

**PROGRAM KERJA  
KOMITE MUTU KESELAMATAN PASIEN  
DAN MANAJEMEN RISIKO**



**RSUD MOHAMMAD NATSIR  
TAHUN 2022**

**LEMBAR PERSETUJUAN**

**PROGRAM KERJA  
KOMITE MUTU  
DAN KESELAMATAN PASIEN  
TAHUN 2022**

## A. PENDAHULUAN

RSUD Mohammad Natsir merupakan Rumah Sakit tipe B milik pemerintah Provinsi Sumatera Barat yang telah berdiri sejak tahun 1984. RSUD Mohammad Natsir mengembangkan diri secara terus menerus seiring dengan perkembangan yang ada pada masyarakat. Pengembangan yang dilaksanakan tahap demi tahap berusaha untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit dengan mengikuti perubahan yang ada.

Untuk mewujudkan kualitas pelayanan (*output*) yang prima dan paripurna harus didukung oleh tiga pilar penting yaitu *input*, proses dan *output*. Hal tersebut tercermin dalam program komite mutu dan keselamatan pasien dengan indikator kuncinya yang harus dipahami oleh jajaran struktural sampai seluruh kepala unit dan instalasi.

Penetapan indikator mutu dan keselamatan pasien tidak boleh berhenti bila indikator telah tercapai, tetapi harus lebih ditingkatkan lagi dengan menambah area indikator yang terdapat pada indikator klinis dan upaya manajemen yang telah ditetapkan oleh SNARS.

Penetapan indikator yang merupakan pengukuran fungsi klinis dan manajemen di rumah sakit menghasilkan akumulasi data dan informasi. Penyebaran informasi tentang peningkatan mutu dan keselamatan pasien adalah penting, disamping untuk seluruh pegawai rumah sakit dan pemilik, juga penting disebarkan kepada publik / masyarakat luas.

Penetapan pedoman praktek kedokteran dengan proses kegiatan yaitu *clinical pathways* juga memberi pengaruh besar terhadap efektifitas dan efisiensi pelayanan kedokteran.

Agar upaya peningkatan mutu pelayanan RSUD Mohammad Natsir berlangsung secara terus menerus (*continuous*) maka perlu disusun program kerja komite mutu dan keselamatan pasien RSUD Mohammad Natsir tahun 2022.

## B. LATAR BELAKANG

Program kerja komite mutu tahun 2022 ini dibuat sesuai dengan Permenkes 80 Tahun 2020 tentang Komite Mutu dimana setiap rumah sakit wajib menjalankan tata kelola mutu. Dalam rangka efektifitas dan efisien penyelenggaraan tata kelola mutu rumah sakit, komite lainnya yang melaksanakan fungsi manajemen risiko dan keselamatan pasien komite mutu membentuk sub komite.

Komite mutu rumah sakit memiliki koordinasi bersama dalam mencapai tujuan memaksimalkan keefektifan dan efisien system yang sudah ada, koordinasi tersebut menggunakan suatu pendekatan yang sistematis untuk menyatakan betapa

pentingnya keunggulan bagi individu dan tim, serta menawarkan suatu alat kerja yang dapat mengukur tingkat kinerja serta dapat memfasilitasi perbaikan berkelanjutan.

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 melakukan berbagai standar dan proses yang telah ditetapkan. Rumah sakit dipicu untuk dapat menilai diri (*self assesment*) dan memberikan pelayanan sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan. Sebagai kelanjutan untuk mengukur hasil kerjanya perlu ada alat ukur lain, yaitu instrumen 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 disusun bertujuan mengukur kinerja rumah sakit sesuai standar yang ditetapkan.

### C. TUJUAN

#### 1. Tujuan Umum

Tercipta dan terjaminnya mutu pelayanan kesehatan prima dan keselamatan pasien yang berorientasi pada mutu paripurna (***total quality manajemen***) dan peningkatan mutu berkelanjutan (***continuous quality improvement***)

#### 2. Tujuan Khusus

- a. Terjaminnya mutu pelayanan melalui indikator mutu rumah sakit yang telah ditetapkan
- b. Terciptanya budaya melayani yang berorientasi pada keselamatan pasien di rumah sakit
- c. Meningkatkan keselamatan pasien melalui pelaporan insiden dan penerapan sasaran keselamatan pasien.
- d. Meningkatkan kinerja unit dan individu melalui penilaian kinerja
- e. Menjadi rumah sakit pendidikan yang mengutamakan peningkatan mutu melalui penjaminan keselamatan pasien rumah sakit dan manajemen risiko.

#### D. KEGIATAN POKOK DAN RINCIAN KEGIATAN

1. Pengukuran mutu indikator termasuk indikator nasional mutu (INM), indikator mutu prioritas rumah sakit (IMP RS) dan indikator mutu prioritas unit (IMP-Unit)
2. Meningkatkan perbaikan mutu dan mempertahankan perbaikan berkelanjutan
3. Mengurangi varian dalam praktek klinis dengan menerapkan PPK / Algoritme / Protokol dan melakukan pengukuran dengan *Clinical Pathway*.
4. Mengukur dampak efisiensi dan efektivitas prioritas perbaikan terhadap keuangan dan sumber daya
5. Pelaporan dan analisis insiden keselamatan pasien
6. Penerapan sasaran keselamatan pasien
7. Evalausi kontrak bisnis dan kontrak manajemen
8. Pelatihan semua staf sesuai perannya dalam program PMKP
9. Mengkomunikasikan hasil pengukuran mutu meliputi masalah mutu dan capaian data kepada staf

#### Rincian kegiatan :

##### 1. Monitoring dan evaluasi

- a. Monitoring dan supervisi progres pengumpulan data
- b. Keselamatan pasien
- c. Monitoring kepatuhan mutu
- d. Monitoring melalui aplikasi sismadak
- e. Evaluasi prioritas standar pelayanan kedokteran

##### 2. Rapat

- a. Mengadakan rapat pemilihan penetapan dan penyusunan indikator mutu
- b. Mengadakan rapat koordinasi komite dengan kepala unit dalam pengukuran mutu
- c. Mengadakan rapat komite mutu dengan kepala unit tentang insiden keselamatan pasien di unit layanan
- d. Mengadakan rapat komite mutu dengan kepala unit mengenai pengukuran budaya keselamatan pasien

### **3. Pelatihan mutu**

Dilakukan program pelatihan PMKP untuk pimpinan rumah sakit dan semua staf yang terlibat dalam pengumpulan, analisis dan validasi data mutu. Pelatihan dilakukan oleh narasumber yang kompeten.

### **4. Orientasi**

Semua karyawan wajib dilakukan orientasi tentang peningkatan mutu dan keselamatan pasien, serta manajemen resiko, juga karyawan yang dirotasi, harus diorientasi tentang indikator mutu yang ada di unit tersebut.

### **5. Supervisi**

Komite mutu melakukan monitoring dan supervisi terhadap proses serta progres pengumpulan data dan tindak lanjutnya oleh kepala unit kerja pelayanan seta upaya perbaikan mutu berdasarkan hasil capaian indikator mutu. Format supervisi dalam bentuk ceklis tentang progres pengumpulan data yang berisi ketepatan waktu pelaporan, kebenaran numerator/denominator, masalah dalam pengumpulan data, alur pelaporan dan tindak lanjut.

### **6. Evaluasi dan usulan regulasi**

Evaluasi data menggunakan analisis tulang ikan, kemudian dievaluasi berdasarkan PDSA dan rencana tindak lanjut data laporan dari unit ke PMKP dan sesudah jadi informasi, informasi ini di feedback kembali ke unit. Hasil evaluasi 3 bulan, kemudian dilakukan pembahasan-pembahasan dan diskusi pada rapat-rapat struktural yang dipimpin direktur. Dari hasil perbaikan akan diusulkan regulasi baru kedirektur.

### **7. Evaluasi capaian**

Evaluasi pelayanan kedokteran dengan panduan praktek klinis dan clinical pathway dilakukan audit medis dan atau klinis sehingga dapat dibuktikan bahwa penggunaan PPK telah mengurangi adanya variasi dari proses dan hasil.

### **8. Sosialisasi**

Hasil dari evaluasi yang menghasilkan SPO baru atau regulasi baru di sosialisasikan ke seluruh unit.

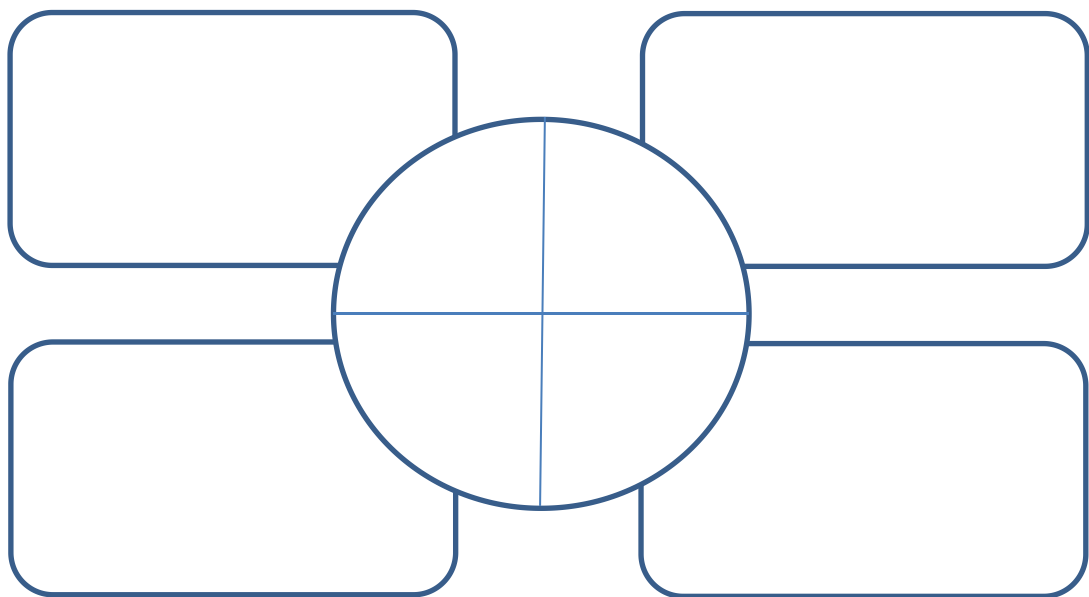
## **9. Laporan**

- a. Analisa dilaporkan ke direktur setiap 3 bulan kemudian analisa tersebut dilaporkan ke pemilik untuk mendapatkan rekomendasi dan tindak lanjut
- b. Diadakan rapat antara direktur dan kepala unit untuk membahas indikator mutu
- c. Selanjutnya diadakan rapat integrasi antara kepala unit dengan staf unit
- d. Pelaporan indikator mutu nasional setiap bulannya melalui aplikasi Fasyankes Kemenkes

## E. CARA MELAKSANAKAN KEGIATAN

1. Rapat-rapat
2. Pelatihan-pelatihan
3. Pelaporan-pelaporan data, analisa dan masukan
4. Monitoring : mengadakan analisis dan evalausi data yang masuk dan memakai analisa tulang ikan, kmudian dievaluasi berdasarkan PDSA dan rencana tindak lanjut data laporan dari unit ke PMKP dan sesudah jadi informasi di feedback kembali ke unit. Dilakukan pembahasan-pembahasan dan diskusi pada rapat-rapat struktural yang dipimpin direktur.

Memakai siklus PDSA dibawah ini :



## F. SASARAN

1. Tercapainya indikator mutu nasional
2. Tercapainya indikator mutu prioritas
3. Tercapaiannya indikator mutu untuk area klinis
4. Tercapaiannya indikator mutu untuk area manajemen
5. Tercapaiannya indikator mutu untuk sasaran keselamatan pasien
6. Dilakukan PDSA pada indikator yang belum mencapai standar agar perbaikan mutu dapat dilaksanakan
7. Diprioritaskan perbaikan dan peningkatan indikator mutu di area prioritas.







## **H. EVALUASI PELAKSANAAN KEGIATAN DAN PELAPORAN**

Hasil kemajuan program yang telah dicapai, dikomunikasikan kepada semua staf secara berkala melalui cara efektif, seperti rapat pejabat struktural/fungsional, rapat instalasi, dan rapat lainnya serta dengan cara menyebarkan hasil PMKP ke seluruh satuan kerja yang dapat ditempelkan di papan pengumuman masing-masing ruangan.

Data upaya peningkatan mutu masing-masing satuan kerja dievaluasi oleh kepala unit / instalasi terkait sedangkan untuk data-data khusus terkait upaya peningkatan mutu dilakukan evaluasi oleh satuan kerja yang berkepentingan dengan kegiatan tersebut.

Evaluasi pelaksanaan kegiatan dilakukan setiap bulannya. Pelaporan akan dilakukan setiap tri wulan atas laporan bulanan untuk setiap indikator. Isi laporan akan dilengkapi dengan analisis atas capaian yang ada untuk masing-masing satuan kerja. Pelaporan akhir akan dibuat dalam bentuk laporan tahunan. Laporan PMKP akan disampaikan ke Direktur setiap bulannya, sedangkan laporan ke Dewan Pengawas akan disampaikan per triwulan

## **I. PENCATATAN, PELAPORAN DAN EVALUASI KEGIATAN**

Pencatatan kegiatan didokumentasikan dalam bentuk rekapan indikator, disajikan dalam bentuk frekuensi dan persentase atau dalam bentuk *chart*. Pencatatan dilengkapi dengan analisis dengan membandingkan secara internal atau membandingkan dengan rumah sakit lain atau membandingkan dengan standar atau membandingkan dengan praktek-praktek yang ada.

Pelaporan dibuat oleh Komite Mutu dan keselamatan pasien setiap bulan ditujukan kepada Direktur untuk mendapatkan tindak lanjut. Pelaporan selanjutnya diisampaikan kepada dewan pengawas RSUD Mohammad Natsir setiap triwulan

Evaluasi secara menyeluruh akan dilakukan setiap bulannya, dengan cara membandingkan jadwal yang direncanakan dengan pelaksanaan yang telah dilakukan. Jika terjadi ketidak sesuaian, maka jadwal dapat disusun ulang sebagai cara pemenuhan program