

PROGRAM PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN



**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH EKA CANDRARINI KOTA
SURABAYA
TAHUN 2024**



PEMERINTAH KOTA SURABAYA
SAKIT UMUM DAERAH EKA CANDRARINI SURABAYA
Jalan Medokan Asri Tengah No.2, Surabaya 60293
Telepon (031) 8439473 callcenter 1500655

HALAMAN PENGESAHAN

PROGRAM PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN
RSUD EKA CANDRARINI KOTA SURABAYA

TAHUN 2024

TELAH DISAHKAN PADA TANGGAL : 1 DESEMBER 2024

KETUA KOMITE MUTU

dr. Edwin Nugroho Njoto, SpPD, MIPH, MHM
NIP. -

Plt Direktur



drg. Bisukma Kurniawati, M.Kes
Pembina Tk. I
NIP.196803031993032

KATA PENGANTAR

Program ini dibuat bertujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan selama pasien menjalani perawatan di RSUD Eka Candrarini Surabaya. Program ini disusun bersama oleh Bidang terkait, beberapa instalasi terkait dan Komite Mutu dan Keselamatan Pasien RSUD Eka Candrarini .

Akhir kata semoga program ini dapat digunakan sebagaimana mestinya, sehingga bermanfaat bagi seluruh petugas dalam memberikan pelayanan yang aman dan bermutu menuju kepuasan pasien. Kritik dan saran untuk perbaikan buku pedoman ini menambah kesempurnaan penyusunan program di masa mendatang.

KETUA KOMITE MUTU



dr. Edwin Nugroho Njoto, SpPD, MIPH, MHM
NIP. -

Plt Direktur



drg. Bisukma Kurniawati, M.Kes
Pembina Tk. I
NIP.196803031993032

DAFTAR ISI

Kata Pengantar	i
Tim Penyusun	ii
Daftar Isi	iii
1. Pendahuluan	1
2. Latar belakang	1
3. Tujuan	2
4. Kegiatan Pokok dan Rincian Kegiatan	3
4.1. Pengukuran Indikator Mutu	3
4.2 Peningkatan Perbaikan Mutu dan Mempertahankan Perbaikan Berkelanjutan	5
4.3 Evaluasi PPK dan <i>Clinical Pathway</i>	6
4.4 Pengukuran Dampak Efisiensi dan Efektifitas Prioritas Perbaikan Terhadap Keuangan dan Sumber Daya	7
4.5 Pelaporan dan Analisis Insiden Keselamatan Pasien	8
4.6 Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien	8
4.7 Evaluasi Kontrak klinis dan Kontrak Manajemen	8
4.8 Pelatihan Semua Staf Sesuai dengan Perannya dalam Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien	10
4.9 Mengkomunikasikan hasil pengukuran mutu meliputi masalah mutu dan capaian data kepada staf	12
5. Jadwal Pelaksanaan Kegiatan Program PMKP RS	13
6. Evaluasi Pelaksanaan Kegiatan Dan Pelaporannya	14
7. Pencatatan, Pelaporan Dan Evaluasi Kegiatan	14
8. Penutup	15

1. PENDAHULUAN

Semakin meningkatnya tingkat pendidikan dan sosial ekonomi masyarakat, maka sistem nilai dan orientasi dalam masyarakatpun mulai berubah. Masyarakat mulai menuntut pelayanan yang lebih baik, lebih ramah dan lebih bermutu. Dengan semakin meningkatnya tuntutan masyarakat akan mutu pelayanan kesehatan, maka fungsi rumah sakit sebagai pemberi pelayanan kesehatan secara bertahap terus ditingkatkan agar menjadi efektif dan efisien serta memberi kepuasan terhadap pasien, keluarga dan masyarakat

Akreditasi RS merupakan upaya peningkatan mutu pelayanan rumah sakit yang dilakukan dengan membangun sistem dan budaya mutu. Melalui akreditasi RS diharapkan ada perbaikan sistem di RS yang meliputi *input*, *process* dan *product output* (meliputi *output* dan *outcome*).

2. LATAR BELAKANG

Manajemen mutu rumah sakit merupakan salah satu metode/ tuntunan rumah sakit dalam menjalankan fungsinya sebagai lembaga yang memberikan pelayanan kepada masyarakat khususnya dibidang kesehatan, sehingga rumah sakit mengambil langkah dengan membentuk suatu bagian/instalasi yang mengurus tentang manajemen mutu khususnya standar akreditasi rumah sakit yang distandarkan oleh Kementerian Kesehatan dan WHO, sehingga akan berdampak pada bagaimana rumah sakit membuat perencanaan, pelaksanaan program, monitoring dan evaluasi sampai pada tindak lanjut dari program manajemen mutu, yang hasil akhirnya diharapkan pasien, keluarga, pekerja, pimpinan dan pemilik rumah sakit akan merasa puas, nyaman dan aman dalam menggunakan jasa rumah sakit atau dalam melaksanakan tugas dan fungsinya didalam menjalankan organisasi ini. Dengan manajemen mutu yang baik akan tercapai peningkatan mutu secara keseluruhan dengan terus menerus untuk mengurangi risiko terhadap pasien dan staf baik dalam proses klinis maupun lingkungan fisik

Berdasarkan hal tersebut, maka untuk mencapai tujuan terciptanya mutu pelayanan yang baik dan upaya untuk mencapai keselamatan pasien

perlu dibuat program peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang berisi tentang rencana kegiatan yang akan dilaksanakan yang disusun secara rinci.

3. TUJUAN

Tujuan Umum :

Terlaksananya peningkatan mutu pelayanan RS secara berkelanjutan dan berkesinambungan melalui pengurangan risiko keselamatan pasien di RSUD Eka Candrarini Surabaya

Tujuan Khusus:

1. Meningkatkan mutu pelayanan klinis,
2. Meningkatkan mutu manajemen
3. Meningkatkan pemenuhan sasaran keselamatan pasien
4. Terpantaunya kegiatan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien
5. Melakukan tindakan pencegahan terhadap insiden keselamatan pasien melalui penggunaan indikator prioritas dari unit kerja
6. Merancang proses klinis dan manajerial yang baru dengan baik
7. Mengukur seberapa baiknya proses berjalan melalui pengumpulan data
8. Asuhan klinis terstandarisasi secara konsisten dan sesuai dengan perkembangan pasien terkini
9. Terjadwalnya kegiatan pendidikan dan pelatihan mutu di lingkungan RSUD Eka Candrarini
10. Merancang proses baru atau melakukan perubahan yang sudah ada. Rancangan proses yang baik harus konsisten dengan misi dan rencana organisasi, memenuhi kebutuhan pasien, masyarakat, staf dan lainnya, menggunakan pedoman praktik terkini, standar pelayanan medik, kepustakaan ilmiah dan lain informasi berdasarkan rancangan praktik klinik, sesuai dengan praktik bisnis yang sehat, relevan dengan informasi dari manajemen resiko, berdasarkan pengetahuan dan keterampilan yang ada di rumah sakit, Berdasarkan praktik klinik yang baik/ lebih baik/ sangat baik dari rumah sakit lain, menggunakan

informasi dari kegiatan peningkatan mutu terkait, mengintegrasikan dan menggabungkan berbagai proses dan sistem.

4. KEGIATAN POKOK DAN RINCIAN KEGIATAN

4.1 Pengukuran Indikator Mutu

KEGIATAN	TUJUAN	LANGKAH KERJA	SASARAN	TEMPAT PELAKSANAAN	PELAKSANA
Penetapan Indikator Mutu Unit	Menentukan indikator peningkatan mutu sesuai dengan prioritas di seluruh unit rumah sakit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan identifikasi indikator mutu yang belum tercapai dan usulan indikator mutu baru dari setiap unit. 2. Memfasilitasi pemilihan indikator mutu prioritas dari setiap unit dan mutu prioritas rumah sakit 3. Menyelenggarakan rapat menetapkan indikator mutu yang terdiri dari indikator nasional mutu, dan indikator mutu prioritas unit 4. Memfasilitasi penyusunan SK penetapan Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit 5. Memfasilitasi penyusunan SK Kamus Indikator mutu Unit 	Minimal 1 indikator mutu prioritas untuk setiap unit	Setiap Unit rumah sakit	Pelaksana : Komite Mutu dan Ka Instalasi

KEGIATAN	TUJUAN	LANGKAH KERJA	SASARAN	TEMPAT PELAKSANAAN	PELAKSANA
Penetapan Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit	Menentukan indikator peningkatan mutu prioritas rumah sakit	<ol style="list-style-type: none"> Melakukan evaluasi indikator mutu tahun 2024 yang belum tercapai, laporan IKP, pemantauan manajemen risiko rumah sakit dan evaluasi implementasi program komite-komite rumah sakit. Memfasilitasi rapat penyusunan indikator mutu prioritas rumah sakit bersama dengan komite-komite rumah sakit. Memfasilitasi penyusunan SK penetapan Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit Memfasilitasi penyusunan SK Kamus Indikator mutu Unit 	Tersusun indikator mutu prioritas rumah sakit	Setiap Unit rumah sakit	Pelaksana : Komite Mutu, komite-komite rumah sakit dan pimpinan rumah sakit
Sosialisasi INM, IMP RS dan IMPU serta prosedur pencatatan, pelaporan,	Pengumpul data mengetahui profil indikator, prosedur pencatatan,	<ol style="list-style-type: none"> Memfasilitasi sosialisasi melalui rapat rumah sakit, nota dinas dan pelatihan pengumpulan data 	Semua kepala unit/instalasi dan pengumpul data	Setiap unit/instalasi	Komite Mutu

KEGIATAN	TUJUAN	LANGKAH KERJA	SASARAN	TEMPAT PELAKSANAAN	PELAKSANA
analisa, validasi indikator mutu	pelaporan, analisa dan validasi data				
Pengumpulan Data Indikator Nasional Mutu, Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit, Indikator Mutu prioritas Unit	Terkumpulnya data indikator mutu untuk dilakukan analisa dan rekomendasi perbaikan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkoordinasikan dan melakukan supervisi pengumpulan data melalui PIC pengumpul data masing-masing unit/instalasi 2. Melakukan supervisi penyusunan laporan mutu masing-masing unit/instalasi 	Semua kepala unit/instalasi dan pengumpul data	Setiap unit/instalasi	Komite Mutu

4.2 Peningkatan Perbaikan Mutu dan mempertahankan perbaikan berkelanjutan

KEGIATAN	TUJUAN	LANGKAH KERJA	SASARAN	TEMPAT PELAKSANAAN	PELAKSANA
Penyusunan Laporan Mutu dan Keselamatan Pasien Triwulan Unit	Setiap instalasi melakukan perbaikan mutu dan mempertahankan perbaikan berkelanjutan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kepala unit/instalasi melakukan analisa dan menyusun rekomendasi dari pencapaian indikator mutu dengan metode PDSA 	Tersusun laporan triwulan unit beserta analisa dan rekomendasinya	Setiap unit/instalasi	Kepala unit/instalasi dan tim supervisi KM

KEGIATAN	TUJUAN	LANGKAH KERJA	SASARAN	TEMPAT PELAKSANAAN	PELAKSANA
		2. Menyusun pelaporan mutu kepada KM			
Penyusunan Laporan Mutu dan Keselamatan Pasien Triwulan Rumah Sakit	Setiap instalasi melakukan perbaikan mutu dan mempertahankan perbaikan berkelanjutan	<ol style="list-style-type: none"> 1. KM melakukan agregasi data 2. KM melakukan analisa 3. KM menyusun laporan serta rekomendasi dari pencapaian indikator mutu dengan metode PDSA kepada Direktur 	Tersusun laporan triwulan unit beserta analisa dan rekomendasinya	Setiap unit/instalasi	KM

4.3 Evaluasi PPK dan *Clinical Pathway* (CP)

KEGIATAN	TUJUAN	LANGKAH KERJA	SASARAN	TEMPAT PELAKSANAAN	PELAKSANA
Pelaksanaan evaluasi implementasi <i>clinical pathway</i>	Mengetahui pengurangan varian dalam praktek klinis	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan koordinasi dengan tim PPK, CP serta <i>case manager</i> untuk mengidentifikasi data implementasi dan audit CP 2. Memfasilitasi analisa dan penyusunan laporan implementasi dan audit CP yang 	Tersusunnya laporan evaluasi implementasi CP	Rumah sakit	Case Manager, Komite Medik dan KM

KEGIATAN	TUJUAN	LANGKAH KERJA	SASARAN	TEMPAT PELAKSANAAN	PELAKSANA
		ditetapkan sebagai indikator prioritas rumah sakit 3. Menyusun laporan beserta dengan rekomendasi kepada komite medik dan KSM			
Pelaksanaan audit medik dalam rangka mengukur kepatuhan dan rencana perbaikan	Untuk mengukur kepatuhan dan mengurangi varian dalam praktek klinis	1. Mengkoordinasikan dengan komite-komite rumah sakit pelaksanaan audit medik	Terlaksananya audit medik	Rumah sakit	Komite Medik dan KM

4.4 Pengukuran Dampak Efisiensi dan Efektifitas Prioritas Perbaikan Terhadap Keuangan dan Sumber Daya

KEGIATAN	TUJUAN	LANGKAH KERJA	SASARAN	TEMPAT PELAKSANAAN	PELAKSANA
Penyusunan Laporan Dampak Primer dan Sekunder dari capaian indikator mutu rumah sakit	Pimpinan rumah sakit mengetahui dampak primer dan sekunder dari capaian indikator mutu rumah sakit	1. Identifikasi capaian indikator mutu yang belum sesuai dengan standar beserta dengan rencana perbaikan berdasarkan hasil analisa PDCA 2. Implementasi uji coba rencana perbaikan di unit terkait	Tersusunnya laporan efisiensi dan efektifitas prioritas perbaikan	Seluruh unit/instalasi yang belum tercapai indikator mutu	Kepala unit/instalasi, KM

KEGIATAN	TUJUAN	LANGKAH KERJA	SASARAN	TEMPAT PELAKSANAAN	PELAKSANA
		3. Evaluasi hasil uji coba untuk mengukur dampak perbaikan primer dan sekunder			

4.5 Pelaporan dan Analisis Insiden Keselamatan Pasien (IKP)

KEGIATAN	TUJUAN	LANGKAH KERJA	SASARAN	TEMPAT PELAKSANAAN	PELAKSANA
Penetapan IKP yang harus dilaporkan	Menentukan jenis IKP yang harus dilaporkan	1. Memfasilitasi penyusunan SK penetapan IKP dan Alur pelaporan	Terbentuknya regulasi jenis IKP dan alur pelaporan	Seluruh unit/instalasi	KM
Sosialisasi jenis IKP yang harus dilaporkan	Seluruh staf mengetahui jenis IKP dan alur pelaporan	1. Memfasilitasi sosialisasi jenis IKP yang harus dilaporkan melalui rapat-rapat, surat edaran ke seluruh unit/instalasi	Seluruh staf rumah sakit	Seluruh unit/instalasi	KM

4.6 Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien (SKP)

KEGIATAN	TUJUAN	LANGKAH KERJA	SASARAN	TEMPAT PELAKSANAAN	PELAKSANA
Monitoring dan evaluasi penerapan sasaran keselamatan pasien	Terlaksananya penerapan sasaran keselamatan	1. Mengkoordinasikan dengan tim SKP dan para kepala unit/instalasi penerapan SKP dalam program kerja masing-masing unit/instalasi	Seluruh unit/instalasi menerapkan program SKP	Setiap unit/instalasi	KM, Kepala Unit/instalasi, tim SKP

4. 7 Evaluasi Kontrak Klinis dan Kontrak Manajemen

KEGIATAN	TUJUAN	LANGKAH KERJA	SASARAN	TEMPAT PELAKSANAAN	PELAKSANA
Penetapan panduan penilaian kinerja yang terdiri dari : - Kinerja RS - Kinerja Direktur - Kinerja Unit kerja - Kinerja pata pimpinan RS - Kinerja praktek profesional staf medis - Kinerja perawat dan tenaga profesional lain - Kinerja staf	Sebagai panduan evaluasi kinerja dalam rumah sakit	1. Mengkoordinasikan penyusunan panduan penilaian kinerja oleh pihak terkait yang berwenang	Tersusunnya panduan penilaian kinerja	Rumah sakit	Komite Medik, Komite Keperawatan, Komite Nakes lain, kepegawaian, KM
Evaluasi Kontrak klinis dan manajemen	Kontrak klinis dan manajemen terevaluasi dan termonitoring	1. Mengkoordinasikan proses identifikasi kontrak klinis dan manajemen yang dibutuhkan oleh rumah sakit	Setiap kontrak klinis dan manajemen terevaluasi	Setiap unit/instalasi terkait	Kepala Instalasi dan KM

KEGIATAN	TUJUAN	LANGKAH KERJA	SASARAN	TEMPAT PELAKSANAAN	PELAKSANAAN
	dengan baik dalam rangka peningkatan mutu dan keselamatan pasien	<ol style="list-style-type: none"> 2. Mengkoordinasikan program mutu pada setiap kontrak klinis dan manajemen yang dilakukan rumah sakit 3. Mengkoordinasikan setiap unit/instalasi yang terkait untuk melakukan evaluasi mutu dan melaporkan hasilnya 			

4.8 Pelatihan Semua Staf Sesuai Perannya dalam Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien

KEGIATAN	TUJUAN	LANGKAH KERJA	SASARAN	TEMPAT PELAKSANAAN	PELAKSANAAN
Pelatihan Semua Staf sesuai perannya	Semua staf terlatih sesuai dengan perannya dalam peningkatan mutu dan keselamatan pasien	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkoordinasikan pelaksanaan orientasi staf terkait peningkatan mutu dan keselamatan pasien 2. Mengkoordinasikan pelatihan pengukuran mutu untuk pengumpul data 3. Mengkoordinasikan semua unit/instalasi 	Setiap staf terlatih sesuai perannya	Setiap unit/instalasi	Bagian Diklat

		mengusulkan pelatihan sesuai dengan fungsinya dalam program kerja unit/instalasi			
--	--	--	--	--	--

Pelaksanaan orientasi PMKP, berisi:

- 1) Penjelasan tentang Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien
- 2) Cara penyusunan program PMKP
- 3) Cara pengumpulan dan validasi data indikator mutu
- 4) Cara melaksanakan program PMKP
- 5) Cara monitoring dan evaluasi program PMKP
- 6) Peningkatan kemampuan staf dalam peningkatan mutu, pelayanan ke pasien dan program keselamatan pasien
- 7) Pemahaman dan implementasi Manajemen Resiko
- 8) Pemahaman dan implementasi FMEA,
- 9) Pelaksanaan diklat mutu diatur oleh tim Pengendali Mutu dan bekerjasama dengan bidang Diklat Rumah Sakit

Rencana dilaksanakan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien dengan sasaran kepala ruang, kepala instalasi dan PIC pengumpul data.

Berikut adalah rencana pelaksanaan pelatihan semua staf sesuai dengan perannya yang direncanakan dilaksanakan pada tahun 2024.

NO	JENIS PELATIHAN	PESERTA	KETERANGAN
1.	Update Keilmuan Profesi	Dokter Spesialis	<i>exhouse training dan Inhouse training</i>
		Dokter Umum	
		Perawat	
		Bidan	
		Psikolog Klinis	
		Perekam Medik	

NO	JENIS PELATIHAN	PESERTA	KETERANGAN
2.	Sertifikasi kompetensi Profesi	Perawat	<i>exhouse training</i>
		Bidan	
		Dokter umum	
		Dokter Spesialis	
3.	Pelatihan manajerial	Direktur	<i>exhouse training</i>
		Wadir	
		Kepala Bidang	
		Tim Rumah Sakit	
		Analisis Kesehatan	
4.	Pelatihan Mutu, Keselamatan Pasien, Verifikasi dan Validasi Hasil Berbasis Risiko	Wadir	<i>exhouse training</i>
		Kepala ruangan	

4.9 Mengkomunikasikan hasil pengukuran mutu meliputi masalah mutu dan capaian data kepada staf

KEGIATAN	TUJUAN	LANGKAH KERJA	SASARAN	TEMPAT PELAKSANAAN	PELAKSANA
Pelaksanaan diseminasi hasil pengukuran mutu kepada staf	Semua staf di setiap unit/instalasi mengetahui capaian mutu dan rencana perbaikan	<ol style="list-style-type: none"> Mengkoordinasikan kegiatan diseminasi hasil pengukuran mutu melalui rapat-rapat unit/instalasi Mengkoordinasikan kegiatan diseminasi feedback dari direktur terhadap laporan mutu masing-masing unit/instalasi melalui rapat, edaran dan paparan 	Setiap staf mengetahui capaian mutu	Setiap unit/instalasi	KM

5. JADWAL PELAKSANAAN KEGIATAN PROGRAM PMKP RS

N O	KEGIATAN	Des	Jan	Feb	Mar	A pr	Mei	Ju n	Jul	Agt	Sep t	Okt	No v	De s
1	Penyusunan Pedoman dan Program KM													
2	Penetapan Indikator Mutu bersama dengan komite-komite dan pimpinan rumah sakit													
3	Sosialisasi Program KM dan Indikator Mutu													
4	Orientasi PMKP													
5	Pelatihan eksternal PMKP													
6	Pelaksanaan pengumpulan data dan roadshow supervisi													
7	Monitoring dan evaluasi varian praktek klinis melalui audit CP													
8	Analisa data dan Rekomendasi													
9	Pelaporan indikator Mutu ke direktur													
10	Penyampaian feedback hasil indikator mutu ke instalasi / unit													
11	Penetapan IKP yang harus dilaporkan													
12	Pencatatan dan Pelaporan IKP													
13	Analisa Risk Grading /RCA													
14	Penyusunan Panduan Risk Management dan <i>Risk Register</i>													
15	Penyusunan FMEA													
16	Evaluasi FMEA													
17	Evaluasi kontrak dan perjanjian													
18	Monitoring kontrak dan perjanjian													
19	Informasi tentang mutu dan keselamatan pasien melalui media yang ada													

6. **EVALUASI PELAKSANAAN KEGIATAN DAN PELAPORANNYA**

Evaluasi pelaksanaan kegiatan adalah evaluasi dari jadwal kegiatan yang telah dibuat. Pelaporan adalah bagaimana membuat laporan evaluasi pelaksanaan kegiatan tersebut.

Dalam evaluasi pelaksanaan kegiatan ini dilakukan secara berkala, setiap bulan dan evaluasi dilakukan pada pelaksanaan kegiatan, siapa yang melakukan dan bertanggungjawab, dan mengapa kegiatan tersebut belum terlaksana. Pimpinan memberikan bantuan teknologi, sarana prasarana dan dukungan lainnya untuk mendukung program beserta evaluasi peningkatan mutu dan keselamatan pasien rumah sakit

Monev dilakukan berkala:

- Harian oleh unit
- Bulanan
- Triwulanan (laporan ke Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien)
- Tahunan (laporan ke Direktur dan Dewan Pengawas)

Sarana yang dipakai dalam monev adalah:

- 1) Laporan langsung ke Komite mutu dan Keselamatan Pasien dan Direktur baik secara teratur maupun insidental)
- 2) Rapat kerja unit
- 3) Rapat kerja Subkomite mutu
- 4) Rapat KM
- 5) Rapat koordinasi struktural dengan kepala Instalasi/Unit

7. **PENCATATAN, PELAPORAN DAN EVALUASI KEGIATAN**

- Dilakukan melalui sensus harian indikator mutu dan pelaporan setiap bulan ke subkomite Mutu melalui sensus harian
- Pencatatan pelaporan Insiden keselamatan Pasien unit kerja dan sudah dilakukan matriks grading dan dilanjutkan ke Komite Mutu melalui tim Pengendali Mutu untuk dilakukan analisa dan penentuan tindak lanjutnya dengan investigasi sederhana, atau RCA (*Root Cause Analysis*)
- Pelaporan hasil sensus harian/pencatatan pengumpulan data dan hasil analisa dari instalasi/unit dilaporkan ke Direktur melalui Komite Mutu yang

nantinya akan dilakukan analisa dan validasi oleh tim validator melalui tim Pengendali Mutu

- Hasil Peningkatan Mutu Dan Keselamatan Pasien diinfokan ke staf secara reguler melalui media papan pengumuman, rapat pimpinan, rapat pleno profesi, upacara rutin setiap bulan, setiap apel, maupun *feedback* langsung ke instalasi terkait
- Evaluasi pelaksanaan program PMKP dilakukan setahun sekali dengan menilai keterlaksanaan program PMKP, kendala-kendala yang dihadapi dan target/pencapaian apa yang belum terpenuhi.

8. PENUTUP

Dengan adanya Program kerja Komite Mutu tahun 2024 di RSUD Eka Candrarini Surabaya dapat menjadi acuan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien. Program Komite Mutu ini akan *direview* secara berkala satu tahun sekali untuk mengevaluasi dan melakukan pembenahan/ perbaikan yang diperlukan.