

MAKALAH *QUALITY AND PATIENT SAFETY*

KATEGORY 7

KARYA TULIS

“PENDAMPINGAN PDSA”



2006

Disusun Oleh :

KOMITE MUTU
RUMAH SAKIT CAHYA KAWALUYAN
Jl Parahyangan Km 3 Kota baru Parahyangan
Padalarang – Bandung
2024

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS

“QUALITY AND PATIENT SAFETY”

Disahkan untuk memenuhi persyaratan mengikuti Lomba PERSI AWARDS 2024 dalam mempromosikan kualitas mutu dan keselamatan pasien.

Bandung Barat, 06 September 2024

Disahkan oleh,



drg. A. Friedrich John, MM
Direktur RS Cahya Kawaluyan

Kategori 7. Quality and Patient Safety

“Pendampingan PDSA Komite Mutu Rumah Sakit Cahya Kawaluyan”

Ringkasan

Rumah sakit dituntut untuk mengedepankan kualitas pelayanan dan keamanan pasien dalam setiap proses pelayanannya. Maka pengukuran dan analisa indikator mutu merupakan sesuatu yang sangat penting sebagai suatu tolok ukur mutu pelayanan rumah sakit. RSCK mengukur dan melakukan analisa indikator mutu dengan menggunakan metode *Plan-Do-Study-Act (PDSA)*. Namun penyusunan PDSA banyak menemukan kendala.

Oleh karena itu, RSCK menyusun suatu kegiatan rutin “pertemuan pendampingan PDSA” yang khusus membahas pencapaian indikator. Pertemuan ini dihadiri Direksi, Kepala unit, Komite-Komite dan unit kerja terkait. Kegiatan ini berhasil meningkatkan motivasi unit dalam upaya PMKP, meningkatkan koordinasi lintas direktorat, dan mempertajam analisa dalam pengambilan keputusan strategis rumah sakit.

Latar Belakang Kegiatan “Pendampingan PDSA”

Peningkatan mutu dan keselamatan pasien telah menjadi fokus utama dalam manajemen pelayanan kesehatan di seluruh dunia. Rumah sakit sebagai penyedia layanan kesehatan dituntut untuk selalu mengedepankan kualitas pelayanan dan menjaga keamanan pasien dalam setiap proses pelayanannya. Kegagalan dalam menjaga mutu pelayanan dan keselamatan pasien dapat berdampak serius terhadap kesejahteraan pasien serta menurunkan kepercayaan masyarakat terhadap institusi kesehatan.

RS Cahya Kawaluyan merupakan sebuah rumah sakit swasta tipe C, yang berlokasi di Padalarang, Jawa Barat. RSCK sudah beroperasi selama 18 tahun sebagai sebuah rumah sakit non profit yang melayani pasien umum, asuransi, dan BPJS. Sebagai rumah sakit yang beroperasi di wilayah Indonesia, adalah wajib hukumnya untuk memenuhi standar minimal pelayanan yang telah ditetapkan oleh pemerintah Indonesia melalui pengukuran Indikator Nasional Mutu dan indikator lainnya sebagai wujud upaya pengembangan mutu dan keselamatan pasien.

Sejak pertama kali terakreditasi pada tahun 2011, RSCK selalu berupaya untuk meningkatkan mutu dan mengutamakan keselamatan pasien dalam pelayanannya. Pengukuran Indikator mutu juga sudah mulai diukur dan dianalisa demi mencapai perbaikan dalam pelayanan. Metode analisa yang digunakan adalah metode siklus *Plan-Do-Study-Act (PDSA)*. Siklus ini memberikan kerangka kerja yang sistematis untuk identifikasi masalah, penerapan solusi, serta evaluasi hasil secara terus-menerus sehingga proses perbaikan dapat berjalan dinamis.

Namun dalam penerapan siklus PDSA dirasakan beberapa kendala seperti kepatuhan pengumpulan data capaian dari unit kerja, rendahnya keterlibatan unit dalam memberikan masukan dan melaksanakan siklus PDSA secara mandiri, serta ketidakseragaman kemampuan unit dalam melaksanakan siklus PDSA. Selain itu, sejak mulai ditetapkannya Indikator Nasional Mutu, koordinasi antar bagian semakin dirasakan sangat penting karena melibatkan hampir seluruh bagian di RS. Oleh karena itu RSCK melalui Komite Mutu mencoba untuk menjadwalkan suatu kegiatan rutin bulanan khusus

untuk membahas pencapaian Indikator Mutu yang dihadiri oleh Direksi, Kepala unit kerja, Komite-Komite serta unit terkait, yang dinamakan “pertemuan pendampingan PDSA”.

Tujuan Kegiatan “Pendampingan PDSA”

Kegiatan “pertemuan pendampingan PDSA” kepada unit kerja di RS Cahya Kawaluyan dilakukan dengan tujuan

1. Meningkatkan atensi, kepedulian dan keterlibatan seluruh Unit terhadap pencapaian Indikator Mutu RS, sebagai wujud upaya peningkatan mutu pelayanan di RS
2. Mempermudah koordinasi antar bagian untuk membahas rencana tindak lanjut pencapaian indikator mutu RS.
3. Menjaga konsistensi dari semua pihak untuk dapat melakukan perbaikan berkelanjutan demi tercapainya peningkatan mutu
4. Meningkatkan kemampuan para Kepala Unit dalam melakukan pengukuran indikator mutu dan analisa data (menggunakan siklus PDSA), untuk dapat diterapkan dalam pengukuran indikator mutu RS baik Indikator Mutu Nasional, Indikator Mutu Prioritas RS, maupun indikator mutu di bagian masing-masing. Diharapkan dengan semakin baik kemampuan pengumpulan dan analisa data, maka akan semakin optimal pula hasil yang didapatkan.
5. Mempermudah pengambilan keputusan terkait hal-hal yang melibatkan unit-unit dalam Rumah sakit
6. Membahas permasalahan pengumpulan data dan kendala-kendala dalam penerapan tindak lanjut dari hasil analisa.

Langkah-langkah Kegiatan “Pendampingan PDSA”

1. Perencanaan

Menghadapi kendala pengukuran dan analisa capaian indikator mutu secara rutin, maka di awal tahun 2021 Komite Mutu mengadakan pertemuan internal membahas bagaimana cara untuk meningkatkan kepatuhan pengukuran indikator mutu di unit kerja dan pelaksanaan siklus PDSAny. Hasilnya adalah Komite mutu menetapkan bahwa perlu diadakan pertemuan rutin bulanan yang difasilitasi komite untuk membahas pencapaian indikator-indikator mutu di RSCK. Kegiatan ini akan diikuti beberapa unit kerja yang terlibat langsung dalam pengukuran indikator mutu, komite-komite, dan direktur/perwakilan direksi.

Kegiatan ini diagendakan agar berjalan setiap awal bulan menyesuaikan dengan kebiasaan yang sudah ada sebelumnya yaitu 3/5/8. Tanggal 3 setiap bulan SISMADAK/SIDOKAR akan dikunci, tanggal 5 data akan ditarik, tanggal 8 laporan masuk di Komite Mutu. Pertemuan rutin diupayakan berjalan sebelum tanggal pelaporan ke direktur yaitu tanggal 15 tiap bulannya.

Dalam pertemuan ini akan ditampilkan data dari seluruh unit pengukur indikator - indikator Nasional dan Indikator - indikator prioritas rumah sakit. Dengan sistem SISMADAK, pengumpulan data kolektif dari unit kerja dapat terintegrasi secara sistem sehingga memudahkan untuk menampilkan dan menarik

data. Bagian yang terkait diantaranya: 1. Bagian Rawat Inap (7 unit kerja), 2. Bagian Rawat Jalan, 3. IGD, 4. Kamar Bedah, 5. Rumah Tangga, 6. HuMas Marketing, 7. Laboratorium dan Radiologi, 8. SISFO, 9. PSRS.

2. Persetujuan Direksi

Rencana kerja ini dipresentasikan kepada direksi pada triwulan II tahun 2021 agar mendapatkan dukungan dari seluruh Direksi. Setelah disetujui oleh Direksi, rencana ini lalu disosialisasikan kepada seluruh bagian dalam beberapa pertemuan sampai akhirnya disepakati untuk memulai rencana kegiatan ini. Pada pertengahan tahun 2021 akhirnya mulai dilaksanakan pertemuan ini setiap bulannya. Dukungan direksi sangat penting untuk mempertahankan motivasi unit kerja.

3. Pelaksanaan Pendampingan PDSA

Setiap menjelang pertemuan, akan dibagikan undangan dari Komite Mutu kepada bagian terkait, Komite-komite lainnya dan direksi. Sejak tahun 2023 lalu, pertemuan ini dilaksanakan sebelum tanggal 10 tiap bulan karena hasilnya akan dilaporkan dalam website Mutu Fasyankes.

Didalam setiap pertemuan akan ditampilkan capaian kolektif setiap indikator Nasional Mutu, dan juga Indikator Prioritas Rumah Sakit. Setiap indikator dianalisa apakah capaiannya memenuhi standar atau tidak, apakah ada penurunan capaian atau tidak. Bila belum mencapai standar atau ada penurunan, maka akan dilakukan PDSA bersama. Indikator yang diukur oleh beberapa unit kerja, akan dievaluasi capaian tiap unitnya. Bila ada yang tidak mencapai standar akan difasilitasi untuk PDSA unitnya.

Siklus PDSA dilakukan dengan langkah-langkah berikut:

Plan (Perencanaan)

Mengidentifikasi masalah atau area yang memerlukan perbaikan serta merencanakan tindakan yang akan diambil untuk mengatasi masalah tersebut.

Do (Pelaksanaan)

Melaksanakan rencana yang telah dibuat diatas.

Study (Evaluasi)

Setelah pelaksanaan, dilakukan evaluasi terhadap hasil yang diperoleh.

Act (Tindakan Lanjutan)

Melakukan tindakan berdasarkan hasil evaluasi yang telah dilakukan. Ada dua kemungkinan tindakan yang dapat diambil:

- ◆ Implementasi penuh: Jika perubahan yang diuji menunjukkan hasil yang positif, maka rencana tersebut dapat diterapkan dalam skala penuh di seluruh rumah sakit.
- ◆ Revisi dan pengulangan siklus: Jika perubahan belum mencapai hasil yang diharapkan, lakukan revisi pada rencana awal dan ulangi siklus PDSA untuk perbaikan lebih lanjut.

4. Follow up pasca pendampingan PDSA

Setelah semua Indikator dianalisa dan siklus PDSA dilakukan, pertemuan diakhiri dengan menentukan tanggal pelaksanaan pertemuan di bulan berikutnya. Sehingga komite mutu dan unit kerja terkait sama-sama berkomitmen untuk hadir dalam pertemuan tersebut. Notulensi dari pertemuan ini akan dikirimkan kepada seluruh jajaran manajemen termasuk direksi dalam waktu 1 minggu.

Komite Mutu selanjutnya akan mengisi website mutu fasyankes dan menyusun laporan kinerja bulanan untuk dilaporkan kepada Direktur.

Tugas setiap unit kerja setelah pertemuan adalah untuk melakukan sosialisasi dan edukasi kepada stafnya berdasarkan keputusan-keputusan dan rencana tindak lanjut yang dihasilkan dalam pertemuan diatas.

Demikian pertemuan ini akan terus dilaksanakan kembali pada jadwal berikutnya.

Hasil Kegiatan “Pendampingan PDSA”

Di semester II tahun 2021, setelah kegiatan ini mulai dijalankan, masih terasa beberapa kendala berupa keterlambatan data dari unit kerja, ketidak hadirannya perwakilan unit dan kegiatan pertemuan tidak dilakukan karena berbenturan dengan agenda kerja lainnya. Akan tetapi karena komitmen sudah dibuat sebelumnya, maka Komite Mutu tetap rutin mengirim feedback dan laporan capaian bulanan menggunakan data yang ada walaupun belum lengkap kepada Direksi dan seluruh bagian. Seiring dengan evaluasi triwulan internal komite yang kemudian disampaikan kepada Direktur, maka motivasi unit kerja dapat ditingkatkan dan semakin lama pertemuan ini menjadi agenda rutin di setiap bulan.

Manfaat utama dari kegiatan ini adalah meningkatkan atensi jajaran manajemen terhadap pencapaian indikator mutu di masing-masing direktorat dan unit kerja. Sejak pertemuan awal pada tahun 2021 komite dan Direksi mendapat banyak masukan dari unit kerja mengenai kendala dilapangan dan sebagian bisa difasilitasi, dengan mengadakan berbagai pelatihan untuk para PIC data mutu, pelatihan validator, dan juga pelatihan lain yang menunjang kemampuan unit melakukan siklus PDSA. Selain itu, bentuk dukungan juga berupa melengkapi fasilitas kerja seperti komputer, software pengumpulan data, dan lainnya.

Manfaat lainnya adalah pengumpulan data yang terintegrasi dalam sistem informasi rumah sakit sangat memudahkan untuk kebutuhan administratif yang selain membantu pekerjaan komite-komite bila membutuhkan data, juga memudahkan untuk Direksi mendapatkan data dan informasi.

Manfaat koordinasi antar bagian juga adalah hasil utama dari pertemuan rutin ini, unit kerja yang bertanggung jawab dalam pengumpulan data datang dari direktorat yang berbeda dan berkumpul bersama mendiskusikan temuan dan kendala kerja di lapangan. Dengan difasilitasi pertemuan ini, banyak hal yang dapat didiskusikan secara langsung dan berpotensi menghasilkan suatu kesepakatan bersama untuk perbaikan pelayanan rumah sakit. Bentuk pertemuan lintas direktorat seperti ini dapat mempersingkat jalur koordinasi sehingga menghemat banyak waktu dan tenaga. Pertemuan ini juga menjadi salah satu media yang dapat dimanfaatkan direksi dalam memberikan pengarahan dan masukan secara langsung kepada jajaran manajemen.

Keberhasilan yang paling dirasakan dari kegiatan pendampingan ini adalah kemampuan forum dalam menganalisa capaian indikator mutu Nasional maupun mutu prioritas rumah sakit sangat meningkat. Melakukan analisa dan pengambilan keputusan secara kolektif lebih meningkatkan motivasi dan kepatuhan unit kerja dalam mengupayakan rencana tindak lanjut yang diambil dalam pertemuan tersebut. Disamping itu, dengan kumpulan data yang sudah dikumpulkan tersebut, forum dapat bersama-sama mengamati trend dan upaya-upaya yang sudah dilakukan sebelumnya, sehingga ide-ide baru dapat didiskusikan untuk memperbaiki capaian saat ini.

Tampilan data kolektif dan trend yang ada, bahkan analisa dari data tahun sebelumnya sudah bisa ditampilkan sehingga manajemen rumah sakit dapat terbantu dalam mengambil keputusan-keputusan strategis. Rencana kerja Unit pun sangat terbantu dengan adanya data-data terintegrasi ini. Penggunaan sistem seperti SIDOKAR mempermudah setiap pihak yang diberi akses untuk mengambil informasi dari data-data capaian indikator mutu rumah sakit dalam menyusun rencana kerja dan prioritas kerja di unitnya.

Dengan sejumlah manfaat yang didapatkan itu, maka kegiatan ini masih terus dilanjutkan di RSCK. Terbukti juga sangat bermanfaat saat survey akreditasi, persiapan komite dan manajemen RS sangat terbantu dengan dokumentasi dari kegiatan ini karena memberikan poin yang cukup baik bagi beberapa BAB yaitu BAB TKRS, PMKP, PPI, MFK, dan BAB lainnya secara tidak langsung.

Kendala yang masih dirasakan dalam kegiatan ini diantaranya: kehadiran perwakilan unit kerja yang belum bisa 100% disetiap pertemuan, kehadiran direksi yang belum bisa selalu ada disetiap pertemuan, beberapa kendala capaian indikator yang belum bisa terselesaikan karena faktor external yang mempengaruhinya. Akan tetapi kendala-kendala tersebut masih wajar dirasakan dalam kehidupan berorganisasi, dan juga manfaat kegiatan yang dirasakan tetap berpengaruh positif dalam upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien di RS Cahya Kawaluyan.