PANDUAN PEMILIHAN DAN PENETAPAN INDIKATOR MUTU UNIT KERJA

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 INDIKATOR MUTU UNIT KERJA

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 INDIKATOR MUTU UNIT KERJA

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 setiap rumah sakit berkewajiban membuat, melaksanakan, dan menjaga standard mutu pelayanan klinis sebagai acuan dalam melayani pasien;  bahwa setiap unit kerja rumah sakit wajib membuat indikator mutu pelayanan untuk untuk dipergunakan dalam penilaian mutu unit kerja;  bahwa untuk memudahkan dalam pemilihan, pelaksanaan, penerapan dan pengukuran indikator mutu unit kerja di RSUD dr. Murjani Sampit, perlu ditetapkan Panduan pemilihan dan penetapan indikator mutu unit kerja.  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 | :  :  :  :  : | Memberlakukan Panduan Pemilihan Dan Penetapan Indikator Mutu Unit Kerja di RSUD dr. Murjani Sampit sebagaimana tercantum dalam lampiran keputusan ini;  Indikator mutu unit kerja 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 unit kerja yang baru.  Hasil pengukuran indikator mutu unit kerja terkait harus dilaporkan kepada Komite PMKP setiap 1 (satu) minggu sekali, kemudian dilanjutkan pelaporan dari Komite PMKP kepada Direktur setiap 3 (tiga) bulan sekali.  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 |

LAMPIRAN SURAT KEPUTUSAN DIREKTUR RSUD dr. MURJANI SAMPIT

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

TANGGAL : JANUARI 2018

PENDAHULUAN

A. 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 mutu rumah sakit yang disusun dengan bantuan WHO bertujuan mengukur kinerja rumah sakit secara nyata.

Di Indonesia telah dikeluarkanUndang-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 RSUD dr. Murjani Sampit dapat seperti yang diharapkan, maka perlu ditetapkan Panduan Pemilihan dan Penetapan Indikator Mutu Unit Kerja. Hal tersebut disusun sebagai acuan bagi pengelola RSUD dr. Murjani Sampit dalam melaksanakan upaya peningkatan mutu pelayanan rumah sakit. Dalam buku ini diuraikan tentang pengertian, ruang lingkup indikator mutu unit kerja, langkah-langkah pelaksanaannya dan dilengkapi dengan tabel indikator mutu unit keja.

B. Tujuan

1. Tujuan umum:

Memberikan panduan dalam pelaksanaan indikator mutu unit kerja pada tiap unit kerja terkait untuk meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien.

1. Tujuan khusus:
   1. Dapat terselenggaranya pemilihan indikator mutu unit kerja sesuai yang diperlukan tiap-tiap unit kerja di RSUD dr. Murjani Sampit.
   2. Memudahkan unit kerja dalam pelaksanaan, penerapan dan pengukuran indikator mutu unit kerja.
   3. Memperjelas alur pelaksanaan dan pelaporan untuk mengetahui keberhasilan pelaksanaan indikator mutu unit kerja.

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 berulangkali, 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 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. Sedangkan indikator mutu yang lainnya akan tetap dijadikan indikator mutu unit.

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. Indikator mutu pelayanan klinis meliputi Indikator Mutu Area Klinis (IAK), Indikator Mutu Area Manajerial (IAM), Indikator Sasaran Keselamatan Pasien (SKP), dan pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit.

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 efesien. 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. Standar Pelayanan Minimal (SPM)

Ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib yang berhak diperoleh setiap warga negara secara minimal atau ketentuan tentang spesifikasi teknis tentang tolok ukur layanan minimal yang diberikan oleh Badan Layanan Umum Daerah kepada masyarakat. Standar Pelayanan Minimal yang digunakan sebagai acuan berdasarkan Peraturan Bupati Kotawaringin Timur Nomor 29 Tahun 2011 Tentang Standar Pelayanan Minimal RSUD dr. Murjani Sampit.

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, numerator, denumerator, formula pengukuran, metodologi pengumpulan data, cakupan datanya, frekuensi pengumpulan data, frekuensi analisa data, metodologi analisa, sumber data, penanngung 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 di Unit Kerja di RSUD dr. Murjani Sampit

1. Indikator Mutu Area Klinik
2. Indikator Mutu Area Manajemen
3. Indikator Mutu Sasaran Keselamatan Pasien
4. Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit

BAB III

TATA LAKSANA

1. Penetapan Indikator Mutu Unit Kerja
2. Direktur rumah sakit menetapkan pengukuran mutu unit kerja setelah menerima usulan dari kepala unit kerja.
3. Komite PMKP memfasilitasi pemilihan indikator mutu unit.
4. Kepala Unit Kerja mengusulkan indikator mutu unit kerja berdasar atas kegiatan dan proses yang membutuhkan perbaikan di unit kerja dengan memperhatikan :
5. Prioritas pengukuran mutu pelayanan klinis di rumah sakit. Indikator mutu yang dipergunakan untuk mengukur mutu diprioritaskan pengukuran mutu rumah sakit, sumber data pasti dari unit kerja dan menjadi indikator mutu unit kerja.
6. Fokus mengukur hal-hal yang ingin diperbaiki.
7. Melakukan koordinasi dengan komite medis, bila evaluasi penerapan panduan praktik klinis dan evaluasi kinerja dokter menggunakan indikator mutu.
8. Kepala Unit Kerja melibatkan seluruh stafnya dalam kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang mencerminkan prioritas rumah sakit secara menyeluruh serta melakukan monitoring kegiatan klinis dan non klinis yang spesifik untuk unit kerja tersebut
9. Kepala Unit Kerja menerapkan pemilihan dan pengawasan penilaian secara spesifik terhadap unit kerja yang mencakup beberapa hal :
10. Penilaian rumah sakit secara menyeluruh dan perbaikan prioritas yang ditetapkan oleh direktur rumah sakit yang terkait secara spesifik dengan unit kerjanya.
11. Penilaian yang terkait dengan prioritas unit kerja secara spesifik untuk mengurangi variasi, meningkatkan keselamatan untuk tindakan/tata laksana beresiko tinggi, meningkatkan tingkat kepuasan pasien, dan meningkatkan efisiensi.
12. Penilaian secara spesifik di unit kerja juga diharapkan dapat dipergunakan untuk melakukan evaluasi praktik profesional berkelanjutan pemberi asuhan (PPA)
13. Pemilihan unsur penilaian sebaiknya berdasar atas kegiatan dan proses yang membutuhkan perbaikan di setiap unit kerja. Untuk setiap unsur penilaian harus ada target yang ditetapkan. Tidak menjadi masalah jika pada penilaian pertama didapatkan bahwa target tidak dipenuhi, namun saat strategi perbaikan telah dilaksanakan, kepala unit kerja berharap dapat melihat perbaikan menuju tercapainya target tersebut. Ketika target telah tercapai dan dipertahankan untuk setidaknya empat periode penilaian akan diadakan pemilihan untuk unsur pemilihan yang baru.
14. Kepala unit kerja bertanggung jawab untuk memastikan bahwa kegiatan penilaian dapat memberikan kesempatan untuk evaluasi bagi para staf maupun proses pelayanan. Hasil dari data dan informasi yang didapatkan dalam penilaian adalah hal yang penting dalam upaya perbaikan di setiap unit kerja, serta juga penting terhadap peningkatan mutu rumah sakit dan program keselamatan pasien.
15. Jenis Indikator Mutu di Unit Kerja di RSUD dr. Murjani Sampit
16. Indikator Mutu Area Klinik
17. Indikator Mutu Area Manajemen
18. Indikator Mutu Sasaran Keselamatan Pasien
19. Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit
20. Tabel Judul Indikator Mutu Unit Kerja

Adalah indikator mutu yang akan diimplementasi dirumah sakit, meliputi kegiatan penyusunan indikator mutu, sosialisasi, uji coba, implementasi, validasi, analisa, pencatatan dan pelaporan ke direktur.

1. Kamus Profil Indikator Mutu Unit Kerja

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, numerator, denumerator, formula pengukuran, metodologi pengumpulan data, cakupan datanya, frekuensi pengumpulan data, frekuensi analisa data, metodologi analisa, sumder data, penanngung 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%.
4. Sosialisasi Indikator Mutu Unit Kerja Terkait.

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

1. Uji Coba/Trial Indikator Mutu

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

1. Revisi Dan Menyepakati Bersama

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

1. Implementasi Indikator Mutu Unit Kerja

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

1. Pencatatan Dan Pelaporan Indikator Mutu Unit Kerja

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

Pelaporan berisi laporan hasil pelaksanaan indikator mutu pelayanan unit kerja :

1. Pelaporan dari unit ke komite PMKP setiap 1 ( satu) minggu
2. Pelaporan dari komite PMKP ke direktur setiap 3 (tiga) bulan
3. Analisa Data Indikator Mutu Unit Kerja

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 Unit Kerja Baik Insidentil, Bulanan Atau Tribulanan

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

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

Monitoring indikator mutu 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.

BAB IV

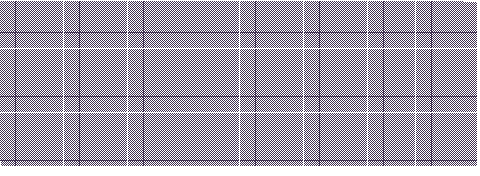
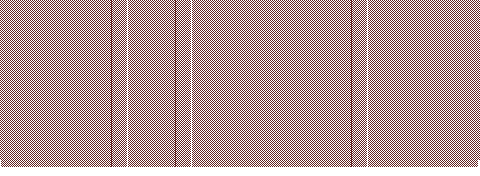
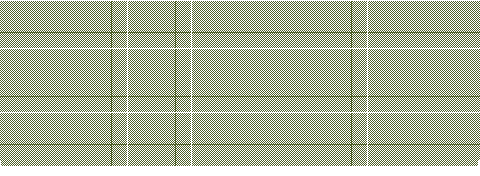
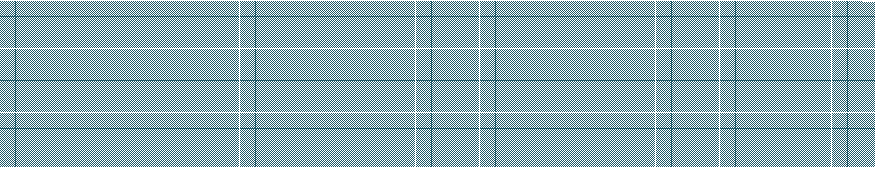
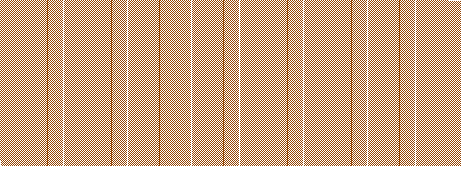
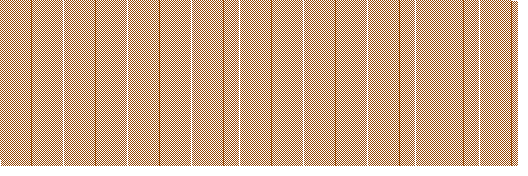
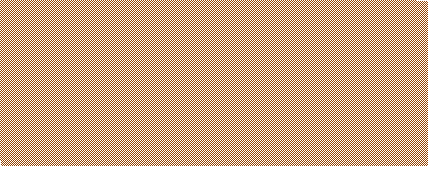
DOKUMENTASI

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

1. Standar prosedur operasional (SPO) pemilihan indikator mutu unit kerja
2. Format usulan indikator mutu dari unit kerja
3. Surat Keputusan direktur tentang indikator mutu unit kerja
4. Profil indikator mutu unit kerja
5. Dokumen deskripsi data indikator mutu unit kerja
6. Hasil kegiatan rapat pimpinan indikator mutu unit kerja
7. Bukti sosialisasi indikator mutu unit kerja
8. Dokumentasi pelaporan indikator mutu unit kerja dari komite PMKP kepada direktur rumah sakit.

SISTEM PENCATATAN DAN PELAPORAN INDIKATOR MUTU UNIT KERJA

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 untuk mengukur mutu unit kerja 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