kejadian Tidak diharapkan / KTD (Adverse Event) / Kejadian Sentinel
(Sentinel Event)

- Kejadian Tidak Cedera / KTC
 - KPC
5. Orang Pertama Yang Melaporkan Insiden*
- Karyawan : Dokter / Perawat / Petugas lainnya
 - Pasien
 - Keluarga / Pendamping pasien
 - Pengunjung
 - Lain-lain (sebutkan)
6. Insiden terjadi pada* :
- Pasien
 - Lain-lain(sebutkan)
Mis : karyawan / Pengunjung / Pendamping / Keluarga pasien, lapor ke K3 RS/unit K3 Fasyankes lain
7. Insiden menyangkut pasien :
- Pasien rawat inap Pasien rawat jalan
 - Pasien UGD
 - Lain-lain(sebutkan)
8. Tempat Insiden
- Lokasi kejadian :.....(sebutkan)
(Tempat pasien berada)
9. Insiden terjadi pada pasien : (sesuai kasus penyakit / spesialisasi)
- Penyakit Dalam dan Subspesialisasinya
 - Anak dan Subspesialisasinya
 - Bedah dan Subspesialisasinya
 - Obstetri Gynekologi dan Subspesialisasinya
 - THT dan Subspesialisasinya
 - Mata dan Subspesialisasinya
 - Saraf dan Subspesialisasinya
 - Anastesi dan Subspesialisasinya
 - Kulit dan Kelamin dan Subspesialisasinya
 - Jantung dan Subspesialisasinya
 - Paru dan Subspesialisasinya
 - Jiwa dan Subspesialisasinya
 - Lain-lain(sebutkan)
10. Unit / Departemen terkait yang menyebabkan insiden

Unit kerja penyebab.....(sebutkan)

11. Akibat Insiden Terhadap Pasien* :

- Kematian
- Cedera Irreversibel / Cedera Berat
- Cedera Reversibel / Cedera Sedang
- Cedera Ringan
- Tidak ada cedera

12. Tindakan yang dilakukan segera setelah kejadian, dan hasilnya :

.....
.....
.....

13. Tindakan dilakukan oleh* :

- Tim : terdiri dari :
- Dokter
- Perawat
- Petugas lainnya

14. Apakah kejadian yang sama pernah terjadi di Unit Kerja lain?*

- Ya
- Tidak

Apabila ya, isi bagian dibawah ini.

Kapan ? dan Langkah / tindakan apa yang telah diambil pada Unit kerja tersebut untuk mencegah terulangnya kejadian yang sama?

.....
.....

Pembuat Laporan	.....	Penerima Laporan	.....
Paraf	.....	Paraf	.....
Tgl Terima	.....	Tgl Laport	.....

Grading Risiko Kejadian* (Diisi oleh atasan pelapor) :

BIRU HIJAU KUNING MERAH

NB. * = pilih satu jawaban.

Formulir 2

Laporan insiden keselamatan pasien ke KNKP (eksternal) : pelaporan secara anonim dan elektronik setiap kejadian sentinel, Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) yang terjadi pada pasien dan telah dilakukan analisa penyebab, rekomendasi dan solusinya

Di bawah ini adalah form data Rumah Sakit/Fasilitas Pelayanan Kesehatan Lain untuk pelaporan insiden ke Komite Nasional Keselamatan Pasien melalui Pos dan bisa digunakan sebagai formulir / lembar investigasi sederhana.

Formulir Laporan Insiden Keselamatan Pasien ke KNKP Melalui Pos

RAHASIA

**KOMITE NASIONAL KESELAMATAN PASIEN
LAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN
KNKP**

(Patient Safety Incident Report)

Nomor

- Laporan ini hanya dibuat jika timbul kejadian yang menyangkut pasien. Laporan bersifat anonim, tidak mencantumkan nama, hanya diperlukan rincian kejadian, analisa penyebab dan rekomendasi.
- Untuk mengisi laporan ini sebaiknya dibaca Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP), bila ada kerancuan persepsi, isilah sesuai dengan pemahaman yang ada.
- Isilah semua data pada Laporan Insiden Keselamatan Pasien dengan lengkap. Jangan dikosongkan agar data dapat dianalisa.
- Segera kirimkan laporan ini langsung ke Komite Nasional Keselamatan Pasien (KNKP)

KODE RS/Fasyankes Lain :..... (lewat :
<https://mutufasyankes.go.id>)

A. DATA PASIEN

Umur : Bulan Tahun

Kelompok umur bulan - 1 tahun : 0-1 bulan > 1 tahun - 5 tahun > 5 tahun - 15 tahun > 15 tahun - 30 tahun > 30 tahun - 65 tahun > 65 tahun

Jenis kelamin : Laki-laki Perempuan

Penanggung biaya pasien : Pribadi Asuransi Swasta Pemerintah Perusahaan* BPJS Lain-lain

Tanggal Masuk RS/Fasyankes Lain : Jam

B. RINCIAN KEJADIAN

1. Tanggal dan Waktu Insiden
 Tanggal : Jam
2. Insiden :
3. Kronologis Insiden

4. Jenis Insiden* :
 - Kejadian Nyaris Cedera / KNC (*Near miss*)
 - Kejadian Tidak diharapkan / KTD (*Adverse Event*) / Kejadian Sentinel (*Sentinel Event*)
 - Kejadian Tidak Cedera / KTC
5. Orang Pertama Yang Melaporkan Insiden*
 - Karyawan : Dokter / Perawat / Petugas lainnya
 - Pasien
 - Keluarga / Pendamping pasien
 - Pengunjung
 - Lain-lain.....(sebutkan)

6. Insiden terjadi pada* :
 - Pasien
 - Lain-lain.....(sebutkan)

Mis : karyawan / Pengunjung / Pendamping / Keluarga pasien, lapor ke K3 RS/Unit K3 Fasyankes Lain.
7. Insiden menyangkut pasien :
 - Pasien rawat inap D Pasien rawat jalan D Pasien UGD
 - Lain-lain.....(sebutkan)
8. Tempat Insiden

Lokasi kejadian (sebutkan)

(Tempat pasien berada)
9. Insiden terjadi pada pasien : (sesuai kasus penyakit / spesialisasi)
 - Penyakit Dalam dan Subspesialisasinya
 - Anak dan Subspesialisasinya
 - Bedah dan Subspesialisasinya
 - Obstetri Gynekologi dan Subspesialisasinya
 - THT dan Subspesialisasinya
 - Mata dan Subspesialisasinya
 - Saraf dan Subspesialisasinya
 - Anastesi dan Subspesialisasinya
 - Kulit & Kelamin dan Subspesialisasinya
 - Jantung dan Subspesialisasinya
 - Paru dan Subspesialisasinya
 - Jiwa dan Subspesialisasinya
 - Lain-lain.....(sebutkan)
10. Unit / Departemen terkait yang menyebabkan insiden

Unit kerja penyebab..... (sebutkan)
11. Akibat Insiden Terhadap Pasien* :
 - Kematian
 - Cedera Irreversibel / Cedera Berat
 - Cedera Reversibel / Cedera Sedang
 - Cedera Ringan
 - Tidak ada cedera

12. Tindakan yang dilakukan segera setelah kejadian, dan hasilnya :

.....
.....
.....
.....

13. Tindakan dilakukan oleh* :

- Tim : terdiri dari :
-
- Dokter
- Perawat
- Petugas lainnya
-

14. Apakah kejadian yang sama pernah terjadi di Unit Kerja lain?*

- Ya Tidak

Apabila ya, isi bagian dibawah ini.

Kapan ? dan Langkah / tindakan apa yang telah diambil pada Unit kerja tersebut untuk mencegah terulangnya kejadian yang sama?

.....

C. TIPE INSIDEN

Insiden :

.....

Tipe Insiden :

.....

Subtipe Insiden :

.....

D. ANALISA PENYEBAB INSIDEN

Dalam pengisian penyebab langsung atau akar penyebab masalah dapat menggunakan Faktor kontributor (bisa pilih lebih dari 1)

- a. Faktor Eksternal / di luar Fasilitas Pelayanan Kesehatan
- b. Faktor Organisasi dan Manajemen
- c. Faktor Lingkungan kerja
- d. Faktor Tim
- e. Faktor Petugas / Staf

- f. Faktor Tugas
- g. Faktor Pasien
- h. Faktor Komunikasi
- 1. Penyebab langsung (*Direct / Proximate/ Immediate Cause*)

- 2. Akar penyebab masalah (*underlying -root cause*)

- 3. Rekomendasi / Solusi

No	Akar Masalah	Rekomendasi/Solusi

Survey Budaya Keselamatan RSUD Mardi Waluyo kota Blitar

Petunjuk

Survei ini bertujuan untuk meminta pendapat Anda tentang masalah keselamatan pasien, kesalahan medis, dan pelaporan kejadian di rumah sakit Anda. Survei akan memakan waktu sekitar 10-15 menit. Jika sebuah pertanyaan tidak sesuai dengan Anda atau rumah sakit Anda atau Anda tidak tahu jawabannya, silakan pilih Tidak Berlaku atau Tidak Tahu.

- “ Keselamatan pasien” didefinisikan sebagai penghindaran dan pencegahan cedera pasien atau kejadian buruk yang diakibatkan oleh proses pemberian layanan kesehatan.
- “ Kejadian keselamatan pasien” didefinisikan sebagai segala jenis kesalahan, kesalahan, atau insiden terkait perawatan kesehatan, terlepas dari apakah hal itu mengakibatkan kerugian pasien atau tidak

Posisi Staf Anda

1. Apa posisi/jabatan anda di RS ini?

- | | |
|----------------------------|------------------------|
| a. Dokter | h. Analis laboratorium |
| b. Perawat | i. Sanitarian |
| c. Apoteker | j. Teknisi |
| d. Asisten apoteker | k. Radiografer |
| e. Ahli gizi | l. Satpam |
| f. Administrasi/ managemen | m. Lain- lain..... |
| g. Fisioterapis | |

Unit Kerja

2. Apa unit atau area kerja utama Anda di rumah sakit ini?

Pilih satu jawaban dibawah ini

- | | | |
|-----------------------|-------------------|---------------------------------|
| a. Bedah | g. ICU | k. Gizi |
| b. Gawat darurat | h. Penyakit dalam | l. Sanitasi |
| c. radiologi | i. CSSD | m. Farmasi |
| d. Rawat inap | j. Anestesi | n. Lain- lain,
sebutkan..... |
| e. Kesehatan anak |  | ..... |
| f. Maternal perinatal | | |

BAGIAN A: UNIT/AREA KERJA

Seberapa setuju atau tidak setuju Anda dengan pernyataan berikut tentang unit/area kerja Anda? berikan tanda centang (v)

no	Pikirkan tentang unit/area kerja Anda:	Sangat tidak setuju	Tidak setuju	Netral	Setuju	Sangat setuju	Tidak berlaku/Tidak tahu
1	Di unit ini, kami bekerja sama sebagai tim yang efektif						
2	Di unit ini, kami memiliki staf yang cukup untuk menangani beban kerja						
3	Staf di unit ini bekerja lebih lama untuk memberikan perawatan pasien yang terbaik						
4	Unit ini secara berkala meninjau proses kerja untuk menentukan apakah perubahan diperlukan untuk meningkatkan keselamatan pasien						
5	Unit ini terlalu mengandalkan pada staf sementara (kontrak? Honorer?)						
6	Di unit ini, staf merasa bahwa kesalahan mereka digunakan untuk menghukum mereka						
7	Ketika sebuah insiden dilaporkan di unit ini, seperti nya yang cicatat orangnya, bukan masalahnya						
8	Jika waktu sibuk (banyak pasien), staf di unit ini saling membantu						
9	mereka yang bekerja di unit ini Ada masalah yang berkaitan dengan perilaku tidak sopan						
10	Ketika staf membuat kesalahan, unit ini berfokus pada pembelajaran daripada menyalahkan individu						
11	Kecepatan kerja di unit ini sangat terburu-buru sehingga berdampak negatif terhadap						

	keselamatan pasien						
12	Di unit ini, perubahan untuk meningkatkan keselamatan pasien dievaluasi untuk melihat seberapa baik mereka bekerja						
13	Di unit ini, kurangnya dukungan untuk staf yang terlibat dalam insiden keselamatan pasien						
14	Unit ini membiarkan masalah keselamatan pasien yang sama terjadi lagi						

**BAGIAN B: MANAGER/SUPERVISOR/ PEMIMPIN KLINIS/KEPALA
INSTALASI /KEPALA RUANG ANDA**

Seberapa besar Anda setuju atau tidak setuju dengan pernyataan berikut tentang manager/supervisor/pemimpin klinis/kepala instalasi/kepala ruang anda

Berikan tanda centang (v) pada jawaban anda

no	Aspek yang ditanyakan	Sangat tidak setuju	Tidak setuju	Netral	Setuju	Sangat setuju	Tidak berlaku /Tidak tahu
1	Manager/ supervisor /pemimpin klinis /atasan saya,dengan serius mempertimbangkan saran/masukan staf untuk meningkatkan keselamatan pasien						
2	Manager/ supervisor /pemimpin klinis /atasan saya ingin agar kami bekerja lebih cepat disaat sibuk, walaupun harus mengambil jalan pintas						
3	Manager/ supervisor /pemimpin klinis /atasan saya , malakukan tindakan untuk mengatasi masalah keselamatan pasien yang						

menjadi perhatian mereka							
--------------------------	--	--	--	--	--	--	--

BAGIAN C: KOMUNIKASI

Seberapa sering hal-hal berikut ini terjadi di unit/area kerja Anda?

Berikan tanda centang (✓) jawaban anda.

no	Pikirkan tentang unit/area kerja Anda	Tidak pernah	Jarang	Kadang-kadang	Sering	selalu	Tidak berlaku/Tidak tahu
1	Kami diberitahu tentang kesalahan yang terjadi di unit ini						
2	Ketika kesalahan terjadi di unit ini, kami membahas cara untuk mencegah terulang lagi						
3	Di unit ini, kami diberitahu tentang perubahan yang dibuat berdasarkan laporan insiden						
4	Di unit ini, anda akan berbicara jika mereka melihat sesuatu yang dapat berdampak negatif terhadap perawatan pasien						
5	Ketika staf di unit ini melihat seseorang yang lebih berwenang melakukan sesuatu yang tidak aman bagi pasien, maka staf berani mengingatkan						
6	Ketika staf di unit ini mengingatkan, mereka yang memiliki						

	kewenangan lebih terbuka terhadap masalah keselamatan pasien mereka						
7	Di unit ini, staf takut bertanya ketika ada yang tidak benar terjadi						

BAGIAN D: MELAPORKAN KEJADIAN

Beri tanda centang (v) jawaban anda

no	Pikirkan tentang unit/area kerja Anda	Tidak pernah	Jarang sekali	Kadang - kadang	Sering	selalu	Tidak berlaku/ Tidak tahu
1	Ketika kesalahan diketahui dan diperbaiki sebelum mengenai/menimpa pasien, seberapa sering hal ini dilaporkan? (KNC)						
2	Ketika insiden/kesalahan sudah mengenai/menimpa pasien, tetapi tidak mencederai pasien, seberapa sering hal ini dilaporkan? (KTC)						
3	Dalam 12 bulan terakhir, berapa banyak kejadian keselamatan pasien yang Anda laporkan? a. Tidak ada laporan kejadian b. 1-2 laporan kejadian c. 3-5 laporan kejadian d. 6-10 laporan kejadian e. 11 atau lebih laporan kejadian						

BAGIAN E: PRINGKAT/LEVEL KESELAMATAN

1. Bagaimana Anda menilai unit/area kerja Anda tentang keselamatan pasien?
 - a. Kurang
 - b. Cukup
 - c. Baik
 - d. Baik sekali
 - e. Luar biasa

BAGIAN F: RUMAH SAKIT ANDA

Seberapa setuju atau tidak setuju Anda dengan pernyataan berikut tentang rumah sakit Anda?

no	Pikirkan tentang Rumah Sakit Anda	Sangat tidak setuju	Tidak setuju	Netral	Setuju	Sangat setuju	Tidak berlaku/ Tidak tahu
1	Tindakan manajemen rumah sakit menunjukkan bahwa keselamatan pasien adalah prioritas utama						
2	Manajemen rumah sakit menyediakan sumber daya yang memadai untuk meningkatkan keselamatan pasien						
3	Manajemen rumah sakit tampaknya tertarik pada keselamatan pasien hanya setelah terjadi insiden						
4	Saat memindahkan pasien dari satu unit ke unit lain, informasi penting sering tidak tersampaikan						
5	Selama pergantian shift, informasi penting tentang perawatan pasien sering diabaikan/tidak tersampaikan						
6	Selama pergantian shift, ada waktu yang cukup untuk bertukar semua informasi penting perawatan pasien.						

BAGIAN G: LATAR BELAKANG PERTANYAAN

1. Berapa lama anda bekerja di RS ini?
 - a. Kurang dari 1 tahun
 - b. 1-5 tahun
 - c. 6-10 tahun
 - d. Lebih dari 11 tahun
2. Di Rumah sakit ini, sudah berapa lama anda bekerja di unit kerja anda saat ini?
 - a. Kurang dari 1 tahun
 - b. 1-5 tahun
 - c. 6-10 tahun
 - d. Lebih dari 11 tahun
3. Biasanya berapa jam per minggu anda bekerja di rumah sakit ini/unit ini?
 - a. Kurang dari 30 jam per minggu
 - b. 30- 40 jam per minggu
 - c. Lebih dari 40 jam per minggu
4. Dalam posisi/ jabatan anda, apakakah anda berhubungan langsung dengan pasien?
 - a. Ya, saya biasanya berinteraksi langsung atau kontak langsung dengan pasien
 - b. Tidak, saya biasanya TIDAK berinteraksi langsung atau kontak langsung dengan pasien

BAGIAN G: KOMENTAR ANDA

Jangan ragu untuk memberikan komentar tentang bagaimana sesuatu dilakukan atau dapat dilakukan di rumah sakit Anda yang dapat mempengaruhi keselamatan pasien.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

TERIMA KASIH TELAH MENYELESAIKAN SURVEY INI