

**SELAYANG PANDANG**

**"PROGRAM PENINGKATAN MUTU & KESELAMATAN PASIEN (PMKP)"**

Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) merupakan salah satu upaya rumah sakit (RS) dalam menjamin kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan. Hal ini diharapkan dapat memberikan jaminan rasa percaya, aman dan nyaman bagi setiap pasien/individu yang memperoleh pengalaman berobat maupun bentuk pelayanan perumahnya lainnya di RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso (RSDK). Melalui Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) yang memperoleh mandat sebagai motor penggerak dan lead sector yang bertanggungjawab terhadap keberlangsungan program PMKP, RSDK terus berusaha melakukan pemenuhan standar baik dari segi mutu Sumber Daya Manusia (SDM), perbaikan sistem, pemenuhan standar fasilitas dan peralatan, lingkungan pelayanan yang kondusif dan positif, serta pengelolaan rumah sakit yang bermutu yang berfokus pada keselamatan pasien.

Akreditasi Rumah Sakit (RS) merupakan suatu proses yang digunakan untuk dapat mengukur sejauh mana kepatuhan RS dalam pemenuhan standar. Salah satu standar yang harus dipenuhi adalah terkait program PMKP. Di era SNARS 1, RS dituntut untuk dapat mengintegrasikan berbagai macam kegiatan/program guna mencapai standar mutu dan juga keselamatan pasien. Pemahaman setiap individu terhadap PMKP serta meningkatnya budaya keselamatan RS menjadi kunci penting agar supaya program PMKP RS dapat berjalan sesuai harapan.

Beberapa hal yang menjadi fokus RS dalam meningkatkan mutu dan keselamatan pasien, antara lain sebagai berikut:

**1. PENGELOLAAN KEGIATAN PMKP**

Proses pengelolaan kegiatan PMKP salah satunya adalah melalui proses pengukuran terhadap indikator mutu dan keselamatan pasien sebagaimana telah ditetapkan oleh RS. Proses ini memerlukan beberapa tahapan sampai

dengan dilakukannya evaluasi secara menyeluruh. Pengukuran indikator mutu dimulai dengan proses pemilihan indikator yang akan diukur, pengumpulan data, analisis dan validasi data indikator mutu.

**Pemilihan Indikator Mutu**, dapat dilakukan melalui beberapa cara, melalui pendekatan *grading* masalah, standar pelayanan minimal, maupun berdasarkan hasil kesepakatan internal masing-masing unit/sector meninjau dari kesesuaian visi & misi organisasi. Untuk itu perlu dilakukan pemilihan secara cermat dan analisis awal secara menyeluruh untuk mendapatkan jenis indikator yang benar-benar merepresentasikan unit kerja/pelayanan tersebut.

**Penyusunan Profil Indikator**, merupakan proses yang tidak kalah penting setelah jenis indikator mutu ditetapkan sebagai acuan kerja dalam proses pengukuran indikator mutu. Profil indikator sekurang-kurangnya memuat tentang judul indikator, definisi operasional, tujuan pengukuran, metode pengukuran yang dilakukan,

- unit kerja terkait serta sosialisasi kepada seluruh unit di Rumah Sakit
- 10). Unit Kerja/pelayanan membuat analisa kejadian di satuan kerjanya masing-masing
  - 11). Monitoring dan Evaluasi Perbaikan oleh KMKP

Tabel 1  
Penilaian Dampak Klinis/Konsekuensi/Severity

Tingkat Risiko	Deskripsi	Dampak
1	Tidak signifikan	Tidak ada cedera
2	Minor	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cedera ringan mis. Luka lecet</li> <li>Dapat diatasi dengan pertolongan pertama.</li> </ul>
3	Moderat	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cedera sedang mis. Luka robek</li> <li>Berkurangnya fungsi motorik/sensorik/psikologis atau intelektual (reversibel), tidak berhubungan dengan penyakit</li> <li>Setiap kasus yang memperpanjang perawatan</li> </ul>
4	Mayor	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cedera luas / berat mis. Cacat, lumpuh</li> <li>Kehilangan fungsi motorik/sensorik/psikologis atau intelektual (irreversibel), tidak berhubungan dengan penyakit.</li> </ul>
5	Katastropik	Kematian yang tidak berhubungan dengan perjalanan penyakit

Tabel 2  
Penilaian Probabilitas / Frekuensi

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

Tabel 3  
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	Ekstrem	Ekstrem
Sering terjadi (beberapa kali/thn) 4	Moderat	Moderat	Tinggi	Ekstrem	Ekstrem
Mungkin terjadi (1-2 thn/kali) 3	Rendah	Moderat	Tinggi	Ekstrem	Ekstrem
Jarang terjadi (>2-5 thn/kali) 2	Rendah	Rendah	Moderat	Tinggi	Ekstrem
Sangat jarang terjadi (>5 thn/kali) 1	Rendah	Rendah	Moderat	Tinggi	Ekstrem

Tabel 4  
Tindakan sesuai Tingkat dan bands risiko

Level / Bands	Tindakan
Ekstrem (sangat tinggi)	Risiko ekstrim, dilakukan RCA paling lama 45 hari membutuhkan tindakan segera, perhatian sampai ke Direktur.
High (tinggi)	Risiko tinggi, dilakukan RCA paling lama 45 hari Kaji dengan detail & perlu tindakan segera serta membutuhkan perhatian top manajemen.
Moderate (sedang)	Risiko sedang, dilakukan investigasi sederhana paling lama 2 minggu. Manajer / Pimpinan Klinis sebaiknya menilai dampak terhadap biaya dan kelola risiko
Low (rendah)	Risiko rendah, dilakukan investigasi sederhana paling lama 1 minggu diselesaikan dengan prosedur rutin

bersambung...

**Alur Pelaporan IKP Kepada KMKP**

- 1). Apabila terjadi IKP, wajib segera ditindak lanjuti (dicegah/ditangani) untuk mengurangi dampak / akibat yang tidak diharapkan.
- 2). Setelah ditindaklanjuti, segera membuat laporan insidennya dengan mengisi Formulir Laporan Insiden pada akhir jam kerja/shift kepada Atasan langsung. Diharapkan jangan menunda laporan.
- 3). Atasan langsung akan memeriksa laporan dan melakukan *grading* risiko terhadap insiden yang dilaporkan.
- 4). Hasil *grading* akan menentukan bentuk investigasi dan analisa yang akan dilakukan  
**Grade biru** : Investigasi sederhana oleh Atasan langsung, waktu maksimal 1 minggu.  
**Grade hijau** : Investigasi sederhana oleh Atasan langsung, waktu maksimal 2 minggu  
**Grade kuning** : Investigasi komprehensif/ Analisis akar masalah/RCA oleh KMKP, waktu maksimal 45 hari mendapat perhatian Wadir/ Kabis/Kabag  
**Grade merah** : Investigasi komprehensif/ Analisis akar masalah/RCA oleh KMKP, waktu maksimal 45 hari mendapat perhatian Direktur.
- 5). Setelah selesai melakukan investigasi sederhana, laporan hasil investigasi dan laporan insiden dilaporkan ke KMKP.
- 6). KMKP akan menganalisa kembali hasil Investigasi dan Laporan insiden untuk menentukan apakah perlu dilakukan investigasi lanjutan (RCA) dengan melakukan *Regrading* (kembali pada alur proses *grading*).
- 7). Setelah melakukan RCA, KMKP akan membuat laporan dan Rekomendasi untuk perbaikan serta "Pembelajaran" berupa : Petunjuk / "Safety alert" untuk mencegah kejadian yang sama terulang kembali.
- 8). Hasil RCA, rekomendasi dan rencana kerja dilaporkan kepada Direksi
- 9). Rekomendasi untuk "Perbaikan dan Pembelajaran" diberikan umpan balik kepada



akan dilakukan, kriteria inklusi & eksklusi, sumber data, tipe indikator, frekuensi pengumpulan data serta standar capaian yang ditetapkan berdasarkan ketentuan yang telah ada, standar baku, maupun standar lainnya yang berlaku.

**Pengumpulan Data**, merupakan tahapan selanjutnya dalam pengelolaan kegiatan PMKP. Proses ini harus dilakukan oleh individu yang telah diberikan kewenangan/ditunjuk oleh RS serta telah dididik dan dilatih. Pengumpulan data dilakukan dengan berbagai cara berkenaan dengan objek yang akan diukur. Bilamana populasi terlalu besar, maka dapat digunakan melalui pengambilan sampel secara terukur sesuai dengan kaidah-kaidah statistik. Hal ini dimaksudkan supaya hasil capaian pasca pengukuran nantinya dapat merepresentasikan kondisi sebenarnya. Pro-ses pengumpulan data di RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso dilakukan oleh *Person In Charge (PIC)* PMKP di masing-masing unit kerja/ pelayanan sebagaimana telah ditunjuk sebelumnya. Proses ini dibantu dengan pengaplikasian Sistem Manajemen Dokumen Akreditasi Rumah Sakit (SISMADAK) dengan masing-masing *user access* yang berbeda dan dipantau oleh administrator KMKP. Masing-masing **Kepala Unit kerja/pelayanan WAJIB melakukan supervisi secara reguler** untuk memastikan proses pengumpulan data telah dilakukan secara tepat sesuai ketentuan sehingga kualitas data capaian yang dihasilkan dapat dipertanggungjawabkan.

**Analisis Data**, dilakukan untuk mendalami lebih jauh serta membuat rencana tindak lanjut perbaikan dari data capaian indikator mutu yang telah diukur. **Proses analisis dilakukan secara berjenjang dari tingkat unit kerja/pelayanan oleh Kepala Unit/ruangan/ urusan** sampai dengan tingkat RS melalui KMKP. Kemampuan analisis yang baik dan akurat akan dapat mempengaruhi tindak lanjut dan rekomendasi penyelesaian masalah yang disusun setelahnya.

**Analisis data dilakukan sekurang-kurangnya tiap 3 (tiga) bulan sekali** baik di tingkat unit kerja/pelayanan ataupun RS. Perbandingan dapat dilakukan dengan cara *benchmark* dengan ruangan lain yang memiliki indikator sejenis, perbandingan dari waktu ke waktu (*analisis trend*), misalnya dari bulanan ke bulan, dari tahun ke tahun ataupun dengan standar yang telah ada sebelumnya. Standar yang menjadi pembanding haruslah memiliki kriteria sebagai praktik terbaik (*best practice*), praktik yang lebih baik (*better practice*) ataupun panduan praktik klinik (*practice guidelines*). Hal ini sangatlah penting dalam konsep siklus PDSA (*Plan-Do-Study-Action*) agar supaya mutu pelayanan dan keselamatan pasien dapat tercapai secara menyeluruh, konsisten dan paripurna dari waktu ke waktu secara terus menerus (*Continuous Quality Improvement*).

**Validasi Data Indikator Mutu**, dilakukan untuk menjamin kesesuaian/validitas capaian indikator agar memperoleh manfaat yang diharapkan. Validasi data harus dilakukan bila memenuhi beberapa kondisi, meliputi:

- 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 di 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 subyek data seperti perubahan umur rata rata pasien, protokol riset diubah, panduan praktik klinik baru diberlakukan, ada teknologi dan metodologi pengobatan baru

Validasi data dilakukan dengan cara mengumpulkan ulang data oleh orang yang tidak terlibat dalam proses pengumpulan data sebelumnya (data asli) atau dalam hal ini oleh KMKP.

Validasi data menggunakan sampel tercatat, kasus dan data lainnya yang sah secara statistik. Sample 100% hanya dibutuhkan jika jumlah pencatatan, kasus atau data lainnya sangat kecil jumlahnya. Tahap berikutnya adalah membandingkan data asli dengan data yang dikumpulkan ulang, kemudian 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 elemen data yang diketemukan ternyata tidak sama, dengan catatan alasannya (misalnya data tidak valid). Koleksi sample baru setelah semua tindakan koreksi dilakukan untuk memastikan tindakan menghasilkan tingkat akurasi yang diharapkan.

## 2. PELAPORAN & ANALISIS INSIDEN KESELAMATAN PASIEN (IKP)

Proses pengelolaan kegiatan PMKP lainnya adalah pelaporan dan analisis IKP. Salah satu upaya reaktif RS terkait adanya suatu permasalahan utamanya IKP adalah dengan melakukan analisa secara mendalam guna meminimalkan risiko terjadinya kejadian serupa di kemudian hari. Setiap insiden yang terjadi harus segera dilaporkan pada KMKP melalui Sub Bidang Keselamatan Pasien dalam tempo maksimal 2x24 jam setelah kejadian. Adapun jenis Insiden di fasilitas pelayanan kesehatan meliputi:

- a). Kondisi Potensial Cedera (KPC);
- b). Kejadian Nyaris Cedera (KNC);
- c). Kejadian Tidak Cedera (KTC);
- d). Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)
- e). Kejadian Sentinel

**Kondisi Potensial Cedera (KPC)**, merupakan kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden.

**Kejadian Nyaris Cedera (KNC)**, merupakan terjadinya insiden yang belum sampai terpapar ke pasien.

**Kejadian Tidak Cedera (KTC)**, merupakan insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak timbul cedera. Misal: pemberian suplemen/multivitamin pada pasien yang salah.

**Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)** merupakan Insiden yang mengakibatkan cedera pada pasien. Misal: pasien terjatuh dari brankart, pengunjung jatuh terpeleset lantai yang licin.

**Kejadian Sentinel**, merupakan suatu Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) yang mengakibatkan kematian, cedera permanen, atau cedera berat yang temporer dan membutuhkan intervensi untuk mempetahankan kehidupan, baik fisik maupun psikis, yang tidak terkait dengan perjalanan penyakit atau keadaan pasien. Kejadian sentinel dapat disebabkan oleh hal lain selain Insiden.

Yang termasuk kejadian sentinel sebagaimana telah ditetapkan di RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso, antara lain:

- a). Kematian yang tidak diduga, termasuk, dan tidak terbatas pada: kematian yang tidak berhubungan dengan perjalanan penyakit pasien atau kondisi pasien; kematian bayi aterm; bunuh diri; kematian ibu melahirkan
- b). Kehilangan permanen fungsi yang tidak terkait penyakit pasien atau kondisi pasien
- c). Operasi salah tempat, salah prosedur, salah pasien
- d). Terjangkit penyakit kronis atau penyakit fatal akibat transfusi darah atau produk darah
- e). Penculikan anak termasuk bayi atau anak termasuk bayi dikirim ke rumah bukan rumah orang tuanya
- f). Perkosaan, kekejaman di tempat kerja seperti penyerangan (berakibat kematian atau kehilangan fungsi secara permanen) atau pembunuhan (yang disengaja) atas pasien, staf, dokter, mahasiswa kedokteran, siswa latihan, pengunjung atau vendor/pihak ketiga ketika berada di lingkungan rumah sakit