

# **PROGRAM KERJA**

---

## **KOMITE MUTU RUMAH SAKIT TAHUN 2022**



---

**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 potensi untuk memperbaiki program kesehatan tanpa memerlukan tambahan supply, logistik, keuangan dan sumber daya manusia. Bahkan sebenarnya tujuan penjaminan mutu adalah memaksimalkan keefektifan 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 penilaian terhadap kebutuhan kesehatan dan memilih pendekatan kesehatan yang hemat biaya. 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 80 (delapan puluh) indikator mutu yang terdiri dari 13 (tiga belas) indikator Nasional, 13 (tiga belas) indikator prioritas rumah sakit dan 54 (lima puluh empat) indikator mutu prioritas unit. 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**

Diketuinya mutu pelayanan di RSUD Dr. Muhammad Zein Painan.

### **2. TUJUAN KHUSUS**

- a. Dievaluasinya indikator nasional mutu, indikator prioritas RS dan indikator mutu prioritas unit periode tahun 2022 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**

### **1. MONITORING DAN EVALUASI**

Direktur beserta Komite Mutu RSUD Dr. Muhammad Zein melaksanakan monitoring dan evaluasi terhadap pelaksanaan indikator mutu di setiap unit kerja.

### **2. RAPAT**

Direktur beserta Komite Mutu RSUD Dr. Muhammad Zein Painan melakukan kegiatan berupa pertemuan/rapat dengan seluruh anggota

komite, komite lainnya dan seluruh unit kerja setiap bulannya. Untuk membahas capaian indikator mutu dan masalah lainnya.

### **3. PELATIHAN MUTU**

Komite Mutu bekerjasama dengan Diklat RSUD Dr. Muhammad Zein Painan melakukan kegiatan pelatihan terhadap anggota komite mutu, PIC data dan staf RSUD Dr. Muhammad Zein Painan.

### **4. ORIENTASI**

Komite mutu melakukan orientasi terhadap karyawan baru dan karyawan pindah ruangan/tempat kerja serta peserta didik yang praktek di RSUD Dr. Muhammad Zein Painan

### **5. SUPERVISI**

Direktur beserta Komite Mutu RSUD Dr. Muhammad Zein Painan melakukan supervisi pelaksanaan indikator mutu di setiap unit kerja di RSUD Dr. Muhammad Zein Painan.

### **6. EVALUASI DAN USUL REGULASI**

Komite Mutu melaksanakan evaluasi terhadap pelaksanaan indikator mutu di setiap unit kerja. Komite Mutu dapat mengusulkan regulasi baru atau perubahan regulasi kepada direktur bila diperlukan.

### **7. EVALUASI CAPAIAN INDIKATOR MUTU**

Komite Mutu melaksanakan evaluasi terhadap capaian indikator mutu. Indikator mutu yang tidak mencapai target yang telah ditetapkan, akan di analisa dan dilakukan PDSA.

### **8. SOSIALISASI**

Komite Mutu melaksanakan sosialisasi indikator mutu dan regulasi baru kepada PIC data dan seluruh Karyawan RSUD Dr. Muhammad Zein Painan

### **9. LAPORAN**

Komite Mutu membuat laporan triwulan, laporan disampaikan kepada setiap Unit kerja dan komite yang ada di RSUD Dr. Muhammad Zein Painan. Setiap unit kerja dan komite yang ada di RSUD Dr. Muhammad Zein Painan melakukan Feedback terhadap capaian indikator mutu. Laporan juga di sampaikan kepada Direktur dan Dewan Pengawas sebagai pemilik RSUD Dr. Muhammad Zein Painan

## **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, pengawalan 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 disetiap 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 audiens**

Sasaran audiens 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 2022.
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.

Disetujui

Painan, Januari 2022



**DIREKTUR**

HAREFA

**KETUA KOMITE MUTU**

IKE RAHAYU

JADWAL KEGIATAN PROGRAM KERJA KOMITE PMKP RSUD DR. MUHAMMAD ZEIN PAINAN  
TAHUN 2022

[illegible]

[illegible]