

PEDOMAN KERJA

PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN (PMKP) 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



PEMERINTAH KABUPATEN PESISIR SELATAN
RSUD Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN

Jalan Dr. A. Rivai Painan (Kode Pos 25611)
Telp. (0756) 21428–21518 Fax. (0756) 21398, email : rsudpainan@ymail.com



KEPUTUSAN DIREKTUR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN
NOMOR :SK/004/PMKP/RSUD/2022

TENTANG
PEDOMAN KERJA PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN (PMKP)
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN
TAHUN 2022

DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN,

- Menimbang : a bahwa dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Muhammad Zein Painan, maka diperlukan suatu Pedoman Kerja Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP),
- b bahwa untuk standarisasi penatalaksanaan pelayanan, maka dipandang perlu Pedoman Kerja Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP),
- c bahwa berdasarkan pertimbangan sebagai mana dimaksud point a dan b, perlu Pedoman Kerja Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) di RSUD Dr. Muhammad Zein Painan.
- Mengingat : 1 Undang Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan.
- 2 Undang Undang Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2009 Tentang Rumah Sakit.
- 3 Undang Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan.
- 4 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes /SK/II/2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.
- 5 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 66 tahun 2016 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit.
- 6 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien.
- 7 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 34 Tahun 2017 tentang Akreditasi Rumah Sakit.
- 8 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 80 Tahun 2020 tentang Komite Mutu Rumah Sakit
- 9 Peraturan Daerah Pesisir Selatan Nomor 15 tahun 2012 Tentang Perubahan Atas Peraturan Daerah Pesisir Selatan Nomor 17 tahun 2008 Tentang Pembentukan Organisasi Dan Tata Kerja Inspektorat, Badan Perencanaan Pembangunan Daerah dan Lembaga Teknis Daerah.

MEMUTUSKAN :

- Menetapkan :**
- KESATU : KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN TENTANG RUMAH SAKIT MEMPUNYAI PEDOMAN KERJA PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN (PMKP)
- KEDUA : Kebijakan Pedoman Kerja Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Muhammad Zein Painan sebagaimana tercantum dalam Lampiran Keputusan ini.
- KETIGA : Dengan dikeluarkannya Peraturan Direktur ini, maka apabila terdapat peraturan yang bertentangan dengan Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Muhammad Zein Painan ini maka peraturan-peraturan yang terdahulu dinyatakan tidak berlaku. Referensi dan informasi yang diperoleh rumah sakit dalam meningkatkan mutu dan keselamatan pasien meliputi.
- KEEMPAT : Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan, akan dilakukan perubahan apabila dikemudian hari terdapat kekeliruan.

Ditetapkan di Painan
Pada Bulan Januari 2022

DIREKTUR



HAREFA

LAMPIRAN : KEPUTUSAN DIREKTUR RSUD Dr MUHAMMAD
ZEIN PAINAN
NOMOR : SK/004/PMKP/RSUD/2022
BULAN : JANUARI 2022
TENTANG : PEDOMAN KERJA PENINGKATAN MUTU DAN
KESELAMATAN PASIEN (PMKP) TAHUN 2022

BAB I

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 rumah sakit secara bertahap perlu terus ditingkatkan agar menjadi lebih efektif dan efisien serta memberi kepuasan kepada pasien, keluarga maupun masyarakat.

Agar upaya peningkatan mutu pelayanan rumah sakit dapat seperti yang diharapkan maka perlu disusun Pedoman Kerja Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP). Pedoman Kerja Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) tersebut merupakan konsep dan program peningkatan mutu pelayanan rumah sakit, yang disusun sebagai acuan bagi pengelola rumah sakit dalam melaksanakan upaya peningkatan mutu pelayanan Rumah Sakit. Dalam pedoman ini diuraikan tentang struktur organisasi komite mutu, uraian jabatan dan tata hubungan kerja.

BAB II

GAMBARAN UMUM RUMAH SAKIT

1. Sejarah

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Dr. Muhammad Zein Painan, adalah salah satu institusi kesehatan yang ada di Kabupaten Pesisir Selatan Didirikan pada tahun 1930 dengan nama Rumah Sakit Pembantu yang dibangun oleh Pemerintah Kolonial Belanda. Mulai beroperasi pada tahun tersebut dengan beberapa orang tenaga perawat dengan memberikan pelayanan kepada masyarakat bagi penderita asma, TBC dan malaria, karena pada saat itu pada umumnya masyarakat Pesisir Selatan cenderung menderita penyakit tersebut.

Setelah Indonesia merdeka Rumah Sakit ini diserahkan kepada Pemerintah Indonesia dan dengan demikian maka seluruh pendanaan Rumah Sakit dibantu oleh Pemerintah Pusat, Propinsi dan Kabupaten dengan status RSU tipe D. Sejalan dengan perkembangan pembangunan di bidang kesehatan, maka pada tahun 1970-an Rumah Sakit ini sudah dilengkapi dengan tenaga medis, keperawatan, non keperawatan, dan non medis serta alat-alat penunjang lainnya.

Berdasarkan SK Menkes RI No. 51/Menkes/Sk/I/79 tanggal 2 Februari 1979, sebagai Rumah Sakit Kelas D dengan kepemilikan Pemda Tk.I. Dengan Keputusan Menkes tanggal 15 Desember 1993 Nomor 1154/Menkes/SK/XII/1993 menjadi kelas C milik Pemda Tingkat II Kabupaten Pesisir Selatan dengan tempat tidur sebanyak 53 buah. Nama Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Muhammad Zein Painan diangkat dari nama seorang dokter pertama dan putera daerah Pesisir Selatan yang lahir di Bayang. Beliau menjadi dokter pada tahun 1940-an ditengah - tengah zaman penjajahan Belanda dimana pada masa itu tenaga medis dan para medis sangat terbatas sedangkan jumlah penduduk yang mempunyai masalah kesehatan cukup banyak di Pesisir Selatan, sehingga kehadiran beliau sebagai seorang dokter dirasakan sangat besar manfaatnya bagi masyarakat Pesisir Selatan pada saat itu.

Dalam menjalankan profesi kedokterannya, RSUD Dr. Muhammad Zein memberikan pelayanan kepada masyarakat dengan cara memberikan pertolongan dan pengobatan dari rumah ke rumah, disamping melakukan upaya - upaya seperti membentuk kelompok masyarakat dengan kegiatan mencegah dan penanggulangi jenis - jenis penyakit tertentu dengan melakukan kegiatan berupa penyuluhan gerakan sadar lingkungan serta kegiatan lainnya yang bersifat promotif dan preventif.

Sehingga untuk mengenang jasa - jasa Dr. Muhammad Zein maka Pemerintah Daerah Pesisir Selatan mengusulkan kepada DPRD Pesisir Selatan untuk diabadikan namanya menjadi nama Rumah Sakit Umum Daerah Pesisir Selatan.

Sebagai wujud kebijakan Pemerintah Kabupaten Pesisir Selatan yang mulai menetapkan RSUD Dr. Muhammad Zein Painan Sebagai PPK-BLUD berdasarkan Surat Keputusan Bupati Pesisir Selatan Nomor 445/503/Kpts/BPT-PS/2014 tentang Penetapan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah pada Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Muhammad Zein Painan yang terhitung 1 Januari 2015. Maka seluruh Pendapatan yang dihasilkan dapat di pakai langsung untuk operasional Rumah Sakit.

2. Tugas Pokok dan Fungsi RSUD Dr. Muhammad Zein Painan

RSUD RSUD Dr. Muhammad Zein Painan sebagai salah satu Lembaga Teknis Daerah mempunyai tugas pokok dan fungsi sebagai berikut :

TUGAS

Tugas Pokok RSUD Dr. Muhammad Zein Painan mempunyai tugas membantu Bupati dalam melaksanakan tugas pelayanan kesehatan secara berdaya guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu seiring dengan upaya peningkatan pelaksanaan pencegahan dan upaya melaksanakan rujukan.

FUNGSI

Untuk menyelenggarakan tugas pokoknya RSUD Dr. Muhammad Zein Painan mempunyai fungsi :

1. Mengadakan koordinasi dengan dinas terkait dalam penyusunan perencanaan dan pelayanan teknis di bidang kesehatan.
2. Menyusun perencanaan teknis dalam peningkatan status rumah sakit.
3. Menyelenggarakan pelayanan medis.
4. Menyelenggarakan pelayanan prima.
5. Menyelenggarakan pelayanan asuhan keperawatan.
6. Menyelenggarakan pelayanan rujukan.
7. Menyelenggarakan pelayanan penunjang medis.
8. Menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan medis, keperawatan, non keperawatan, non medis dan penunjang lain.
9. Menggali potensi dan melaksanakan pemungutan pendapatan daerah sesuai dengan Peraturan dan Perundang-undangan yang berlaku.
10. Melakukan pengendalian dan evaluasi.
11. Melaksanakan administrasi dan tata usaha RSUD Dr. M. Zein Painan.
12. Melaksanakan tugas - tugas lain yang diperintahkan oleh Bupati.

3. Jenis Pelayanan

Jenis pelayanan yang ada di RSUD Dr. Muhammad Zein Painan antara lain adalah :

1. Pelayanan Rawat Jalan yang meliputi :
 - a. Pelayanan Klinik Kebidanan Dan Kandungan
 - b. Pelayanan Klinik Anak
 - c. Pelayanan Klinik Penyakit Dalam
 - d. Pelayanan Klinik Umum
 - e. Pelayanan Klinik Bedah
 - f. Pelayanan Klinik Mata
 - g. Pelayanan Klinik THT
 - h. Pelayanan Klinik Jiwa
 - i. Pelayanan Klinik Paru
 - j. Pelayanan Klinik Neorologi
 - k. Pelayanan Klinik Gigi

- l. Pelayanan Klinik Jantung
- m. Pelayanan Klinik Kulit & Kelamin

2. Pelayanan Rawat Inap meliputi:

- a. Ruangan Kebidanan dan Kandungan
- b. Ruangan Anak
- c. Ruangan Perinatologi
- d. Ruangan Bedah
- e. Ruangan Penyakit Dalam
- f. Ruangan Paru
- g. Ruangan Neurologi
- h. Ruangan VIP, Kelas I dan Kelas II Terpadu
- i. Ruangan Kelas III Terpadu
- j. Ruangan ICU
- k. Ruangan Jantung

3. Pelayanan Rehabilitasi Medik/Fisioterapi

4. Pelayanan Hemodialisa

5. Pelayanan Gawat Darurat (IGD)

6. Pelayanan Penunjang Medis yang meliputi:

- a. Pelayanan Farmasi
- b. Pelayanan Gizi
- c. Pelayanan Laboratorium
- d. Pelayanan Radiologi
- e. Pelayanan Kamar Operasi
- f. Pelayanan IPSRS (Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit)
- g. Pelayanan IPLRS (Penyehatan Lingkungan Rumah Sakit)
- h. Pelayanan CSSD
- i. Pelayanan Gas Medis
- j. Pelayanan UTDRS (Unit Transfusi Darah Rumah Sakit)
- k. Pelayanan PKRS (Promosi Kesehatan Rumah Sakit)

BAB III
VISI, MISI, TUJUAN, FALSAFAH, NILAI KERJA, MOTTO
RSUD Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN

1. Visi

Visi RSUD Dr. Muhammad Zein Painan adalah gambaran arah pembangunan atau kondisi masa depan yang ingin dicapai RSUD Dr. Muhammad Zein Painan melalui penyelenggaraan tugas dan fungsi dalam kurun waktu 5 (lima) tahun yang akan datang. Visi dan misi RSUD Dr. Muhammad Zein Painan menunjukkan apa yang menjadi cita-cita layanan terbaik RSUD Dr. Muhammad Zein Painan baik dalam upaya mewujudkan visi dan misi Bupati Pesisir Selatan maupun dalam upaya mencapai kinerja pembangunan daerah pada aspek kesejahteraan, layanan, dan peningkatan daya saing daerah dengan mempertimbangkan permasalahan dan isu strategis yang relevan.

Sebagai gambaran tentang apa yang ingin diwujudkan di akhir periode perencanaan yang menggambarkan tujuan utama penyelenggaraan Tugas Pokok dan Fungsi, perumusan Visi RSUD Dr. Muhammad Zein Painan adalah :

“Terwujudnya Rumah Sakit yang Unggul, Profesional dan Amanah dalam Memberikan Pelayanan Masyarakat”.

2. Misi

Misi RSUD Dr. Muhammad Zein Painan adalah rumusan mengenai upaya-upaya yang akan dilaksanakan untuk mewujudkan visi RSUD Dr. Muhammad Zein Painan. Rumusan berfungsi membantu lebih jelas penggambaran visi RSUD Dr. Muhammad Zein Painan yang ingin dicapai serta menguraikan upaya-upaya apa yang harus dilakukan oleh RSUD Dr. Muhammad Zein Painan. Dalam suatu dokumen perencanaan, rumusan misi menjadi penting untuk memberikan kerangka bagi tujuan dan sasaran yang ingin dicapai, dan menentukan jalan yang akan ditempuh untuk mencapai visi.

Makna yang terkandung dalam upaya perwujudan visi “Terwujudnya Rumah Sakit yang Unggul, Profesional dan Amanah dalam Memberikan Pelayanan Masyarakat” tersebut dijabarkan sebagai suatu kondisi masyarakat yang terpenuhi kebutuhan dasar seperti sandang, pangan perumahan, air bersih, kesehatan, pendidikan, pekerjaan, rasa aman dan perlakuan atau ancaman tindak kekerasan fisik maupun non fisik, lingkungan hidup dan sumber daya alam, berpartisipasi dalam kehidupan sosial dan politik, mempunyai akses terhadap informasi serta hiburan terselenggara.

Korelasi antara visi kepala negara dan wakil kepala negara tersebut sangat terkait dengan visi RSUD Dr Muhammad Zein Painan yang ingin mewujudkan rumah sakit yang profesional, akurat, integritas, nyaman, amanah, nan elok dalam memberikan pelayanan pada masyarakat mengandung maksud akan mengedepankan mutu layanan kesehatan dan berorientasi pada keselamatan pasien. Upaya RSUD Dr Muhammad Zein Painan mengedepankan mutu mutu

layanan kesehatan dan berorientasi pada keselamatan pasien diharapkan akan berdampak pada meningkatnya derajat kesehatan masyarakat.

Misi RSUD Dr. Muhammad Zein Painan adalah:

- 1) Melaksanakan Pengelolaan Rumah Sakit secara Transparan dan Akuntabel;
- 2) Memperluas Cakupan dan Memberikan Layanan Sesuai dengan Standar Mutu;
- 3) Memenuhi Tenaga Sesuai dengan Standar Kompetensi;
- 4) Memperkuat Sarana dan Prasarana Pelayanan Rumah Sakit.

3. Tujuan

Tujuan adalah pernyataan-pernyataan tentang hal-hal yang perlu dilakukan untuk mencapai visi, melaksanakan misi, memecahkan permasalahan, dan menangani isu strategis yang dihadapi, sedangkan sasaran adalah hasil yang diharapkan dari suatu tujuan yang diformulasikan secara terukur, spesifik, mudah dicapai, rasional, untuk dapat dilaksanakan dalam jangka waktu 5 (lima) tahun ke depan. Tujuan dan sasaran pada hakekatnya merupakan arahan bagi pelaksanaan setiap pelaksanaan tugas pokok dan fungsi organisasi dalam mendukung pelaksanaan misi, untuk mewujudkan visi RSUD Dr. Muhammad Zein Painan.

Tujuan Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Muhammad Zein Painan yaitu :

“ Meningkatkan Pelayanan Prima “

4. Nilai Kerja

Nilai Budaya kerja menuju Profesional, Akurat, Integritas, Nyaman, Amanah, Nan Ikhlas

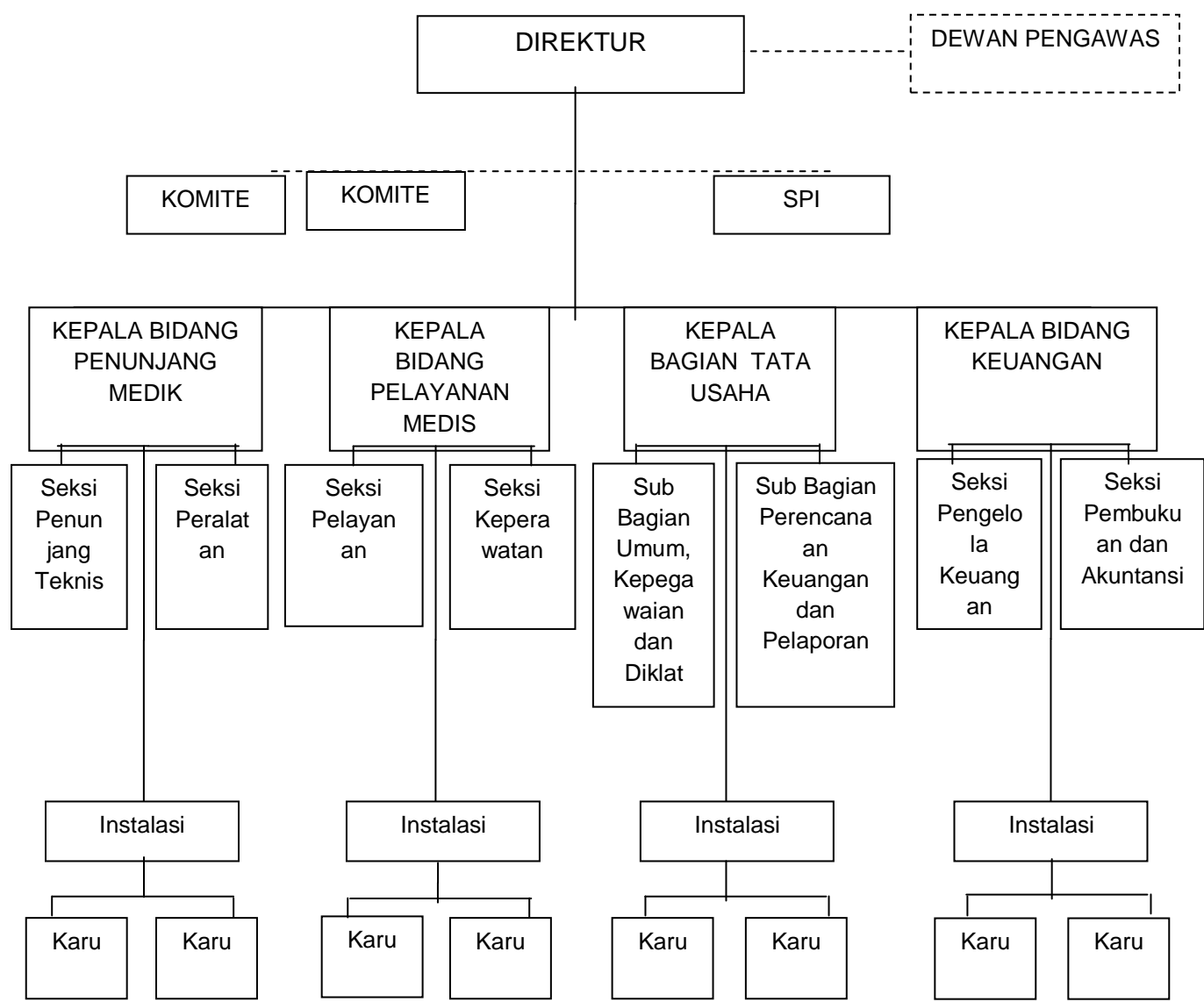
1. **Profesional** merupakan sikap yang selalu memberikan pelayanan terbaik sesuai dengan ilmu dan prosedur yang berlaku.
2. **Akurat** merupakan Sikap yang selalu memberikan pelayanan yang teliti, seksama, cermat dan tepat.
3. **Integritas** merupakan sikap yang selalu konsistensi tindakan, nilai-nilai, metode, langkah-langkah, prinsip, harapan, dan hasil yang terbaik untuk peningkatan pelayanan.
4. **Nyaman** merupakan sikap mengutamakan suatu keadaan terpenuhinya kebutuhan dasar manusia (pasien) yaitu kebutuhan akan ketentraman (suatu kepuasan yang meningkatkan penampilan sehari-hari), kelegaan (kebutuhan telah terpenuhi), dan transenden.
5. **Amanah** merupakan sikap yang berkaitan erat dengan tanggung jawab, yaitu rasa tanggungjawab terhadap pekerjaan yang diembannya.
6. **Nan elok** merupakan sikap kepekaan terhadap perasaan kebajikan diri sendiri dan orang lain dengan memberikan bantuan dan sokongan moral secara tulus dan ikhlas.

5. Motto

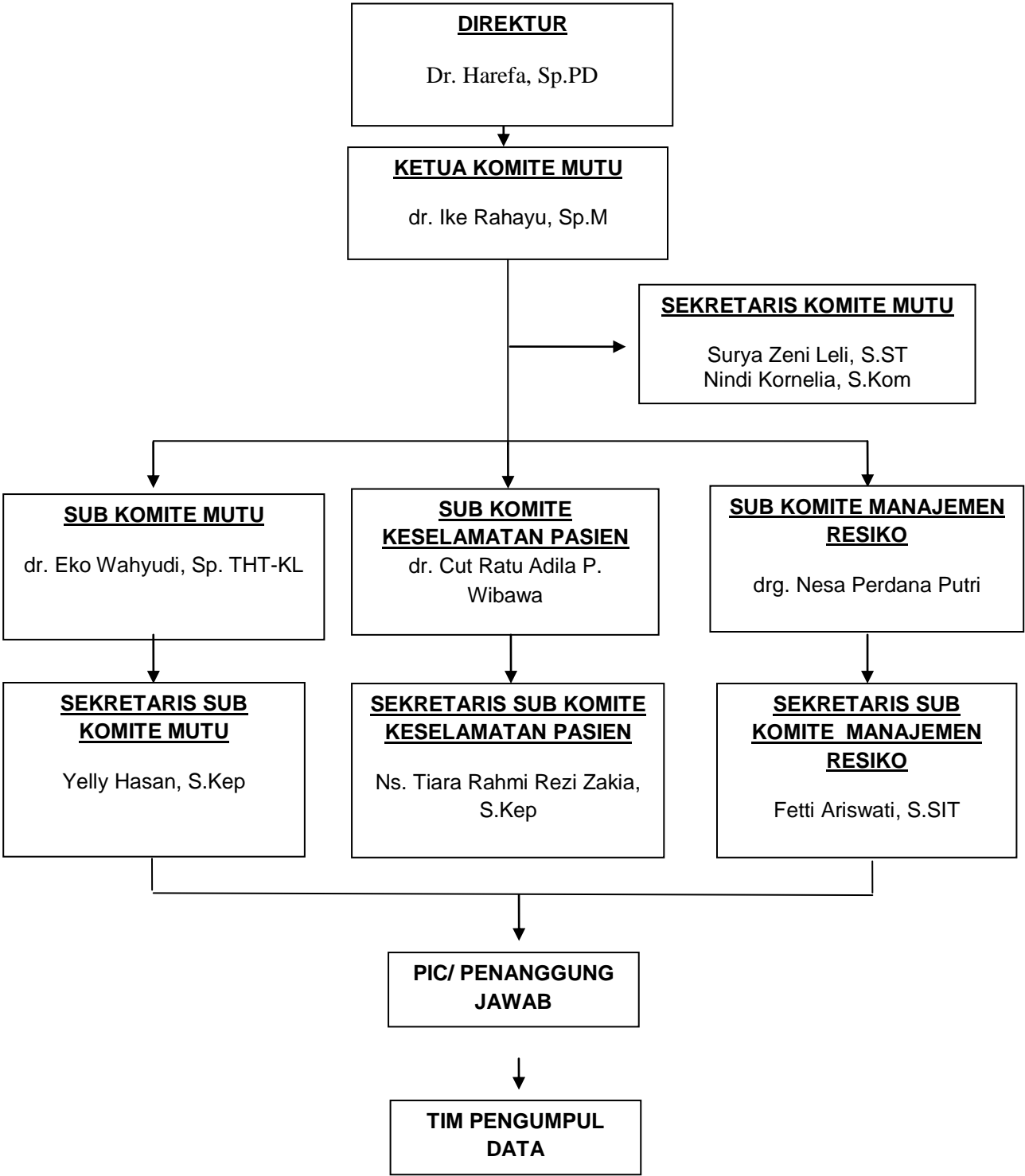
Motto RSUD. Dr. Muhammad Zein Painan adalah Motto

“Kesembuhan, Keselamatan, Kenyamanan dan kepuasan pasien adalah Tujuan kami.”

BAB IV
STRUKTUR ORGANISASI RUMAH SAKIT



BAB V
STRUKTUR ORGANISASI KOMITE MUTU



BAB VI

URAIAN JABATAN

Komite Mutu Rumah Sakit dipimpin oleh seorang Ketua dengan dibantu sekretaris.

Komite Mutu ini dibagi menjadi tiga sub bagian:

- 1) Sub Komite Mutu
- 2) Sub Komite Keselamatan Pasien dan
- 3) Sub Komite Manajemen Risiko dengan dibantu masing-masing 1 orang sekretaris sub komite.

1. Dewan Pengawas

Melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap pengelolaan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) yang dilakukan pejabat pengelola sesuai dengan ketentuan perundang-undangan yang berlaku.

2. Pembina/Direktur

- a. Membentuk Komite Mutu/tim mutu Rumah Sakit atau bentuk organisasi lainnya untuk mengelola kegiatan sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- b. Menetapkan penanggung jawab data di tiap-tiap unit kerja.
- c. Mengarahkan, mengatur, dan mengkoordinasikan pelaksanaan program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien.
- d. Merencanakan dan mengembangkan program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien.
- e. Melakukan pemilihan indikator mutu di Rumah Sakit (indikator mutu area klinis, indikator mutu area manajemen, dan sasaran keselamatan pasien dan keterlibatannya dalam menindaklanjuti capaian indikator yang masih rendah.
- f. Memilih area prioritas sebagai area fokus perbaikan.
- g. Memonitoring pelaksanaan program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien, siapa saja yang melakukan monitoring, kapan dilakukan, dan bagaimana melakukan monitoring.
- h. Memonitoring proses pengumpulan data, analisis, feedback, dan pemberian informasi ke staf, bagaimana alur pelaporan pelaksanaan pengukuran mutu rumah sakit mulai dari unit sampai pemilik rumah sakit.
- i. Memfasilitasi Komite Mutu dan Unit dalam bantuan teknologi/Sistem Informasi Rumah Sakit yang akan diterapkan untuk pengumpulan dan analisis data Mutu, Keselamatan Pasien dan Surveilens infeksi.

3. Ketua Komite Mutu

- a. Pengertian Jabatan

Seorang profesional yang diberi tugas dan wewenang untuk dapat memimpin dalam menjalankan pelaksanaan program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP).

b. Tanggung Jawab

- Ketua Komite Mutu bertanggung jawab untuk melaporkan hasil pelaksanaan program PMKP kepada Direktur RS
- Secara administratif dan fungsional bertanggung jawab seluruhnya terhadap pelaksanaan program PMKP di RSUD Dr. Muhammad Zein Painan.
- Bertanggung jawab terhadap ketersediaan data dan informasi yang berhubungan dengan mutu dan keselamatan pasien di rumah sakit
- Bertanggung jawab terhadap disiplin kinerja kerja staf di Komite Mutu

c. Tugas Pokok

Mengkoordinasi semua pelaksanaan kegiatan program PMKP di rumah sakit.

d. Uraian Tugas

- Mengkoordinasi kegiatan dalam rangka penyusunan Kebijakan dan Strategi Manajemen Mutu dan Keselamatan Pasien
- Menyusun dan merencanakan pelaksanaan kegiatan program kerja PMKP
- Memimpin, mengkoordinasi, dan mengevaluasi pelaksanaan operasional PMKP secara efektif, efisien dan bermutu
- Mengumpulkan data indikator pelayanan baik dari PMKP maupun dari unit kerja terkait
- Menganalisa data indikator mutu pelayanan baik indikator mutu klinis RS maupun indikator mutu manajerial RS serta indikator keselamatan pasien
- Mengevaluasi pelaksanaan 5 (lima) area prioritas yang sudah ditetapkan oleh direktur dengan fokus utama pada penggunaan PPK, *clinical pathway*, dan atau protokol klinis
- Melaksanakan analisis terhadap data yang dikumpulkan dan diubah menjadi informasi
- Melakukan validasi data PMKP secara internal dan dilakukan secara periodik
- Menyebarkan informasi tentang peningkatan mutu dan keselamatan pasien secara reguler melalui papan pengumuman, bulletin atau rapat staf
- Meningkatkan pengetahuan anggota dengan memberikan pelatihan terhadap staf yang ikut serta dalam program PMKP

e. Wewenang

- Memerintah dan menugaskan staf dalam melaksanakan Program PMKP
- Menyusun Pedoman Upaya Peningkatan Mutu Pelayanan RS
- Membuat Standar Prosedur Operasional PMKP
- Memberikan penilaian kinerja anggota Komite Mutu

4. Sekretaris Komite Mutu

a. Pengertian Jabatan

Seorang yang membantu tugas Ketua Komite Mutu untuk dapat menjalankan program PMKP dalam bidang administratif

c. Tanggung Jawab

Sekretaris Komite Mutu secara administratif bertanggung jawab kepada Ketua Komite Mutu.

d. Tugas Pokok

Ikut berperan serta dalam pelaksanaan kegiatan program PMKP.

e. Uraian Tugas

- Membuat agenda surat masuk dan keluar
- Mengatur rapat dan jadwal rapat PMKP
- Menyiapkan undangan, tempat, daftar hadir, ruang rapat dan perlengkapan yang diperlukan termasuk konsumsi
- Membantu meminta laporan kepada unit terkait kerja untuk diinput
- Mengumpulkan data indikator mutu klinis dan indikator mutu manajerial RS serta data yang terkait di seluruh unit termasuk indikator keselamatan pasien dari unit terkait
- Menganalisis data PMKP bersama Ketua
- Membuat dan menandatangani surat keluar serta melakukan pekerjaan administrasi termasuk pengarsipannya
- Menyusun kesimpulan rapat dan notulen rapat
- Memberikan pertimbangan/saran PMKP pada perencanaan, pengembangan program dan pelaksanaannya
- Mengorganisir kebutuhan logistik
- Melakukan komunikasi internal dan eksternal kepada unit terkait di lingkungan RS dan pihak luar melalui surat tertulis, email, dan telepon
- Menganalisa hasil pencapaian pemantauan indikator keselamatan pasien
- Melakukan monitoring 6 sasaran keselamatan pasien bersama-sama dengan penanggung jawab keselamatan pasien
- Menganalisa hasil pencapaian pemantauan indikator keselamatan pasien
- Menyelenggarakan dan menyiapkan kegiatan sosialisasi internal RS tentang pencapaian pemantauan indikator keselamatan pasien
- Menerima rekapan dan laporan evaluasi tindak lanjut rekomendasi dari unit terkait
- Melakukan koordinasi tentang program patient safety dengan unit terkait dalam pembuatan RCA dan FMEA
- Mendorong dan mengkoordinasikan pemenuhan sarana dan prasarana fisik sesuai standar keamanan dan berkenaan dengan menjaga keselamatan pasien
- Mengkoordinasikan pendokumentasian evaluasi dan upaya tindak lanjut atas kejadian nyaris cedera/kejadian tidak diinginkan/sentinel

5. Ketua Sub Komite Mutu

a. Pengertian Jabatan

Seorang yang membantu tugas Ketua Komite Mutu untuk dapat mengkoordinasikan terlaksananya monitoring dan evaluasi Indikator Mutu Rumah Sakit.

b. Tanggung Jawab

- Bertanggung jawab terhadap pemantauan program Indikator Mutu dan pelaksanaan *clinical pathway*

- Bertanggung jawab terhadap penyusunan laporan pemantauan program Indikator Mutu dan pelaksanaan *clinical pathway* di Komite Mutu
- Bertanggung jawab terhadap pengolahan data dan informasi yang berhubungan dengan mutu pelaksanaan *clinical pathway* rumah sakit.
- Penanggung jawab mutu secara administratif bertanggung jawab kepada Ketua Komite Mutu tentang pemantauan Indikator Mutu dan *Clinical Pathway*.

c. Tugas Pokok

Ikut berperan dalam pelaksanaan kegiatan program PMKP.

d. Uraian Tugas

- Membuat rencana Strategis Program Pengembangan Mutu Klinis dan Manajerial
- Menyusun panduan pemantauan Indikator Mutu dan *Clinical Pathway*
- Membuat matrix teknis dan metodologi pemantauan Indikator Mutu Klinis dan Manajerial
- Menyusun alat ukur pemantauan Indikator Mutu dan *Clinical Pathway*
- Berkoordinasi dengan unit terkait dalam penyelenggaraan pemantauan Indikator Mutu dan *clinical pathway*
- Membuat laporan periodik hasil pemantauan Indikator Mutu dan *Clinical Pathway*
- Menyenggarakan dan menyiapkan kegiatan sosialisasi internal rumah sakit tentang pencapaian Indikator Mutu dan *clinical pathway*
- Membuat rekapan dan laporan hasil evaluasi tindak lanjut rekomendasi dari unit terkait
- Menyusun panduan pelaksanaan validasi data internal khusus indikator mutu
- Menghadiri rapat, seminar/workshop terkait pemantauan Indikator Mutu dan *Clinical Pathway* indikator

e. Wewenang

Meminta laporan pelaksanaan pemantauan Program Indikator Mutu dan pelaksanaan *Clinical Pathway*.

f. Hasil Kerja :

- Pedoman dan program kerja terkait pengelolaan dan penerapan program mutu pelayanan Rumah Sakit
- Pemilihan Indikator
- Penetapan Indikator
- Pengumpulan dan Analisa Data
- Pelaporan Indikator
- Rencana Perbaikan & Pelaksanaan Perbaikan
- Monitoring dan evaluasi Mutu
- Pelatihan
- Rapat
- Laporan

6. Ketua Sub Komite Keselamatan Pasien

a. Pengertian Jabatan

Seorang yang membantu tugas Ketua Komite Mutu dalam melaksanakan fungsi manajerial dalam rangka kegiatan keselamatan pasien.

b. Tanggung Jawab

Terlaksananya program keselamatan pasien dan manajemen risiko klinis dan terpantaunya serta terevaluasinya seluruh kejadian/insiden yang terjadi di rumah sakit.

c. Tugas Pokok

Menyelenggarakan Upaya keselamatan pasien dan manajemen risiko klinis.

d. Uraian Tugas

- Memimpin penyusunan prosedur operasional kegiatan, baik yang terkait langsung/tidak langsung dengan layanan untuk menjamin keselamatan pasien
- Menyusun panduan pemantauan indikator keselamatan pasien
- Menyusun alat ukur pemantauan indikator keselamatan pasien
- Menganalisa hasil pencapaian pemantauan indikator keselamatan pasien
- Menyelenggarakan dan menyiapkan kegiatan sosialisasi internal RS tentang pencapaian pemantauan indikator keselamatan pasien
- Menerima rekapitan dan laporan evaluasi tindak lanjut, rekomendasi dari unit terkait
- Melaksanakan komunikasi secara internal dan eksternal tentang pencapaian program pemantauan indikator keselamatan pasien
- Membantu koordinasi dalam kegiatan internal dan eksternal program umum Komite Mutu
- Menghadiri rapat, seminar/workshop terkaprogit pemantauan indikator keselamatan pasien
- Memimpin upaya-upaya pencegahan dan perbaikan kondisi fisik dan non fisik yang dapat membahayakan keselamatan pasien dan meningkatkan risiko keselamatan bagi pasien
- Melakukan koordinasi tentang program patient safety dengan unit terkait dalam pembuatan RCA dan FMEA
- Mendorong dan mengkoordinasikan pemenuhan sarana dan prasarana fisik sesuai standar keamanan dan berkenaan dengan menjaga keselamatan pasien
- Mengkoordinasikan pendokumentasian evaluasi dan upaya tindak lanjut atas kejadian nyaris cedera /kejadian tidak diinginkan/sentinel

e. Wewenang

- Mengelola komite keselamatan pasien dan manajemen risiko klinis
- Melakukan pengawasan dan penilaian keselamatan pasien

f. Hasil Kerja :

- Pedoman, dan program kerja terkait keselamatan pasien Rumah Sakit
- Analisis insiden keselamatan pasien Rumah Sakit terintegrasi
- Melakukan RCA bila ada sentinel
- Monitoring pelaksanaan solusi perbaikan
- Monitoring pelaksanaan sasaran keselamatan pasien

- Budaya keselamatan (pengukuran budaya keselamatan, pelaporan insiden, investigasi dan solusi perbaikan)

7. Ketua Sub Komite Manajemen Risiko

a. Pengertian Jabatan

Seorang yang membantu tugas Ketua Komite Mutu dalam melaksanakan fungsi manajerial dalam rangka kegiatan manajemen risiko Rumah Sakit.

b. Tanggung Jawab

Terlaksananya program manajemen risiko klinis dan terpantaunya serta terevaluasinya pelaksanaan manajemen risiko di seluruh unit kerja di Rumah Sakit.

c. Tugas Pokok

Menyelenggarakan upaya manajemen risiko

d. Uraian Tugas

- Memimpin penyusunan prosedur operasional kegiatan baik yang terkait langsung/tidak langsung dengan layanan untuk menjamin keselamatan pasien
- Menyelenggarakan dan menyiapkan kegiatan sosialisasi internal rumah sakit tentang pencapaian pemantauan manajemen risiko, mendeseminasikan bahan rekomendasi hasil pemantauan pelaksanaan manajemen risiko ke unit terkait
- Menerima rekapan dan laporan evaluasi tindak lanjut, serta rekomendasi dari unit terkait
- Melaksanakan komunikasi secara internal dan eksternal tentang pencapaian pelaksanaan manajemen risiko klinis
- Membantu berkoordinasi dalam kegiatan internal dan eksternal program Umum Komite Mutu
- Menghadiri rapat, seminar/workshop terkait pencapaian pelaksanaan manajemen risiko klinis
- Memimpin upaya-upaya pencegahan dan perbaikan kondisi fisik dan non fisik yang dapat membahayakan keselamatan pasien dan meningkatkan risiko keselamatan bagi pasien
- Melakukan koordinasi tentang program *patient safety* dan manajemen risiko klinis dengan unit terkait dalam pembuatan RCA dan FMEA
- Mendorong dan mengkoordinasikan pemenuhan sarana dan prasarana fisik sesuai standar keamanan dan berkenaan dengan menjaga keselamatan pasien dan meminimalkan risiko
- Menampung masukan dari masyarakat pengguna jasa dalam rangka mengantisipasi risiko keamanan dan menjaga keselamatan pasien

e. Wewenang

Mengelola manajemen risiko dan melakukan pengawasan dan penilaian pelaksanaan manajemen risiko diseluruh unit kerja di Rumah Sakit..

f. Hasil Kerja :

- Pedoman dan program kerja terkait manajemen risiko Rumah Sakit
- Identifikasi Risiko
- Evaluasi Risiko
- Mitigasi Risiko

- Komunikasi dan Konsultasi
- Monitoring dan Review
- Pelaporan Insiden

8. Penanggung Jawab Data (PIC)

a. Pengertian Jabatan

Seorang yang membantu tugas Ketua Sub Komite Mutu untuk menganalisa dan memvalidasi data mutu rumah sakit yang dilaporkan oleh pengumpul data.

b. Tanggung Jawab

Penanggung jawab data secara administratif bertanggung jawab kepada Ketua Mutu melalui Ketua Sub Komite Mutu terhadap pelaksanaan program PMKP di setiap unsur/unit kerja masing-masing

c. Tugas Pokok

Membantu menganalisa dan memvalidasi data mutu masing-masing unit kerjanya.

d. Uraian Tugas

- Menganalisa data indikator mutu tiap unit dan melaporkan data tersebut kepada Ketua Sub Komite Mutu.
- Melakukan validasi data indikator mutu unit setiap 3 bulan

9. Pengumpul Data

a. Pengertian Jabatan

Seorang yang membantu tugas Penanggung Jawab Data (PIC) untuk mengumpulkan data mutu rumah sakit.

b. Tanggung Jawab

Pengumpul data secara administratif bertanggung jawab kepada Penanggung Jawab Data (PIC) terhadap pelaksanaan program PMKP di setiap unsur/unit kerja masing-masing

c. Tugas Pokok

Membantu mengumpulkan data mutu masing-masing unit kerjanya.

d. Uraian Tugas

Mengumpulkan dan mencatat data indikator mutu tiap unit dan melaporkan data tersebut kepada Penanggung Jawab Data (PIC)

Selain mempunyai tugas tersebut, Komite Mutu juga melaksanakan tugas persiapan dan penyelenggaraan akreditasi Rumah Sakit. Komite Mutu dapat dibantu oleh tim yang bersifat *ad hoc* yang terdiri atas komite atau unit lain yang terkait.

BAB VII

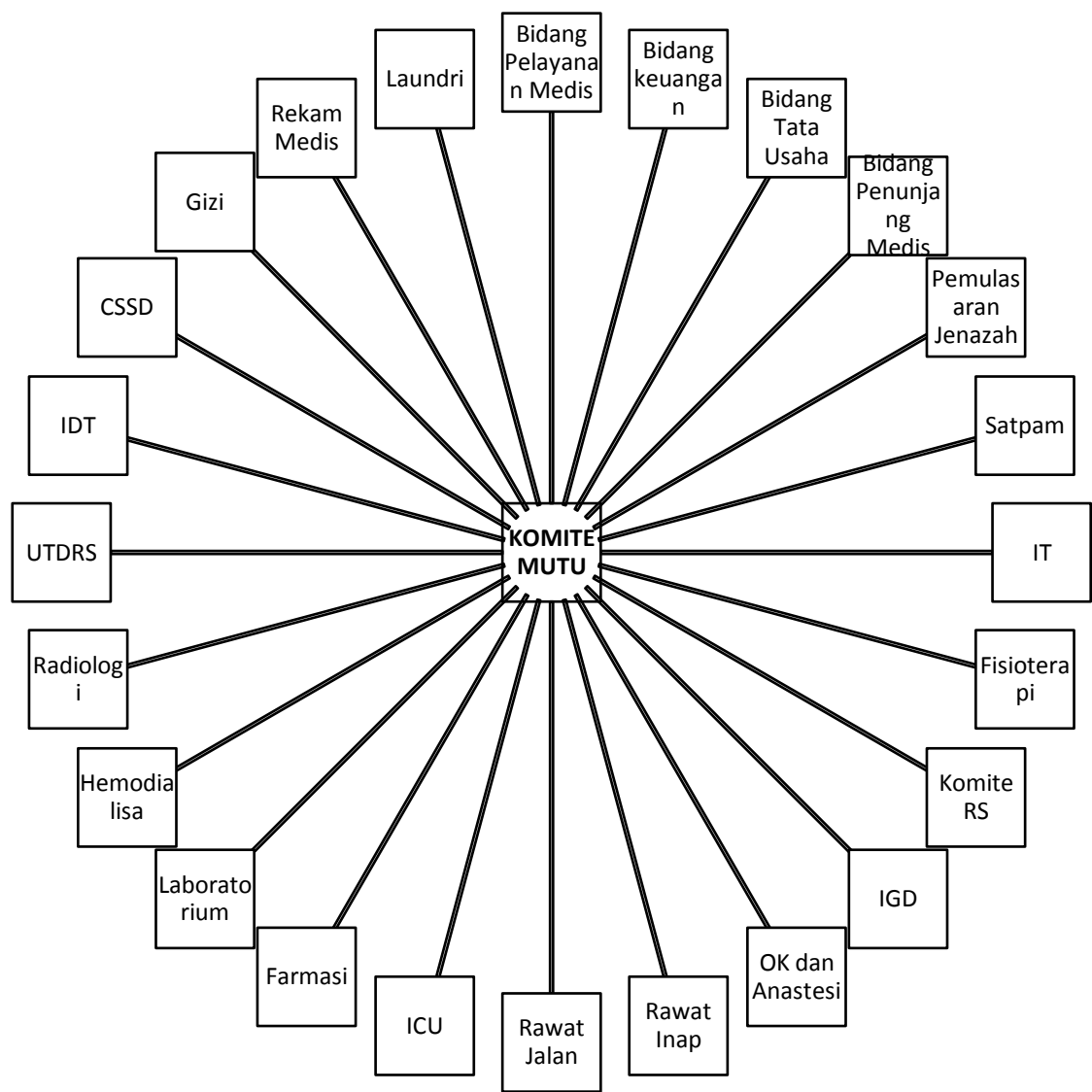
TATA HUBUNGAN KERJA

Dalam melaksanakan tugas, komite mutu dapat berkoordinasi dengan unsur komite medis, komite keperawatan, komite pencegahan dan pengendalian infeksi, dan unsur organisasi atau unit kerja terkait lainnya

Tata hubungan kerja meliputi:

- a. Tata hubungan kerja dalam penerapan peningkatan mutu Rumah Sakit
- b. Tata hubungan kerja dalam penerapan keselamatan pasien
- c. Tata hubungan kerja dalam penerapan manajemen risiko.

Bagan Tata Hubungan Kerja



Tata Hubungan Kerja

UNIT	TATA HUBUNGAN KERJA
Bidang Pelayanan Medis	Komite Mutu memiliki hubungan kerja dengan bidang pelayanan medis terkait dengan pencatatan dan pelaporan indikator mutu di bidang pelayanan medis.
Bidang Tata Usaha	Komite Mutu memiliki hubungan kerja dengan bidang tata usaha terkait dengan pencatatan dan pelaporan indikator mutu di bidang tata usaha.
Bidang Penunjang Medis	Komite Mutu memiliki hubungan kerja dengan bidang penunjang medis terkait dengan pencatatan dan pelaporan indikator mutu di bidang penunjang medis.
Bidang Keuangan	Komite Mutu memiliki hubungan kerja dengan bidang keuangan terkait dengan pencatatan dan pelaporan indikator mutu di bidang keuangan
Laboratorium	Komite Mutu memiliki hubungan kerja dengan laboratorium terkait pencatatan dan pelaporan indikator mutu pelayanan dan keselamatan pasien (pengisian sensus harian).
Radiologi	Komite Mutu memiliki hubungan kerja dengan radiologi terkait pencatatan dan pelaporan indikator mutu pelayanan dan keselamatan pasien (pengisian sensus harian).
Farmasi	Komite Mutu memiliki hubungan kerja dengan farmasi terkait pencatatan dan pelaporan indikator mutu pelayanan dan keselamatan pasien (pengisian sensus harian).
Rekam Medis	Komite Mutu memiliki hubungan kerja dengan rekam medis pencatatan dan pelaporan indikator mutu pelayanan dan keselamatan pasien (pengisian sensus harian).
Fisioterapi	Komite Mutu memiliki hubungan kerja dengan fisioterapi terkait pencatatan dan pelaporan indikator mutu pelayanan dan keselamatan pasien (pengisian sensus harian).
IDT	Komite Mutu memiliki hubungan kerja dengan IDT terkait pencatatan dan pelaporan indikator mutu pelayanan dan keselamatan pasien (pengisian sensus harian).
Gizi	Komite Mutu memiliki hubungan kerja dengan gizi terkait pencatatan dan pelaporan indikator mutu pelayanan dan keselamatan pasien (pengisian sensus harian).
CSSD	Komite Mutu memiliki hubungan kerja dengan CSSD terkait pencatatan dan pelaporan indikator mutu pelayanan dan keselamatan pasien (pengisian sensus harian).
UTDRS	Komite Mutu memiliki hubungan kerja dengan UTDRS terkait pencatatan dan pelaporan indikator mutu pelayanan dan keselamatan pasien (pengisian sensus harian).

Hemodialisa	Komite Mutu memiliki hubungan kerja dengan Hemodialisa terkait pencatatan dan pelaporan indikator mutu pelayanan dan keselamatan pasien (pengisian sensus harian).
Laundri	Komite Mutu memiliki hubungan kerja dengan laundri terkait pencatatan dan pelaporan indikator mutu pelayanan dan keselamatan pasien (pengisian sensus harian).
Rawat Inap	Komite Mutu memiliki hubungan kerja dengan bagian rawat inap terkait pencatatan dan pelaporan indikator mutu pelayanan dan keselamatan pasien (pengisian sensus harian).
Rawat Jalan	Komite Mutu memiliki hubungan kerja dengan bagian rawat jalan terkait pencatatan dan pelaporan indikator mutu pelayanan dan keselamatan pasien (pengisian sensus harian).
ICU	Komite Mutu memiliki hubungan kerja dengan ICU terkait pencatatan dan pelaporan indikator mutu pelayanan dan keselamatan pasien (pengisian sensus harian).
IGD	Komite Mutu memiliki hubungan kerja dengan IGD terkait pencatatan dan pelaporan indikator mutu pelayanan dan keselamatan pasien (pengisian sensus harian).
OK dan Anastesi	Komite Mutu memiliki hubungan kerja dengan OK dan Anastesi terkait pencatatan dan pelaporan indikator mutu pelayanan dan keselamatan pasien (pengisian sensus harian).
Satpam	Komite Mutu memiliki hubungan kerja dengan satpam terkait pencatatan dan pelaporan indikator mutu di bagian satpam.
Pemulasaran Jenazah	Komite Mutu memiliki hubungan kerja dengan bagian pemulasaran jenazah terkait pencatatan dan pelaporan indikator mutu di bagian pemulasaran jenazah.
IT	Komite Mutu memiliki hubungan kerja dengan bagian IT terkait pencatatan dan pelaporan indikator mutu di bagian IT.
Komite RS	Komite Mutu memiliki hubungan kerja dengan Komite RS (Komite Medis, Komite Keperawatan, Komite Penunjang Lainna, Komite PPI, Komite K3RS, Komkordik) terkait pencatatan dan pelaporan indikator mutu pelayanan dan keselamatan pasien (pengisian sensus harian).

BAB VIII

PERTEMUAN/RAPAT

1. Rapat berkala terdiri dari:
 - a. Rapat Rutin
 - b. Rapat Insidentil

2. Rapat Rutin diselenggarakan pada:

Waktu	: Minggu pertama setiap bulan
Jam	: 08.00 -selesai
Tempat	: Ruang Rapat Unit Kerja
Peserta	: Direktur dan Komite Mutu
Materi	: Laporan Indikator Mutu Rumah Sakit

3. Rapat Insidentil diselenggarakan sewaktu-waktu bila ada masalah atau sesuatu hal yang perlu dibahas segera.

BAB IX
PELAPORAN

NO	JENIS LAPORAN	WAKTU PELAPORAN	SUMBER DATA	TUJUAN LAPORAN
1	Penetapan Indikator mutu prioritas, Mutu kinerja, mutu unit	Tahunan	Komite Mutu	Direktur
				Kabid
				Ka Instalasi
				Ka Ruangan
				Ka unit
				Komite Medik
				Komite Keperawatan
				Komite PPI
				Komite K3RS
2	Pengumpulan Data	Bulanan	PIC data	Komite Mutu
3	Pengolahan Data	Bulanan	PIC data	Komite Mutu
4	laporan Analisa Data Indikator Kemenkes, Indikator Prioritas dan Indikator Mutu Unit	Triwulan	Komite Mutu	Direktur
5	Laporan <i>Plan Do Study Action</i> (PDSA)	Triwulan	Komite Mutu	Direktur
6	Laporan Insiden Keselamatan pasien	per 6 Bulan	Komite Mutu	Direktur
				Kabid
				K3RS
				Ruangan terkait
7	Laporan RCA	Bila Ada Kasus	Ruangan Terkait	Kemenkes
				Direktur
				Kabid
				K3RS
				Ruangan terkait
8	Laporan <i>Risk Register</i>	Tahunan	Komite Mutu	Direktur
				Kabid
				K3RS
				Ruangan terkait
9	Laporan FMEA	Tahunan	Komite Mutu	Direktur
				Kabid
				K3RS
				Ruangan terkait

10	Laporan Hasil Survey Budaya Keselamatan Pasien	Tahunan	Komite Mutu	Direktur
				Kabid
				Ka Instalasi
				Ka Ruangan
				Ka unit
				Komite Medik
				Komite Keperawatan
				Komite PPI
				Komite K3RS
11	Laporan Data Indikator	Tahunan	Komite Mutu	Direktur

BAB X

PENUTUP

Mutu pelayanan dan keselamatan pasien merupakan bagian dari pelayanan kesehatan di Rumah Sakit sehingga mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit dipengaruhi oleh mutu pelayanan keperawatan. Pelayanan keperawatan dikatakan bermutu apabila pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan standar yang ditetapkan dan untuk mengukur seberapa baik mutu pelayanan rumah sakit yang diberikan diperlukan suatu indikator mutu pelayanan dan keselamatan pasien.

Pedoman Kerja Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Muhammad Zein Painan ini mempunyai peranan penting sebagai pedoman dalam pelaksanaan kegiatan Mutu dan unit terkait. Keberhasilan dalam mempertahankan mutu diperlukan upaya yang terpadu dari semua tenaga kesehatan. Dalam hal ini diperlukan komitmen pimpinan rumah sakit dan seluruh perawat serta karyawan untuk memperbaiki atau meningkatkan mutu layanan

Penyusunan Pedoman Kerja Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) ini memerlukan dukungan dan kerja sama dari berbagai pihak dalam penerapannya untuk mencapai tujuan. Kami menyadari bahwa Pedoman Kerja Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) ini masih jauh dari sempurna, karena itu kami menerima saran dan kritik guna menyempurnakan pedoman ini.

Akhir kata, semoga Pedoman Kerja Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) ini dapat bermanfaat bagi para pembaca sekalian.