



PEMERINTAH KABUPATEN PESISIR SELATAN
RSUD Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN
Jl. Dr. A. Rivai Painan (kode Pos 25611)
Telp. (0756) 21428 Fax. (0756) 21398 Email. rsudpainan@ymail.com



KEPUTUSAN
DIREKTUR RSUD Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN
NOMOR: 800/PMKP/007/RSUD-PS/III/2018

TENTANG

KEBIJAKAN PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN
RSUD Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN
TAHUN 2018

DIREKTUR RSUD Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN

- MENIMBANG :**
- a. bahwa RSUD Dr. Muhammad Zein Painan selalu berupaya untuk meningkatkan kualitas pelayanan sesuai standar kesehatan dan harapan masyarakat.
 - b. bahwa peningkatan kualitas pelayanan kesehatan di RSUD Dr. Muhammad Zein Painan merupakan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien melalui pendekatan komprehensif terhadap pemenuhan indikator mutu dan keselamatan pasien rumah sakit.
 - c. bahwa sehubungan dengan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien di rumah sakit dengan pertimbangan pada huruf a dan b diatas, dipandang perlu di bentuk Komite Mutu dan Keselamatan Pasien dengan Keputusan Direktur berikut Kebijakan RSUD Dr. Muhammad Zein Painan tentang Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien.
- MENGINGAT :**
1. Undang Undang Republik Indonesia Nomor 29 tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran.
 2. Undang Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
 3. Undang Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.
 4. Undang Undang Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan.
 5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 159b/Menkes/Per/II/1998 tentang Rumah Sakit.
 6. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1333/Menkes/SK/XII/1999 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit.
 7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1691/Menkes/Per/VIII/2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit.
 8. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 251/Menkes/Per/VII/2012 tentang Program Keselamatan Pasien Rumah Sakit.
 9. Standar Akreditasi Rumah Sakit Kementrian Kesehatan Republik Indonesia dengan Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS) 2011.

10. Pedoman Peningkatan Mutu Pelayanan Rumah Sakit Departemen Kesehatan RI 1994.
11. Pedoman Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (*Patient Safety*) Kementerian Kesehatan RI Edisi III 2015.
12. Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (*Patient Safety Incident Report*) Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit 2015.
13. Peraturan Daerah Kabupaten Pesisir Selatan Nomor 12 Tahun 2010 tentang Pembentukan Struktur Organisasi dan Tata Kerja Lembaga Teknis Daerah Kabupaten Pesisir Selatan.
14. Peraturan Daerah Kabupaten Pesisir Selatan Nomor 5 Tahun 2014 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Lembaga Teknis Daerah.
15. Peraturan Bupati Pesisir Selatan Nomor 1 Tahun 2015 tentang Pedoman Teknis Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah pada Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Muhammad Zein Painan.

MEMUTUSKAN :

Menetapkan :

KESATU

- : Penetapan Kebijakan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien RSUD Dr. Muhammad Zein Painan.

KEDUA

- : Kebijakan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien RSUD Dr. Muhammad Zein Painan RSUD Dr. Muhammad Zein Painan Tahun 2018 terlampir dalam lampiran keputusan ini.

KETIGA

- : Keputusan ini mulai berlaku sejak tanggal ditetapkan dan akan dilakukan perbaikan sebagaimana mestinya apabila di kemudian hari terdapat kekeliruan dalam penetapan ini.



LAMPIRAN : SURAT KEPUTUSAN DIREKTUR RSUD Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN
NOMOR : 800/PMKP/ 002/RSUD-PS/III/2018
TANGGAL : 20 MARET 2018
TENTANG : KEBIJAKAN PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN RSUD Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN TAHUN 2018

**KEBIJAKAN PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN
RSUD Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN
TAHUN 2018**

A. VISI DAN MISI TIM MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN

Komite Mutu dan Keselamatan Pasien RSUD Dr. Muhammad Zein Painan memiliki visi dan misi yang dijadikan pedoman dalam pelaksanaan kegiatan penjaminan mutu yang disesuaikan dengan visi dan misi RSUD Dr. Muhammad Zein Painan yakni:

Visi

Terwujudnya Rumah Sakit yang Unggul, Profesional, dan Amanah dalam Memberikan Pelayanan Masyarakat.

Misi

1. Melaksanakan pengelolaan rumah sakit secara transparan dan akuntabel.
2. Memperluas cakupan dan memberikan layanan profesional sesuai dengan standar mutu.
3. Memenuhi tenaga sesuai dengan standar kompetensi.
4. Memperkuat sarana dan prasarana pelayanan rumah sakit.

B. KEPEMIMPINAN DAN PERENCANAAN PROGRAM

RSUD Dr. Muhammad Zein Painan melalui Komite Mutu dan Keselamatan Pasien menyusun pendekatan komprehensif terhadap peningkatan mutu dan keselamatan pasien. Pendekatan ini meliputi:

1. Menyusun program mutu dan keselamatan pasien.
2. Memonitor apakah proses berjalan dengan benar melalui pengumpulan data.
3. Menganalisa data.
4. Melakukan dan memastikan adanya perubahan yang dapat menghasilkan perbaikan.
5. Menggerakkan kepemimpinan menuju perubahan budaya organisasi.
6. Mengidentifikasi dan menurunkan risiko dan penyimpangan secara proaktif.
7. Menggunakan data agar fokus perbaikan pada isu prioritas.

Program peningkatan mutu dan keselamatan pasien disusun oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien. Program yang disusun meliputi program kerja tahunan Komite Mutu dan Keselamatan Pasien.

Program peningkatan mutu dan keselamatan pasien dibuat berdasarkan Buku Pedoman Peningkatan Mutu, Keselamatan Pasien, dan Manajemen Risiko RSUD Dr.

Muhammad Zein Painan serta Buku Panduan dari masing-masing elemen tersebut yang diberlakukan oleh Direktur RSUD Dr. Muhammad Zein Painan dengan mengambil acuan dari berbagai sumber nasional, internasional, ataupun kebijakan internal rumah sakit.

Direktur RSUD Dr. Muhammad Zein Painan berpartisipasi dalam penyusunan rencana, penetapan keseluruhan proses atau mekanisme, dan pelaporan hasil pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

Direktur RSUD Dr. Muhammad Zein Painan melaporkan hasil pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien kepada Dewan Pengawas RSUD Dr. Muhammad Zein Painan.

Komite Mutu dan Keselamatan Pasien bersama Direktur RSUD Dr. Muhammad Zein Painan, menetapkan prioritas kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien, dimana sasaran keselamatan pasien internasional ditetapkan menjadi salah satu prioritas.

Direktur RSUD Dr. Muhammad Zein Painan menyediakan teknologi dan dukungan sesuai dengan sumber daya yang ada untuk dapat membandingkan hasil evaluasi pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

Komunikasi dalam penyampaian informasi peningkatan mutu dan keselamatan pasien disampaikan kepada staf secara reguler melalui saluran yang efektif.

RSUD Dr. Muhammad Zein Painan mengadakan pelatihan bagi staf sesuai dengan peranan mereka dalam program peningkatan mutu dan keselamatan pasien. Pelatihan yang diterima merupakan bagian dari pekerjaan rutin staf.

C. STRUKTUR DAN TUGAS KOMITE MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN RSUD Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN

Komite Mutu dan Keselamatan Pasien RSUD Dr. Muhammad Zein Painan merupakan komite yang langsung berada dibawah direktur. Strukturnya terdiri atas Direktur sebagai Penasehat, Ketua Komite Medik sebagai penanggung jawab, Ketua, Wakil Ketua, Sekretaris dan Wakil Sekretaris, dan dilengkapi dengan 3 Sub Komite yakni Sub Komite Mutu, Sub Komite Keselamatan Pasien, dan Sub Komite Manajemen Risiko yang terdiri juga dari Ketua, Sekretaris, dan Anggota.

Komite Mutu dan Keselamatan Pasien mempunyai tugas merencanakan, menyusun, melakukan monitoring, dan evaluasi terhadap semua kegiatan yang terkait dengan Mutu Pelayanan dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit yang bertujuan untuk tercapainya Mutu Pelayanan dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit sesuai standar.

D. PEMILIHAN INDIKATOR DAN PENGUMPULAN DATA

Adapun tahapan pemilihan indikator dan pengumpulan data dilaksanakan melalui tahapan sebagai berikut:

1. Komite Mutu dan Keselamatan Pasien bersama Komite Medis memilih 5 area prioritas dengan fokus penggunaan pedoman praktek klinis dan *clinical pathways* atau protokol klinis untuk ditetapkan Direktur RSUD Dr. Muhammad Zein Painan melaksanakan pedoman praktek klinis dan *clinical pathways* atau protokol klinis di setiap area prioritas yang ditetapkan.
2. Komite Mutu dan Keselamatan Pasien memilih indikator klinis untuk ditetapkan direktur pada area:
 - a. Asesmen pasien.
 - b. Pelayanan laboratorium.
 - c. Pelayanan radiologi dan *diagnostic imaging*.
 - d. Prosedur bedah.
 - e. Penggunaan antibiotika dan obat lainnya.
 - f. Kesalahan medikasi (*medication error*) dan Kejadian Nyaris Cedera (KNC).
 - g. Penggunaan anestesi dan sedasi.
 - h. Penggunaan darah dan produk darah.
 - i. Ketersediaan, isi, dan penggunaan rekam medis pasien.
 - j. Pencegahan dan pengendalian infeksi, surveilans, dan pelaporan
 - k. Riset klinis.
3. Komite Mutu dan Keselamatan Pasien memilih indikator manajemen untuk ditetapkan direktur pada area:
 - a. Pengadaan rutin peralatan kesehatan dan obat penting untuk memenuhi kebutuhan pasien.
 - b. Pelaporan aktivitas yang diwajibkan oleh peraturan perundang-undangan.
 - c. Manajemen risiko.
 - d. Manajemen penggunaan sumber daya.
 - e. Harapan dan kepuasan pasien dan keluarga.
 - f. Harapan dan kepuasan staf.
 - g. Demografi pasien dan diagnosis klinis.
 - h. Manajemen keuangan.
 - i. Pencegahan dan pengendalian dari kejadian yang dapat menimbulkan masalah bagi keselamatan pasien, keluarga pasien dan staf.
4. Direktur RSUD Dr. Muhammad Zein Painan melalui Komite Mutu dan Keselamatan Pasien disamping menetapkan indikator rumah sakit juga mewajibkan masing masing instalasi, bagian, ataupun unit kerja untuk menetapkan, memantau, menganalisa, dan mengevaluasi serta melaporkan indikator masing-masing sesuai kebutuhan dan persyaratan yang ada serta permasalahan yang dialami di unit kerjanya.
5. Penilaian program mencakup struktur, proses dan hasil. Hasil penilaian disampaikan kepada pihak terkait secara berkala sesuai struktur organisasi yang berlaku.

6. Komite Mutu dan Keselamatan Pasien menetapkan indikator kunci untuk menilai setiap sasaran keselamatan pasien (*International Patient Safety Goals/IPSG*).

D. VALIDASI DAN ANALISIS PENILAIAN INDIKATOR

Data indikator dikumpulkan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien dan dianalisis untuk kemudian dilaporkan kepada pihak yang bertanggung jawab untuk melakukan tindak lanjut. Komite Mutu dan Keselamatan Pasien menganalisa data setiap bulan dan melaporkan hasil analisa setiap 3 bulan melalui sebuah pertemuan sosialisasi hasil evaluasi pemantauan indikator mutu.

RSUD Dr. Muhammad Zein Painan dalam hal ini Komite Mutu dan Keselamatan Pasien diharapkan melakukan perbandingan data. Perbandingan dilakukan dari waktu ke waktu di dalam rumah sakit, dilakukan dengan rumah sakit lain yang setara, dilakukan dengan standar yang ada, dan dilakukan dengan praktek yang telah diakui dapat digunakan.

Komite Mutu dan Keselamatan Pasien melakukan validasi data secara internal dengan cara sebagai berikut:

1. Mengumpulkan data dari orang kedua yang tidak terlibat dalam pengumpulan data sebelumnya dengan mengambil sampel terhadap indikator-indikator yang membutuhkan survey.
2. Menggunakan uji petik terhadap data yang diperoleh langsung dari unit terkait pengumpul data.
3. Menggunakan sampel statistik yang valid dari catatan, kasus, dan data lain. Sampel 100 % hanya dibutuhkan jika jumlah pencatatan, kasus, atau data lainnya sangat kecil jumlahnya.
4. Membandingkan data dari unit pengumpul data dengan data yang dikumpulkan dalam uji petik.
5. Kalkulasi akurasi dengan membagi jumlah elemen data yang ditemukan dengan total jumlah data elemen dikalikan dengan 100. Untuk *benchmark* yang baik akurasi levelnya 90 %.
6. Jika data yang ditemukan tidak sama, catat penyebabnya dan lakukan koreksi.
7. Mengumpulkan sampel baru setelah semua tindakan koreksi dilakukan untuk memastikan tindakan yang dilakukan menghasilkan tingkat akurasi yang diharapkan.
8. Direktur bertanggung jawab bahwa data yang disampaikan ke publik dapat dipertanggungjawabkan dari segi mutu dan hasilnya. Data yang disampaikan telah melalui evaluasi dari segi validitas.

Komite Mutu dan Keselamatan Pasien menetapkan definisi dari kejadian sentinel, melakukan analisis akar masalah (*Root Cause Analysis/RCA*) pada semua kejadian sentinel, dan melakukan tindak lanjut dari hasil RCA tersebut.

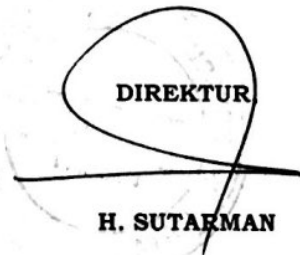
Komite Mutu dan Keselamatan Pasien menganalisis Kejadian Tidak Diharapkan yang meliputi:

1. Semua reaksi transfusi yang terjadi di rumah sakit.
2. Semua kejadian kesalahan obat, jika terjadi sesuai definisi yang ditetapkan rumah sakit.
3. Semua kesalahan medis (*medical error*) yang signifikan jika terjadi sesuai dengan definisi rumah sakit.
4. Semua kejadian yang tidak diharapkan dalam keadaan sedasi atau selama dilakukan anestesi.
5. Kejadian lain, seperti ledakan infeksi mendadak (*infection outbreak*), pasien jatuh, dan lain-lain.
6. Komite Mutu dan Keselamatan Pasien menetapkan definisi KNC (Kejadian Nyaris Cedera), menetapkan jenis kejadian yang harus dilaporkan sebagai KNC, menetapkan proses untuk melakukan pelaporan KNC, menganalisis dan melakukan tindakan untuk mengurangi KNC.
7. Komite Mutu dan Keselamatan Pasien membuat catatan kejadian, menganalisa, mengevaluasi serta melaporkan hasil secara reguler melalui pertemuan dan atau tertulis ke unit atau atasan terkait, eksternal dan internal sesuai ketentuan yang berlaku.

E. MENCAPAI DAN MEMPERTAHAKAN PENINGKATAN

Komite Mutu dan Keselamatan Pasien menetapkan dan mengkaji rencana peningkatan serta membuat data yang dapat menunjukkan bahwa peningkatan tercapai secara efektif dan langgeng. Komite Mutu dan Keselamatan Pasien menerapkan kerangka acuan yang meliputi:

1. Identifikasi risiko.
2. Menetapkan prioritas risiko.
3. Pelaporan terhadap risiko.
4. Manajemen risiko (termasuk analisa dan pembuatan FMEA/*Failure Mode and Effect Analysis*).
5. Manajemen dari hal lain yang terkait.
6. Bidang Penunjang melaksanakan dan membuat catatan secara proaktif tentang penggunaan alat untuk mengurangi risiko paling sedikit setahun sekali.


DIREKTUR
H. SUTARMAN