

PROGRAM KERJA

KOMITE PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN (PMKP)

TAHUN 2019



Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Muhammad Zein Painan

Jl. Dr. A. Rivai, Painan 25611
Phone : (0756) 21428-21518, Fax. 0756- 21398

A. PENDAHULUAN

Tujuan Pembangunan Kesehatan adalah tercapainya kemampuan untuk hidup sehat bagi setiap penduduk agar dapat mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal, sebagai salah satu unsur kesejahteraan umum dari tujuan nasional. Untuk itu perlu ditingkatkan upaya guna memperluas dan mendekatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dengan mutu yang baik dan biaya yang terjangkau. Selain itu dengan semakin meningkatnya pendidikan dan keadaan sosial ekonomi masyarakat, maka sistem nilai dan orientasi dalam masyarakatpun mulai berubah. Masyarakat mulai cenderung menuntut pelayanan umum yang lebih baik, lebih ramah dan lebih bermutu termasuk pelayanan kesehatan. Dengan semakin meningkatnya tuntutan masyarakat akan mutu pelayanan rumah sakit maka fungsi pelayanan RSUD Dr. Muhammad Zein Painan secara bertahap perlu terus ditingkatkan agar menjadi lebih efektif dan efisien serta memberi kepuasan kepada pasien, keluarga, maupun masyarakat.

Keselamatan (*safety*) telah menjadi isu global termasuk juga untuk rumah sakit. Ada lima isu penting yang terkait dengan keselamatan (*safety*) di rumah sakit yaitu: keselamatan pasien (*patient safety*), keselamatan pekerja atau petugas kesehatan, keselamatan bangunan dan peralatan di rumah sakit yang bisa berdampak terhadap keselamatan pasien dan petugas, keselamatan lingkungan (*green productivity*) yang berdampak terhadap pencemaran lingkungan dan keselamatan "bisnis" rumah sakit yang terkait dengan kelangsungan hidup rumah sakit. Ke lima aspek keselamatan tersebut sangatlah penting untuk dilaksanakan di setiap rumah sakit. Namun harus diakui kegiatan institusi rumah sakit dapat berjalan apabila ada pasien. Karena itu keselamatan pasien merupakan prioritas utama untuk dilaksanakan, dan hal tersebut terkait dengan isu mutu dan citra rumah sakit.

Agar upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien di RSUD Dr. Muhammad Zein Painan dapat seperti yang diharapkan, maka perlu disusun Program Kerja Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien RSUD Dr. Muhammad Zein Painan. Panduan tersebut disusun sebagai acuan bagi pengelola RSUD Dr. Muhammad Zein Painan dalam melaksanakan upaya peningkatan mutu pelayanan rumah sakit.

B. LATAR BELAKANG

Penjaminan mutu memiliki potensl untuk memperbaiki program kesehatan tanpa memerlukan tambahan supply, logistik, keuangan dan sumber daya manusia. Bahkan sebenarnya tujuan penjaminan mutu adalah memaksimalkan koefektifan dan efisiensi sistem yang sudah ada. Jadi penjaminan mutu dapat mengusahakan para donatur, pemerintah, penyedia pelayanan kesehatan, serta masyarakat suatu kesempatan untuk menyadari lebih jauh manfaat berinvestasi di bidang pelayanan kesehatan. Penyedia layanan kesehatan dan masyarakat diharapkan untuk bekerja sama dalam melakukan penilalan terhadap kebutuhan kesehatan dan memilih pendekatan kesehatan yang hemat blaya. Penjaminan mutu dalam hal ini dapat mendorong keyakinan, meningkatkan komunikasi, dan mempercepat proses pemahaman terhadap kebutuhan dan harapan masyarakat. Jika pemberi layanan tidak memberikan pelayanan yang berkualitas, maka mereka akan gagal dalam memperoleh kepercayaan masyarakat.

Program pelayanan kesehatan mengadopsi *strategy cost-recovery*, karena itu kualitas pelayanan harus bisa menarik perhatian masyarakat untuk datang ke rumah sakit. Program penjaminan mutu juga menawarkan para pekerja kesehatan suatu kesempatan untuk menjadi lebih unggul sehingga dapat meningkatkan kepuasan kerja dan status mereka di masyarakat. Sumber daya yang terbatas membatasi kemampuan rumah sakit dalam menawarkan kenaikan gaji dan pengembangan profesi sebagai imbalan terhadap kinerja yang baik, tapi bagaimanapun juga hal ini tidak selalu dibutuhkan dalam meningkatkan kualitas.

Penjaminan mutu adalah suatu pendekatan yang sistematis untuk menyatakan betapa pentingnya keunggulan bagi individu dan tim. Dalam hal ini penjaminan mutu menawarkan suatu alat kerja yang dapat mengukur tingkat kinerja serta dapat memfasilitasi perbaikan yang berkelanjutan. Dengan adanya ketertarikan dan keterlibatan yang aktif dari pimpinan organisasi, para staf kesehatan dapat memenuhi dan bahkan melampaui standar kinerja, dapat menyelesaikan masalah, dan melayani kebutuhan klien dengan baik. Seiring dengan peningkatan kepuasan kerja dan motivasi staf akan menjadi titik awal suatu siklus yang berkelanjutan terhadap peningkatan kualitas pelayanan kesehatan serta meningkatkan efektifitas.

Program peningkatan mutu pelayanan kesehatan adalah program yang berkelanjutan yang disusun secara objektif dan sistematis untuk memantau dan

mengevaluasi kualitas pelayanan kesehatan. Mutu adalah suatu konsep yang komprehensif dan beraneka segi. Para ahli menyebutkan beberapa dimensi mutu yang berbeda berdasarkan level kepentingan yang bergantung pada konteks dimana penjaminan mutu dilaksanakan. Dimensi penjaminan mutu antara lain kompetensi teknis, akses pelayanan, efektivitas, hubungan interpersonal, efisiensi, kontinuitas, keamanan, dan fasilitas. Dimensi-dimensi ini merupakan suatu kerangka kerja yang sangat berguna yang dapat membantu para tim kesehatan untuk menjelaskan dan menganalisa masalah-masalah mereka serta untuk mengukur sejauh mana mereka dapat memenuhi standar program. Dimensi-dimensi mutu ini sesuai untuk pelayanan klinis dan manajerial yang dapat mendorong peningkatan kualitas pelayanan kesehatan.

Dengan mempertimbangkan hal-hal tersebut diatas, Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien menetapkan 37 (tiga puluh tujuh) indikator mutu yang terdiri dari: 5 (lima) indikator klinis (tidak mengambil indikator klinis riset klinis), 2 (sembilan) indikator manajerial, 6 (enam) indikator sasaran internasional keselamatan pasien, 13 (tiga belas) area prioritas, dan 11 (sebelas) indikator yang dipersyaratkan BAB, 1 (satu) indikator mutu yang dikontrakan. Indikator-Indikator ini ditetapkan berdasarkan Kebijakan, Pedoman, dan Panduan dari Komite Mutu dan Keselamatan Pasien RSUD Dr. Muhammad Zein Painan.

C. TUJUAN UMUM DAN TUJUAN KHUSUS

1. TUJUAN UMUM

Diketahuinya mutu pelayanan di RSUD Dr. Muhammad Zein Painan.

2. TUJUAN KHUSUS

- a. Dievaluasinya indikator Kemenkes, indikator prioritas dan indikator mutu unit periode tahun 2019 di tiap-tiap unit perawatan dan instalasi terkait dengan membandingkan hasil pencapaian dengan standar atau target yang telah ditetapkan.
- b. Diajukannya saran bagi unit atau bagian terkait dan rekomendasi kepada direktur rumah sakit untuk perbaikan di masa mendatang.

D. KEGIATAN POKOK DAN RINCIAN KEGIATAN

a. KEGIATAN POKOK

Pelaksanaan kegiatan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit RSUD Dr. Muhammad Zein Painan adalah sebagai berikut:

1. RSUD Dr. Muhammad Zein Painan menetapkan kebijaksanaan dan langkah-langkah upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien di rumah sakit. Untuk dapat melaksanakan upaya peningkatan mutu pelayanan di rumah sakit, maka langkah awal yang diperlukan adalah adanya kebijaksanaan dan langkah-langkah upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien dari direktur.
2. Direktur beserta Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) RSUD Dr. Muhammad Zein Painan melakukan kegiatan persiapan berupa pertemuan/rapat, lokakarya, pelatihan, dan sebagainya kepada seluruh staf rumah sakit, sehingga ada kesamaan pengertian tentang mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko, penghayatan konsep dasar dan prinsip, dan adanya kesepakatan tentang langkah-langkah kegiatan yang akan dilakukan.
3. Direktur beserta Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) RSUD Dr. Muhammad Zein Painan membahas dan merencanakan serta melaksanakan segala langkah-langkah yang menyangkut persiapan upaya peningkatan mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko sebagai berikut:
 - a. Identifikasi masalah
 - b. Inventarisasi kegiatan yang telah dilaksanakan
 - c. Memilih aspek yang akan ditingkatkan
 - d. Memilih metode pendekatan yang akan dipakai
 - e. Menentukan sumber data
 - f. Identifikasi indikator
 - g. Memilih dan menentukan indikator prioritas dan indikator mutu unit
4. Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) RSUD Dr. Muhammad Zein Painan menyusun rencana kegiatan
5. Direktur beserta Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) RSUD Dr. Muhammad Zein Painan melakukan presentasi hasil pelaksanaan upaya peningkatan mutu pelayanan secara teratur.

b. RINCIAN KEGIATAN

Secara umum rincian kegiatan dari melalui langkah kerja sebagai berikut:

1. Menyusun program mutu, program keselamatan pasien, dan program manajemen risiko.
2. Memonitor apakah proses berjalan dengan benar melalui pengumpulan data.
3. Melakukan analisis data dari data data yang telah dikumpulkan
4. Melakukan dan memastikan adanya perubahan yang dapat menghasilkan perbaikan.
5. Menggerakkan kepemimpinan menuju perubahan budaya organisasi.
6. Mengidentifikasi dan menurunkan risiko dan penyimpangan secara proaktif.
7. Menggunakan data agar fokus perbaikan pada isu prioritas.

Kegiatan dilaksanakan oleh Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien dengan mengikuti standar yang telah ditetapkan dengan rincian kegiatan sebagai berikut:

1. Penyusunan kebijakan, perencanaan, pelaksanaan, monitoring/pengawasan, dan pelaporan program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien
2. Penyiapan software/program untuk melakukan analisa data hasil evaluasi
3. Pelaksanaan pelatihan bagi staf sesuai dengan peranan mereka dalam program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien
4. Penyusunan Pedoman Praktek Klinis, Clinical Pathway dan dilanjutkan dengan monitoring dan evaluasi pelaksanaannya.
5. Penetapan indikator prioritas dan indikator mutu unit
6. Penetapan indikator di area prioritas berdasarkan Panduan Praktek Klinis dan Clinical Parthway
7. Analisis dan validasi data
8. Pelaksanaan pelaporan dan rekomendasi tindak lanjut hasil riset.
9. Penyusunan pelaporan Insiden Keselamatan Pasien dan Root Caused Analysis (RCA) berikut rekomendasi tindak lanjut.
10. Penyusunan pelaporan Risk Management dan Failure Mode and Effect Analysis (FMEA) berikut rekomendasi tindak lanjut.

E. CARA MELAKSANAKAN KEGIATAN

Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien dalam melaksanakan kegiatan memakai konsep PDSA (Plan, Do, Study, Action). PDSA merupakan rangkaian kegiatan yang terdiri dari perencanaan kerja, pelaksanaan kerja,

pengawasan kerja dan perbaikan kerja yang dilakukan terus menerus dan berkesinambungan. Siklus PDSA digunakan dalam pelayanan kesehatan untuk penyelesaian masalah dalam rangka peningkatan mutu pelayanan kesehatan.

Siklus PDSA terdiri dari empat tahapan yaitu:

1. Perencanaan (Plan)

Perencanaan merupakan suatu upaya menjabarkan cara penyelesaian masalah yang ditetapkan ke dalam unsur-unsur rencana yang lengkap serta saling terkait dan terpadu sehingga dapat dipakai sebagai pedoman dalam melaksanakan cara penyelesaian masalah. Hasil akhir yang dicapai dari perencanaan adalah tersusunnya rencana kerja penyelesaian masalah mutu yang akan diselenggarakan.

2. Pelaksanaan (Do)

Tahapan kedua yang dilakukan ialah melaksanakan rencana yang telah disusun. Jika pelaksanaan rencana tersebut membutuhkan keterlibatan staf lain di luar anggota tim, perlu terlebih dahulu diselenggarakan orientasi, sehingga staf pelaksana tersebut dapat memahami dengan lengkap rencana yang akan dilaksanakan.

3. Pemeriksaan (Study)

Tahapan ketiga yang dilakukan ialah secara berkala memeriksa kemajuan dan hasil yang dicapai dan pelaksanaan rencana yang telah ditetapkan.

4. Perbaikan (Action)

Tahapan keempat yang dilakukan adalah melaksanakan perbaikan rencana kerja. Lakukanlah penyempurnaan rencana kerja atau bila perlu mempertimbangkan pemilihan dengan cara penyelesaian masalah lain. Untuk selanjutnya rencana kerja yang telah diperbaiki tersebut dilaksanakan kembali. Jangan lupa untuk memantau kemajuan serta hasil yang dicapai. Untuk kemudian tergantung dari kemajuan serta hasil tersebut kemudian melaksanakan tindakan yang sesuai.

Pelaporan PDSA dapat dilakukan sebagai berikut:

1. Format PDSA agar dilengkapi setiap ditemukan suatu permasalahan di setiap unit kerja dan ditembuskan ke Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien setiap bulan selambat lambatnya minggu pertama bulan berikutnya.
2. Setiap kegiatan yang dilaksanakan perbaikan dibuat laporan tertulis lengkap setiap tahunnya minimal 1 laporan.

F. SASARAN

A. Sasaran audlens

Sasaran audlens dalam Program Pemantauan Indikator Mutu adalah:

1. Pasien baik di rawat Inap maupun rawat Jalan
2. Keluarga pasien dan atau penunggu pasien
3. Seluruh karyawan RSUD Dr. Muhammad Zein Painan
4. Dokumen dokumen terkait indikator yang dipantau

B. Sasaran pencapaian indikator

Target Pencapaian untuk setiap Indikator dijabarkan dalam kamus indikator mutu RSUD Dr. Muhammad Zein Painan

G. JADWAL KEGIATAN PROGRAM KERJA KOMITE

Terlampir

H. PELAKSANAAN KEGIATAN

1. Pelaksanaan kegiatan dimulai dengan konsolidasi Komite Mutu dan Keselamatan Pasien, penyusunan kebijakan, pedoman, panduan, serta program kerja yang melibatkan aktif unsur Manajemen
 2. Kegiatan pengumpulan data dimulai Januari 2019.
 3. Pengumpulan data pencapaian indikator setiap bulan yang dilakukan pada minggu pertama bulan berikutnya .
 4. Pentabulasian data serta pembuatan grafik tren pencapaian setiap bulan pada 1 bulan berikutnya.
 5. Melakukan analisis data setiap periode 1 (satu) bulan
 6. Menyusun laporan evaluasi yang dilakukan setiap tahun pada tahun berikutnya.
 7. Menyampaikan hasil analisis setiap 3 (tiga) bulan pada bulan pertama trimester berikutnya dan setiap tahun pada bulan Januari tahun berikutnya dalam rapat tinjauan manajemen dengan unit terkait dan direktur untuk mendapatkan rekomendasi.
 8. Melakukan tindak lanjut terhadap rekomendasi-rekomendasi yang diberikan dalam rapat penyampaian hasil sebagai bagian dari upaya perbaikan dan peningkatan mutu.
 9. Menyusun laporan hasil pelaksanaan rekomendasi dan disampaikan kepada direktur.
-

10. Penyusunan dokumen Insiden Keselamatan Pasien, Peta Risiko, Manajemen Risiko, RCA, dan FMEA.

I. EVALUASI PELAKSANAAN KEGIATAN DAN PELAPORAN

a. EVALUASI PELAKSANAAN KEGIATAN

Komite peningkatan mutu dan Keselamatan pasien melaksanakan rapat rutin setiap bulannya rapat dihadiri oleh direktur dan unit –unit terkait serta PIC data untuk mengevaluasi pelaksanaan kegiatan.

b. PELAPORAN

Hasil pengolahan dan analisa data dituangkan dalam bentuk laporan yang kemudian akan dilaporkan kepada direktur setiap 3 bulan sekali dalam rapat evaluasi triwulan. Disamping itu evaluasi tahunan juga dilakukan guna merangkum hasil pencapaian semua instalasi dan unit kerja selama setahun. Evaluasi tahunan menghasilkan laporan tahunan yang disampaikan/dilaporkan kepada direktur.

J. PENCATATAN, PELAPORAN, DAN EVALUASI KEGIATAN

a. PENCATATAN DAN PELAPORAN

Data hasil pemantauan yang ditulis pada form pemantauan indikator mutu wajib dikumpulkan di Komite Mutu dan Keselamatan Pasien dengan dilengkapi tindak lanjut dari setiap unit kerja atau instalasi apabila indikator mutu tidak mencapai target yang telah ditetapkan. Tindak lanjut yang dilakukan ini kemudian akan dievaluasi ulang untuk melihat apakah proses perbaikan sudah terlaksana atau tidak.

Hasil pemantauan indikator mutu dikumpulkan oleh setiap instalasi dan unit kerja. Data yang dikumpulkan masih merupakan data mentah yang belum diolah dan dikumpulkan dalam bentuk form sehingga memudahkan untuk menginput dan mengolah menjadi informasi yang berguna. Komite Mutu dan Keselamatan Pasien selanjutnya akan memproses lebih lanjut data yang telah terkumpul.

b. EVALUASI KEGIATAN

Evaluasi triwulan dan tahunan menghasilkan rekomendasi-rekomendasi yang harus dilakukan oleh instalasi dan unit kerja. Rekomendasi yang dihasilkan merupakan cara atau sarana untuk melakukan perbaikan dan pengembangan kualitas pelayanan. Selanjutnya, Komite Mutu dan Keselamatan Pasien akan

memantau pelaksanaan rekomendasi tersebut dan melaporkan kembali kepada direktur. Di samping itu laporan hasil pemantauan juga akan dipublikasikan di media komunikasi rumah sakit.

K. PENUTUP

Upaya pengendalian mutu pelayanan kesehatan di RS tidak bisa diwujudkan hanya dengan upaya peningkatan kualitas pelayanan saja, akan tetapi dibutuhkan upaya peningkatan sistem dan pemikiran yang holistik.

Upaya peningkatan mutu pelayanan dilakukan di semua unit pelayanan, baik pada unit pelayanan medik, pelayanan penunjang medik, maupun pada unit pelayanan administrasi dan manajemen melalui program jaminan mutu.

Salah satu indikator yang digunakan untuk menilai kualitas pelayanan rumah sakit dikatakan bermutu adalah pencapaian terhadap indikator klinik pelayanan rumah sakit yang sesuai dengan standar.

JADWAL KEGIATAN PROGRAM KERJA KOMITE PMKP RSUD DR. MUHAMMAD ZEIN PAINAN
TAHUN 2019

NO	PROGRAM KERJA	BULAN															
		JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUNI	JULI	AGT	SEPT	OKT	NOV	DES				
1	Penetapan komite PMKP dan uraian tugas komite																
2	Rapat komite PMKP di pimpin Direktur																
3	Penetapan program komite PMKP																
4	Pelatihan PMKP eksternal																
5	Pelatihan PMKP internal																
6	Pelatihan PIC data PMKP																
7	Rapat pleno penetapan indikator prioritas, indikator mutu unit dan indikator mutu yang dikontraskan (komite PMKP, Direktur kapid, ka inst, ka unit, komite PPI, komite medik, komite K3RS)																
8	Rapat koordinasi komite PMKP dengan bagian yang terkait mutu prioritas																
9	Rapat penetapan indikator mutu unit (komite PMKP, direktur kapid, kainst, kaunit)																
10	Rapat koordinasi komite PMKP dengan PIC data dan Ka unit terkait tentang pelaksanaan supervisi dan validasi data																
11	Penetapan PPK dan CP yang menunjung Prioritas																
12	Penetapan profil indikator Kemenkes, indikator prioritas dan indikator mutu unit																
13	Pengumpulan data dan entry data ke sismadak																
14	Pengolahan data indikator Kemenkes, indikator prioritas dan indikator mutu unit																
15	Analisis data indikator Kemenkes, indikator prioritas dan indikator mutu unit																
16	Melaksanakan benchmark data indikator mutu nasional																
17	Pelaksanaan Validasi data oleh tim validasi PMKP																
18	Pelaksanaan supervisi data																
19	Pelaksanaan tindak lanjut dari hasil evaluasi laporan triwulan PMKP dengan PDSA																
20	Feedback hasil laporan triwulan PMKP ke Staf																
21	Evaluasi hasil tindak lanjut dari laporan triwulan PMKP																
22	Publikasi data ke luar RS																
23	Evaluasi PPK (6 bulan)																
24	Evaluasi CP (6 bulan)																
25	Melaksanakan evaluasi kinerja staf medis, keperawatan dan tenaga kesehatan lainnya																
26	Monitoring indikator kemenkes, prioritas dan unit																
27	Laporan ke direktur																
28	Laporan direktur ke dewan pengawas																
28	Pelaporan insiden keselamatan pasien																

