

PROGRAM PENINGKATAN MUTU PELAYANAN PRIORITAS

**RS OTAK DR DRS M HATTA BUKITTINGGI
TAHUN 2026**

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT karena atas rahmatnya **Program Peningkatan Mutu Pelayanan Prioritas** RS Otak Dr Drs M Hatta Bukittinggi telah dapat diselesaikan.

Sebagai fasilitas pelayanan kesehatan, rumah sakit dituntut agar dapat memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu, akuntabel dan transparan kepada masyarakat, serta berorientasi pada keselamatan pasien dan *provider*. Salah satu prakondisi yang harus dipenuhi adalah meningkatkan mutu pelayanan, termasuk mutu pelayanan di rumah sakit agar pengelolaan rumah sakit menjadi lebih efektif dan efisien.

Program ini disusun sebagai landasan pelaksanaan seluruh kegiatan peningkatan mutu di RS Otak Dr Drs M Hatta Bukittinggi mulai dari perencanaan, pelaksanaan, serta monitoring dan evaluasi peningkatan mutu.

Kami menyadari bahwa program ini masih belum sempurna, oleh karena itu kritik dan masukan dari berbagai pihak sangat kami harapkan demi kesempurnaan panduan ini.

Bukittinggi, Januari 2026
Direktur Utama



Dr.dr. Yusirwan, SpB,SpBA(K),MARS

DAFTAR ISI

	Halaman
Pengesahan dewan Pengawas	iii
Kata Pengantar Direktur.....	ii
Daftar Isi.....	iii
Pendahuluan.....	1
Latar Belakang.....	2
Tujuan.....	4
Kegiatan Pokok dan Rincian Kegiatan.....	4
Cara Pelaksanaan.....	5
Sasaran.....	5
Pelaksanaan Kegiatan.....	8
Evaluasi Pelaksanaan Kegiatan dan Pelaporannya.....	10
Pencatatan, Pelaporan dan Evaluasi Kegiatan.....	10

A. PENDAHULUAN

Perubahan perkembangan ilmu pengetahuan, teknologi dan perkembangan informasi yang demikian cepat serta diikuti oleh tuntutan masyarakat akan pelayanan kesehatan yang lebih baik, mengharuskan rumah sakit untuk mengembangkan diri secara terus menerus seiring dengan perkembangan yang ada pada masyarakat. Pengembangan yang dilaksanakan tahap demi tahap berusaha untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit tetap dapat mengikuti perubahan yang ada.

Pelayanan yang berkualitas merupakan cerminan dari sebuah proses yang berkesinambungan dengan berorientasi pada hasil yang memuaskan. Dalam perkembangan masyarakat yang semakin kritis, mutu pelayanan rumah sakit tidak hanya disorot dari aspek klinis medisnya saja namun juga dari aspek keselamatan pasien dan aspek pemberi pelayanannya. Peningkatan mutu adalah program yang disusun secara objektif dan sistematis untuk memantau dan menilai mutu serta kewajaran asuhan terhadap pasien, menggunakan peluang untuk meningkatkan asuhan pasien dan memecahkan masalah-masalah yang terungkap.

Isu tentang keselamatan pasien mendapatkan perhatian pemerintah seperti yang dituangkan dalam Undang-Undang Kesehatan Nomor 17 Tahun 2023 dan Undang-Undang Rumah Sakit Nomor 44 Tahun 2009. Rumah sakit wajib melaksanakan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, anti diskriminasi dan efektif, dengan mengutamakan kepentingan pasien. Rumah sakit wajib memenuhi hak pasien memperoleh keamanan dan keselamatan selama dalam perawatan di rumah sakit. Acuan bagi rumah sakit untuk pelaksanaan program keselamatan pasien di rumah sakit sesuai standar yang ditetapkan, tertuang dalam Permenkes No 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien.

Organisasi dengan fungsi manajemennya di rumah sakit memiliki peran penting dalam program keselamatan pasien. Hal ini dikarenakan organisasi dan manajemen berada di daerah kemungkinan terjadinya kesalahan medis pada pasien. Oleh karena itu diperlukan eksplorasi yang lebih intensif untuk dapat mengetahui peran organisasi dalam menciptakan manajemen keselamatan pasien yang baik. Pelaksanaan fungsi dan kewajiban rumah sakit untuk menyediakan sarana dan prasarana yang dikelola dengan baik melalui fungsi manajemen tersebut difokuskan pada keselamatan pasien dan upaya peningkatan mutu pelayanan.

B. LATAR BELAKANG

Rumah Sakit Otak Dr Drs M Hatta Bukittinggi adalah rumah sakit khusus milik Kementerian Kesehatan yang terletak di kota Bukittinggi sejak tahun 2005. Pelayanan Rumah Sakit bertujuan untuk meningkatkan kemandirian pasien stroke dalam rangka menurunkan angka kematian dan angka kecacatan pada pasien stroke.

Rumah sakit adalah Institusi pelayanan kesehatan bagi masyarakat dengan karakteristik tersendiri yang dipengaruhi oleh perkembangan ilmu pengetahuan tentang kesehatan, kemajuan teknologi, dan kehidupan sosial ekonomi masyarakat yang harus tetap mampu meningkatkan pelayanan yang lebih bermutu dan terjangkau oleh masyarakat agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

Upaya peningkatan mutu pelayanan rumah sakit dilakukan dengan membangun sistem dan budaya mutu serta menerapkan budaya keselamatan pasien. Berdasarkan Undang – Undang No. 44 Tahun 2009 maka rumah sakit harus mempersiapkan diri dengan sebaik-baiknya baik dari kemungkinan tuntutan hukum maupun dalam upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien untuk mencegah dan mengurangi kesalahan medis (*medical error prevention and reduction*) secara sistematis.

Agar peningkatan mutu rumah sakit berjalan sistematis, perlu dibuat program peningkatan mutu dan keselamatan pasien rumah sakit yang komprehensif dan terintegrasi, dipimpin oleh Direktur utama dengan melibatkan seluruh pimpinan area klinik dan area manajerial rumah sakit, agar risiko terjadinya insiden pada pasien, pegawai rumah sakit, pengunjung, pegawai pihak ketiga, serta aset rumah sakit dapat diminimalisasi.

Karena adanya keterbatasan staf dan sumber daya, tidak semua proses di rumah sakit dapat diukur dan diperbaiki pada saat yang bersamaan. Oleh karena itu rumah sakit menetapkan prioritas pengukuran dan perbaikan di seluruh area rumah sakit. Prioritas ini meliputi upaya pengukuran dan perbaikan yang mempengaruhi atau mencerminkan kegiatan yang terdapat di berbagai unit pelayanan dalam rangka kendali mutu, dapat juga berdasarkan pengembangan dari core bisnis rumah sakit, dan dalam rangka kendali biaya.

Program PMKP Pelayanan Prioritas sebagai upaya pengukuran dan perbaikan/ peningkatan mutu yang mempengaruhi atau mencerminkan aktivitas yang terdapat di berbagai unit pelayanan termasuk pengukuran dan aktifitas yang berhubungan dengan kepatuhan penuh terhadap Sasaran Keselamatan Pasien.

Data dari rekam medik rumah sakit didapat penyakit terbanyak adalah Stroke Iskemik sebanyak 68.02%, kedua; Stroke Hemoragik sebanyak 10.72% , Stemi sebanyak 8.27%, Demam Tifoid sebanyak 4.34% dan Tumor Otak sebanyak 4.36%, . Dari data pembiayaan CBG's tertinggi adalah Kecelakaan Pembuluh Darah otak dengan infark dengan aLOS 5-6 hari, kedua; Perdarahan intrakranial bukan traumatik sebanyak dengan aLOS 7-8 hari. Pelayanan terhadap 1 jenis pelayanan (stroke Iskemik) yang diberikan oleh dokter spesialis saraf yang sama masih ada yang belum sesuai dengan standarisasi yang telah ditetapkan (masih ada varian), sehingga memerlukan monitoring yang lebih optimal demi kesembuhan pasien stroke.

Berdasarkan data-data diatas maka Rumah Sakit menetapkan pelayanan prioritas pada tahun 2026 adalah pelayanan Stroke Iskemik.

C. TUJUAN

1. Umum

Meningkatkan mutu pelayanan stroke iskemik di unit-unit pelayanan dan penunjang pelayanan secara keseluruhan dan pengendalian biaya pelayanan dengan mengurangi risiko

2. Khusus

- a. Meningkatkan kepatuhan penggunaan gelang identitas pasien rawat inap
- b. Ketepatan pengisian daftar obat pada form transfer pasien antar ruangan
- c. Kepatuhan pelaksanaan double check sebelum pemberian obat high alert rawat inap
- d. Kepatuhan time out pasien sebelum operasi
- e. Menurunkan angka kejadian phlebitis rawat inap
- f. Kepatuhan pemasangan stiker risiko jatuh pasien rawat inap
- g. Meningkatkan pemeriksaan CT Scan pasien stroke hiperakut non kontras
- h. Pasien stroke iskemik dengan LOS < 7 hari
- i. Kepatuhan waktu visite dokter

D. KEGIATAN POKOK DAN RINCIAN KEGIATAN

1. Peningkatan mutu pelayanan sasaran keselamatan pasien

- a. Meningkatkan kepatuhan penggunaan gelang identitas pasien rawat inap
- b. Ketepatan pengisian daftar obat pada form transfer pasien antar ruangan
- c. Kepatuhan pelaksanaan double check sebelum pemberian obat high alert rawat inap
- d. Kepatuhan time out pasien sebelum operasi
- e. Menurunkan angka kejadian phlebitis rawat inap
- f. Kepatuhan pemasangan stiker risiko jatuh pasien rawat inap

2. Peningkatan mutu terkait pelayanan klinis

- a. Meningkatkan pemeriksaan CT Scan pasien stroke hiperakut non kontras ≤ 30 menit
3. Peningkatan mutu terkait tujuan strategis rumah sakit/ KPI
 - a. Pasien stroke iskemik dengan LOS < 7 hari
4. Peningkatan mutu perbaikan sistem
 - a. Kepatuhan waktu visite dokter

E. CARA MELAKSANAKAN KEGIATAN

1. Mengadakan rapat dipimpin oleh direktur rumah sakit
2. Mengadakan rapat koordinasi antar komite
3. Melatih Person In Charge (PIC) mutu unit
4. Melakukan supervisi ke unit pelayanan
5. Melakukan pencatatan dan pelaporan

F. SASARAN

1. Sasaran Keselamatan Pasien Rumah Sakit adalah:
 - a. Meningkatkan kepatuhan penggunaan gelang identitas pasien rawat inap 100%
 - b. Ketepatan pengisian daftar obat pada form transfer pasien antar ruangan 100%
 - c. Kepatuhan pelaksanaan double check sebelum pemberian obat high alert rawat inap 100%
 - d. Kepatuhan time out pasien sebelum operasi 100%
 - e. Menurunkan angka kejadian flebitis rawat inap 1 ‰
 - f. Kepatuhan pemasangan stiker risiko jatuh pasien rawat inap 100%
2. Peningkatan mutu terkait pelayanan klinis
 - a. Meningkatkan pemeriksaan CT Scan pasien stroke hiperakut non kontras ≤ 30 menit $\geq 80\%$
3. Peningkatan mutu terkait tujuan strategis rumah sakit/ KPI
 - a. Pasien stroke iskemik dengan LOS < 7 hari $\geq 80\%$
4. Peningkatan mutu perbaikan sistem
 - a. Kepatuhan waktu visite dokter $\geq 80\%$

5. Sasaran program peningkatan mutu dijelaskan pada tabel berikut:

No	Kegiatan Pokok	Rincian Kegiatan	Indikator	Target	Waktu
1	Sasaran Keselamatan Pasien	a. Melakukan pemasangan gelang identitas pasien rawat inap b. Melakukan pengisian daftar obat pada form transfer pasien antar ruangan c. Melakukan pelaksanaan double check sebelum pemberian obat high alert rawat inap d. Melakukan time out pasien sebelum operasi e. Melakukan pemasangan infus yang aman untuk menurunkan angka kejadian phlebitis rawat inap f. Melakukan pemasangan stiker risiko jatuh pasien rawat inap	Terukurnya mutu pelayanan prioritas di IGD, Rawat Inap, Farmasi, Kamar Operasi, PPI	100%	Setiap bulan
2	Peningkatan mutu terkait pelayanan klinis	a. Melakukan pemeriksaan CT Scan Stroke Hiperakut ≤ 30 menit	Terukurnya mutu pelayanan prioritas di IGD/Radiologi	100%	Setiap bulan
3	Peningkatan mutu terkait tujuan strategis rumah sakit/ KPI	a. Melakukan pengukuran LOS pasien stroke iskemik	Terukurnya mutu pelayanan prioritas di Rawat Inap	100%	Setiap bulan

No	Kegiatan Pokok	Rincian Kegiatan	Indikator	Target	Waktu
4	Peningkatan mutu perbaikan sistem	a. Melakukan pengukuran kepatuhan visite dokter	Terukurnya mutu pelayanan prioritas di Rawat Inap	100%	Setiap bulan

G. PELAKSANAAN KEGIATAN

1. Pelaksanaan kegiatan dimulai dengan rapat yang dipimpin oleh Direktur bersama para pejabat struktural dan Komite Mutu Rumah Sakit terkait pemilihan dan penetapan peningkatan mutu prioritas rumah sakit
2. Kegiatan pengumpulan data dimulai Januari – Desember 2026
3. Melakukan analisis data setiap periode 3 (tiga) bulan
4. Menyusun laporan evaluasi yang dilakukan pada bulan pertama trimester berikutnya dan setiap tahun pada tahun berikutnya.
5. Menyampaikan hasil analisis setiap 3 (tiga) bulan disertai upaya perbaikan
6. Melakukan tindak lanjut terhadap rekomendasi-rekomendasi yang diberikan dalam rapat penyampaian hasil sebagai bagian dari upaya perbaikan dan peningkatan mutu.
7. Menyusun laporan hasil pelaksanaan rekomendasi dan disampaikan kepada direktur.

TIME SCHEDULE KEGIATAN KMMR TAHUN 2019

NO	KEGIATAN	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGT	SEP	OKT	NOP	DES
1	Pengukuran mutu prioritas area klinis	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
2	Pengukuran mutu prioritas area manajemen	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
3	Pengukuran mutu prioritas sasaran keselamatan pasien	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
4	Analisis data mutu prioritas	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
5	Pelaporan hasil pengukuran mutu prioritas	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
6	Upaya perbaikan (PDSA)				√				√				√

H. EVALUASI PELAKSANAAN KEGIATAN DAN PELAPORANNYA.

Hasil kemajuan program yang telah dicapai, dikomunikasikan kepada semua staf secara berkala melalui cara efektif (seperti; rapat direksi & pejabat struktural/fungsional, rapat instalasi, dan rapat lainnya).

Direktur medik dan keperawatan, ketua komite medik dan ketua kelompok staf medik RS Otak Dr Drs M Hatta Bukittinggi memantau proses dalam menerapkan panduan praktik klinik, clinical pathway pada pelayanan prioritas yang telah dipilih.

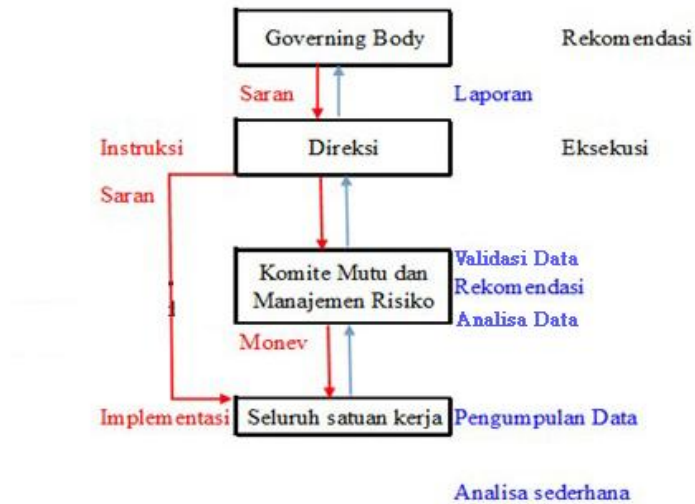
Data upaya peningkatan mutu masing-masing satuan kerja dievaluasi oleh direktorat terkait sedangkan untuk data-data khusus terkait upaya peningkatan mutu dilakukan evaluasi oleh satuan kerja yang berkepentingan dengan kegiatan tersebut.

Evaluasi pelaksanaan kegiatan dilakukan setiap bulannya. Pelaporan akan dilakukan setiap tri wulan atas laporan bulanan untuk setiap indikator. Isi laporan akan dilengkapi dengan analisis atas capaian yang ada untuk masing-masing satuan kerja. Pelaporan akhir akan dibuat dalam bentuk laporan tahunan. Laporan kegiatan peningkatan mutu prioritas akan disampaikan ke Direktur Utama setiap bulannya, sedangkan laporan ke *governing body* akan disampaikan per triwulan

I. PENCATATAN, PELAPORAN DAN EVALUASI KEGIATAN

Pencatatan kegiatan didokumentasikan dalam bentuk rekapan indikator, disajikan dalam bentuk frekuensi dan persentase atau dalam bentuk *chart*. Pencatatan dilengkapi dengan analisis dengan membandingkan secara internal atau membandingkan dengan rumah sakit lain atau membandingkan dengan standar atau membandingkan dengan praktek-praktek yang ada.

Pelaporan dibuat oleh Komite Mutu setiap triwulan dan ditujukan kepada direktur utama untuk mendapatkan tindak lanjut. Pelaporan selanjutnya diisampaikan kepada *governing body* dan dewan pengawas RS Otak Dr Drs M Hatta Bukittinggi.



Gambar 1. Alur Pelaporan PMKP

Evaluasi secara menyeluruh akan dilakukan setiap bulannya, dengan cara membandingkan jadwal yang direncanakan dengan pelaksanaan yang telah dilakukan. Jika terjadi ketidaksesuaian, maka jadwal dapat disusun ulang sebagai cara pemenuhan program.