

## **Evaluasi Strategi Peningkatan Mutu Dan Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit X Yogyakarta**

### ***Evaluation Of Quality Improvement And Patient Safety Strategies In Hospital X Yogyakarta***

Totok Sundoro<sup>1</sup>, Desi Wulan Sari<sup>2</sup>, Indah Alvionita<sup>3</sup>, Wirda Rahim Nuhuyanan<sup>4</sup>,  
Annisa Bafadhal<sup>5</sup>  
*Program Studi Kesehatan Masyarakat, STIKES Surya Global Yogyakarta*  
Email: [totoksundoro@gmail.com](mailto:totoksundoro@gmail.com)<sup>1</sup>, [desiwulansari2698@gmail.com](mailto:desiwulansari2698@gmail.com)<sup>2</sup>, [alvionitaindah1@gmail.com](mailto:alvionitaindah1@gmail.com)<sup>3</sup>,  
[wirdanuhuyanan@gmail.com](mailto:wirdanuhuyanan@gmail.com)<sup>4</sup>, [annisabafadhal35@gmail.com](mailto:annisabafadhal35@gmail.com)<sup>5</sup>

#### **ABSTRACT**

The quality of health services is a guarantee for the community to obtain optimal health status. There were still incidents at the hospital in Semester I of 2020, namely 4 (four) cases of unexpected events, 2 (two) cases of near-injury, 12 (twelve) cases of non-injury and 12 (twelve) cases of potential injury. In order to improve the quality of patient care and ensure patient safety, hospitals need to have a strategy to improve patient quality and safety that reaches all work units in the hospital. This study aims to evaluate strategies for improving quality & patient safety at X Hospital.

Data collection techniques used interview guidelines and observation sheets as instruments. Interviews were conducted with Leaders or Management, Quality and Patient Safety Committee, PPI Committee and staff. Interviews were conducted to find out regulations and efforts to improve quality and patient safety and find obstacles faced by hospitals in their implementation. Observation and documentation activities related to the implementation of strategies carried out in an effort to improve the quality of patient safety in hospitals. Data validity was analyzed using triangulation techniques. The implementation of the strategy for improving the quality of patient safety at Hospital X Yogyakarta refers to the National Hospital Accreditation Standards Edition 1. Implementation has been good but there are still obstacles and deficiencies in supporting the strategies that have been implemented by the hospital. It is necessary to revise the director's policy regarding reporting time, provide new employee training education on data management systems and five mandatory training programs that support quality, information technology support in managing quality data, as well as an achievement-oriented leadership style to build commitment and monitoring strategies that can be used as a monitoring method in the implementation of patient safety efforts.

Yogyakarta X Hospital has a strategy to improve the quality of patient safety through revising the director's policy on quality data reporting, staff education in implementing quality programs, providing information technology support in managing quality data and implementing management functions in patient safety quality management.

**Keywords:** Quality and Patient Safety; Evaluation of Improvement Strategy.

#### **ABSTRAK**

Mutu pelayanan kesehatan merupakan jaminan bagi masyarakat untuk

memperoleh derajat kesehatan yang optimal. Masih terdapat kejadian di Rumah Sakit pada Semester I Tahun 2020 yaitu 4 (empat) kasus kejadian tidak terduga, 2 (dua) kasus hampir cidera, 12 (dua belas) kasus tidak cidera dan 12 (dua belas) kasus Potensi Cedera . Dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan pasien dan menjamin keselamatan pasien, rumah sakit perlu memiliki strategi peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang menjangkau seluruh unit kerja di rumah sakit. Penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi strategi peningkatan mutu & keselamatan pasien di Rumah Sakit X.

Teknik pengumpulan data menggunakan pedoman wawancara dan lembar observasi sebagai instrumen. Wawancara dilakukan dengan Pimpinan atau Manajemen, Komite Mutu dan Keselamatan Pasien, Komite PPI dan staf. Wawancara dilakukan untuk mengetahui regulasi dan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien serta menemukan kendala yang dihadapi rumah sakit dalam pelaksanaannya. Kegiatan observasi dan dokumentasi terkait penerapan strategi yang dilakukan dalam upaya peningkatan mutu keselamatan pasien di rumah sakit. Validitas data dianalisis dengan teknik triangulasi. Implementasi strategi peningkatan mutu keselamatan pasien di Rumah Sakit X Yogyakarta mengacu pada Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1.

Implementasi sudah baik namun masih terdapat kendala dan kekurangan dalam mendukung strategi yang telah diterapkan rumah sakit. Perlu dilakukan revisi kebijakan direktur terkait waktu pelaporan, memberikan pendidikan pelatihan pegawai baru tentang sistem manajemen data dan lima pelatihan wajib yang mendukung program kualitas, dukungan teknologi informasi dalam mengelola data berkualitas, serta gaya kepemimpinan yang berorientasi pada prestasi untuk membangun komitmen dan strategi pemantauan yang dapat digunakan sebagai metode pemantauan dalam pelaksanaan upaya keselamatan pasien.

Rumah Sakit X Yogyakarta memiliki strategi peningkatan mutu keselamatan pasien melalui revisi kebijakan direktur tentang pelaporan data mutu, pendidikan staf dalam pelaksanaan program mutu, pemberian dukungan teknologi informasi dalam pengelolaan data mutu dan penerapan fungsi manajemen dalam manajemen mutu keselamatan pasien.

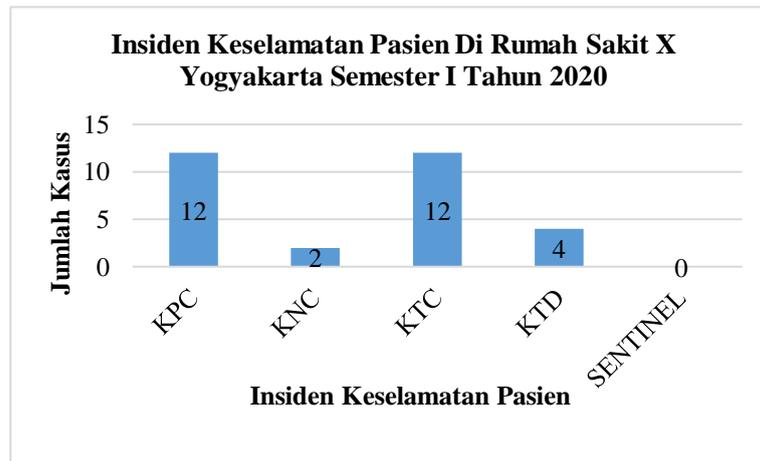
**Kata kunci:** Mutu dan Keselamatan Pasien; Evaluasi Strategi Peningkatan.

## PENDAHULUAN

Rumah sakit adalah suatu institusi pelayanan kesehatan yang kompleks, padat pakar dan padat modal. Untuk menjaga dan meningkatkan mutu, rumah sakit harus mempunyai ukuran yang menjamin peningkatan mutu di semua tingkatan. Tuntutan masyarakat terhadap kesehatan berkembang menuju pada kualitas pelayanan kesehatan. Mutu pelayanan kesehatan merupakan jaminan bagi masyarakat untuk memperoleh derajat kesehatan yang optimal (Retnaningsih, 2017). Dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan pasien dan menjamin keselamatan pasien maka rumah sakit perlu mempunyai program peningkatan mutu dan keselamatan pasien (PMKP) yang menjangkau ke seluruh unit kerja di rumah sakit (KARS, 2017). Rumah sakit sebagai instansi pelayanan kesehatan yang berhubungan langsung dengan pasien harus mengutamakan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, antidiskriminasi dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit. Pasien sebagai pengguna pelayanan kesehatan berhak memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di rumah sakit (DepKes RI, 2009). Rumah Sakit harus mampu memberikan perlindungan terhadap keselamatan pasien, masyarakat, serta sumber daya manusia yang berada di lingkungan rumah sakit. Serta mampu memberikan jaminan rasa aman dan perlindungan terhadap dampak pelayanan yang telah memenuhi standar kualitas untuk memenuhi hak-hak masyarakat akan pelayanan yang berkualitas serta aman (Adisasmito, 2008).

Keselamatan pasien rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman yang meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan hal

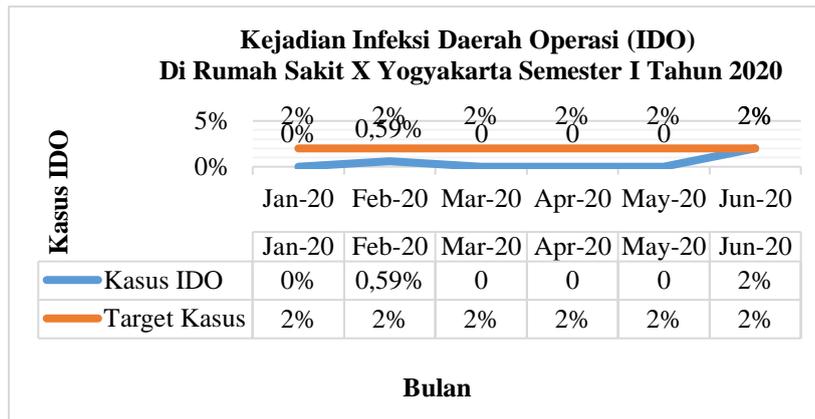
yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (Permenkes R.I No 1691, 2011). Insiden keselamatan pasien yang selanjutnya disebut insiden adalah setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien, terdiri dari Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), Kejadian Nyaris Cedera (KNC), Kejadian Tidak Cedera (KTC) dan Kejadian Potensial Cedera (KPC) (Permenkes R.I No 1691, 2011). Kejadian Tidak Diharapkan, selanjutnya disingkat KTD adalah insiden yang mengakibatkan cedera pada pasien. Kejadian Nyaris Cedera, selanjutnya disingkat KNC adalah terjadinya insiden yang belum sampai terpapar ke pasien. Kejadian Tidak Cedera, selanjutnya disingkat KTC adalah insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak timbul cedera. Kondisi Potensial Cedera, selanjutnya disingkat KPC adalah kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden. Kejadian sentinel adalah suatu KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius (Permenkes R.I No 1691, 2011). Hasil studi pendahuluan yang dilakukan peneliti pada Tanggal 4-6 November 2020 di Rumah Sakit X Yogyakarta di informasikan bahwa insiden keselamatan pasien digambarkan grafik 1.



Grafik 1. Insiden Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit X Yogyakarta Semester I Tahun 2020

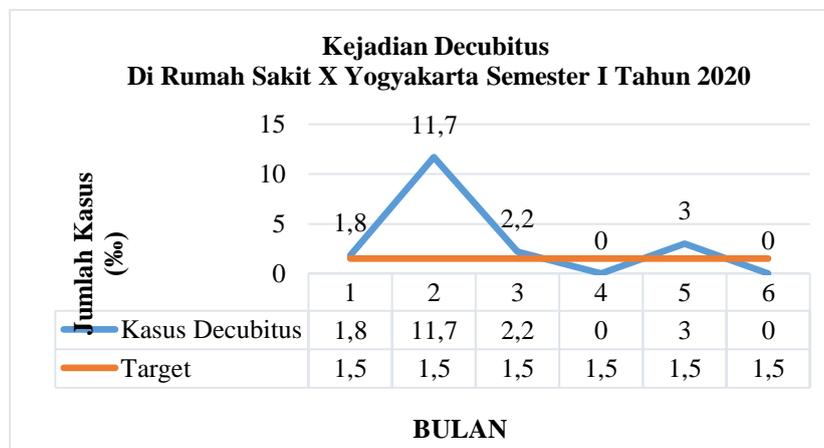
Pada semester I tahun 2020 dilaporkan kasus insiden keselamatan pasien di rumah sakit X Yogyakarta terbanyak pada kasus KPC/ Kondisi Potensial Cedera dan KTC/ Kejadian Tidak Cedera dengan jumlah 12 (dua belas) kasus Diikuti dengan KTD/Kasus Tidak Diharapkan sebanyak 4 hasus dan KNC/Kasus Nyaris cedera sebanyak 2 kasus.

Pada grafik 2 diinformasikan bahwa kejadian IDO (Infeksi Daerah Operasi) di Rumah Sakit X Yogyakarta masih terjadi yaitu di bulan Februari 2020 sebesar 0,59% dan di bulan Juni 2020 sebanyak 2%, meskipun masih di batas target yang telah ditetapkan oleh rumah sakit. Artinya masih adanya kejadian infeksi nosokomial kasus IDO di rumah sakit.



Grafik 2. Kejadian Infeksi Daerah Operasi Di Rumah Sakit X Yogyakarta Semester I Tahun 2020

Pada grafik 3 dapat dilihat kejadian decubitus di rumah sakit masih ada dan statusnya pada posisi di atas target yang ditetapkan rumah sakit dengan informasi pada bulan Januari 2020 sebesar 1,8 ‰(1/551), bulan Februari 2020 sebanyak 11,7‰(6/513), bulan Maret 2020 sebanyak 2,2‰(1/457) dan bulan Mei 2020 sebanyak 3,0 ‰(1/331). Dari uraian latar belakang tersebut dapat disimpulkan bahwa masih ada kejadian insiden di Rumah Sakit X Yogyakarta yang harus di tindaklanjuti untuk upaya perbaikan dalam rangka mengurangi kejadian terulang kembali. Untuk melakukan pengukuran mutu suatu layanan, diperlukan alat dan standar. Standar mutu yang digunakan rumah sakit bermacam-macam. Ada yang menggunakan ISO 9001/2015 sebagai standar mutu. Khusus di bidang pelayanan kesehatan, lembaga International Society for Quality in Health Care (ISQua) juga membuat standar mutu layanan. Kementerian Kesehatan RI, sebagai regulator bidang kesehatan di Republik Indonesia (RI), juga telah menetapkan standar mutu melalui Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) Edisi 1.



Grafik 3. Kejadian Dekubitus Di Rumah Sakit X Yogyakarta Semester I Tahun 2020

Dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan pasien dan menjamin keselamatan pasien maka rumah sakit perlu mempunyai program peningkatan mutu dan keselamatan pasien (PMKP) yang menjangkau ke seluruh unit kerja di rumah sakit. Untuk melaksanakan program tersebut diperlukan komite/tim atau bentuk organisasi lainnya agar mekanisme koordinasi antar unit dapat berjalan lebih baik. (Harefa, 2014). Hal yang serupa disampaikan juga bahwa dalam upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien di rumah sakit diperlukan para tenaga kesehatan maupun staf yang ada dirumah sakit dalam suatu Tim untuk mendorong pelaksanaan program dan budaya mutu dan keselamatan secara proaktif. (Harefa, 2019). Dukungan teknologi dan dukungan lainnya seperti staf yang kompeten dalam mengelola data diperlukan untuk mengukur fungsi klinis dan fungsi manajemen rumah sakit. Diperlukan suatu sistem manajemen data yang didukung dengan

teknologi informasi yang mulai dari pengumpulan, pelaporan, analisis, validasi, serta publikasi data untuk internal rumah sakit dan eksternal rumah sakit (KARS, 2017). Penelitian yang dilakukan di rumah sakit di Surabaya menyampaikan bahwa sistem pelaporan insiden dirancang untuk memperoleh informasi tentang keselamatan pasien yang digunakan sebagai pembelajaran organisasi dan individu, diperlukan suatu kebijakan dan panduan pelaporan insiden dalam kegiatan pengumpulan, pengolahan, penyajian dan analisis data pelaporan insiden keselamatan pasien. Menurut (Tristantia, 2018) manajemen risiko dalam Pelayanan Kesehatan merupakan upaya untuk mereduksi KTD yang dalam pelayanan kesehatan apabila hal ini terjadi akan merupakan beban tersendiri, terlepas dari KTD tersebut karena resiko yang melekat ataupun memang setelah dianalisis karena adanya manajemen risiko (Idris, 2007). Error atau negligence dalam pelayanan dapat menjadi sumber KTD dimana beban pelayanan yang timbul tidak hanya pada sisi finansial semata, namun beban psikologis dan sosial kadang-kadang terasa lebih berat. Untuk mencegah KTD dan menempatkan resiko KTD secara proposional beberapa pendekatan dapat dilakukan pada sumber penyebab itu sendiri, baik pada faktor manusianya (pasien dan tenaga kesehatannya), maupun dari sisi organisasinya. Dari sisi organisasi, konsep intervensi organisasi pendekatan pada sistem (sarana) pelayanan kesehatan memerlukan penanganan khusus namun jauh lebih antisipatif dalam mengelola resiko kemungkinan terjadinya KTD. Sehingga akhir-akhir ini manajemen resiko melalui konsep pengelolaan pada sistem pelayanan kesehatan merupakan metode yang banyak dikembangkan akhir-akhir ini (Idris, 2007).

Rumah Sakit X Yogyakarta, dalam melaksanakan pengendalian dan peningkatan mutu pelayanan sesuai dengan Undang-undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit dengan berpedoman pada standar yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia yaitu Akreditasi Rumah Sakit. Penelitian ini dilakukan dengan tujuan untuk mengetahui 5 (lima) area standar peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang meliputi Pengelolaan Kegiatan Peningkatan Mutu Dan Keselamatan Pasien; Pemilihan, Pengumpulan, Analisis, Dan Validasi Data Indikator Mutu; Pelaporan Dan Analisis Insiden Keselamatan Pasien; Pencapaian Dan Mempertahankan Perbaikan; dan Manajemen Risiko. Tujuan penelitian ini adalah melakukan evaluasi pelaksanaan strategi upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang telah dilakukan oleh Rumah Sakit X.

## METODE

Penelitian kualitatif pendekatan deskriptif dengan rancangan penelitian studi kasus. Teknik pengumpulan data menggunakan pedoman wawancara, telusur dokumen dan lembar observasi sebagai instrumen yang disesuaikan dengan instrumen SNARS Edisi-1. Dalam penilaian Bab Peningkatan Mutu Keselamatan Pasien (PMKP) memuat 5 (Lima) standar penilaian dengan masing-masing jumlah pertanyaan yang berbeda. Standar pertama yaitu Pengelolaan Kegiatan Peningkatan Mutu Dan Keselamatan Pasien (PMKP) terdiri dari 6 (enam) item pertanyaan, Standar kedua yaitu Pemilihan, Pengumpulan, Analisis, Dan Validasi Data Indikator Mutu dengan jumlah 5 (lima) item pertanyaan, Standar ketiga yaitu Pelaporan Dan Analisis Insiden Keselamatan Pasien dengan jumlah 6 (enam) item pertanyaan, Standar keempat yaitu Pencapaian Dan Mempertahankan Perbaikan dengan jumlah 4 (empat) item pertanyaan, dan Standar kelima yaitu Manajemen Risiko dengan jumlah 3 (tiga) item pertanyaan.

Lokasi penelitian di RSUD Kota Yogyakarta pada tahun 2021. Wawancara kepada 5 (Lima) informan yang terdiri dari Pimpinan atau Manajemen, Komite Mutu dan Keselamatan Pasien, dokter dan perawat. Kegiatan observasi dan dokumentasi terhadap strategi yang dilakukan dalam upaya peningkatan mutu keselamatan pasien di rumah sakit. Variabel penelitiannya adalah strategi upaya peningkatan mutu keselamatan pasien di rumah sakit. Pemilihan sampel menggunakan metode purposive sampling. Keabsahan data penelitian dilakukan melalui teknik triangulasi dengan melakukan wawancara sebanyak 9 (sembilan) pertanyaan, telusur dokumentasi sebanyak 17 (tujuh belas) dokumen dan observasi sebanyak 4 (empat) kegiatan diakhiri kegiatan FGD (*Focus Group Discussion*) dengan 5

(lima) pertanyaan.

Adapun teknik pengolahan data yang digunakan yaitu editing, klasifikasi dan pengkodean. Analisis data menggunakan reduksi data melalui proses pemilihan, dengan fokus pada penyederhanaan, pengabstrakan, dan transformasi data “kasar” yang muncul dari catatan tertulis di lapangan. Penelitian dilakukan berdasarkan *Surat Keterangan Layak Etik dari Komite Etik Penelitian kesehatan Rumah Sakit Umum Daerah Kota Yogyakarta Nomor 06/KEP/RSUD/III/2021 tertanggal 01 Maret 2021*.

## HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

### Karakteristik Informan

Penelitian ini melihat strategi yang telah dilakukan oleh Rumah Sakit X dalam upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien berdasarkan SNARS Edisi 1. Fokus penelitian pada pengelolaan kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien; pemilihan, pengumpulan, analisis, dan validasi data indikator mutu; pelaporan dan analisis insiden keselamatan pasien; pencapaian dan mempertahankan perbaikan; manajemen risiko. Penelitian ini melibatkan 5 (Lima) informan dengan karakteristik informan yang diuraikan di Tabel 1.

Tabel 1. Karakteristik Informan Penelitian Berdasarkan Umur, Jenis Kelamin, Pendidikan Jabatan dan Lama Kerja di Rumah Sakit X

Informan	Usia (tahun)	Jenis Kelamin	Pendidikan	Jabatan	Lama Kerja (tahun)
1	45	P	S2	Dokter	12
2	38	P	S2	Komite Mutu	12
3	40	L	S2	Komite PPI	15
4	40	P	S2	Manajemen	15
5	40	P	S2	Staf Perawat	15

Tabel 1 menunjukkan bahwa rata-rata informan berusia 40 tahun dengan latar belakang berpendidikan Strata 2 (S2). Berdasarkan jenis kelamin perempuan sebanyak 3 (tiga) orang dan laki-laki sebanyak 1 (satu) orang dengan jabatan terdiri dari Dokter, Anggota Komite Mutu, KomitePPI, Manajemen dan Staf Perawat.

### Hasil Telusur Wawancara, Observasi dan Dokumentasi Terkait Pelaksanaan Strategi Peningkatan Mutu Dan Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit X Yogyakarta

Rumah sakit X merupakan salah satu rumah sakit di Kota Yogyakarta yang telah terakreditasi. Berdasarkan hasil wawancara, telusur dokumen dan observasi lapangan, pelaksanaan upaya keselamatan pasien di Rumah sakit X disesuaikan elemen penilaian instrument akreditasi Rumah sakit. Berikut merupakan hasil wawancara, telusur dokumen dan observasi langsung terkait pelaksanaan strategi peningkatan mutu dan keselamatan pasien di Rumah Sakit X berdasarkan Instrumen SNARS Edisi 1. Berdasarkan Tabel 2, terdapat 5 (Lima) standar peningkatan mutu dan keselamatan pasien di rumah sakit dalam instrumen SNARS Edisi 1 yang dapat diinformasikan masih ditemukannya kendala dalam pelaksanaannya.

Tabel 2. Hasil Rangkuman Telusur Wawancara, Observasi dan Dokumentasi Terkait Pelaksanaan Strategi Peningkatan Mutu Dan Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit X Yogyakarta

Standar	Kondisi di Rumah Sakit	Telaah
Pengelolaan Kegiatan Peningkatan Mutu Dan Keselamatan Pasien (PMKP)	1. Rumah sakit memiliki regulasi berupa kebijakan Direktur yang mengatur tentang Pengelolaan Kegiatan Peningkatan Mutu Dan Keselamatan Pasien (PMKP) (SK Nomor 445/24/KPTS/1/2018 tentang kebijakan peningkatan mutu dan keselamatan pasien)	Masih belum terlaksananya program komite mutu rumah sakit terkait pelatihan manajemen data dan pelatihan 5 (Lima) dasar wajib bagi staf/pegawai baru.

	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Rumah sakit telah membentuk Komite Mutu Keselamatan Pasien dengan tugas pokok dan fungsinya sesuai dengan kebijakan Direktur rumah sakit SK. Direktur Nomor: 445/25/KPTS/I/2018 tentang Pembentukan Komite Mutu Dan Keselamatan Pasien</li> <li>3. Dalam upaya peningkatan mutu asuhan klinis dan proses kegiatan manajemen yang lebih baik, rumah sakit sakit perpedoman pada referensi terbaru sesuai peraturan yang berlaku.             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. SK Direktur Nomor 445/30.10/KPTS/I/2019 pada tanggal 4 Januari 2019 tentang Litterratur Peningkatan Mutu Dan Keselamatan Pasien RSUD Kota Yogyakarta</li> <li>b. SK Direktur Nomor 445/33.9/KPTS/I/2019 pada tanggal 4 Januari 2019 tentang Daftar Literatur Komite Medis RSUD Kota Yogyakarta</li> <li>c. SK Direktur Nomor 445/30.11/KPTS/I/2019 pada tanggal 4 Januari 2019 tentang Daftar Literatur Komite Keperawatan Dan Komite Profesi Kesehatan Lain RSUD Kota Yogyakarta</li> </ol> </li> <li>4. Program pelatihan bagi staf rumah sakit yang sudah dilaksanakan meliputi pelatihan pengelolaan data, pelatihan 5 (Lima) wajib dan pelatihan yang mendukung program PMKP.</li> <li>5. Pelatihan PMKP diperuntukkan bagi seluruh komite medis, komite keperawatan, petugas yang terlibat dalam pengumpulan data mutu dan seluruh staf klinis rutin pada tahun 2018 dan tahun 2019.</li> <li>6. Pada tahun 2020, Komite mutu belum dapat menjalankan ketugasannya dengan baik karena keterbatasan jumlah pegawai yang harus bertugas sebagai pelaksana fungsional di keperawatan dan bagi petugas baru belum mendapatkan pelatihan.</li> </ol>	<p>Masih belum terpenuhinya jumlah Tim Komite Mutu untuk menjalankan program mutu rumah sakit.</p>
<p>Pemilihan, Pengumpulan, Analisis, Dan Validasi Data Indikator Mutu</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rumah sakit memiliki regulasi berupa kebijakan Direktur yang mengatur tentang Pemilihan, Pengumpulan, Analisis, Dan Validasi Data Indikator Mutu berdasarkan SK Direktur Nomor 445/34/KPTS/I/2018 ditetapkan Penanggung Jawab Indikator Mutu di Masing-Masing Unit dengan kegiatan, yaitu petugas pengumpul data indikator mutu dan petugas validasi data indikator mutu.</li> <li>2. Komite Mutu Keselamatan Pasien rumah sakit memfasilitasi pemilihan indikator prioritas yang dievaluasi dan melakukan supervisi terhadap progres pengumpulan data sesuai dengan yang direncanakan.</li> <li>3. Direktur bersama Komite Mutu dan kepala unit pelayanan memilih dan menetapkan data insiden yang dilaporkan untuk dijadikan sebagai indikator prioritas pada area klinis, area manajemen, dan area sasaran keselamatan pasien yang akan dilakukan upaya tindaklanjut.</li> <li>4. Komite mutu rumah sakit belum efektif dalam melakukan koordinasi dengan unit pelayanan dalam pengumpulan dan analisis data mutu.</li> </ol>	<p>Masih belum terpenuhi standar dalam kegiatan analisis dan validasi data indicator mutu yang pembahasannya belum melibatkan seluruh unit pelayanan.</p>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>Rumah sakit telah melakukan validasi data pada pengukuran mutu area klinik yang baru dan bila terjadi perubahan sesuai dengan regulasi.</li> </ol>	
Pelaporan Dan Analisis Insiden Keselamatan Pasien	<ol style="list-style-type: none"> <li>Rumah sakit memiliki regulasi berupa kebijakan Direktur yang mengatur tentang Pelaporan Dan Analisis Insiden Keselamatan Pasien</li> <li>Pelaporan data insiden dilakukan oleh unit kerja masing-masing kepada Komite Mutu Keselamatan Pasien rumah sakit untuk dilakukan upaya perbaikan.</li> <li>Dukungan Teknologi Informasi dalam system informasi data yang mengintegrasikan antar unit pelayanan dengan Komite Mutu, namun belum semua data indicator mutu terakomodir dalam system informasi manajemen data sehingga diperlukan adanya perluasan cakupan dari fitur indicator mutu didalam menu system informasi data mutu.</li> <li>Insiden keselamatan pasien terdiri dari Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), Kejadian Nyaris Cidera (KNC), Kejadian Tidak Cidera (KTC), Kejadian Potensial Cidera (KPC) dan Kejadian Sentinel.</li> <li>Rumah sakit telah melakukan RCA/AAM setiap ada kejadian sentinel di rumah sakit dan tidak melewati waktu 45 hari terhitung sejak terjadi kejadian atau sejak diberi tahu tentang terdapat kejadian.</li> <li>Rencana tindaklanjut dibaut dari hasil analisis insiden berdasarkan hasil RCA/AAM.</li> </ol>	Masih belum terpenuhi secara lengkap terkait dukungan teknologi informasi yang mengakomodir seluruh indikator mutu rumah sakit.
Pencapaian Dan Mempertahankan Perbaikan	<ol style="list-style-type: none"> <li>Berdasarkan capaian mutu, rumah sakit membuat rencana perbaikan terhadap mutu dan keselamatan pasien.</li> <li>Rumah sakit tidak melakukan uji coba rencana perbaikan terhadap mutu dan keselamatan pasien, namun langsung dalam pelaksanaan.</li> <li>Capaian hasil rencana tindak lanjut dalam laporan indicator mutu menunjukkan belum bersifat efektif.</li> <li>Rumah sakit telah membuat regulasi yang baru dalam rangka upaya mempertahankan perbaikan mutu rumah sakit.</li> </ol>	<p>Masih belum terpenuhi kegiatan uji coba rencana perbaikan terhadap mutu dan keselamatan pasien.</p> <p>Masih belum terpenuhi bahwa hasil rencana tindaklanjut menunjukkan belum efektif dilaksanakan.</p>
Manajemen Risiko	<ol style="list-style-type: none"> <li>Rumah sakit memiliki regulasi berupa kebijakan Direktur yang mengatur tentang Manajemen Risiko tertuang dalam SK nomor: 225/50.1/KPTS/I/2019 tentang pembelakangan Program Mutu Dan Keselamatan Pasien RSUD Kota Yogyakarta yang diatur dalam program pendidikan dan pelatihan mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko RSUD Kota Yogyakarta.</li> <li>Rumah sakit menyusun daftar risiko dari laporan insiden keselamatan pasien sebagai bahan dalam pembuatan strategi mengurangi risiko keselamatan pasien tertuang dalam risk register 2018-2019 berisi tentang: risiko kesalahan pemberian diet, risiko alat terkalibrasi, risiko salah memberikan obat, risiko pelayan lama diadministrasi, risiko pasien jatuh, risiko jumlah tenaga IPCN yang kurang, risiko cedera pasien, risiko <i>readback</i> &lt;24 jam, dan risiko obat tertukar.</li> </ol>	Sesuai standar

3. Semua insiden keselamatan pasien yang masuk dalam kategori risiko tinggi dilakukan proses analisis efek modus kegagalan (*failure mode effect analysis*) sebagai upaya strategi upaya perbaikan mutu dan keselamatan pasien di rumah sakit sesuai dengan SPO Nomor: 09.104.0047 tentang analisis modus kegagalan dan dampaknya (AMKD)/healthcare failure mode analysis (FMEA)

### Hasil FGD (*Focus Group Discussion*) Strategi Pengelolaan Peningkatan Mutu Dan Keselamatan Pasien

Pelaksanaan FGD (*Focus Group Discussion*) dilakukan pada hari Jumat, 12 Maret 2021 yang membahas tentang komitmen Pimpinan dan staf rumah sakit dalam manajemen risiko insiden keselamatan pasien, kendala/masalah yang dihadapi, saran perbaikan dan harapan yang hendak dicapai dalam upaya manajemen risiko. Hasil rangkuman FGD (*Focus Group Discussion*) tertuang pada tabel 3

**Tabel 3. Hasil Analisis FGD (*Focus Group Discussion*) Tentang Strategi Pengelolaan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien di RSUD Kota Yogyakarta**

PERIHAL	RANGKUMAN JAWABAN
Komitmen Pimpinan	Komitmen dari pimpinan sudah ada dengan keterlibatan setiap pertemuan pembahasan manajemen mutu rumah sakit
Komitmen Staff	Komitmen staf yang belum maksimal dalam pelaksanaan manajemen mutu keselamatan pasien rumah sakit
Kendala/Masalah	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Habis pandemi terjadi keterlambatan dalam pelaporan yang seharusnya dilakukan per 3 bulan menjadi per 6 bulan dikarenakan petugas administrasi di Komite Mutu dan Dokter merangkap pelaksana fungsional di ruang perawatan.</li> <li>2. Keterbatasan menu dalam aplikasi IT-RS sehingga belum semua indikator mutu terakomodir dalam aplikasi tersebut (hanya 14 dari 36 menu indikator mutu keselamatan pasien RS). Hal ini karena kesibukan unit IT dalam mengerjakan tugas sehingga belum bisa membuat entri data untuk semua indikator.</li> <li>3. Tingkat pemahaman kasus insiden yang kurang, sehingga ada kemungkinan kasus tidak dilaporkan.</li> <li>4. Belum ada kemampuan yang baik dalam menetapkan risiko di setiap unit.</li> <li>5. Konsistensi dalam pengisian data belum semuanya sama.</li> <li>6. Keterbatasan jumlah petugas dalam pengelolaan data risiko karena terbagi ketugasannya sebagai perawat fungsional di masa pandemic ini.</li> <li>7. Kepatuhan untuk melaporkan kejadian/insiden dari masing-masing unit yang belum tertib.</li> <li>8. Belum semua anggota Tim mutu telah mendapatkan pelatihan mengumpulkan dan pengolahan data mutu, ada anggota baru yang belum dilatih.</li> </ol>
Saran Perbaikan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Revisi kebijakan/panduan pelaporan mutu rumah sakit jika tidak dapat memenuhi waktu pelaporan mutu rumah sakit</li> <li>2. Semua kasus insiden (<i>grading</i> hijau, kuning dan merah) di analisis dan dilakukan upaya perbaikan.</li> <li>3. Pengaturan jadwal petugas pengelola data pelaporan insiden di Komite Mutu rumah sakit.</li> <li>4. Memberikan <i>feedback</i> ke unit terkait hasil analisis insiden dan rencana tindak lanjutnya.</li> <li>5. Paradigma <i>Funishment</i> atau penghargaan.</li> <li>6. Melibatkan unit dalam setiap aktivitas mengelola risiko atau perubahan manajemen risiko keselamatan pasien di rumah sakit.</li> <li>7. Sosialisasi hasil tindak lanjut kepada seluruh staf kemudian solusinya juga menjadi solusi bersama yang disepakati antara unit, direksi, manajemen kemudian dari komite mutu dan di integrasikan.</li> </ol>

	8. Rencanakan kegiatan pelatihan bagi staf minimal anggota Tim mutu yang belum dilatih atau perlu dilakukan <i>refresh</i> pelatihan ulang.
Harapan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Komitmen dari masing-masing unit atau karyawan harus dibangun sehingga apa yang menjadi kekurangan dapat dengan mudah untuk diperbaiki.</li> <li>2. Komitmen terkait upaya peningkatan keselamatan pasien menjadi nilai pada masing-masing karyawan.</li> <li>3. Bisa menambahkan <i>future</i> yang bisa di entri di system informasi rumah sakit yang sebenarnya sudah ada tetapi butuh perbaikan atau yang sama sekali belum ada tetapi dibutuhkan kaitanya dengan pelaporan manajemen mutu.</li> <li>4. Indikator mutu diharapkan digunakan untuk penilaian kinerja individu.</li> <li>5. Hubungan manajemen harus ditingkatkan agar budaya tidak semakin turun.</li> <li>6. Suasana budaya keselamatan pasien dimasing-masing staf harus ada bukan hanya saat akreditasi saja dengan melibatkan manajemen.</li> </ol>

Berdasarkan tabel 3 diinformasikan bahwa hasil analisis FGD (*Focus Group Discussion*) tentang strategi pengelolaan peningkatan mutu dan keselamatan pasien diperoleh informasi menurut informan bahwa komitmen dari pimpinan sudah ada dengan keterlibatan setiap pertemuan pembahasan manajemen mutu rumah sakit, namun komitmen dari staf yang belum maksimal dalam pelaksanaan manajemen mutu keselamatan pasien rumah sakit. Beberapa kendala atau hambatan dalam pengelolaan peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang disampaikan informan pada saat FGD (*Focus Group Discussion*) yaitu keterbatasan menu dalam aplikasi IT-RS sehingga belum semua indikator mutu terakomodir dalam aplikasi tersebut (hanya 14 dari 36 menu indikator mutu keselamatan pasien RS) karena kesibukan unit IT dalam mengerjakan tugas lain sehingga belum bisa membuat entri data untuk semua, Konsistensi dalam pengisian data belum semuanya sama, dan belum semua anggota Tim mutu telah mendapatkan pelatihan pengumpulan dan pengolahan data mutu, ada anggota baru yang belum dilatih.

Saran perbaikan dalam pengelolaan peningkatan mutu dan keselamatan pasien dari hasil FGD (*Focus Group Discussion*) adalah sosialisasi hasil tindak lanjut kepada seluruh staf kemudian solusinya juga menjadi solusi bersama yang disepakati antara unit, direksi, manajemen kemudian dari komite mutu dan di integrasikan, Pengaturan jadwal petugas pengelola data pelaporan insiden di Komite Mutu Rumah Sakit, perencanaan kegiatan pelatihan bagi staf minimal anggota Tim mutu yang belum dilatih atau perlu dilakukan refresh pelatihan ulang dan paradigma funishment atau penghargaan yaitu jika unit bisa mengatasi suatu insiden maka akan diberi penghargaan begitupun sebaliknya. Harapan dari hasil FGD (*Focus Group Discussion*) dalam pengelolaan peningkatan mutu dan keselamatan pasien adalah menanamkan komitmen bersama mulai dari Pimpinan Rumah Sakit, Komite Mutu Keselamatan Pasien Rumah Sakit, dan seluruh Staf Rumah Sakit, menyiapkan petugas pengelola data di Komite Mutu, dan indikator mutu diharapkan digunakan untuk penilaian kinerja individu.

## PEMBAHASAN

Menurut Haryoso & Ayuningtyas (2019) Mutu adalah ukuran baik buruk suatu benda; kadar; taraf atau derajat (kepandaian, kecerdasan, dan sebagainya); kualitas. Menurut (Tingle, 2011). Mutu didefinisikan sebagai kemampuan suatu produk atau layanan memenuhi kebutuhan pelanggan. Mutu dapat didefinisikan sebagai identifikasi dan tingkat kepuasan atas kebutuhan dan persyaratannya. Untuk organisasi yang bergerak dalam bidang jasa, definisi mutu adalah sebagai perbedaan antara pelayanan yang diharapkan (harapan pelanggan) dan pelayanan yang diberikan (persepsi pelanggan). Sehingga dapat dikatakan bahwa mutu adalah sesuatu yang digunakan untuk menjamin tujuan atau luaran yang

diharapkan dan mutu harus selalu mengikuti perkembangan pengetahuan professional terkini agar dapat memuaskan pelanggan.

Mutu pelayanan rumah sakit merupakan derajat kesempurnaan pelayanan rumah sakit untuk memenuhi kebutuhan masyarakat konsumen dalam pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar profesi dan standar akreditasi rumah sakit. Agar peningkatan mutu dan keselamatan pasien dapat berjalan baik di perlukan para tenaga kesehatan maupun staf yang ada di rumah sakit untuk mendorong pelaksanaan program dan budaya mutu dan keselamatan secara proaktif (Harefa, 2019). Rumah sakit sebagai instansi pelayanan kesehatan yang berhubungan langsung dengan pasien harus mengutamakan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, antidiskriminasi dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit. Pasien sebagai pengguna pelayanan kesehatan berhak memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di rumah sakit (Undang-Undang RI, 2009). Dalam rangka melaksanakan fungsi rumah sakit yang demikian kompleks, rumah sakit harus memiliki sumber daya manusia yang profesional baik di bidang teknis medis maupun administrasi kesehatan. Untuk menjaga dan meningkatkan mutu, rumah sakit harus mempunyai suatu ukuran yang menjamin peningkatan mutu di semua tingkatan (Permenkes R.I No 1691, 2011). Fokus area standar peningkatan mutu dan keselamatan pasien adalah pengelolaan kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien, pemilihan, pengumpulan, analisis, dan validasi data indikator mutu, pelaporan dan analisis insiden keselamatan pasien, pencapaian dan mempertahankan perbaikan, manajemen risiko (KARS, 2017). 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. (Permenkes R.I No 1691, 2011). Keselamatan pasien atau *Patient Safety* adalah suatu sistem yang membuat asuhan pasien di rumah sakit menjadi lebih aman. Sistem ini mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil. Keselamatan pasien menjadi poin penting dalam setiap tindakan medis baik tindakan medis ringan maupun tindakan medis berat. Berdasarkan penelitian Maghfiroh & Rochmah (2017), keselamatan pasien memberikan pengaruh besar terhadap citra, tanggung jawab sosial, moral serta kinerja petugas kesehatan sehingga keselamatan pasien memiliki keterkaitan dengan isu mutu dan citra sebuah pelayanan kesehatan termasuk puskesmas.

Berdasarkan Permenkes No. 12 Tahun 2020, bahwa rumah sakit diharuskan bisa menjamin mutu pelayanan dan keselamatan pasien dalam setiap kegiatan pelayanan dan dilakukan secara berkesinambungan. Berdasarkan penelitian Firawati dkk., (2012), pelaksanaan keselamatan pasien dan budaya keselamatan pasien di sebuah fasilitas pelayanan kesehatan dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu pengorganisasian, lingkungan kerja, dan faktor budaya. Dalam pelaksanaannya, upaya keselamatan pasien memerlukan pemantauan yang berkesinambungan agar pelaksanaannya sesuai dengan tujuan. Berdasarkan penelitian Samra dkk., (2016), bahwa terdapat beberapa strategi monitoring yang dapat digunakan sebagai metode pemantauan dalam implementasi upaya keselamatan pasien. Strategi monitoring yang digunakan dapat disesuaikan dengan kebutuhan, kemampuan dan kondisi fasilitas pelayanan kesehatan.

Monitoring upaya keselamatan pasien bertujuan untuk memastikan bahwa pelaksanaan upaya keselamatan pasien telah sesuai standar dan kriteria yang telah disepakati. Sedangkan strategi monitoring merupakan metode yang dipilih dan digunakan

guna memudahkan dalam proses pemantauan dan penemuan hambatan-hambatan selama pelaksanaan upaya keselamatan pasien. Oleh karena itu, sebagai bentuk strategi peningkatan mutu dan keselamatan pasien di Rumah sakit, Pemerintah Indonesia mengeluarkan sebuah kebijakan yang mengatur terkait standar dan kriteria penilaian pelaksanaan upaya keselamatan pasien dalam Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 dan Permenkes No. 12 Tahun 2020. Berdasarkan kebijakan tersebut, disebutkan bahwa agar menjamin perbaikan mutu, peningkatan kerja dan penerapan manajemen risiko keselamatan pasien dilaksanakan secara berkesinambungan di Rumah sakit, maka perlu dilakukan penilaian oleh pihak eksternal dengan menggunakan standar yang ditetapkan yaitu melalui mekanisme akreditasi. Salah satu elemen penilaian dalam akreditasi adalah peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang tercantum dalam instrumen SNARS Edisi 1.

Standar pertama dalam strategi peningkatan mutu dan keselamatan pasien di rumah sakit adalah Pengelolaan Kegiatan Peningkatan Mutu Dan Keselamatan Pasien (PMKP). Berdasarkan observasi dan wawancara dengan informan di Rumah Sakit X Yogyakarta, bahwa Pengelolaan Kegiatan belum efektif dilaksanakan sesuai dengan kebijakan dan pedoman yang berlaku. Berdasarkan observasi langsung, terdapat dokumen kebijakan Direktur tentang Pembentukan Komite Mutu yang bertanggungjawab mengelola program mutu di Rumah Sakit X Kota Yogyakarta. Namun dalam program pelatihan manajemen data dan pelatihan 5 (Lima) dasar wajib pada pegawai baru anggota Komite Mutu dan Pegawai Rumah Sakit belum terlaksana. Hal tersebut menunjukkan bahwa Tim Komite Mutu Keselamatan Pasien belum optimal menjalankan tugasnya dalam strategi pelaksanaan peningkatan mutu keselamatan pasien di Rumah Sakit X Kota Yogyakarta.

Dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan pasien dan menjamin keselamatan pasien maka rumah sakit perlu mempunyai program peningkatan mutu dan keselamatan pasien (PMKP) yang menjangkau ke seluruh unit kerja di rumah sakit. Untuk melaksanakan program tersebut memerlukan koordinasi dan komunikasi yang baik antara kepala bidang/divisi medis, keperawatan, penunjang medis, administrasi, dan lainnya termasuk kepala unit/departemen/instalasi pelayanan sehingga rumah sakit perlu menetapkan komite/tim atau bentuk organisasi lainnya untuk mengelola program peningkatan mutu dan keselamatan pasien agar mekanisme koordinasi pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien dapat berjalan lebih baik. (Sundoro, 2020b).

Hal senada disampaikan juga bahwa dalam upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien di rumah sakit diperlukan para tenaga kesehatan maupun staf yang ada di rumah sakit dalam suatu Tim untuk mendorong pelaksanaan program dan budaya mutu dan keselamatan secara proaktif (Harefa, 2014). Dukungan teknologi dan dukungan lainnya seperti staf yang kompeten dalam mengelola data diperlukan untuk mengukur fungsi klinis dan fungsi manajemen rumah sakit. Diperlukan suatu sistem manajemen data yang didukung dengan teknologi informasi yang mulai dari pengumpulan, pelaporan, analisis, validasi, serta publikasi data untuk internal rumah sakit dan eksternal rumah sakit (KARS, 2017). Dalam mendukung pelaksanaan sasaran keselamatan pasien di RS Jogja diperlukan upaya perbaikan yang dilakukan oleh manajemen rumah sakit terkait dukungan infrastruktur yang belum terpenuhi (Sundoro dkk., 2019).

Upaya keselamatan pasien harus dipahami dan didefinisikan dengan baik oleh seluruh pihak yang terlibat agar penerapan upaya keselamatan pasien dapat berjalan dengan baik dan mencapai tujuan yang diinginkan. Salah satu tujuan dari upaya peningkatan mutu keselamatan pasien di rumah sakit tercantum dalam dokumen visi Rumah Sakit X Kota Yogyakarta yaitu “Terwujudnya Rumah Sakit Rujukan Regional yang Prima, Berbasis Keselamatan Pasien dan Wahana Pendidikan Berkompeten” dan Misi rumah sakit yang berbunyi Mewujudkan Pelayanan Rumah Sakit Sesuai Standar, Berbasis Keselamatan Pasien, dan Rumah Sakit Sebagai Wahana Pendidikan, Penelitian, Pelatihan dan

Pengembangan”. Penerapan upaya keselamatan pasien untuk peningkatan mutu pelayanan kesehatan tidak hanya terkait dengan petugas atau sumber daya manusia yang terlibat. Namun penciptaan lingkungan yang aman dan terhindar dari hal-hal yang berpotensi membahayakan bagi pasien juga merupakan bentuk upaya keselamatan pasien (Ulrich & Kear, 2014).

Berdasarkan hasil observasi di Rumah Sakit X Kota Yogyakarta, terdapat beberapa petugas Rumah Sakit yang belum memahami dengan baik alur pelaporan Insiden Keselamatan Pasien. Petugas tersebut hanya mencatat namun tidak dilaporkan sesuai batas waktu pelaporan yang ditentukan karena masih bingung dengan alur pelaporan insiden keselamatan pasien. Selain itu, terdapat petugas yang tidak konsisten melakukan pencatatan dan pelaporan keselamatan pasien.

Hal tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Widodo & Harijanto (2015), bahwa rendahnya pemahaman dan pengetahuan petugas terkait tata cara dan manfaat pelaporan IKP dapat menurunkan kinerja petugas dalam melakukan pencatatan dan pelaporan IKP. Berdasarkan wawancara dengan anggota Tim keselamatan pasien, dikatakan bahwa permasalahan ini terjadi pada Petugas baru yang belum diberikan pelatihan sistem manajemen data dan pelatihan 5 (Lima) wajib yang mendukung program mutu rumah sakit. Pendidikan dan pelatihan diperlukan dalam rangka proses pembelajaran kepada karyawan agar memiliki efektivitas dalam pekerjaannya di waktu sekarang maupun dikemudian hari, dengan jalan mengembangkan kemampuan pada petugas untuk kebiasaan berfikir dan bertindak, keterampilan, pengetahuan, sikap serta pengertian yang tepat untuk melaksanakan tugas dan pekerjaannya (Aulia & Sasmita, 2014). Pernyataan tersebut diperkuat oleh Sundoro (2020) dalam langkah menuju keselamatan pasien salah satunya yaitu memasukan keselamatan pasien dalam semua program latihan staf. Pelatihan secara berkala akan berdampak pada meningkatnya pengetahuan staf tentang pentingnya pasien safety sehingga pelaksanaan manajemen *pasien safety* dapat terlaksana secara maksimal dan menyeluruh.

Standar kedua dalam strategi pelaksanaannya adalah pemilihan, pengumpulan, analisis, dan validasi data indikator mutu. Komite mutu terlibat proses pemilihan prioritas pengukuran pelayanan klinis yang akan dievaluasi serta melakukan koordinasi dan integrasi kegiatan pengukuran di seluruh unit di rumah sakit. Komite mutu keselamatan pasien memilih dan menetapkan prioritas pengukuran mutu pelayanan klinis yang akan dievaluasi dan indikator-indikator berdasar atas prioritas tersebut (KARS, 2017). Pengukuran, pengumpulan dan evaluasi data mutu dilakukan untuk menemukan hal-hal yang berpotensi menimbulkan bahaya baik di lingkungan fisik fasilitas pelayanan kesehatan maupun prosedur pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh petugas melalui penilaian-penilaian yang berdasarkan pada indikator mutu keselamatan pasien. Hasil pengukuran dan pengumpulan data mutu dievaluasi dan digunakan sebagai bahan untuk menciptakan pelayanan kesehatan yang aman dan bermutu baik dari lingkungan fisik maupun prosedur pelayanan kesehatan oleh petugas. Kegiatan ini dapat disebut juga proses manajemen upaya keselamatan pasien.

Berdasarkan hasil wawancara petugas, diinformasikan bahwa jadwal pengukuran, pengumpulan dan evaluasi sasaran keselamatan pasien di Rumah Sakit X Yogyakarta dilakukan oleh Tim keselamatan pasien pada tiap bulan. Kemudian hasil pengukuran dikumpulkan dan di analisis dalam rapat manajemen risiko guna menghasilkan rekomendasi dan rencana tindak lanjut. Hasil evaluasi data mutu digunakan sebagai bahan perbaikan dan peningkatan mutu pelayanan di Rumah Sakit X Yogyakarta. Permasalahan pertama adalah realisasi waktu pelaksanaannya terkadang tidak sesuai jadwal. Berdasarkan wawancara dengan anggota Tim keselamatan pasien, hal tersebut dikarenakan keterbatasan waktu dan rendahnya komitmen antar anggota tim keselamatan pasien dalam melaksanakan tugasnya.

Kedua, kegiatan analisis dan validasi data indikator mutu masih belum efektif dijalankan, dalam pelaksanaannya belum melibatkan seluruh unit pelayanan sehingga rencana tindak lanjut yang sudah dibuat belum dapat dilaksanakan secara komprehensif atau menyeluruh bagi pegawai rumah sakit.

Berdasarkan penelitian Shobirin (2016), bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara komitmen kerja, penerapan manajemen, dan mutu pelayanan kesehatan. Penerapan manajemen berjalan dengan baik apabila didukung dengan komitmen kerja antar anggota yang tinggi sehingga dapat meningkatkan mutu pelayanan kesehatan. Menurut Sumarni (2017) menyatakan bahwa pelaksanaan upaya keselamatan pasien tidak dapat dilakukan hanya oleh Tim keselamatan pasien atau petugas kesehatan dengan pasien yang bersangkutan dan teknologi yang mendukung, melainkan harus melibatkan seluruh bagian dari organisasi yaitu dalam bentuk dukungan manajemen dan kerjasama antar staf yang baik. Robbins dan Judge (2008), menyatakan bahwa kerjasama Tim yang baik dibutuhkan dalam menghasilkan sinergi yang positif dalam mencapai suatu tujuan organisasi.

Standar ketiga adalah pelaporan dan analisis insiden keselamatan pasien. Hasil observasi dan telusur dokumen diinformasikan bahwa Rumah sakit X Yogyakarta telah memiliki regulasi berupa kebijakan Direktur yang mengatur tentang Pelaporan Dan Analisis Insiden Keselamatan Pasien. Pelaporan data insiden dilaporkan oleh unit kerja masing-masing kepada Komite Mutu Keselamatan Pasien rumah sakit untuk dilakukan upaya perbaikan. Laporan insiden keselamatan pasien yang dilaporkan adalah kasus Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), Kejadian Nyaris Cidera (KNC), Kejadian Tidak Cidera (KTC), Kejadian Potensial Cidera (KPC) dan Kejadian Sentinel. Rumah sakit telah melakukan RCA/AAM setiap ada kejadian sentinel di rumah sakit dan tidak melewati waktu 45 hari terhitung sejak terjadi kejadian atau sejak diberi tahu tentang terdapat kejadian. Rencana tindak lanjut dibuat dari hasil analisis insiden berdasarkan hasil RCA/AAM. Dalam pelaksanaan pelaporan insiden keselamatan pasien, Rumah Sakit X Yogyakarta didukung oleh Teknologi Informasi dalam system informasi data yang mengintegrasikan antar unit pelayanan dengan Komite Mutu, namun belum semua data indikator mutu terakomodir dalam system informasi manajemen data sehingga diperlukan adanya perluasan cakupan dari fitur indikator mutu didalam menu system informasi data mutu.

Dukungan teknologi diperlukan dalam mengelola data yang digunakan untuk mengukur fungsi klinis dan fungsi manajemen rumah sakit. Diperlukan suatu sistem manajemen data yang didukung dengan teknologi informasi yang mulai dari pengumpulan, pelaporan, analisis, validasi, serta publikasi data untuk internal rumah sakit dan eksternal rumah sakit (KARS, 2017). Menurut Karimah & Wicaksono (2018) menyatakan bahwa dukungan teknologi informasi berupa sistem informasi diperlukan untuk mendukung kelengkapan data pada pelayanan klinis dan pelaporan bayi baru lahir yang dijadikan sebagai solusi dari permasalahan yang ada sehingga keakuratan informasi akan berdampak pada peningkatan keamanan dan kualitas pelayanan medis serta fungsi medikolegal.

Berdasarkan hasil observasi dan telusur data rekapitulasi monitoring dan evaluasi indikator keselamatan pasien di Rumah Sakit X Yogyakarta Semester I tahun 2020, bahwa rerata pencapaian indikator keselamatan pasien terkait tingkat kepatuhan identifikasi pasien pada bulan Januari 2020 sebesar 56%, bulan Februari 2020 sebesar 63%, bulan Maret 2020 sebesar 62%, bulan April 2020 sebesar 64%, bulan Mei 2020 sebesar 62% dan bulan Juni 2020 sebesar 62%. Kemudian pada kepatuhan cuci tangan pada bulan Januari 2020 sebesar 78%, bulan Februari 2020 sebesar 67%, bulan Maret 2020 sebesar 82%, bulan April 2020 sebesar 73%, bulan Mei 2020 sebesar 62% dan bulan Juni 2020 sebesar 67%.

Hal tersebut menunjukkan bahwa tingkat kepatuhan petugas dalam mengurangi risiko insiden keselamatan pasien belum optimal artinya masih terjadi penurunan kualitas pelayanan ditinjau dari sisi keselamatan pasien. Sehingga perlu adanya tindak lanjut

perbaikan terhadap pelaksanaan upaya keselamatan pasien di Rumah Sakit X Yogyakarta agar dapat meningkatkan kualitas pelayanan. Berdasarkan hasil wawancara petugas, masalah ini dikarenakan pada aspek budaya, komitmen dan kesadaran petugas yang belum optimal dalam melayani pasien yang aman di rumah sakit. Menurut petugas, diperlukan dukungan dari Pimpinan rumah sakit dalam membangun sebuah budaya organisasi.

Berdasarkan penelitian Shobirin (2016) bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara komitmen kerja, penerapan manajemen, dan mutu pelayanan kesehatan. Penerapan manajemen berjalan dengan baik apabila didukung dengan komitmen kerja antar anggota yang tinggi sehingga dapat meningkatkan mutu pelayanan kesehatan. Menurut Ginting (2019) menyatakan bahwa ada hubungan yang kuat antara gaya kepemimpinan dan komitmen paramedis dalam implementasi akreditasi rumah sakit. Gaya kepemimpinan orientasi prestasi adalah gaya kepemimpinan yang dianggap paling mampu membangun komitmen paramedis dalam implementasi akreditasi. Berdasarkan penelitian Firawati dkk. (2012), pelaksanaan keselamatan pasien dan budaya keselamatan pasien di sebuah fasilitas pelayanan kesehatan dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu pengorganisasian, lingkungan kerja, dan faktor budaya. Dalam pelaksanaannya, upaya keselamatan pasien memerlukan pemantauan yang berkesinambungan agar pelaksanaannya sesuai dengan tujuan. Berdasarkan penelitian Samra dkk. (2016) bahwa terdapat beberapa strategi monitoring yang dapat digunakan sebagai metode pemantauan dalam implementasi upaya keselamatan pasien. Strategi monitoring yang digunakan dapat disesuaikan dengan kebutuhan, kemampuan dan kondisi fasilitas pelayanan kesehatan.

Monitoring upaya keselamatan pasien bertujuan untuk memastikan bahwa pelaksanaan upaya keselamatan pasien telah sesuai dengan standar dan kriteria yang telah disepakati. Sedangkan strategi monitoring merupakan sebuah metode yang dipilih dan digunakan guna memudahkan dalam proses pemantauan dan penemuan hambatan-hambatan selama pelaksanaan upaya keselamatan pasien. Oleh karena itu, sebagai bentuk strategi monitoring terhadap upaya keselamatan pasien di Rumah Sakit, Pemerintah Indonesia mengeluarkan sebuah kebijakan yang mengatur terkait standar dan kriteria penilaian mutu dan keselamatan pasien dalam Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 dan Permenkes No. 12 Tahun 2020. Berdasarkan kebijakan tersebut, disebutkan bahwa agar menjamin perbaikan mutu, peningkatan keselamatan pasien di rumah sakit perlu dilaksanakan secara berkesinambungan di rumah sakit, maka perlu dilakukan penilaian oleh pihak eksternal dengan menggunakan standar yang ditetapkan yaitu melalui mekanisme akreditasi.

Standar keempat yaitu pencapaian dan mempertahankan perbaikan. Informasi dari analisis data yang digunakan tersedia untuk mengidentifikasi potensi perbaikan atau untuk mengurangi atau mencegah kejadian yang merugikan. Setelah perbaikan direncanakan, dilakukan uji perubahan dengan mengumpulkan data lagi selama masa uji yang ditentukan dan dilakukan re-evaluasi untuk membuktikan bahwa perubahan adalah benar menghasilkan perbaikan. Perbaikan-perbaikan yang dicapai dan dipertahankan oleh rumah sakit didokumentasikan sebagai bagian dari manajemen peningkatan mutu serta keselamatan pasien dan program perbaikan (KARS, 2017).

Standar keempat adalah pencapaian dan mempertahankan perbaikan. Berdasarkan hasil observasi diinformasikan bahwa rumah sakit membuat rencana perbaikan terhadap capaian mutu dan keselamatan pasien. Namun dari rencana tindak lanjut yang telah dibuat, rumah sakit tidak melaksanakan uji coba rencana perbaikan terhadap mutu dan keselamatan pasien melainkan langsung dalam proses pelaksanaan. Kemudian dari capaian hasil rencana tindak lanjut dalam laporan indikator mutu menunjukkan belum bersifat efektif dalam pelaksanaannya. Berdasarkan hasil wawancara petugas, diinformasikan bahwa permasalahan ini dikarenakan adanya keterbatasan petugas di Komite Mutu Keselamatan Pasien rumah

sakit. Petugas lama mengampu menjadi staf fungsional keperawatan. Harapannya diperlukan adanya penambahan petugas yang khusus mengelola mutu keselamatan pasien di rumah sakit dan tidak menjadi tugas tambahan. Menurut Harefa (2019) dalam hasil penelitiannya menyatakan bahwa strategi peningkatan mutu dan keselamatan pasien dapat berjalan baik di perlukan para tenaga kesehatan maupun staf yang ada dirumah sakit untuk mendorong pelaksanaan program dan budaya mutu dan keselamatan secara proaktif. Peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang selanjutnya disingkat PMKP merupakan proses kegiatan yang berkesinambungan. Kegiatan PMKP harus dilaksanakan di setiap unit kerja yang memerlukan mekanisme koordinasi antarunit dan juga antarkepala unit kerja termasuk dengan komite medis dan komite keperawatan. Karena itu, rumah sakit perlu menetapkan organisasi yang mengelola kegiatan PMKP yang dapat berbentuk Komite atau Tim PMKP atau bentuk organisasi lainnya yang memiliki ketugasan yaitu pengumpulan, analisis, dan rencana perbaikan (KARS, 2017).

Standar kelima adalah manajemen risiko. Rumah sakit memiliki regulasi berupa kebijakan Direktur yang mengatur tentang Manajemen Risiko. Manajemen risiko adalah analisis risiko, misalnya proses untuk mengevaluasi near miss (KNC) dan proses berisiko tinggi lainnya karena kegagalan proses tersebut dapat menyebabkan kejadian sentinel. Satu alat/metode yang dapat menyediakan analisis proaktif semacam itu terhadap proses kritis dan berisiko tinggi adalah analisis efek modus kegagalan (*failure mode effect analysis*) (KARS, 2017). Berdasarkan hasil observasi penelitian diinformasikan bahwa rumah sakit telah menyusun daftar risiko dari laporan insiden keselamatan pasien sebagai bahan dalam pembuatan strategi mengurangi risiko keselamatan pasien. Semua insiden keselamatan pasien yang masuk dalam kategori risiko tinggi telah dilakukan proses analisis efek modus kegagalan (*failure mode effect analysis*) sebagai upaya strategi upaya perbaikan mutu dan keselamatan pasien di rumah sakit.

## KESIMPULAN

Pelaksanaan strategi peningkatan mutu dan keselamatan pasien di Rumah Sakit X Yogyakarta sudah baik, namun perlu diperhatikan beberapa hal yang dapat mendukung terlaksananya strategi rumah sakit yang meliputi pendidikan dan pelatihan secara berkala dalam rangka proses pembelajaran kepada karyawan agar memiliki efektivitas dalam pekerjaannya, memasukan topik keselamatan pasien dalam semua program latihan staf sehingga pelaksanaan manajemen *pasien safety* dapat terlaksana secara maksimal dan menyeluruh. Dukungan antar anggota yang tinggi dengan komitmen kerja sehingga dapat meningkatkan mutu pelayanan kesehatan. Diperlukan sistem manajemen data yang didukung dengan teknologi informasi yang mulai dari pengumpulan, pelaporan, analisis, validasi, serta publikasi data untuk internal rumah sakit dan eksternal rumah sakit yang dijadikan sebagai solusi dari permasalahan yang ada sehingga keakuratan informasi terpenuhi. Gaya kepemimpinan orientasi prestasi untuk membangun komitmen petugas dalam implementasi akreditasi dan strategi monitoring yang dapat digunakan sebagai metode pemantauan dalam implementasi upaya keselamatan pasien.

## DAFTAR ISI

- Adisasmito, W. 2008. Kesiapan Rumah Sakit Dalam Menghadapi Globalisasi. *Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia*, 1–17.
- Aulia, R., & Sasmita, J. 2014. Pengaruh pendidikan dan pelatihan kepuasan kerja dan kepemimpinan terhadap kinerja perawat rawat inap di RSUD Kabupaten Siak.

*JURNAL TEPAK MANAJEMEN BISNIS*, 6(2).

- DepKes RI. 2009. *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit*, Pub. L. No. 44 tahun 2009, 1 (2009). Republik Indonesia.
- Firawati, Pabuty, A., & Putra, A. S. 2012. Pelaksanaan Program Keselamatan Pasien di RSUD Solok. *Jurnal kesehatan Masyarakat*, 6(2).
- Ginting, G. K. A. 2019. *Pentingnya Perawat Dalam Memahami Serta Menerapkan Kebijakan Keselamatan Pasien di Rumah Sakit*.
- Harefa, E. I. J. 2014. KESEHATAN KERJA ( K3 ) OLEH PERAWAT DI RUMAH SAKIT. *keselamatan dan kesehatan kerja*.
- Harefa, E. I. J. 2019. *Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien Berdasarkan Akreditasi Rumah Sakit*. <https://doi.org/10.31227/osf.io/63xjw>
- Haryoso, A. A., & Ayuningtyas, D. 2019. Strategi Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien di RSUD Kepulauan Seribu tahun 2019-2023. *Jurnal ARSI*.
- Idris, F. 2007. MANAJEMEN RESIKO DALAM PELAYANAN KESEHATAN: KONSEP DALAM PELKES. *UNSRI*.
- Karimah, R. N., & Wicaksono, A. P. 2018. Prototype Sistem Informasi Pelayanan Bayi Baru Lahir pada Fasilitas Kesehatan Primer. *Khazanah Informatika: Jurnal Ilmu Komputer dan Informatika*. <https://doi.org/10.23917/khif.v4i1.5330>
- KARS. 2017. *Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1*.
- Maghfiroh, L., & Rochmah, T. N. 2017. ANALISIS KESIAPAN PUSKESMAS DEMANGAN KOTA MADIUN DALAM MENGHADAPI AKREDITASI. *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 13(4). <https://doi.org/10.30597/mkmi.v13i4.1665>
- Permenkes R.I No 1691. 2011. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1691 Tahun 2011 Tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit. *PERMENKES*.
- Retnaningsih, D. 2017. Kepuasan keluarga pasien di ruang ICU Rumah Sakit Permata Medika Semarang. *Retnaningsih, Dwi*, 8(1).
- Sallis, E. 2010. Total Quality Management in Education: Manajemen Mutu Pendidikan, terj. Ahmad Ali Riyadi, et. al., cetakan ke IV. Yogyakarta: IRCiSoD. In *Developing quality systems in education*. [https://doi.org/10.4324/9780203423660\\_chapter\\_5](https://doi.org/10.4324/9780203423660_chapter_5)
- Samra, R., Car, J., Majeed, A., Vincent, C., & Aylin, P. 2016. How to monitor patient safety in primary care? Healthcare professionals' views. *JRSM Open*, 7(8). <https://doi.org/10.1177/2054270416648045>
- Shobirin. 2016. Hubungan Penerapan Manajemen Puskesmas dan Komitmen Kerja Petugas dengan Mutu Pelayanan Pengobatan di Poli Umum Puskesmas Kabupaten Bengkalan. *JPAP: Jurnal Penelitian Administrasi Publik*, 2(2).
- Sumarni, S. 2017. Analisis Implementasi Patient Safety Terkait Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit. *Jurnal Ners dan Kebidanan Indonesia*, 5(2). [https://doi.org/10.21927/jnki.2017.5\(2\).91-99](https://doi.org/10.21927/jnki.2017.5(2).91-99)
- Sundoro, T. 2020a. Program Pencegahan dan Pengendalian Healthcare Associated Infections (Hais) di Rumah Sakit X. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat Berkala*. <https://doi.org/10.32585/jikemb.v2i2.986>
- Sundoro, T. 2020b. The Implementation of Inpatient Identification In Hospital X Yogyakarta. *Jurnal Manajemen Kesehatan Indonesia*. <https://doi.org/10.14710/jmki.8.3.2020.167-177>
- Sundoro, T., Rahaded, A. B., Zitri, I., Agustina, M., Fatihah, Z., & Karimah, N. M. 2019. Pelaksanaan Sasaran Keselamatan Pasien Berdasarkan Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1 di RSUD Kota Yogyakarta. *Assosiasi Dosen Muhammadiyah Magister Administrasi Rumah Sakit*.
- Tingle, J. 2011. The WHO patient safety curriculum guide. In *British Journal of Nursing*. <https://doi.org/10.12968/bjon.2011.20.22.1456>

- Tristantia, A. D. 2018. EVALUASI SISTEM PELAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN DI RUMAH SAKIT. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*. <https://doi.org/10.20473/jaki.v6i2.2018.83-94>
- Ulrich, B., & Kear, T. 2014. Patient Safety and Patient Safety Culture: Foundations of Excellent Health Care Delivery. *Nephrology nursing journal : journal of the American Nephrology Nurses' Association*, 41(5).
- Undang-Undang RI. 2009. UNDANG-UNDANG RI NO 44 TAHUN 2009 TENTANG RUMAH SAKIT. *Rumah Sakit*.
- Widodo, F. Y., & Harijanto, T. 2015. Analisis Rendahnya Laporan Insiden Keselamatan Pasien di Rumah Sakit An Analysis of Low Adverse Error Reporting at Hospital. *Jurnal Kedokteran Brawijaya*, 28(2).