PANDUAN PEMILIHAN DAN PENETAPAN PRIORITAS PENGUKURAN MUTU PELAYANAN KLINIS YANG AKAN DIEVALUASI DI RSUD dr. MURJANI SAMPIT

NOMOR : /PND/KPMKP/P09/RSUD-DM/I/2018

SURAT KEPUTUSAN DIREKTUR RSUD dr. MURJANI SAMPIT

NOMOR : /PND/KPMKP/P09/RSUD-DM/I/2018

tentang

PANDUAN PEMILIHAN DAN PENETAPAN PRIORITAS PENGUKURAN MUTU PELAYANAN KLINIS YANG AKAN DIEVALUASI DI RSUD dr. MURJANI SAMPIT

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Tindakan | Nama | Jabatan | Tanda Tangan | Tanggal |
| Disiapkan |  | Ketua Komite PMKP |  |  |
| Diperiksa |  | Wakil Direktur Pelayanan |  |  |
| Disetujui |  | Direktur |  |  |



SURAT KEPUTUSAN DIREKTUR RSUD dr. MURJANI SAMPIT

NOMOR : /PND/KPMKP/P09/RSUD-DM/I/2018

tentang

PANDUAN PEMILIHAN DAN PENETAPAN PRIORITAS PENGUKURAN MUTU PELAYANAN KLINIS YANG AKAN DIEVALUASI DI RSUD dr. MURJANI SAMPIT

DIREKTUR RSUD dr. MURJANI SAMPIT

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| MENIMBANG  MENGINGAT | :  : | a.  b.  c.  d.  1.  2.  3.  4.  5.  6.  7. | bahwa rumah sakit sebagai salah satu sarana kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat memiliki peran yang sangat strategis dalam mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat;  bahwa rumah sakit mempunyai kewajiban memberikan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, anti diskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standard mutu pelayanan klinis rumah sakit;  bahwa setiap rumah sakit berkewajiban membuat, melaksanakan, dan menjaga standard mutu pelayanan klinis sebagai acuan dalam melayani pasien;  bahwa untuk memudahkan dalam pemilihan, pelaksanaan, penerapan dan pengukuran indikator mutu RSUD dr. Murjani Sampit, perlu ditetapkan Panduan pemilihan dan penetapan prioritas pengukuran mutu pelayanan klinis yang akan dievaluasi di RSUD dr. Murjani Sampit.  Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 tahun 1992 tentang Pokok-Pokok Kesehatan;  Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit;  Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129 tahun 2008, tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;  Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017, tentang Keselamatan Pasien;  Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Tengah Nomor 134 tahun 2013, tentang Pemberian Ijin Operasional Tetap Kepada RSUD dr. Murjani Sampit;  Peraturan Bupati Kotawaringin Timur Nomor 10 Tahun 2011, tentang Tata Kelola Rumah Sakit Umum Daerah dr. Murjani Sampit.  Peraturan Bupati Kotawaringin Timur Nomor 29 Tahun 2011, tentang Standar Pelayanan Minimal Sakit Umum Daerah dr. Murjani Sampit. |

MEMUTUSKAN

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| MENETAPKAN  KESATU  KEDUA  KETIGA  KEEMPAT  KELIMA | :  :  :  :  :  : | Memberlakukan Panduan pemilihan dan penetapan prioritas pengukuran mutu pelayanan klinis yang akan dievaluasi di RSUD dr. Murjani Sampit sebagaimana tercantum dalam lampiran keputusan ini;  Hasil pengukuran indikator mutu prioritas pelayanan klinis pada unit terkait harus dilaporkan kepada Komite PMKP setiap 1 (satu) minggu sekali, kemudian dilanjutkan pelaporan dari Komite PMKP kepada Direktur setiap setiap 3 (tiga) bulan sekali. Direktur melaporkan hasil pelaksanaan indikator mutu prioritas kepada Dewan Pengawas Rumah Sakit sebagai representasi pemilik rumah sakit setiap 3 (tiga) bulan sekali.  Indikator mutu prioritas pelayanan klinis yang dimaksud meliputi : Indikator mutu Area Klinis (IAK), Indikator mutu Area Manajemen (IAM) dan Indikator mutu area Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) yang telah disetujui dan disepakati bersama harus disosialisasikan baik tertulis maupun lisan kepada unit kerja terkait;  Indikator mutu prioritas pelayanan klinis yang dipilih dan diukur, dilakukan evaluasi setiap tahunnya. Bila tidak bermanfaat untuk melakukan perbaikan, karena sudah tidak ada lagi yang perlu diperbaiki, maka sebaiknya diganti dengan indikator mutu pelayanan klinis yang baru.  Apabila hasil evaluasi mensyaratkan adanya perbaikan maka akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ditetapkan di  Tanggal | :  : | Sampit  Januari 2018 |

|  |
| --- |
| Direktur,  dr. DENNY MUDA PERDANA, Sp.Rad  Pembina Utama Muda  NIP. 19621121 199610 1 001 |

TEMBUSAN Yth :

1. Kepala Unit di RSUD dr. Murjani Sampit
2. Arsip

LAMPIRAN SURAT KEPUTUSAN DIREKTUR RSUD dr. MURJANI SAMPIT

NOMOR : /PND/KPMKP/P09/RSUD-DM/I/2018

TANGGAL : JANUARI 2018

PENDAHULUAN

1. Latar Belakang

Mutu pelayanan rumah sakit merupakan derajat kesempurnaan pelayanan rumah sakit untuk memenuhi kebutuhan masyarakat / konsumen akan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar profesi dengan menggunakan potensi sumber daya yang tersedia dirumah sakit secara wajar, efisien dan efektif serta diberikan secara aman dan memuaskan sesuai norma, etika, hukum dan sosio budaya dengan memperhatikan keterbatasan dan kemampuan pemerintah dan masyarakat sebagai konsumen.

Menurut Donabedian, pengukuran mutu pelayanan kesehatan dapat diukur dengan menggunakan 3 (tiga) variabel, yaitu:

1. Input (struktur) ialah segala sumber daya yang diperlukan untuk melakukan pelayanan kesehatan, seperti tenaga, dana, obat, fasilitas, peralatan, bahan teknologi, organisasi, informasi, dan lain-lain. Pelayanan kesehatan yang bermutu memerlukan dukungan input yang bermutu pula. Hubungan struktur dengan mutu pelayanan kesehatan adalah dalam perencanaan dan penggerakan pelaksanaan pelayanan kesehatan.
2. Proses ialah interaksi profesional antara pemberi pelayanan dengan konsumen (pasien/masyarakat). Proses ini merupakan variabel peningkatan mutu yang penting.
3. *Output / outcome* ialah hasil pelayanan kesehatan, merupakan perubahan yang terjadi pada konsumen (pasien/masyarakat), termasuk kepuasan dari konsumen tersebut.

Pengukuran mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit sudah diawali dengan penilaian akreditasi rumah sakit yang mengukur dan memecahkan masalah pada tingkat input dan proses. Pada kegiatan ini rumah sakit harus melakukan berbagai standar dan prosedur yang telah ditetapkan. Rumah sakit dipacu untuk dapat menilai diri sendiri (*self assesment*) dan memberikan pelayanan sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan. Sebagai kelanjutan untuk mengukur hasil kerjanya perlu adanya latar ukur yang lain, yaitu intrumen mutu pelayanan rumah sakit yang menilai dan memecahkan masalah pada hasil (*output).* Tanpa mengukur hasil kinerja rumah sakit, tidak dapat diketahui apakah input dan proses yang baik telah menghasilkan output yang baik pula. Indikator rumah sakit yang disusun dengan bantuan WHO bertujuan mengukur kinerja rumah sakit secara nyata.

Di Indonesia telah dikeluarkan Undang-Undang Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit, Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Minimal Pelayanan Rumah Sakit menyebutkan bahwa Rumah Sakit sebagai salah satu sarana kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan kepada mayarakat memiliki peran yang sangat strategis dalam mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat, Undang- Undang Nomor : 36 tahun 2009 tentang Kesehatan, Kepmenkes Nomor : 1333/MENKES/SK/XII/1999 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit serta Permenkes Nomor : 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien, maka rumah sakit dituntut untuk memberikan pelayanan yang bermutu sesuai dengan standar yang ditetapkan dan dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat.

Dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, khususnya di rumah sakit disusun suatu indikator mutu untuk mengukur kualitas pelayanan. Indikator mutu rumah sakit adalah seperangkat alat ukur mutu pada *output* suatu pelayanan. Alat ukur ini lebih mencerminkan mutu pelayanan medik, mutu pelayanan pendukung dan tingkat kecanggihan. Indikator ini merupakan indikator minimal yang seharusnya dapat dilaksanakan pada sebagian besar rumah sakit.

Agar upaya peningkatan mutu pelayanan di RSUD dr. Murjani Sampit dapat seperti yang diharapkan, maka perlu ditetapkan Panduan pemilihan dan penetapan prioritas pengukuran mutu pelayanan klinis yang akan dievaluasi. Hal tersebut disusun sebagai acuan bagi pengelola RSUD dr. Murjani Sampit dalam melaksanakan upaya peningkatan mutu pelayanan rumah sakit. Dalam panduan ini diuraikan tentang definisi, ruang lingkup indikator mutu prioritas pelayanan klinis, tata laksana dan dokumentasi indikator mutu pelayanan klinis.

1. Tujuan
2. Tujuan umum :

Memberikan panduan dalam pemilihan dan penetapan indikator mutu prioritas pelayanan klinis untuk meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien RSUD dr. Murjani Sampit.

1. Tujuan khusus :
   1. Dapat terselenggaranya pemilihan indikator mutu prioritas pelayanan klinis sesuai dengan yang diperlukan.
   2. Memudahkan unit kerja dalam pelaksanaan, penerapan dan pengukuran indikator mutu prioritas pelayanan klinis.
   3. Memperjelas alur pelaksanaan dan pelaporan untuk mengetahui keberhasilan pelaksanaan indikator mutu prioritas pelayanan klinis.

BAB I

DEFINISI

Prinsip dasar upaya peningkatan mutu pelayanan adalah pemilihan aspek yang akan ditingkatkan dengan menetapkan indikator, kriteria serta standar yang digunakan untuk mengukur mutu pelayanan rumah sakit. Berikut beberapa definisi aspek-aspek dalam pelaksanaan indikator mutu.

1. Indikator

Indikator adalah suatu cara untuk menilai penampilan dari suatu kegiatan dengan menggunakan instrumen. Menurut WHO, indikator adalah variabel yang digunakan untuk mengukur perubahan. Indikator yang ideal harus memiliki 4 (empat) kriteria :

* 1. Sahih (*valid*), yaitu benar-benar dapat dipakai untuk mengukur aspek yang akan dinilai.
  2. Dapat dipercaya (*reliable*), yaitu mampu menunjukkan hasil yang sama pada saat yang dinilai berulang kali, untuk waktu sekarang maupun yang akan datang.
  3. Sensitif, yaitu cukup peka untuk mengukur, sehingga jumlahnya tidak perlu banyak.
  4. Spesifik, yaitu memberikan gambaran perubahan ukuran yang jelas.

1. Mutu

Menurut Crosby, mutu adalah sesuai yang disyaratkan atau distandarkan (*Conformance tor equirement*), yaitu sesuai dengan standar mutu rumah sakit yang telah ditentukan, baik inputnya, prosesnya maupun outputnya.

1. Indikator Mutu

Indikator mutu adalah variabel yang dapat digunakan untuk mengevaluasi mutu keadaan atau status dan memungkinkan dilakukan pengukuran terhadap perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu atau tolok ukur presentasi kuantitatif/ kualitatif yang digunakan untuk mengukur terjadinya perubahan terhadap besaran target atau standart yang telah ditetapkan sebelumnya/ cara untuk menilai mutu atau kualitas dari suatu kegiatan dalam hal ini mutu pelayanan di rumah sakit.

1. Indikator Mutu Prioritas Pelayanan Klinis

Adalah indikator mutu pelayanan klinis yang diutamakan yang akan diimplementasi di rumah sakit meliputi kegiatan : penyusunan indikator mutu, sosialisasi, uji coba, implementasi, validasi, analisa, pencatatan dan pelaporan*, benchmarking*, publikasi, monitoring dan evaluasi, pelaporan ke Direktur dan Dewan Pengawas Rumah Sakit. Indikator mutu prioritas pelayanan klinis meliputi Indikator Mutu Area Klinis (IAK), Indikator Mutu Area Manajerial (IAM) dan Indikator Mutu Area Sasaran Keselamatan Pasien (SKP)

1. Indikator Mutu Unit Kerja

Adalah indikator mutu yang tetap dijalankan pada unit kerja terkait, sebagai upaya peningkatan mutu pelayanan. Dimana kegiatan validasi, monitoring dan evaluasi dan *benchmarkin*g dilakukan menyusul setelah indikator mutu pelayanan klinis terlaksana sesuai dengan yang diharapkan.

1. Indikator Mutu Area Klinis

Indikator mutu area klinis adalah cara untuk menilai mutu atau kualitas dari suatu kegiatan dalam hal ini mutu pelayanan di rumah sakit yang berkaitan langsung dengan proses perawatan dan pelayanan terhadap penyakit pasien (kepentingan klinis).

1. Indikator Mutu Area Manajerial

Indikator mutu area manajerial adalah cara untuk menilai mutu atau kualitas dari suatu kegiatan dalam hal ini mutu pelayanan di rumah sakit yang berkaitan dengan proses me-*manag*e/mengatur dalam hal perencanaan, pengorganisasian, pengkoordinasian, dan pengontrolan sumber daya untuk mencapai sasaran secara efektif dan efisien. Dimana penyelesaian pekerjaan inti melalui orang lain (definisi menurut Mary Parker Follet). Efektif berarti bahwa tujuan dapat dicapai sesuai dengan perencanaan, sementara efisien berarti bahwa tugas yang ada dilaksanakan secara benar, terorganisir, dan sesuai dengan jadwal/ target.

1. Indikator Mutu Area Sasaran Keselamatan Pasien

Indikator mutu area sasaran keselamatan pasien adalah cara untuk menilai mutu atau kualitas dari suatu kegiatan dalam hal ini mutu pelayanan di rumah sakit dalam upaya menurunkan angka kejadian/insiden di rumah sakit untuk meningkatkan keselamatan pasien.

1. Kamus Profil Indikator

Kamus profil indikator berisi poin-poin indikator mutu dari tiap unit rumah sakit, di dalamnya mencakup : judul indikator, definisi operasional, tujuan, dimensi mutu, alasan pemilihan indikator, numenator, denominator, formula pengukuran, metodologi pengumpulan data, cakupan datanya, frekuensi pengumpulan data, frekuensi analisa data, metodologi analisa, sumber data, penanggung jawab pengumpul data, publikasi data.

1. Dimensi Mutu

Suatu pandangan dalam menentukan penilaian terhadap jenis dan mutu pelayanan dilihat dari akses, efektifitas, efisiensi, keselamatan dan keamanan kenyamanan, kesinambungan pelayanan, kompetensi teknis, dan hubungan antar manusia berdasarkanWHO.

1. Definisi Operasional

Dimaksudkan untuk menjelaskan pengertian dari indikator.

1. Frekuensi Pengumpulan Data

Adalah frekuensi pengambilan data dari sumber data untuk tiap indikator.

1. Periode Analisa

Adalah rentang waktu pelaksanaan kajian terhadap indikator kinerja yang dikumpulkan.

1. Numerator/Pembilang

Adalah besaran sebagai nilai pembilang dalam rumus indikator kinerja.

1. Denumerator/Penyebut

Adalah besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus indikator kinerja.

1. Sumber Data

Adalah sumber bahan nyata/ keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan langsung dengan persoalan.

1. Standar/Target

Adalah nilai atau ukuran pencapaian mutu/kinerja tertentu yang telah ditetapkan dan wajib dicapai langsung atau bertahap berdasarkan kemampuan pemilik rumah sakit. Standar adalah sesuatu ukuran atau patokan untuk mengukur kuantitas, berat, nilai atau mutu. Standar yang digunakan ditetapkan berdasarkan acuan dari berbagai sumber, *benchmarkin*g dengan rumah sakit yang setara, berdasarkan trend yang menuju kebaikan.

1. Populasi

Adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas obyek/subyek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono,2007:90)

1. *Sampel*

Adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut.

BAB II

RUANG LINGKUP

Jenis Indikator Mutu Prioritas Pelayanan Klinis Yang Akan Dievaluasi di RSUD dr. Murjani Sampit, meliputi :

1. Indikator Mutu Area Klinik (IAK)
2. Indikator Mutu Area Manajemen (IAM)
3. Indikator Mutu Area Sasaran Keselamatan Pasien (SKP)

BAB III

TATA LAKSANA

1. Penyusunan Indikator Mutu Prioritas Pelayanan Klinis

Tata laksana penyusunan indikator prioritas mutu prioritas pelayanan klinis terdiri atas:

1. Direktur rumah sakit menetapkan prioritas pengukuran dan perbaikan di seluruh rumah sakit , meliputi upaya pengukuran dan perbaikan yang mempengaruhi atau mencerminkan aktivitas yang terdapat di berbagai unit pelayanan
2. Direktur rumah sakit berfokus pada upaya pengukuran dan peningkatan mutu rumah sakit termasuk kepatuhan terhadap sasaran keselamatan pasien.
3. Direktur rumah sakit dengan para pimpinan dan komite PMKP merancang upaya peningkatan mutu pelayanan prioritas rumah sakit dengan memperhatikan beberapa hal :
4. Misi Rumah Sakit
5. Data-data permasalahan yang ada, misalnya : komplain pasien, capaian indikator mutu yang rendah, terdapat kejadian tidak diharapkan.
6. Terdapat sistem serta proses yang memperlihatkan variasi penerapan dan hasil yang paling banyak.
7. Dampak dari perbaikan.
8. Dampak pada perbaikan sistem sehingga efek perbaikan dapat terjadi di seluruh rumah sakit.
9. Jenis Indikator Mutu Prioritas Pelayanan Klinis RSUD dr. Murjani Sampit
10. Indikator Mutu Area Klinik
11. Indikator Mutu Area Manajemen
12. Indikator Mutu Area Sasaran Keselamatan Pasien
13. Tabel Judul Indikator Mutu Prioritas Pelayanan Klinis

Adalah indikator mutu yang diutamakan, yang akan diimplementasi dirumah sakit, meliputi kegiatan penyusunan indikator mutu, sosialisasi, uji coba, implementasi, validasi, analisa, pencatatan dan pelaporan, *benchmarking*, publikasi, monitoring dan evaluasi, pelaporan ke Direktur dan Dewan Pengawas Rumah Sakit.

1. Kamus Profil Indikator Mutu

Konten form profil indikator mutu meliputi : judul indikator, definisi operasional, tujuan, dimensi mutu, alasan pemilihan indikator, numerator, denomerator, formula pengukuran, metodologi pengumpulan data, cakupan datanya, frekuensi pengumpulan data, frekuensi analisa data, metodologi analisa, sumber data, penanggung jawab pengumpul data, publikasi data.

1. Populasi Dan Sampel

Aspek *sampling* dalam pengukuran indikator mutu rumah sakit adalah:

1. Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas obyek/subyek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2007:90)

2. *Sampel* adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut. Ukuran sampel atau jumlah sampel yang diambil menjadi persoalan yang penting manakala jenis penelitian yang akan dilakukan adalah penelitian yang menggunakan analisis kualitatif. Pada penelitian yang menggunakan analisis kualitatif, ukuran sampel bukan menjadi nomor satu, karena yang dipentingkan adalah kekayaan informasi. Walau jumlahnya sedikit tetapi jika kaya akan informasi, maka sampelnya lebih bermanfaat.

3. Menentukan jumlah *sampel*

* 1. Jika ukuran populasinya diatas 1000, maka sampel = 10%,
  2. Jika ukuran populasinya ≥ 100, sampelnya paling sedikit 30%
  3. Jika ukuran populasinya < 100, maka sampelnya harus 100%.

1. Sosialisasi Indikator Mutu Prioritas Pelayanan Klinis Ke Unit Terkait.

Indikator prioritas mutu prioritas pelayanan klinis terpilih yang telah disetujui oleh Direktur dan disepakati bersama dilakukan sosialisasi kepada unit kerja terkait, agar unit kerja terkait dapat melakukan tindak lanjut. Sosialisasi indikator mutu prioritas pelayanan klinis antara lain dilaksanakan di rapat koordinasi, *website*, media informasi, majalah dinding (mading) dan sosialisasi baik tertulis maupun lisan.

1. Uji Coba/Trial Indikator Mutu

Uji coba indikator mutu prioritas terpilih pada unit terkait dalam waktu 1 (satu) minggu atau dalam waktu yang telah ditentukan.

1. Revisi Dan Menyepakati Bersama

Revisi dari hasil uji coba indikator mutu prioritas terpilih dari unit kerja terkait.

1. Implementasi Indikator Mutu Prioritas Pelayanan Klinis

Penerapan indikator mutu prioritas pada unit terkait untuk dilaksanakan dalam rangka meningkatkan mutu dan keselamatan pasien.

1. Validasi Indikator Mutu Prioritas Pelayanan Klinis

Hasil pelaksanaan indikator mutu prioritas pada unit kerja terkait dilakukan pembuktian dengan cara yang sesuai bahwa setiap prosedur, kegiatan atau mekanisme yang digunakan dalam prosedur dan pengawasan apakah sudah mencapai hasil yang diinginkan/sesuai target. Apakah data atau informasi yang disajikan sudah sesuai dengan keadaan senyatanya.

Jumlah sampel validasi yang digunakan :

1. Jika populasi ≥ 180, diambil sampel minimal l5% atau maksimum 50 sampel validasi.
2. Jika populasi ≤ 180, diambil sampel minimal 9 atau jika hanya ada 9 sampel, maka 100% dijadikan sampel validasi.

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam proses validasi indikator mutu :

* 1. Pencapaian sasaran mutu dilaksanakan validasi dan analisa data oleh petugas yang berkompeten dengan dukungan teknologi.
  2. Indikator sasaran mutu dilakukan validasi data baik internal maupun eksternal
  3. Validasi data dilakukan saat :
  4. Implementasi pengukuran proses baru
  5. Publikasi data
  6. Terjadi perubahan proses yang sudah berjalan
  7. Terjadi perubahan hasil pengukuran dengan sebab yang tidak diketahui
  8. Sumber dan subyek pengumpulan data berubah

1. Komite PMKP melakukan perbandingan data asli dengan hasil data yang diambil oleh orang kedua.
2. Hasil sampel data yang dilakukan oleh orang pertama dan kedua bisa terjadi kesamaan atau perbedaan secara signifikan.
3. Hasil data yang mengalami perbedaan secara signifikan atau ada perbedaan akurasi cukup jauh, maka bisa melakukan pengukuran data ulang dengan rumus akurasi sebagai berikut:

Jumlah temuan yang berbeda dibagi total sampel yang ada dikalikan 100%.

Dengan rumus akurasi : Jumlah Temuan 🞨 100%

Total sampel

1. Data baik jika hasil ketidak akurasian data tidak melebihi dari 10%
2. Data hasil ketidak akurasian ≥ 10%, maka dilakukan *corrective action*, kemudian di implementasikan kepada unit terkait, setelah *corrective action* lakukan proses pengumpulan data lagi sampai akurasi data mencapai > 90%.
3. Data dari sasaran mutu baru, setelah *corrective action* dilakukan pengukuran frekuensi analisa data oleh unit.
4. Penentuan frekuensi analisa data sasaran mutu *corrective action* sesuai dengan kebutuhan dan urgensi dari proses pengumpulan data tersebut yang ditentukan oleh Direktur.
5. Tampilan data hasil analisa setelah *corrective action,* dengan menggunakan data statistik deskriptif pada tinjauan rapat pimpinan.
6. Komite PMKP melaporkan hasil analisa data *corrective action* kepada Direktur Rumah Sakit untuk mendapatkan legalitas sesuai dengan tujuan validasi data terutama untuk kepentingan publikasi pimpinan rumah sakit memastikan reliabilitas data.
7. Pencatatan Dan Pelaporan Indikator Mutu Prioritas Pelayanan Klinis

Pencatatan adalah melakukan pencatatan data penyelenggaraan tiap kegiatan indikator mutu prioritas pelayanan klinis dan melaporkan data tersebut kepada Direktur berupa laporan lengkap pelaksanaan indikator mutu prioritas pelayanan klinis dengan menggunakan format yang ditetapkan.

Pelaporan berisi laporan hasil pelaksanaan indikator mutu prioritas pelayanan klinis pada unit terkait.

* 1. Pelaporan dari unit kerja ke komite PMKP setiap 1 ( satu) minggu
  2. Pelaporan dari komite PMKP ke Direktur setiap 3 (tiga) bulan
  3. Pelaporan dari Direktur kepada Dewan Pengawas Rumah Sakit setiap 3 (tiga) bulan

1. Analisa Data Indikator Mutu Prioritas Pelayanan Klinis

Analisa data secara diskriptif (meliputi tampilan dan kesesuaian hasil sesuai target). Instrumen atau data yang diorganisir, diklasifikasi sampai pengambilan keputusan yang digunakan dalam setiap langkah untuk mengukur hasil akhir.

1. Rapat Pimpinan Indikator Mutu Prioritas Pelayanan Klinis Baik Insidentil, Bulanan Atau Tri Bulanan

Rapat tinjauan manajemen/ rapat pimpinan baik insidentil maupun rutin adalah kegiatan koordinasi yang dilakukan oleh pimpinan unit kerja yang berkaitan dengan indikator mutu pada unit kerja tersebut dan kegiatan komite PMKP bersama dengan Direktur dalam membahas, mengevaluasi, dan melakukan tindak lanjut mengenai indikator mutu, dilaksanakan setiap 3 (tiga) bulan.

1. *Benchmarking* Internal/Eksternal

*Benchmarking* = uji standar mutu = menguji atau mambandingkan standart mutu yang telah ditetapkan terhadap standart mutu pihak lain. Dengan melakukan *benchmarking*, rumah sakit dapat mengetahui seberapa jauh mereka dibandingkan dengan yang terbaik dari sejenisnya.

*Benchmarking* adalah proses yang sistematis dan berdasarkan data untuk peningkatan berkesinambungan yang melibatkan perbandingan dengan pihak internal dan atau eksternal untuk mengidentifikasi, mencapai, dan mempertahankan *best practice* dengan cara membandingkan hasil data:

* 1. Didalam RS/trend
  2. Dengan RS lain
  3. Dengan standar
  4. Dengan *best practice*

*Benchmarkin*g ada dua jenis yaitu *benchmarkin*g internal dan eksternal.

1. *Benchmarking internal* adalah membandingkan proses yang sama pada area yang berbeda dalam satu organisasi, dalam periode tertentu.

Syarat dilakukannya *benchmarking internal* pada unit kerja adalah :

* 1. Indikator sasaran mutu nya sama
  2. Unitnya setipe pada RSUD dr. Murjani Sampit

1. Jenis layanan setipe
2. Periode frekuensi pengukuran data sama
3. *Benchmarking eksternal* adalah membandingkan performa, target atau proses dengan antara satu atau lebih organisasi.

Penentuan *Partner Benchmarking* :

* 1. Jenis rumah sakit sesuai tipe minimal rumah sakit tipe B

1. Tipe organisasi rumah sakit sama dibawah pemerintah daerah
2. Hubungan kompetitif
3. Jenis pasien yang dilayani
4. Ukuran organisasi
5. Lokasi geografis

Jika *benchmarking* hasil gap analisis positif atau pun negatif dan perbedaannya sangat bermakna yaitu gap melebihi 10% maka dilakukan *Root Cause Analysis* (RCA) untuk menetapkan prioritas mana yang akan dilakukan perbaikan dengan tetap memperhatikan siklus PDCA.

Jika hasil lebih jelek dari standar dilakukan langkah sesuai siklus PDCA:

*Plan* : plan lagi sesuatu yang baru, *redesign* lagi sesuatu yang baru

*Do* : lakukan trial selama 1 (satu) bulan

*Cek* : cek/diukur penggunaannya selama 1 (satu) bulan.

Selama proses kerja baru wajib membuat sasaran mutu atas proses kerja baru tersebut, untuk menentukan bagus atau tidak.

*Action* : *act*ion apabila ada yang perlu dibenahi kembali SPO sasaran mutu

tersebut.

1. Publikasi Data Indikator Mutu Prioritas Atara Lain Website, Media Informasi, Mading Dan Sosialisasi Baik Tertulis Maupun Lisan

Hasil pencapaian indikator mutu dilakukan sosialisasi kepada unit terkait. Agar unit terkait data melakukan tindak lanjut atas angka capaian indikator mutu yang telah didapat.

1. Pemantauan (Monitoring Dan Evaluasi) Dan Tindak Lanjut Indikator Mutu

Monitoring indikator mutu prioritas pelayanan klinis adalah proses analisis, penilaian dan pengumpulan informasi secara sistematis dan kontinyu terhadap indikator mutu sehingga dapat mengidentifikasi persoalan, dapat mengetahui yang dikerjakan telah berhasil atau belum (Lienert, 2002) dan dijadikan koreksi untuk penyempurnaan indikator mutu selanjutnya. Hasil pengukuran lebih tinggi/lebih rendah dari target diterima dikomunikasikan upaya perbaikan (Pancheon, 2008).

Evaluasi adalah proses penilaian pencapaian tujuan dan pengungkapan masalah kinerja program/proyek untuk memberikan umpan balik bagi peningkatan kualitas kinerja program/proyek.

Dalam program menjaga mutu, pelaksanaan kegiatan ini tercakup dalam suatu siklus kegiatan tertentu yang dikenal dengan nama siklus PDCA ( Plan, Do, Cek, Action).

PDCA merupakan rangkaian kegiatan yang terdiri dari penyusunan rencana kerja, pelaksanaan rencana kerja, pemeriksaan pelaksanaan rencana kerja, serta perbaikan yang dilakukan secara terus menerus dan berkesinambungan untuk lebih meningkatkan mutu pelayanan yang diselenggarakan.

1. Pelaporan Ke Direktur

Pelaporan hasil pelaksanaan indikator mutu proritas pelayanan klinis di unit terkait yang telah direkapitulasi oleh kepala ruang kepada komite PMKP dilaksanakan setiap 1 (satu) minggu sekali. Dari laporan tiap unit, hasil pelaksanaan indikator mutu dilakukan validasi oleh komite PMKP untuk kemudian dilaporkan kepada Direktur setiap 3 (tiga) bulan sekali. Setiap tahun dilakukan pelaporan hasil akhir pencapaian peningkatan mutu Rumah Sakit kepada direktur.

1. Pelaporan Ke Dewan Pengawas Rumah Sakit

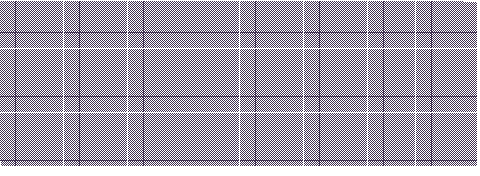
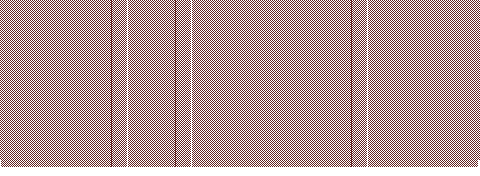
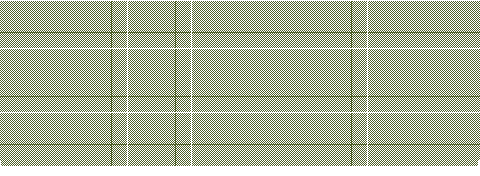
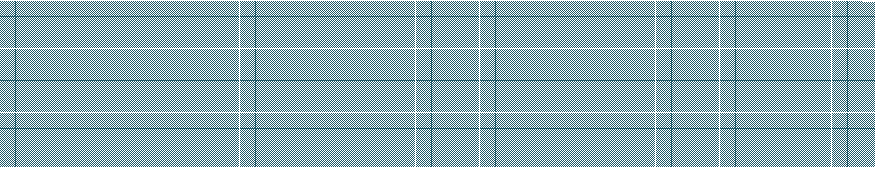
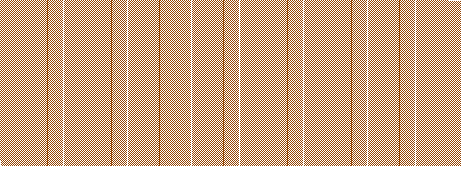
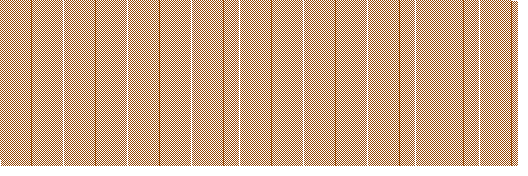
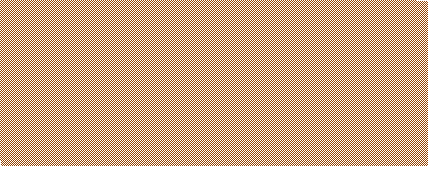
Direktur Rumah Sakit melaporkan hasil akhir pencapaian indikator mutu prioritas pelayananan klinis setiap 3 (tiga) bulan sekali kepada Dewan Pengawas Rumah Sakit sebagai representasi Pemilik RSUD dr. Murjani Sampit.

BAB IV

DOKUMENTASI

Dokumentasi dalam pelaksanaan indikator mutu adalah sebagai bukti adanya pelaksanaan dan tindak lanjut sebagai upaya peningkatan mutu pelayanan pada setiap unit kerja rumah sakit.

* 1. Standar prosedur operasional (SPO) pemilihan indikator mutu prioritas pelayanan klinis
  2. Keputusan direktur tentang indikator mutu prioritas pelayanan klinis
  3. Profil indikator mutu prioritas pelayanan klinis
  4. Tabel pelaksanaan indikator mutu prioritas sensus harian ke dalam SISMADAK oleh unit kerja (Format Pencatatan Harian Indikator Mutu, formulasi indikator mutu, form check list, dokumen lainnya)
  5. Formulir rekapitulasi laporan indikator mutu oleh unit (Form rekapitulasi indikator mutu).
  6. Dokumen deskripsi data indikator mutu prioritas
  7. Hasil kegiatan rapat pimpinan indikator mutu prioritas
  8. Bukti sosialisasi indikator mutu prioritas ke unit kerja
  9. Dokumentasi pelaporan komite PMKP kepada direktur rumah sakit dan pelaporan direktur kepada dewan pengawas rumah sakit.



SISTEM PENCATATAN DAN PELAPORAN INDIKATOR MUTU PRIORITAS

Unit Kerja 1 Unit Kerja 2 Unit Kerja 3

(mis. Unit IGD) (mis. Unit (mis. Unit

Rawat Inap Rawat Inap)

Mananger/Kepala Bagian/Kepala

Instalasi/Penanggung Jawab Terkait

KOMITE PMKP

DIREKTUR

DEWAN PENGAWAS

PENUTUP

Keberadaan suatu indikator mutu prioritas untuk mengukur mutu pelayanan di rumah sakit akan mempunyai manfaat yang sangat banyak bagi pengelolaan rumah sakit, terutama untuk mengukur kinerja rumah sakit itu sendiri *(self assessment).* Manfaat tersebut antara lain sebagai alat untuk melaksanakan manajemen kontrol dan juga sebagai alat untuk mendukung pengambilan keputusan di dalam rangka perencanaan kegiatan untuk masa yang akan datang. Namun fungsinya hanya sebagai alat pemandu. Upaya peningkatan mutu tetap harus merupakan kesepakatan / komitmen diantara seluruh karyawan dan pimpinan rumah sakit. Dengan semakin berkembangnya globalisasi, maka persaingan antar rumah sakit juga akan semakin sengit, oleh karena itu implementasi suatu indikator rumah sakit akan menjadi suatu kebutuhan. Pengelola yang ingin unit kerjanya tetap berada di depan dalam persaingan yang terus meningkat harus dapat memanfaatkan berbagai instrument mutu.

DAFTAR PUSTAKA

1. Kepmenkes RI no.129/SK/II/2008 tentang Standart pelayanan minimal Rumah Sakit.
2. Buku Pedoman Penyusunan Standart Pelayanan Minimal di Rumah Sakit, Kemenkes RI 2012.
3. Buku Panduan Penyusunan Dokumen Akreditasi, Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS), Jakarta 2012.
4. Djasrihanevi, Penyusunan Indikator Mutu,Workshop SPM, Yogyakarta 2013
5. Kuntjoro Tjahyono, Panduan monitoring dan evaluasi, Workshop SPM, Yogyakarta 2013.
6. Yahya Adip, Indikator mutu untuk peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien, Seminar PMKP, Yogyakarta 2013.

LAMPIRAN 1 Contoh Format Pencatatan Harian Indikator Mutu (SISMADAK)

Efek Samping Anestesi Pada Pasien Operasi

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Tanggal | Nama Pasien | No. RM | Terjadi efek samping anestesi pada pasien operasi | | KET |
| Ya | Tidak |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |  |
| 21 |  |  |  |  |  |  |
| 22 |  |  |  |  |  |  |
| 23 |  |  |  |  |  |  |
| 24 |  |  |  |  |  |  |
| 25 |  |  |  |  |  |  |
| 26 |  |  |  |  |  |  |
| 27 |  |  |  |  |  |  |
| 28 |  |  |  |  |  |  |
| 29 |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LAPORAN MINGGUAN INDIKATOR MUTU  LAMPIRAN 2 | | |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | UNIT  JUDUL INDIKATOR  AREA  PERIODE  MINGGU KE  AREA MONITORING  SUMBER DATA  *SAMPLE SIZE* | :  :  :  :  :  :  :  :  : | ………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………  …………………………………………….. (Klinis, Manajerial, SKP)  Tgl …………………………… s.d Tgl ………………………………  ………………BULAN…………………………..TAHUN.................  ………………………………….. (Rawat Jalan/ Rawat Inap, dll)  …………………………………… (*Check list/* Rekam Medis/ Asesmen Pasien Jatuh dll)  ……… (Populasi >1000, sampel 10%; Populasi ≥100, sampel 30%; Populasi <100, sampel 100%) | | | |
| Tanggal | Tabulasi Jumlah Indikator  Numerator  (sesuai dengan formula) | Tabulasi Jumlah Indikator Denumerator  (sesuai dengan formula) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Jumlah |  |  |
| Penanggung Jawab Data,  (nama lengkap, tanda tangan) | | Sampit, ……….……………….…….2018  Kepala Unit Kerja,  (nama lengkap, tanda tangan) |

LAMPIRAN 3

|  |  |
| --- | --- |
| ANALISA MINGGUAN PENCAPAIAN INDIKATOR MUTU | |
| Nama Unit : | |
| Judul Indikator : | |
| Area : …………………………………………..(Klinis, Manajerial, SKP) | |
| Numerator : | |
| Denumerator : | |
| Formula : Numerator/ Denumerator x 100% | |
| Target : % / satuan lainnya | |
| Hasil Pencapaian Minggu Ke…….Bulan……….Tahun ………. : % / satuan lainnya | |
| PENCAPAIAN : TERCAPAI/ BELUM TERCAPAI | |
| HASIL SUPERVISI :        REKOMENDASI : | |
| Kepala Unit Kerja,  (nama lengkap, tanda tangan) | Sampit, …………….…….………….2018  Verifikator Komite PMKP  (nama lengkap, tanda tangan) |

Direktur,

dr. DENNY MUDA PERDANA, Sp.Rad

Pembina Utama Muda

NIP. 19621121 199610 1 001