

KERANGKA ACUAN

PROGRAM
PENINGKATAN MUTU PELAYANAN RUMAH SAKIT
RUMAH SAKIT XXX

LOGO

PROGRAM PENINGKATAN MUTU PELAYANAN RUMAH SAKIT RUMAH SAKIT XXX

I. PENDAHULUAN

Semakin meningkatnya tingkat pendidikan dan sosial ekonomi masyarakat, maka sistem nilai dan orientasi dalam masyarakatpun mulai berubah. Masyarakat mulai menuntut pelayanan yang lebih baik, lebih ramah dan lebih bermutu. Dengan semakin meningkatnya tuntutan masyarakat akan mutu pelayanan kesehatan, maka fungsi rumah sakit sebagai pemberi pelayanan kesehatan secara bertahap terus ditingkatkan agar menjadi efektif dan efisien serta memberi kepuasan terhadap pasien, keluarga dan masyarakat. Berdasarkan hal itu, maka peningkatan mutu pelayanan kesehatan rumah sakit perlu dilakukan

II. LATAR BELAKANG

Rumah Sakit XXX adalah salah satu institusi dibawah Pemerintah Daerah yang memberikan pelayanan langsung khususnya pelayanan kesehatan. Dalam upaya memberikan pelayanannya, rumah sakit dituntut memberikan pelayanan sebaik-baiknya sebagai *public service*. Hal tersebut didasarkan bahwa tuntutan masyarakat terhadap pelayanan yang lebih baik, lebih ramah dan lebih bermutu seiring dengan meningkatnya tingkat pendidikan dan sosial ekonomi masyarakat. Meningkatnya tuntutan dapat dilihat dengan munculnya kritik-kritik baik secara langsung maupun tidak langsung terhadap pelayanan yang diberikan. Berkenaan dengan hal tersebut, maka Rumah Sakit XXX perlu menjawab tantangan dan tuntutan masyarakat terhadap peningkatan pelayanan secara bertahap melalui upaya program peningkatan pelayanan rumah sakit.

III. TUJUAN

1. Tujuan Umum
Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rumah sakit melalui program peningkatan mutu pelayanan
2. Tujuan Khusus
Tercapainya peningkatan mutu pelayanan rumah sakit melalui :
 - a. Evaluasi indikator klinis pelayanan di RS XXX
 - b. Evaluasi kepuasan pasien terhadap pelayanan di RS XXX
 - c. Pelaksanaan Audit Medik
 - d. Peningkatan mutu SDM

IV. KEGIATAN POKOK DAN RINCIAN KEGIATAN

1. Evaluasi indikator klinis pelayanan RS XXX
 - a. Pengumpulan/ pencatatan Pelaporan Indikator Pelayanan/ Klinis
 - b. Pengolahan Data Indikator Pelayanan/ Klinis
 - c. Analisis Data Indikator Pelayanan/ Klinis
 - d. Tindak Lanjut (Penyebarluasan informasi Kebijakan dan Perbaikan)

2. Evaluasi kepuasan pasien terhadap pelayanan di RS XXX
 - a. Survey Kepuasan Pasien Rawat Jalan
 - b. Survey Kepuasan Pasien Rawat Inap
 - c. Survey Kepuasan Pasien Gawat Darurat
3. Pelaksanaan Audit Medik
 - a. Audit Kasus Medik Penyakit Bedah
 - b. Audit Kasus Medik Penyakit Kebidanan & Kandungan
 - c. Audit Kasus Medik Penyakit Dalam
 - d. Audit Kasus Medik Penyakit Anak
4. Peningkatan Mutu SDM
 - a. Orientasi Pegawai Baru
 - b. Pelatihan internal dan eksternal rumah sakit
 - c. Pendidikan berkelanjutan

V. CARA MELAKSANAKAN KEGIATAN

1. Membentuk Tim Pengendalian Mutu Rumah Sakit XXX
2. Rapat Tim/ Panitia Pengendalian Mutu Rumah Sakit XXX untuk membahas rencana kerja dan penentuan penanggungjawab kegiatan pokok program peningkatan mutu Rumah Sakit XXX
3. Pelaksanaan Evaluasi Indikator Klinis Pelayanan RS XXX
 - a. Rapat Tim pengendalian mutu RS/ penanggungjawab khusus evaluasi indikator klinis
 - b. Membuat formulir pencatatan dan pelaporan indikator pelayanan/ klinis
 - c. Rapat sosialisasi evaluasi indikator klinis kepada seluruh kepala ruangan
 - d. Melaksanakan pengumpulan dan pelaporan indikator klinis oleh unit/ ruang rawat inap, gawat darurat dan rekam medis kepada kepala instalasi rawat inap
 - e. Pengolahan data Indikator Pelayanan/ Klinis oleh Kepala Instalasi Rawat Inap
 - f. Rapat Tim Pengendalian Mutu untuk melakukan analisis data Indikator Pelayanan/ Klinis setiap bulan/ triwulan
 - g. Memberikan hasil rekomendasi hasil analisis indikator klinis kepada Direktur sebagai bahan tindak lanjut kebijakan dan melaksanakan perbaikan.
4. Evaluasi kepuasan pasien terhadap pelayanan RS XXX
 - a. Rapat Tim pengendalian mutu RS/ penanggungjawab khusus evaluasi kepuasan pasien RS XXX
 - b. Membuat proposal evaluasi/ pengukuran kepuasan pasien termasuk membuat kuisioner evaluasi kepuasan pasien rawat jalan, rawat inap dan gawat darurat.
 - c. Menyebarkan kuisioner pengukuran evaluasi kepuasan pasien rawat jalan, rawat inap dan gawat darurat

RENCANA KEGIATAN PROGRAM PENINGKATAN MUTU RS XXX

No	URAIAN KEGIATAN	TUJUAN	SASARAN	PELAKSANA/ PENANGGUNG JAWAB	WAKTU	KETERANGAN
I	PERSIAPAN					
	a. Membentuk Tim/panitia pengendalian Mutu RS XX	Terbentuk penanggungjawab pengendalian mutu di RS XXX	Jajaran manajemen dan staf	Ketua Tim/panitia pengendalian mutu RS XXX	Sept 2009	
	b. Pertemuan-pertemuan/ rapat Tim Pengendali Mutu	Mendapatkan persamaan persepsi upaya pengendalian/ peningkatan mutu rumah sakit	Tim/ Panitia Pengendalian Mutu dan jajaran manajerial	Ketua Tim/panitia pengendalian mutu RS XXX	Setiap bulan	
	c. Pelatihan tentang peningkatan mutu bagi jajaran manajerial dan staf rumah sakit	Mendapatkan pengetahuan dan ketrampilan dalam upaya peningkatan mutu RS	Pelayanan rumah sakit	Dokter Internal dan Eksternal	Tiap Triwulan/ undanngan	Mengirimkan peserta pelatihan ke diklat mutu
	d. Identifikasi masalah/ kegiatan yang akan dilaksanakan untuk peningkatan mutu	Mendapatkan kegiatan prioritas peningkatan mutu di RS XXX	Tim, staf dan seluruh unit pelayanan	Ketua Tim/panitia pengendalian mutu RS XXX	Okt 2009	
	e. Menyusun rencana kegiatan upaya peningkatan mutu	Tersusunnya kegiatan pengendalian mutu di RS XXX		Ketua Tim/panitia pengendalian mutu RS XXX	Okt 2009	
	1. Mengukur kepuasan pasien rawat jalan, rawat inap,, gawat darurat					

	2. Mengevaluasi indikator klinis					
	3. Audit medis					
	4. Mutu SDM					
II	PELAKSANAAN					
	a. Mengukur kepuasan pasien rawat jalan, rawat inap, gawat darurat	Diketahui tingkat kepuasan pasien/ keluarga/ masyarakat terhadap pelayanan rawat jalan/ rawat inap/ gawat darurat	Pasien/ keluarga pengunjung rumah sakit	Tim/ Panitia pengendalian mutu RS XXX	6 bulan sekali dan akhir tahun	
	b. Mengevaluasi indikator klinis	Diketahui indikator hasil pelayanan melalui indikator klinis	Hasil pelayanan rumah sakit/ laporan rutin pelayanan	Tim/ Panitia pengendalian mutu RS XXX	Setiap bulan/ triwulan dan akhir tahun	
	c. Audit Medis	Diketahui masalah dan upaya perbaikan dalam rangka peningkatan pelayanan medis	Hasil pelayanan medis (dokter spesialis, dokter unit pelayanan RS)	Tim/ Panitia pengendalian mutu RS xxx dan Komite Medik	Setiap triwulan dan akhir tahun	
	d. Mutu SDM	Diketahui masalah dan upaya perbaikan dalam rangka peningkatan mutu SDM	Hasil pelayanan	Tim/ Panitia Peningkatan Mutu SDM	Setiap triwulan, semester	Mengirimkan karyawan sesuai kebutuhan
III.	EVALUASI					
	Presentasi hasil kegiatan peningkatan mutu yang telah dilaksanakan	Diketahui pelaksanaan kegiatan upaya	Jajaran manajerial, staf dan	Tim/ panitia pengendalian mutu RS XXX	Setiap 3 bulan sekali dan akhir	

	(kepuasan pasien, evaluasi indikator klinis dan audit medis)	peningkatan mutu dan hasil/ dampaknya	seluruh unit pelayanan		tahun	
--	--	---------------------------------------	------------------------	--	-------	--

VIII. EVALUASI PELAKSANAAN KEGIATAN DAN PELAPORAN

1. Setiap 3 bulan Tim Pengendalian Mutu membuat laporan pelaksanaan evaluasi indikator klinis
2. Setiap 3 bulan Tim Pengendalian Mutu membuat laporan pelaksanaan pengukuran kepuasan pasien
3. Setiap 3 bulan Tim Pengendalian Mutu membuat laporan pelaksanaan audit medis
4. Setiap semester Tim Peningkatan Mutu SDM membuat laporan pelaksanaan peningkatan mutu SDM

IX. PENCATATAN, PELAPORAN DAN EVALUASI KEGIATAN

1. Indikator Klinis
 - a. Setiap Ruang Rawat Inap/ IGD/ Rekam Medik wajib mencatat dan melaporkan indikator klinis melalui form A kepada Kepala Instalasi Rawat Inap.
 - b. Kepala Instalasi Rawat Inap membuat laporan rekapitulasi indikator klinis.
 - c. Tim pengendali mutu melakukan analisis data.
2. Pengukuran Kepuasan
 - a. Setiap tahun minimal melakukan pengukuran kepuasan pasien terhadap pasien rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (3 pengukuran).
 - b. Membuat laporan hasil pengukuran kepuasan pasien.
3. Audit Medik
 - a. Tim pengendali mutu/komite mutu medik membuat hasil audit medik.
4. Mutu SDM
 - a. Setiap unit kerja membuat laporan peningkatan mutu sesuai kebutuhan

Demikian Kerangka Acuan Program Peningkatan Mutu dibuat di RS XXX tahun 2009

Mengetahui,
Ketua,

Kota YYY,2009
Tim Peningkatan Mutu
RS XXX
Sekretaris,

.....

.....