

**LAPORAN PELAKSANAAN MAGANG  
DI KOMITE MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN  
RUMAH SAKIT UMUM HAJI SURABAYA**

**PENGENDALIAN DOKUMEN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL**



**Oleh:**

**FITRI AZZAHRAH**

**101611133202**

**DEPARTEMEN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS AIRLANGGA  
SURABAYA  
2020**

**LAPORAN PELAKSANAAN MAGANG  
DI KOMITE MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN  
RUMAH SAKIT UMUM HAJI SURABAYA**

**PENGENDALIAN DOKUMEN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL**



**Oleh:**

**FITRI AZZAHRAH**

**101611133202**

**DEPARTEMEN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS AIRLANGGA  
SURABAYA**

**2020**

**i**

**LAPORAN PELAKSANAAN MAGANG  
DI KOMITE MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN  
RUMAH SAKIT UMUM HAJI SURABAYA**

Disusun Oleh:

**FITRI AZZAHRAH**  
NIM. 101611133202

Telah disahkan dan diterima dengan baik oleh:

Pembimbing Departemen,

Tanggal 25 Februari 2020



Dr. Setya Haksama, drg., M.Kes.  
NIP. 196509141996011001

Pembimbing di RSU Haji Surabaya

Tanggal 25 Februari 2020



Yanni Ari Rachma, S. KM  
NIP. 19830114 2011012009

Mengetahui  
Ketua Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan

Tanggal 25 Februari 2020



Dr. Setya Haksama, drg., M.Kes.  
NIP. 196509141996011001

## KATA PENGANTAR

Segala puji syukur dipanjatkan kepada Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan laporan magang ini yang berjudul “Pengendalian Dokumen Standar Prosedur Operasional” dapat terselesaikan dengan baik dan sesuai dengan waktu yang ditentukan.

Laporan individu magang ini merupakan pertanggungjawaban selama pelaksanaan magang di Komite Mutu dan Keselamatan Pasien RSUD Haji Surabaya yang termasuk dalam salah satu mata kuliah di semester 8. Dalam laporan individu magang dijabarkan mengenai hasil dan pembahasan dari kegiatan magang untuk melihat tujuan yang telah tercapai selama pelaksanaan magang.

Pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan setinggi-tingginya kepada yang terhormat:

1. Prof. Dr. Tri Martiana, dr., M.S., selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga.
2. Dr. Setya Haksama, drg., M.Kes. selaku Ketua Departemen Administrasi Kebijakan Kesehatan, dan selaku dosen pembimbing yang telah memberikan petunjuk serta saran yang membangun dan motivasi dalam terwujudnya laporan magang ini.
3. dr. Dyah Retno Wulan, Sp.A sebagai Ketua Komite Mutu Sub Komite Mutu dan Keselamatan Pasien RSUD Haji Surabaya.
4. Mbak Yanni Ari Rachma, S.KM sebagai sekretaris Komite Mutu dan Keselamatan Pasien sekaligus sebagai pembimbing lapangan magang.
5. Pak Agus Sofyan selaku sekretaris Sub Komite Pengendali Dokumen.
6. Mbak Ayu Putu Ayu Dhanawati, S. KM sebagai sekretaris Sub Komite Akreditasi
7. Rani dan Akhdan sebagai teman sepermagangan di RSUD Haji Surabaya.
8. Serta pihak lain yang belum tercantum, terimakasih atas dukungannya.

Semoga Allah SWT memberikan balasan pahala atas segala amal yang telah diberikan dan semoga skripsi ini berguna baik bagi diri kami sendiri maupun pihak lain yang memanfaatkan.

Surabaya, Februari 2020

Penulis

**DAFTAR ISI**

SAMPUL DEPAN .....	i
LEMBAR PENGESAHAN.....	ii
KATA PENGANTAR.....	iii
DAFTAR ISI.....	iv
DAFTAR TABEL .....	vi
DAFTAR GAMBAR .....	vii
DAFTAR ARTI LAMBANG, SINGKATAN, DAN ISTILAH.....	viii
BAB I PENDAHULUAN .....	1
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Tujuan.....	3
1.2.1. Tujuan Umum .....	3
1.2.2. Tujuan Khusus.....	3
1.3. Manfaat.....	3
1.3.1. Manfaat bagi RSUD Haji Surabaya .....	3
1.3.2. Manfaat bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat (FKM).....	3
1.3.3. Manfaat bagi Mahasiswa.....	3
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	5
2.1. Rumah Sakit .....	5
2.1.1. Tugas dan Fungsi Rumah Sakit.....	5
2.1.2. Klasifikasi Rumah Sakit.....	5
2.2. Mutu Pelayanan Rumah Sakit .....	6
2.3. Standar Prosedur Operasional (SPO) .....	6
2.3.1. Pengertian SPO .....	6
2.3.2. Tujuan Penyusunan SPO .....	6
2.3.3. Manfaat SPO .....	7
2.3.4. Format SPO .....	7
2.3.5. Petunjuk Pengisian SPO.....	7
2.3.6. Tata Cara Pengelolaan SPO .....	8
2.3.7. Tata Cara Penyusunan SPO.....	9
2.3.8. Tata Cara Penomoran SPO.....	10
2.3.9. Tata Cara Penyimpanan SPO .....	11
2.3.10. Tata Cara Pendistribusian SPO .....	11

2.3.11. Tata Cara Evaluasi SPO .....	12
2.4. <i>Job Description</i> dan <i>Job Specification</i> .....	12
2.4.1. <i>Job Description</i> .....	12
2.4.2. <i>Job Specification</i> .....	13
<b>BAB III METODE KEGIATAN MAGANG</b> .....	<b>14</b>
3.1. Lokasi Pelaksanaan Magang.....	14
3.2. Waktu Pelaksanaan Magang.....	14
3.3. Kerangka Operasional Magang .....	15
3.4. Metode Pelaksanaan Magang .....	16
3.5. Pengumpulan dan Analisis Data.....	16
<b>BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN</b> .....	<b>18</b>
4.1. Gambaran Umum RSUD Haji Surabaya .....	18
4.1.1. Sejarah RSUD Haji Surabaya .....	18
4.1.2. Visi, Misi, Motto, dan Nilai Dasar RSUD Haji Surabaya.....	18
4.2. Gambaran Umum Komite Mutu dan Keselamatan Pasien.....	25
4.2.1. Profil Komite Mutu dan Keselamatan Pasien .....	25
4.2.2. Hubungan Tata Kerja Komite Mutu dan Keselamatan Pasien RSUD Haji Surabaya .....	26
4.2.3. Struktur Organisasi Komite Mutu dan Keselamatan Pasien .....	27
4.2.4. Tugas Pokok dan Fungsi Komite Mutu dan Keselamatan Pasien.....	28
4.2.5. Komposisi SDM Komite Mutu dan Keselamatan Pasien .....	28
4.2.6. <i>Job Description</i> dan <i>Job Specification</i> Komite Mutu dan Keselamatan Pasien	29
4.3. Standar Prosedur Operasional di RSUD Haji Surabaya.....	37
4.3.1. Format SPO di RSUD Haji Surabaya .....	37
4.3.2. Pengendalian Dokumen SPO di RSUD Haji Surabaya.....	39
<b>BAB V PENUTUP</b> .....	<b>47</b>
5.1. Kesimpulan.....	47
5.2. Saran .....	48
<b>DAFTAR PUSTAKA</b> .....	<b>49</b>
<b>LAMPIRAN</b> .....	<b>51</b>

**DAFTAR TABEL**

<b>No.</b>	<b>Nama Tabel</b>	<b>Halaman</b>
1.1	Regulasi dan Dokumentasi Dokumen.....	2
2.1	Format SPO.....	7
3.1	Timeline Kegiatan Magang.....	14
4.1	Sumber Daya Manusia RSUD Haji Surabaya Januari 2020.....	22
4.2	Perbandingan Aspek Pelayanan RSUD Haji Surabaya dengan Aspek Pelayanan Rumah Sakit Kelas B Permenkes No 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi Rumah Sakit.....	23
4.3	Komposisi SDM Komite Mutu dan Keselamatan Pasien RSUD Haji Surabaya.....	29
4.4	<i>Job Specification</i> Komite Mutu dan Keselamatan Pasien RSUD Haji Surabaya.....	34
4.5	Kesesuaian Format SPO di RSUD Haji Surabaya dengan format minimal SPO menurut KARS.....	39
4.6	Jumlah SPO yang harus ditindaklanjuti oleh KMKP.....	42
4.7	Rekapitulasi Dokumen SPO berdasarkan Nota Dinas Peninjauan Dokumen oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien RSUD Haji Surabaya Januari 2020.....	45

**DAFTAR GAMBAR**

<b>No.</b>	<b>Nama Gambar</b>	<b>Halaman</b>
3.1	Kerangka Operasional.....	15
4.1	Struktur Organisasi RSUD Haji Surabaya.....	20
4.2	Hubungan Tata Kerja Komite Mutu dan Keselamatan Pasien RSUD Haji Surabaya	26
4.3	Struktur Organisasi KMKP RSUD Haji Surabaya.....	27
4.4	Contoh SPO di Rumah Sakit Haji Surabaya.....	38
4.5	Jumlah Nota Dinas terkait SPO yang dikirimkan KMKP ke unit terkait.....	44

**DAFTAR ARTI LAMBANG, SINGKATAN, DAN ISTILAH****Daftar Arti Lambang**

%	= persen
+	= tambah
-	= kurang
&	= dan
√	= ada
×	= tidak ada
≤	= kurang lebih sama dengan
/	= garis miring

**Daftar Singkatan**

KMKP	= Komite Mutu dan Keselamatan Pasien
PMKP	= Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien
KARS	= Komisi Akreditasi Rumah Sakit
SPO	= Standar Prosedur Operasional
IPTEK	= Ilmu Pengetahuan dan Teknologi
SDM	= Sumber Daya Manusia
FKM	= Fakultas Kesehatan Masyarakat
RSU	= Rumah Sakit Umum
BLUD	= Badan Layanan Umum Daerah
IPTEKDOK	= Ilmu Pengetahuan dan Teknologi Kedokteran
PPE	= Perencanaan Program dan Evaluasi
NAKES	= Tenaga Kesehatan
PPI	= Pencegahan dan Pengendalian Infeksi
PONEK	= Pelayanan Obstetri Neonatal Emergency Komprehensif
KPRA	= Komite Pengendalian Resistensi Antimikroba
PSP	= Pusat Pencucian dan Sterilisasi
SPI	= Satuan Pengawas Internal
SIM-RS	= Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit
PNS	= Pegawai Negeri Sipil

**Daftar Istilah**

ICU	= <i>Intensive Care Unit</i>
DOTS	= <i>Directly Observe Treatment Shortcourse</i>
NICU	= <i>Neonatal Intensive Care Unit</i>
HCU	= <i>High Care Unit</i>
ICCU	= <i>Intensive Coronary Care Unit</i>

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1. Latar Belakang**

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, dijelaskan bahwa rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Rumah sakit diselenggarakan berasaskan Pancasila dan didasarkan kepada nilai kemanusiaan, etika dan profesionalitas, manfaat, keadilan, persamaan hak dan anti diskriminasi, pemerataan, perlindungan dan keselamatan pasien, serta mempunyai fungsi sosial. Rumah sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna.

Kewajiban rumah sakit diantaranya tertuang pada pasal 29 ayat (1) huruf (b) Undang-Undang Republik Indonesia No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit yaitu memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, antidiskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit. Menurut KARS, akreditasi rumah sakit merupakan upaya peningkatan mutu pelayanan rumah sakit yang dilakukan dengan membangun sistem dan budaya mutu. Sebagai dasar dimulainya pembangunan sistem dirumah sakit, diperlukan dokumen yang merupakan regulasi di rumah sakit. Dokumen regulasi rumah sakit dibedakan menjadi dua yaitu regulasi pelayanan rumah sakit dan regulasi di unit kerja rumah sakit dimana Standar Prosedur Operasional (SPO) termasuk didalam keduanya.

Standar Prosedur Operasional merupakan suatu dokumen yang berisi pedoman prosedur kerja dalam suatu organisasi yang digunakan untuk memastikan tindakan, penggunaan fasilitas di dalam organisasi berjalan secara efektif, efisien, konsisten, dan sistematis. Pelaksanaan penerapan SPO harus secara terus menerus dipantau dan dievaluasi sehingga proses penerapannya dapat berjalan dengan baik. Masukan-masukan dalam setiap upaya monitoring akan menjadi bahan yang berharga dalam evaluasi sehingga penyempurnaan-penyempurnaan terhadap SPO dapat dilakukan sesuai kebutuhan. Proses ini harus diarahkan untuk membandingkan dan memastikan kinerja pelaksana sesuai dengan maksud dan tujuan yang tercantum dalam

SPO, mengidentifikasi permasalahan yang mungkin timbul, dan menentukan cara untuk meningkatkan hasil penerapan atau menyediakan dukungan tambahan untuk semua pelaksana.

Evaluasi SPO dilaksanakan sesuai kebutuhan dan maksimal 3 tahun sekali. Bentuk evaluasi SPO yaitu SPO masih bisa dipergunakan atau SPO perlu diperbaiki atau direvisi. SPO diperbaiki atau direvisi dapat berupa revisi sebagian atau revisi seluruhnya. Perbaikan atau revisi perlu dilakukan bila alur di SPO sudah tidak sesuai dengan keadaan yang ada, adanya perkembangan IPTEK, adanya perubahan organisasi atau kebijakan baru, dan adanya perubahan fasilitas (KARS, 2012).

Tabel 1.1 Regulasi dan Dokumentasi Dokumen

No.	Nama Regulasi dan Dokumentasi Dokumen	Tahun Terbit					Total
		<2016	2017	2018	2019	2020	
1.	Pedoman Pelayanan	15	1	16	1	-	33
2.	Pedoman Pengorganisasian	18	-	7	-	-	25
3.	Panduan Pelayanan	45	7	52	-	-	104
3	Panduan Praktik Klinis (PPK)	270	75	12	-	-	357
4.	Panduan Asuhan Keperawatan (PAK)	-	-	4	-	-	4
5.	Standar Asuhan Keperawatan (SAK)	-	8	-	-	-	8
6.	Standar Prosedur Operasional (SPO)	817	409	229	215	2	1672
7.	Program (Rencana Kerja Tahunan Unit Kerja)	-	-	3	3	-	6
8.	Formulir	979					979
<b>Total</b>							<b>3188</b>

Sumber: Rekapitulasi Data Komite Mutu dan Keselamatan Pasien

Jumlah SPO yang dikendalikan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien RSU Haji Surabaya sebanyak 1672, dengan rincian tahun  $\leq$  2016 sebanyak 817 SPO, tahun 2017 sebanyak 409 SPO, tahun 2018 sebanyak 229 SPO, tahun 2019 sebanyak 215 SPO, dan tahun 2020 sebanyak 2 SPO. Komite Mutu dan Keselamatan Pasien RSU Haji Surabaya berkewajiban menyampaikan sebanyak 817 SPO yang harus ditinjau kembali melalui nota dinas dikarenakan sudah melebihi batas maksimal standar yang telah ditetapkan oleh KARS yang melebihi 3 tahun masa berlakunya yaitu SPO yang terbitnya dibawah tahun 2016.

Oleh karena itu, maka perlu pelaksanaan pengendalian dokumen mengenai SPO yang baik. Hal tersebut akan berdampak pada peningkatan mutu pelayanan dan citra rumah sakit. Sehingga kepercayaan masyarakat terhadap rumah sakit akan meningkat.

## **1.2. Tujuan**

### **1.2.1. Tujuan Umum**

Mempelajari tentang Pengendalian Dokumen Standar Prosedur Operasional pada RSUD Haji Surabaya.

### **1.2.2. Tujuan Khusus**

- 1) Mempelajari gambaran umum RSUD Haji Surabaya.
- 2) Mempelajari struktur organisasi, tugas pokok, fungsi, kegiatan yang ada di Komite Mutu dan Keselamatan Pasien RSUD Haji Surabaya.
- 3) Mempelajari *job description* dan *job specification* pegawai yang terlibat di Komite Mutu dan Keselamatan Pasien.
- 4) Menganalisis Pengendalian Dokumen Standar Prosedur Operasional yang ada di RSUD Haji Surabaya dengan SPO dan kajian teoritis.
- 5) Memberikan usulan pada Komite Mutu dan Keselamatan Pasien terkait Pengendalian Dokumen Standar Prosedur Operasional di RSUD Haji Surabaya

## **1.3. Manfaat**

### **1.3.1. Manfaat bagi RSUD Haji Surabaya**

Manfaat yang diperoleh RSUD Haji Surabaya antara lain adanya kontribusi berupa tenaga (SDM) khususnya di Komite Mutu dan Keselamatan Pasien, usulan saran atau pendapat mengenai beberapa permasalahan yang ditemukan saat proses magang yang dapat dijadikan sebagai pertimbangan dalam pengambilan keputusan.

### **1.3.2. Manfaat bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat (FKM)**

Meningkatkan keterampilan dan kualitas mahasiswa sehingga mampu menghasilkan lulusan yang berdaya saing, serta mampu menyelesaikan segala permasalahan di bidang kesehatan, dengan menerapkan ilmu dan praktik yang telah didapat.

### **1.3.3. Manfaat bagi Mahasiswa**

Beberapa manfaat yang diperoleh oleh mahasiswa dari kegiatan magang ini antara lain:

- 1) Menambah pengalaman bekerja dengan mengaplikasikan teori ilmu kesehatan masyarakat, terutama di bidang administrasi kebijakan kesehatan.

- 2) Memiliki kemampuan untuk menyusun SPO.
- 3) Mengetahui tentang gambaran RSUD Haji Surabaya, struktur organisasi, kebijakan, pedoman, SPO, tupoksi, dan *job description* yang terdapat di Komite Mutu dan Keselamatan Pasien RSUD Haji Surabaya.
- 4) Mengetahui Pengendalian Dokumen Standar Prosedur Operasional di RSUD Haji Surabaya

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1. Rumah Sakit**

Berdasarkan Undang-Undang nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit, Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

Supratiningsih (2017) menyatakan bahwa rumah sakit adalah suatu organisasi yang dilakukan oleh tenaga medis profesional yang terorganisir baik dari sarana prasarana kedokteran yang permanen, pelayanan kedokteran, asuhan keperawatan yang berkesinambungan, diagnosis serta pengobatan penyakit yang diderita oleh pasien.

##### **2.1.1. Tugas dan Fungsi Rumah Sakit**

Rumah Sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Sedangkan fungsi dari rumah sakit dalam menjalankan tugas adalah sebagai berikut.

- a. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit;
- b. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis;
- c. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan; dan
- d. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

##### **2.1.2. Klasifikasi Rumah Sakit**

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit, Rumah Sakit diklasifikasikan berdasarkan jenis pelayanan yang diberikan, Rumah Sakit dikategorikan dalam Rumah Sakit Umum dan Rumah Sakit Khusus

- 1) Rumah Sakit Umum sebagaimana dimaksud dalam Pasal 11 diklasifikasikan menjadi:
  - a. Rumah Sakit Umum Kelas A;

- b. Rumah Sakit Umum Kelas B;
  - c. Rumah Sakit Umum Kelas C; dan
  - d. Rumah Sakit Umum Kelas D.
- 2) Rumah Sakit Umum Kelas D diklasifikasikan menjadi:
- a. Rumah Sakit Umum Kelas D; dan
  - b. Rumah Sakit Umum Kelas D pratama.
- 3) Rumah Sakit Khusus diklasifikasikan menjadi:
- a. Rumah Sakit Khusus Kelas A;
  - b. Rumah Sakit Khusus Kelas B; dan
  - c. Rumah Sakit Khusus Kelas C.

## **2.2. Mutu Pelayanan Rumah Sakit**

Mutu pelayanan kesehatan menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, yang di satu pihak dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, serta di pihak lain tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan kode etik dan standar pelayanan profesi yang telah ditetapkan (Azwar, 2010)

Kewajiban meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit akan dinilai oleh Badan Akreditasi independen secara berkala minimal 3 (tiga) tahun sekali). Akreditasi rumah sakit merupakan upaya peningkatan mutu pelayanan rumah sakit yang dilakukan dengan membangun sistem dan budaya mutu. Melalui akreditasi rumah sakit diharapkan ada perbaikan sistem di rumah sakit yang meliputi input, process dan product output berupa output dan outcome (KARS, 2012).

## **2.3. Standar Prosedur Operasional (SPO)**

### **2.3.1. Pengertian SPO**

Berdasarkan Buku Panduan Penyusunan Dokumen Akreditasi Tahun 2012, yang dimaksud SPO adalah suatu perangkat instruksi/ langkah-langkah yang dibakukan untuk menyelesaikan proses kerja rutin tertentu.

### **2.3.2. Tujuan Penyusunan SPO**

Berdasarkan Buku Panduan Penyusunan Dokumen Akreditasi Tahun 2012, tujuan penyusunan SPO yaitu agar berbagai proses kerja rutin terlaksana dengan efisien, efektif,

konsisten/ seragam dan aman, dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan melalui pemenuhan standar yang berlaku.

### 2.3.3. Manfaat SPO

Berdasarkan Buku Panduan Penyusunan Dokumen Akreditasi Tahun 2012, manfaat SPO adalah sebagai berikut:

- a. Memenuhi persyaratan standar pelayanan RS/Akreditasi RS.
- b. Mendokumentasi langkah-langkah kegiatan.
- c. Memastikan staf RS memahami bagaimana melaksanakan pekerjaannya.

### 2.3.4. Format SPO

Berdasarkan Buku Panduan Penyusunan Dokumen Akreditasi Tahun 2012, format SPO sebagai berikut:

1. Format SPO sesuai dengan lampiran Surat Edaran Direktur Pelayanan Medik Spesialistik nomer YM.00.02.2.2.837 tertanggal 1 Juni 2001, perihal bentuk SPO.
2. Format mulai diberlakukan 1 Januari 2002.
3. Format merupakan format minimal, format ini dapat diberi tambahan materi misalnya nama penyusun SPO, unit yang memeriksa SPO, dll, namun tidak boleh mengurangi itemitem yang ada di SPO.
4. Format SPO sebagai berikut:

Tabel 2.1. Format SPO

NAMA RS DAN LOGO	JUDUL SPO		
	No. Dokumen	No. Revisi	Halaman
SPO	Tanggal Terbit	Ditetapkan: Direktur RS	
PENGERTIAN			
TUJUAN			
KEBIJAKAN			
PROSEDUR			
UNIT TERKAIT			

Sumber: Buku Panduan Penyusunan Dokumen Akreditasi Tahun 2012

### 2.3.5. Petunjuk Pengisian SPO

#### a. Kotak Heading

Masing-masing kotak (Rumah Sakit, Judul SPO, No. dokumen, No. Revisi, Halaman, Prosedur Tetap, Tanggal terbit, Ditetapkan Direktur) diisi sebagai berikut:

- 1) Heading dan kotaknya dicetak pada setiap halaman. Pada halaman pertama

kotak heading harus lengkap, untuk halaman-halaman berikutnya kotak heading dapat hanya memuat: Kotak Nama RS, Judul SPO, No. Dokumen, No. Revisi dan Halaman.

- 2) Kotak RS diberi nama RS dan logo RS (bila RS sudah mempunyai logo)
- 3) Judul SPO: diberi judul/nama SPO sesuai proses kerjanya.
- 4) No. Dokumen: diisi sesuai dengan ketentuan penomoran yang berlaku di RS yang bersangkutan, yang dibuat sistematis agar ada keseragaman.
- 5) No. Revisi: diisi dengan status revisi, dianjurkan menggunakan huruf.

Contoh: dokumen baru diberi huruf A, dokumen revisi pertama diberi huruf B dan seterusnya. Tetapi dapat juga dengan angka, misalnya untuk dokumen baru dapat diberi nomor 0, sedangkan dokumen revisi pertama diberi nomor 1, dan seterusnya.

- 6) Halaman: diisi nomor halaman dengan mencantumkan juga total halaman untuk SPO tersebut.

Misalnya: halaman pertama: 1/5, halaman kedua: 2/5, halaman terakhir : 5/5

#### **b. Isi SPO**

- 1) Pengertian: berisi penjelasan dan atau definisi tentang istilah yang mungkin sulit dipahami atau menyebabkan salah pengertian.
- 2) Tujuan: berisi tujuan pelaksanaan SPO secara spesifik. Kata kunci: “Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk .....”
- 3) Kebijakan: berisi kebijakan Direktur/Pimpinan RS yang menjadi dasar dibuatnya SPO tsb. Dicantumkan kebijakan yang mendasari SPO tersebut, kemudian diikuti dengan peraturan/keputusan dari kebijakan terkait.
- 4) Prosedur: bagian ini merupakan bagian utama yang menguraikan langkah-langkah kegiatan untuk menyelesaikan proses kerja tertentu.
- 5) Unit terkait: berisi unit-unit yang terkait dan atau prosedur terkait dalam proses kerja tersebut.

#### **2.3.6. Tata Cara Pengelolaan SPO**

- 1) Pihak RS agar menetapkan siapa yang mengelola SPO
- 2) Pengelola SPO harus mempunyai arsip seluruh SPO RS
- 3) Pengelola SPO agar membuat tata cara penyusunan, penomoran, distribusi, penarikan, penyimpanan, evaluasi dan revisi SPO

### **2.3.7. Tata Cara Penyusunan SPO**

#### **a. Hal-hal yang perlu diingat**

- 1) Siapa yang harus menulis atau menyusun SPO.
- 2) Bagaimana merencanakan dan mengembangkan SPO.
- 3) Bagaimana SPO dapat dikenali.
- 4) Bagaimana memperkenalkan SPO kepada pelaksana dan unit terkait.
- 5) Bagaimana pengendalian SPO nya (nomor, revisi dan distribusi)

#### **b. Syarat Penyusunan SPO**

- 1) Identifikasi kebutuhan yakni mengidentifikasi apakah kegiatan yang dilakukan saat ini sudah ada SPO belum dan bila sudah ada agar diidentifikasi, apakah SPO masih efektif atau tidak.
- 2) Perlu ditekankan bahwa SPO harus ditulis oleh mereka yang melakukan pekerjaan tersebut atau oleh unit kerja tersebut, Tim atau panitia yang ditunjuk oleh Direktur/Pimpinan RS hanya untuk menganggapi dan mengoreksi SPO tersebut. Hal tersebut sangatlah penting, karena komitmen terhadap pelaksanaan SPO hanya diperoleh dengan adanya keterlibatan pesonel/unit kerja dalam penyusunan SPO.
- 3) SPO harus merupakan flow charting dari suatu kegiatan. Pelaksana atau unit kerja agar mencatat proses kegiatan dan membuat alurnya kemudian Tim/Panitia diminta memberikan tanggapan.
- 4) Didalam SPO harus dapat dikenali dengan jelas siapa melakukan apa, dimana, kapan dan mengapa.
- 5) SPO jangan menggunakan kalimat majemuk. Subyek, predikat dan obyek harus jelas.
- 6) SPO harus menggunakan kalimat perintah/instruksi dengan bahasa yang dikenal pemakai.
- 7) SPO harus jelas ringkas dan mudah dilaksanakan. Untuk SPO pelayanan pasien maka harus memperhatikan aspek keselamatan, keamanan dan kenyamanan pasien. Untuk SPO profesi harus mengacu kepada standar profesi, standar pelayanan, mengikuti perkembangan IPTEK dan memperhatikan aspek keselamatan pasien.

**c. Proses Penyusunan SPO**

- 1) SPO disusun dengan menggunakan format SPO sesuai dengan lampiran Surat Edaran Direktur Pelayanan Medik Spesialistik nomer YM.00.02.2.2.837 tertanggal 1 Juni 2001, perihal bentuk SPO.
- 2) Penyusunan SPO dapat dikelola oleh suatu Tim/panitia dengan mekanisme sebagai berikut:
  - a) Pelaksana atau unit kerja menyusun SPO dengan melibatkan unit terkait.
  - b) SPO yang telah disusun oleh pelaksana atau unit kerja disampaikan ke Tim/Panitia SPO.
  - c) Fungsi Tim/Panitia SPO:
    1. Memberikan tanggapan, mengkoreksi dan memperbaiki terhadap SPO yang telah disusun oleh pelaksana/unit kerja baik dari segi bahasa maupun penulisan.
    2. Sebagai koordinator dari SPO yang sudah dibuat oleh masing-masing unit kerja sehingga tidak terjadi duplikasi SPO/tumpang tindih SPO antar unit.
    3. Melakukan cek ulang terhadap SPO-SPO yang akan di tanda tangani oleh Direktur RS

**d. Hal yang Mempengaruhi Keberhasilan Penyusunan SPO**

- 1) Ada komitmen dari pimpinan RS yang terlihat dengan adanya dukungan fasilitas dan sumber daya lainnya
- 2) Ada fasilitator/petugas yang mempunyai kemampuan dan kemauan untuk menyusun SPO, jadi ada aspek pekerjaan dan aspek psikologis.
- 3) Ada target waktu yaitu ada target dan jadwal yang disusun dan disepakati.
- 4) Adanya pemantauan dan pelaporan kemajuan penyusunan SPO

**2.3.8. Tata Cara Penomoran SPO**

1. Semua SPO harus diberi nomor
2. RS agar membuat kebijakan tentang pemberian nomor untuk SPO.
3. Pemberian nomor bisa mengikuti tata persuratan RS atau ketentuan penomoran yang khusus untuk SPO (bisa menggunakan garis miring atau dengan sistem digit). Pemberian nomor sebaiknya secara sentral.
4. Kode-kode yang dipergunakan untuk pemberian nomor:

### 2.3.9. Tata Cara Penyimpanan SPO

1. Penyimpanan SPO adalah bagaimana SPO tersebut disimpan.
2. SPO asli agar disimpan di sekretariat Tim akreditasi RS atau Bagian sekretariat RS, sesuai dengan kebijakan yang berlaku di RS tersebut tentang tata cara pengarsipan dokumen. Penyimpanan SPO yang asli harus rapi, sesuai metode pengarsipan dokumen sehingga mudah dicari kembali bila diperlukan.
3. SPO foto copy ada di simpan di masing-masing unit kerja dimana SPO tersebut dipergunakan. Bila SPO tersebut sudah tidak berlaku lagi atau tidak dipergunakan lagi karena di revisi atau hal lainnya maka unit kerja wajib mengembalikan SPO yang sudah tidak berlaku tersebut ke sekretariat Tim Akreditasi/Bagian sekretariat RS sehingga di unit kerja hanya ada SPO yang masih berlaku saja. Sekretariat Tim Akreditasi/Bagian sekretariat RS dapat memusnahkan foto copy SPO yang tidak berlaku tersebut, namun untuk SPO nya yang asli agar tetap disimpan, dengan lama penyimpanan sesuai ketentuan dalam pengarsipan dokumen di RS.
4. SPO di unit kerja harus harus diletakkan ditempat yang mudah dilihat, mudah diambil dan mudah dibaca oleh pelaksana.
5. Rumah sakit yang sudah menggunakan *e-file* maka penyimpanan SPO sebagai berikut:
  - a) Setiap SPO harus di print-out dan disimpan sebagai SPO asli.
  - b) SPO di unit kerja tidak perlu hard copy, SPO bisa dilihat di intranet di rumah sakit. Namun untuk SPO penanganan gawat darurat tetap harus dibuatkan hard copynya.

### 2.3.10. Tata Cara Pendistribusian SPO

1. Distribusi SPO adalah kegiatan atau usaha menyampaikan SPO kepada unit kerja dan atau pelaksana yang memerlukan SPO tersebut agar dapat sebagai panduan dalam melaksanakan kegiatannya. Kegiatan ini dilakukan oleh Tim Akreditasi RS atau Bagian sekretariat RS sesuai kebijakan RS dalam pengendalian dokumen.
2. Distribusi harus memakai buku ekspedisi dan atau formulir tanda terima
3. Distribusi SPO bisa hanya untuk unit kerja tertentu tetapi bisa juga untuk seluruh unit kerja. Hal tersebut tergantung jenis SPO tersebut, bila SPO tersebut merupakan acuan untuk melakukan kegiatan di semua unit kerja maka SPO didistribusikan ke semua unit kerja. Namun bila SPO tersebut hanya untuk unit kerja tertentu maka

distribusi SPO hanya untuk unit kerja tertentu tersebut dan unit terkait yang tertulis di SPO tersebut.

4. Rumah sakit yang sudah menggunakan *e-file* maka distribusi SPO bisa melalui intranet dan diatur kewenangan otorisasi di setiap unit kerja, sehingga unit kerja dapat mengetahui batas kewenangan dalam membuka SPO

### **2.3.11. Tata Cara Evaluasi SPO**

1. Evaluasi SPO dilaksanakan sesuai kebutuhan dan maksimal 3 tahun sekali.
2. Evaluasi SPO dilakukan oleh masing-masing unit kerja yang dipimpin oleh kepala unit kerja.
3. Hasil evaluasi: SPO masih tetap bisa dipergunakan atau SPO perlu diperbaiki/direvisi. Perbaikan/revisi bisa isi SPO sebagian atau seluruhnya.
4. Perbaikan/revisi perlu dilakukan bila:
  - a. Alur di SPO sudah tidak sesuai dengan keadaan yang ada
  - b. Adanya perkembangan IPTEK
  - c. Adanya perubahan organisasi atau kebijakan baru.
  - d. Adanya perubahan fasilitas
5. Pergantian direktur/pimpinan RS, bila SPO memang masih sesuai/dipergunakan maka tidak perlu di revisi.

## **2.4. Job Description dan Job Specification**

### **2.4.1. Job Description**

Deskripsi pekerjaan (*job description*) adalah informasi tertulis yang menguraikan tugas dan tanggung jawab, kondisi pekerjaan, hubungan pekerjaan dan aspek-aspek pekerjaan pada suatu jabatan tertentu dalam organisasi (Hasibuan, 2005). Deskripsi pekerjaan akan memberikan ketegasan dan standar tugas yang harus dicapai oleh seseorang yang memegang jabatan tersebut. Selain itu deskripsi pekerjaan juga dapat menjadi dasar untuk menetapkan spesifikasi pekerjaan dan evaluasi pekerjaan dalam memegang suatu jabatan. Deskripsi pekerjaan yang jelas dapat membantu pegawai dalam meningkatkan kinerja pegawai karena pegawai memiliki arah terhadap apa yang menjadi tugas pokok dan fungsinya dalam bekerja.

Sedangkan menurut Handoko (2008), deskripsi pekerjaan adalah suatu pernyataan tertulis yang menguraikan fungsi, tugas-tugas, tanggung jawab, wewenang, kondisi kerja

dan aspekpek pekerjaan tertentu lainnya. Semua deskripsi mempunyai bentuk (style) yang sama meskipun diantara organisasi-organisasi yang berbeda bentuk dan isi deskripsi pekerjaan bisa bervariasi.

#### **2.4.2. Job Specification**

Menurut Purwanti dkk (2018) spesifikasi jabatan (*job spesification*) menjelaskan syarat-syarat minimum yang harus dipenuhi oleh pekerja untuk melaksanakan pekerjaan-pekerjaan dalam jabatan tertentu. Syarat kualifikasi dari suatu jabatan (*job specification*) yang dibutuhkan seperti pendidikan, keahlian, kemampuan, pengalaman kerja, dan lain-lain, agar seseorang dapat menjalankan tugas-tugas dalam suatu jabatan dengan baik *Job specification* dibuat agar calon karyawan yang diterima tidak asal-asalan dan dipilih berdasarkan standar yang dibutuhkan perusahaan. Selain itu, job specification merupakan daftar *knowledge, skills, abilities, dan other characteristic*. Job specification ditetapkan setelah deskripsi pekerjaan disusun sehingga perusahaan dapat menetapkan kriteria-kriteria yang dibutuhkan untuk memenuhi standar tersebut.

### BAB III

#### METODE KEGIATAN MAGANG

#### 3.1. Lokasi Pelaksanaan Magang

Kegiatan magang dilaksanakan di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya, khususnya di bagian Komite Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit Umum Haji Surabaya yang terletak di Gedung Al-Aqsha lantai 4.

#### 3.2. Waktu Pelaksanaan Magang

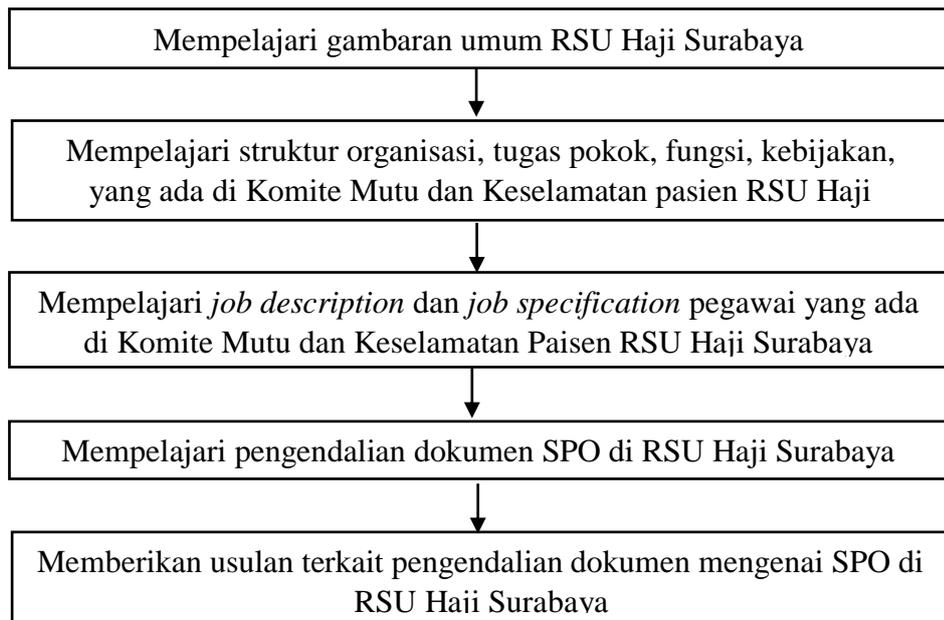
Kegiatan magang dilaksanakan selama 4 minggu aktif setiap hari kerja (Senin sampai Jum'at) pada rentang waktu 20 Januari – 14 Februari 2020 sesuai dengan jam kerja di RSUD Haji Surabaya.

Tabel 3.1. Timeline Kegiatan Magang

Timeline Kegiatan	Jan				Feb				
	20	22	24	27	4	7	12	21	25
Pengenalan tempat magang									
Mempelajari gambaran umum RSUD Haji Surabaya									
Mempelajari struktur organisasi yang ada di Komite Mutu dan Keselamatan Pasien RSUD Haji Surabaya									
Mempelajari tugas pokok dan fungsi yang ada di Komite Mutu dan Keselamatan Pasien RSUD Haji Surabaya									
Mempelajari kebijakan dan SPO yang ada di Komite Mutu dan Keselamatan Pasien RSUD Haji Surabaya									
Mempelajari <i>job description</i> dan <i>job specification</i> pegawai yang terlibat dalam pengendalian dokumen mengenai SPO di Komite Mutu dan Keselamatan Pasien RSUD Haji Surabaya									
Mempelajari alur dan proses pengendalian dokumen mengenai SPO yang ada di Komite Mutu dan Keselamatan Pasien RSUD Haji Surabaya									
Melakukan observasi terkait gambaran umum pengendalian									

dokumen mengenai SPO di Komite Mutu dan Keselamatan Pasien RSUD Haji Surabaya									
Supervisi Dosen Pembimbing dari FKM UNAIR ke Komite Mutu dan Keselamatan Pasien RSUD Haji Surabaya									
Melakukan wawancara dengan pegawai yang terkait dengan pengendalian dokumen mengenai SPO di Komite Mutu dan Keselamatan Pasien RSUD Haji Surabaya									
Menganalisis pelaksanaan pengendalian dokumen mengenai SPO di Komite Mutu dan Keselamatan Pasien RSUD Haji Surabaya									
Memberikan usulan pada Komite Mutu dan Keselamatan Pasien di RSUD Haji Surabaya									
Menyusun laporan magang									
Seminar hasil magang									

### 3.3. Kerangka Operasional Magang



Gambar 3.1. Kerangka Operasional

Berdasarkan gambar diatas tahap pertama yang dilakukan adalah dengan mempelajari gambaran umum RSUD Haji Surabaya yang dilanjutkan dengan mempelajari struktur organisasi, tugas pokok, fungsi, kebijakan, yang ada di Komite Mutu dan Keselamatan Pasien RSUD Haji Surabaya. Tahap selanjutnya mempelajari *job description* dan *job specification* pegawai yang ada di Komite Mutu dan Keselamatan Pasien RSUD Haji Surabaya. Terakhir adalah dengan memberikan usulan terkait pengendalian dokumen di RSUD Haji Surabaya.

### **3.4. Metode Pelaksanaan Magang**

Metode yang akan digunakan dalam kegiatan magang antara lain:

#### **1. Observasi atau pengamatan**

Metode ini dilaksanakan dengan cara melakukan observasi atau pengamatan secara langsung terhadap implementasi pengendalian dokumen SPO di RSUD Haji Surabaya, seperti observasi terhadap perubahan usulan atau pembuatan dokumen mengenai SPO yang dilaksanakan di RSUD Haji Surabaya selama proses magang.

#### **2. Wawancara**

Metode wawancara dilakukan dengan pihak yang terkait dengan implementasi pengendalian dokumen SPO di RSUD Haji Surabaya, seperti karyawan maupun ketua Komite Mutu dan Keselamatan Pasien di RSUD Haji Surabaya.

#### **3. Partisipasi aktif**

Metode ini dilaksanakan dengan ikut berperan aktif dalam melatih kemampuan dan ketrampilan dalam bekerja secara mandiri atau tim di Komite Mutu dan Keselamatan Pasien di RSUD Haji Surabaya.

#### **4. Kajian literatur**

Metode kajian literatur dilaksanakan dengan membandingkan implementasi pengendalian dokumen SPO yang ada di RSUD Haji Surabaya dengan mengkaji beberapa referensi (buku teks dan jurnal ilmiah), kebijakan, pedoman, atau peraturan.

### **3.5. Pengumpulan dan Analisis Data**

#### **a. Teknik Pengumpulan Data**

Dalam kegiatan magang akan dilakukan pengumpulan data primer maupun sekunder yang digunakan sebagai data untuk dibandingkan dan dikaji dengan teori

**1. Data Primer**

Pengumpulan data primer dilakukan dengan wawancara dengan pembimbing instansi dan pegawai RSUD Haji Surabaya terkait pelaksanaan pengendalian dokumen SPO yang ada di RSUD Haji Surabaya

**2. Data Sekunder**

Pengumpulan data sekunder dilakukan dengan melihat data mengenai beberapa hal yang ada di Komite Mutu dan Keselamatan Pasien. Kemudian akan dilakukan analisis atau evaluasi sesuai dengan tujuan yang disebutkan. Selain itu beberapa data sekunder yang diperoleh akan didokumentasikan dalam bentuk foto.

**b. Teknik Analisis Data**

Teknik analisis yang digunakan adalah membandingkan keadaan dilapangan dengan standar yang telah ditetapkan oleh KARS dan peraturan lainnya mengenai SPO.

## **BAB IV**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **4.1. Gambaran Umum RSUD Haji Surabaya**

##### **4.1.1. Sejarah RSUD Haji Surabaya**

Rumah Sakit Umum (RSU) Haji Surabaya adalah rumah sakit yang berlokasi di Jl. Manyar Kertoadi, Klampis Ngasem, Kec. Sukolilo, Kota Surabaya, Jawa Timur 60116. RSUD Haji Surabaya merupakan rumah sakit milik pemerintah Provinsi Jawa Timur yang didirikan berkenaan peristiwa yang menimpa para Jamaah Haji Indonesia di terowongan Mina pada tahun 1990. Dengan adanya bantuan dana dari Pemerintah Arab Saudi dan dilanjutkan dengan biaya dari Pemerintahan Provinsi Jawa Timur, berhasil dibangun gedung beserta fasilitasnya dan resmi dibuka pada 17 April 1993, sebagai RSUD Tipe C dengan Surat Keputusan Gubernur nomor 136 tahun 1997. Pada tahun 1998 berkembang menjadi RSUD tipe B Non Pendidikan dengan Surat Keputusan Menteri Kesehatan nomor 1006/Menkes/SK/IX/1998 pada tanggal 21 September 1998. Pada tanggal 30 Oktober 2008 sesuai Surat Keputusan Menteri Kesehatan nomor 1003/Menkes/SK/X/2008, RSUD Haji berubah status menjadi RSUD Tipe B Pendidikan dan pada tahun 2008 juga berdasarkan Surat Keputusan Gubernur Jawa Timur tanggal 30 Desember 2008 nomor 118/441/KPTS/013/2008 Rumah sakit Umum Haji Surabaya ditetapkan sebagai rumah sakit dengan status Badan Layanan Umum Daerah (BLUD).

RSU Haji Surabaya adalah rumah sakit umum yang melayani semua golongan masyarakat, semua agama dan semua tingkat sosio ekonomi. Motto RSUD Haji Surabaya yaitu menebar salam dan senyum dalam pelayanan. Tersedia jenis pelayanan dan fasilitas rumah sakit yang dimiliki, seperti tenaga medis, alat medis, akomodasi dan lain sebagainya. Jumlah dokter yang professional dibidangnya serta peralatan yang memadai mendukung rumah sakit dalam memberikan pelayanan semaksimal mungkin sesuai kebutuhan pelanggan.

##### **4.1.2. Visi, Misi, Motto, dan Nilai Dasar RSUD Haji Surabaya**

###### **a. Visi RSUD Haji Surabaya**

Rumah Sakit Pilihan Masyarakat, Prima dan Islami dalam Pelayanan yang berstandar Internasional, didukung Pendidikan dan Penelitian yang Berkualitas.

**b. Misi RSU Haji Surabaya**

- 1) Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan menuju standar internasional di dukung pendidikan dan penelitian yang berkualitas.
- 2) Menyediakan SDM yang profesional, jujur, amanah dan mengutamakan kerjasama.
- 3) Meningkatkan sarana dan prasarana sesuai perkembangan IPTEKDOK
- 4) Meningkatkan Kemandirian Rumah Sakit dan Kesejahteraan Karyawan

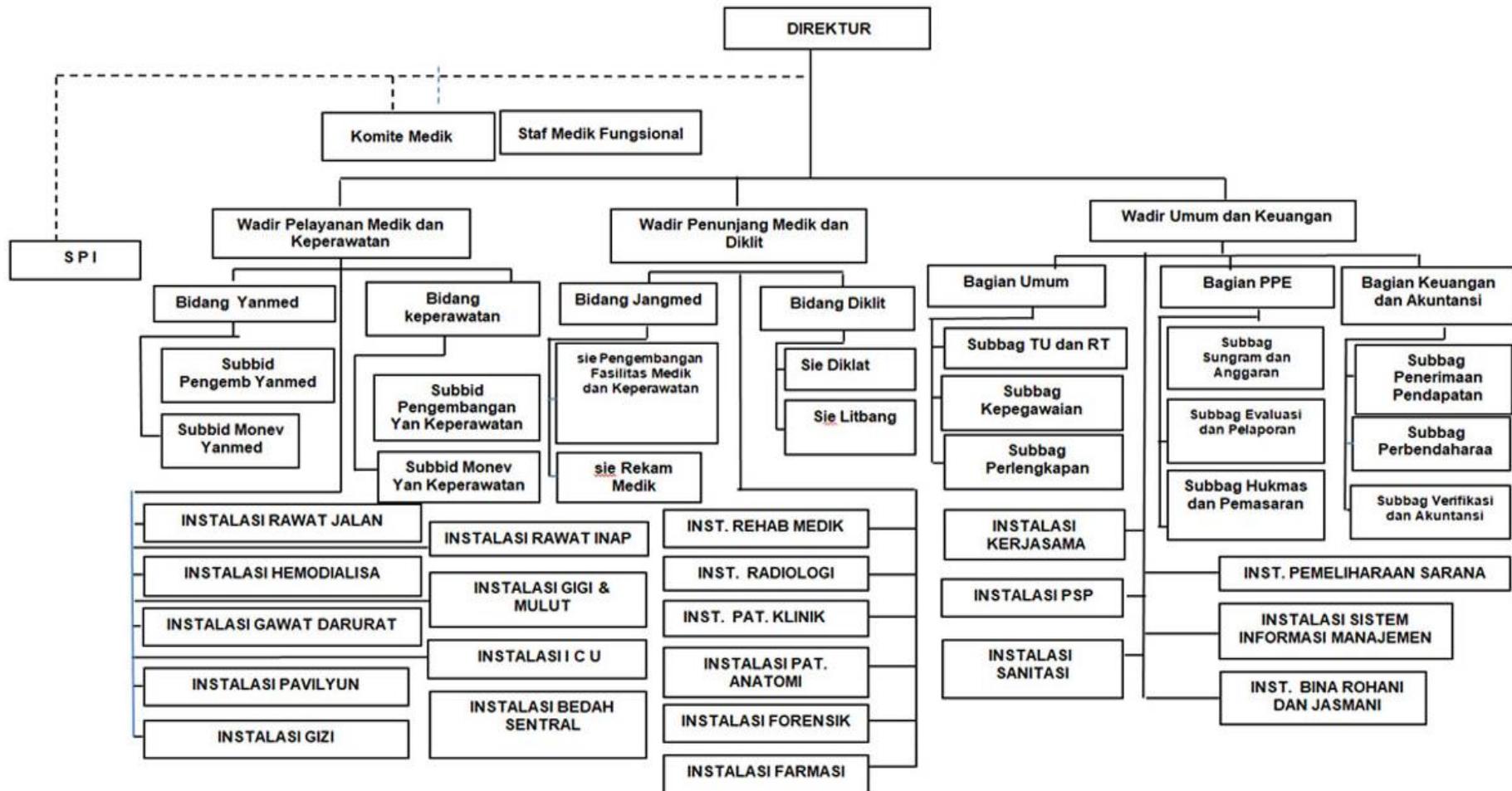
**c. Motto RSU Haji Surabaya**

“Menebar Salam dan Senyum dalam Pelayanan”

**d. Nilai pada RSU Haji Surabaya**

- 1) Jujur : Memberi pelayanan kesehatan dengan benar, sesuai standar pelayanan, dengan memperhatikan kepastian pelayanan untuk mendapatkan kepercayaan pelanggan rumah sakit.
- 2) Islami : Petugas rumah sakit dalam memberikan pelayanan tidak bertentangan dengan kaidah-kaidah islam.
- 3) Amanah : Memberikan pelayanan kesehatan sesuai hak-hak pelanggan, dengan penuh tanggung jawab, sehingga kepuasan pasien akan meningkat.
- 4) Profesional : Pelayanan rumah sakit dilakukan sesuai dengan keahlian, ketrampilan, dan standar mutu dengan mengutamakan keselamatan pasien.
- 5) Ta'awun (Kerjasama) : Mengutamakan kerjasama berbagai profesi dan disiplin ilmu, untuk kesembuhan dan keselamatan pasien.

e. Struktur Organisasi RSU Haji Surabaya



Gambar 4.1. Struktur Organisasi RSU Haji Surabaya

Berdasarkan struktur organisasi dari Profil Rumah Sakit RSU Haji Surabaya Tahun 2018, RSU Haji Surabaya dipimpin oleh seorang Direktur yang memimpin penyelenggaraan rumah sakit. Dalam menjalankan fungsinya, direktur dibantu oleh sekretariat, Satuan Pengawas Internal (SPI), Komite Medik, Staf Medik Fungsional, Wakil Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan, Wakil Direktur Penunjang Medik dan Diklit, dan Wakil Direktur Umum dan Keuangan.

1. Wakil Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan, berperan dalam pengelolaan kegiatan pelayanan medik dan keperawatan yang membawahi:
  - a) Bidang Pelayanan Medis
  - b) Bidang Keperawatan
  - c) Instalasi Rawat Jalan
  - d) Instalasi Rawat Inap
  - e) Instalasi Hemodialisa
  - f) Instalasi Gigi & Mulut
  - g) Instalasi Gawat Darurat
  - h) Instalasi ICU
  - i) Instalasi Pavilyun
  - j) Instalasi Bedah Sentral
  - k) Instalasi Gizi
2. Wakil Direktur Penunjang Medik dan Diklit, berperan dalam pengelolaan kegiatan penunjang medik dan pendidikan dan pelatihan, yang membawahi:
  - a) Bidang Penunjang Medis
  - b) Bidang Pendidikan dan Pelatihan
  - c) Instalasi Rehab Medik
  - d) Instalasi Radiologi
  - e) Instalasi Patologi Klinik
  - f) Instalasi Patologi Anatomi
  - g) Instalasi Forensik
  - h) Instalasi Farmasi
3. Wakil Direktur Umum dan Keuangan, berperan dalam pengelolaan kegiatan umum dan keuangan, yang membawahi:
  - a) Bagian Umum
  - b) Bagian PPE (Perencanaan Program dan Evaluasi)

- c) Bagian Keuangan dan Akuntansi
- d) Instalasi Kerjasama
- e) Instalasi PSP (Pusat Pencucian dan Sterilisasi)
- f) Instalasi Sanitasi
- g) Instalasi Pemeliharaan Sarana
- h) Instalasi SIM-RS (Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit)
- i) Instalasi Bina Rohani dan Jasmani

Masing-masing bidang dan bagian dipimpin oleh kepala bidang, kepala bagian, dan kepala instalasi yang memiliki keahlian dan kompetensi di bidangnya, agar mampu melaksanakan peran dan fungsinya dengan baik. Selain itu, kegiatan operasional RSUD Haji Surabaya juga didukung dengan beberapa komite-komite yang tergolong sebagai unit non struktural yang hanya melakukan fungsi koordinasi dengan direktur, tanpa adanya intervensi/campur tangan direktur dalam penyelenggaraannya. Berikut merupakan beberapa komite dan Tim yang ada di RSUD Haji Surabaya:

1. Komite Medik
2. Komite Keperawatan
3. Komite Nakes (Tenaga Kesehatan)
4. Komite Mutu dan Keselamatan Pasien
5. Komite PPI (Pencegahan dan Pengendalian Infeksi)
6. Tim Penilaian Kinerja
7. Tim Kerjasama Operasional
8. Tim Ponek, TB Dots, HIV/AIDS, KPRA dan Tim Mutu lainnya.

#### f. Komposisi Sumber Daya Manusia RSUD Haji Surabaya

Berdasarkan data pegawai RSUD Haji Surabaya bulan Januari 2020, jumlah SDM yang mendukung kegiatan pelayanan dan administrasi di RSUD Haji Surabaya adalah sebagai berikut:

Tabel 4.1. Sumber Daya Manusia RSUD Haji Surabaya Januari 2020

Jenis Tenaga	Jumlah Kebutuhan	PNS	BLUD	Total PNS + BLUD	Kekurangan Pegawai
Medis	124	100	15	115	-9
Psikolog Klinis	2	2	1	3	1
Keperawatan	416	240	144	384	-32
Kebidanan	59	33	20	53	-6
Kefarmasian	78	30	31	61	-17
Kesehatan Masyarakat	7	4	0	4	-3

Kesehatan Lingkungan	6	7	1	8	2
Gizi	11	14	0	14	3
Keterampilan Fisik	15	18	2	20	5
Keteknisian Medis	41	17	13	30	-11
Teknik Biomedika	73	35	26	61	-12
Non Kesehatan	432	228	181	409	-23
Struktural	28	23	0	23	-5
<b>TOTAL</b>	<b>1292</b>	<b>751</b>	<b>434</b>	<b>1185</b>	<b>-107</b>

Sumber: Sub Bagian Kepegawaian RSU Haji Surabaya

### g. Jenis Pelayanan di RSU Haji Surabaya

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 56 Tahun 2016 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit, terdapat standar minimum pelayanan yang harusnya diberikan oleh Rumah Sakit Umum Kelas B. Perbandingan antara standar minimum pelayanan rumah sakit kelas B berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 56 Tahun 2016 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit dan pelayanan yang diberikan RSU Haji Surabaya sebagai berikut:

Tabel 4.2. Perbandingan Aspek Pelayanan RSU Haji Surabaya dengan Aspek Pelayanan Rumah Sakit Kelas B Permenkes No 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi Rumah Sakit

No	Pelayanan	Kelas B	Keadaan di RSU Haji	Keterangan
<b>Pelayanan Medik</b>				
1.	Pelayanan Gawat Darurat	√	√	ada
2.	Pelayanan Medik Spesialis Dasar			
a.	Pelayanan Penyakit Dalam	√	√	ada
b.	Pelayanan Kesehatan Anak	√	√	ada
c.	Pelayanan Bedah	√	√	ada
d.	Pelayanan Obstetri dan Ginekologi	√	√	ada
3.	Pelayanan Medik Spesialis Penunjang			
a.	Pelayanan Anestesiologi	√	√	ada
b.	Radiologi	√	√	ada
c.	Patologi Klinik	√	√	ada
d.	Patologi Anatomi	√	√	ada
e.	Rehabilitasi Medik	√	√	ada
4.	Pelayanan Medik Spesialis lain, paling sedikit berjumlah 8 pelayanan dari 13 pelayanan			
a.	Pelayanan Mata	√	√	ada
b.	Telinga, Hidung, Tenggorokan	√	√	ada
c.	Syaraf	√	√	ada

d.	Jantung dan pembuluh darah	√	√	ada
e.	Kulit dan kelamin	√	√	ada
f.	Kedokteran jiwa	√	√	ada
g.	Paru	√	√	ada
h.	Orthopedi	√	√	ada
i.	Urologi	√	√	ada
j.	Bedah syaraf	√	√	ada
k.	Bedah plastik	√	√	ada
l.	Kedokteran forensik	√	x	<b>tidak ada</b>
5.	Pelayanan Medik Subspesialis, paling sedikit berjumlah 2 pelayanan subspesialis dari 4 subspesialis dasar			
a.	pelayanan subspesialis di bidang spesialisasi bedah	√	√	ada
b.	penyakit dalam	√	√	ada
c.	Kesehatan anak	√	√	ada
d.	obstetri dan ginekologi	√	√	ada
6.	Pelayanan Medik Spesialis Gigi dan Mulut, paling sedikit berjumlah 3 (tiga) pelayanan			
a.	Pelayanan yang meliputi pelayanan bedah mulut	√	√	ada
b.	Konservasi/endodonsi	√	√	ada
c.	Orthodonti	√	√	ada
<b>Pelayanan Farmasi</b>				
1.	Pengelolaan sediaan farmasi	√	√	ada
2.	Alat kesehatan dan bahan medis habis pakai,	√	√	ada
3.	Pelayanan farmasi klinik	√	√	ada
<b>Pelayanan Keperawatan dan Kebidanan</b>				
1.	Asuhan Keperawatan			ada
2.	Asuhan Kebidanan			ada
<b>Pelayanan Penunjang Klinik</b>				
1.	Pelayanan Bank Darah	√	√	ada
2.	Perawatan intensif untuk semua golongan umur dan jenis penyakit	√	√	ada
3.	Gizi	√	√	ada
4.	Sterilisasi instrumen	√	√	ada
5.	Rekam Medik	√	√	ada
<b>Pelayanan Penunjang Non Klinik</b>				
1.	Pelayanan Laundry/Linen	√	√	ada
2.	Jasa Boga/Dapur	√	√	ada
3.	Teknik Dan Pemeliharaan Fasilitas	√	√	ada
4.	Pengelolaan Limbah	√	√	ada
5.	Gudang	√	√	ada
6.	Ambulans	√	√	ada
7.	Sistem Informasi dan Komunikasi	√	√	ada
8.	Pemulasaraan Jenazah	√	√	ada
9.	Sistem Penanggulangan Kebakaran	√	√	ada
10.	Pengelolaan Gas Medik	√	√	ada, di IPS
11.	Pengelolaan Air Bersih	√	√	ada

Pelayanan Rawat Inap				
1.	Jumlah tempat tidur perawatan kelas III paling sedikit 30% (tiga puluh persen) dari seluruh tempat tidur untuk Rumah Sakit milik Pemerintah	√	√	ada a. Jumlah TT RSU Haji= 300 b. Jumlah TT kelas III= 90
2.	Jumlah tempat tidur perawatan intensif sebanyak 5% (lima persen) dari seluruh tempat tidur untuk Rumah Sakit milik Pemerintah dan Rumah Sakit milik swasta.	√	√	ada a. Jumlah TT RSU Haji = 300 b. Jumlah TT Perawatan Intensif RSU Haji = 29 (ICU= 8, ICCU= 6, NICU= 4, HCU Jantung= 5, HCU Bayi= 6)

Sumber: Data Primer

Berdasarkan tabel diatas, dapat disimpulkan bahwa pelayanan yang ada di RSU Haji Surabaya sudah sesuai dengan pelayanan minimum yang telah diatur dalam Permenkes RI No 56 Tahun 2016 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit.

## 4.2. Gambaran Umum Komite Mutu dan Keselamatan Pasien

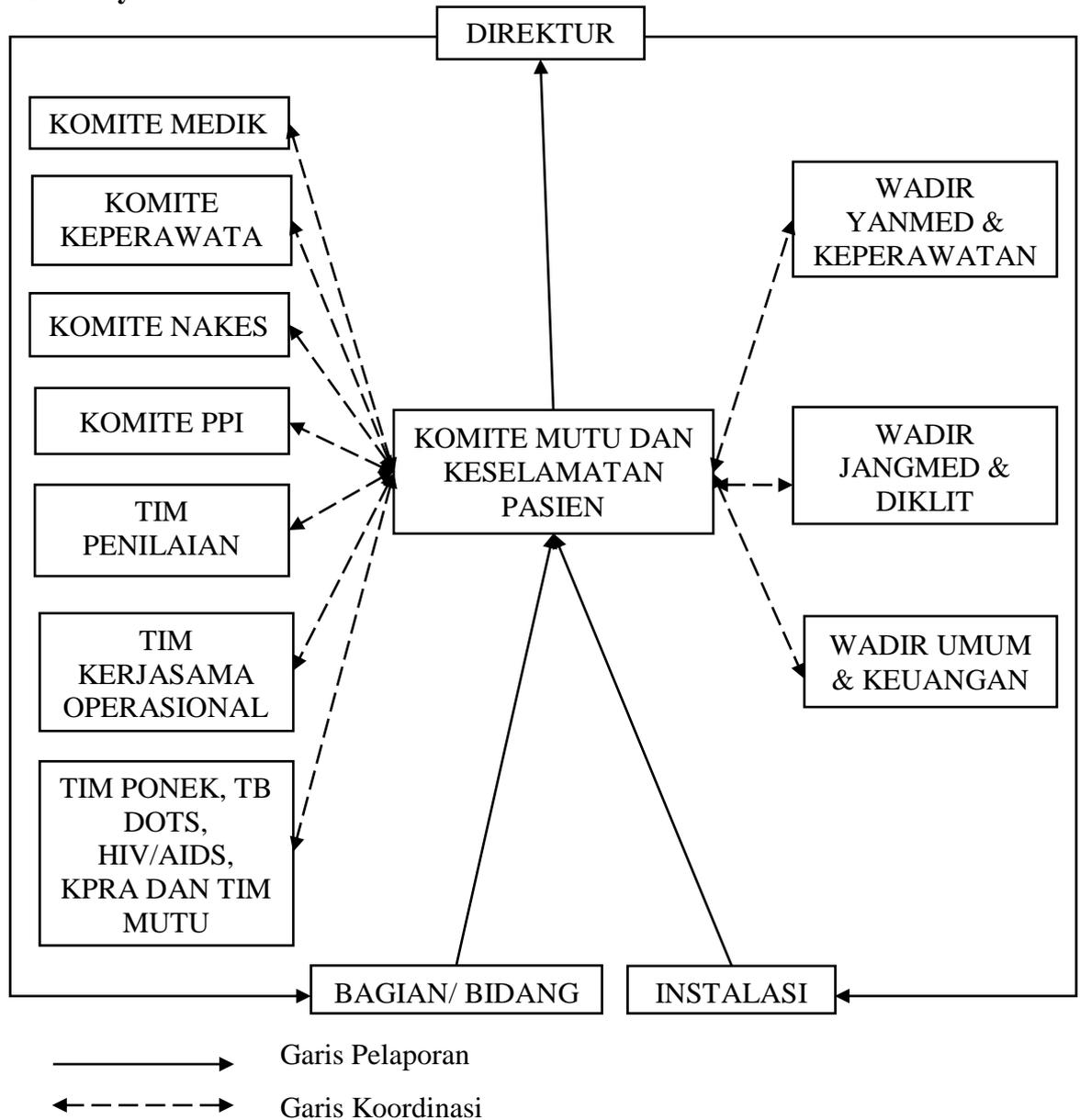
### 4.2.1. Profil Komite Mutu dan Keselamatan Pasien

Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) di RSU Haji Surabaya merupakan komite yang bertugas mengarahkan, mengatur, dan mengkoordinasikan penerapan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien di rumah sakit. Monitoring dilakukan melalui koordinasi dengan pimpinan unit dalam pengukuran mutu/indikator mutu dan menindaklanjuti hasil capaian indikator terutama jika capaian indikator mutu tersebut masih rendah. Berbagai kegiatan dalam program peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang merupakan proses kegiatan yang berkesinambungan dengan Komite Mutu dan Keselamatan Pasien antara lain:

1. Pemilihan area prioritas perbaikan pelayanan
2. Pemilihan indikator unit kerja
3. Penetapan 5 area prioritas untuk Panduan Praktik Klinik
4. Sistem Manajemen Data

5. Implementasi Keselamatan Pasien
6. Manajemen risiko
7. Penilaian kinerja
8. Evaluasi kontrak dan perjanjian lainnya
9. Pendidikan dan pelatihan peningkatan mutu dan keselamatan pasien

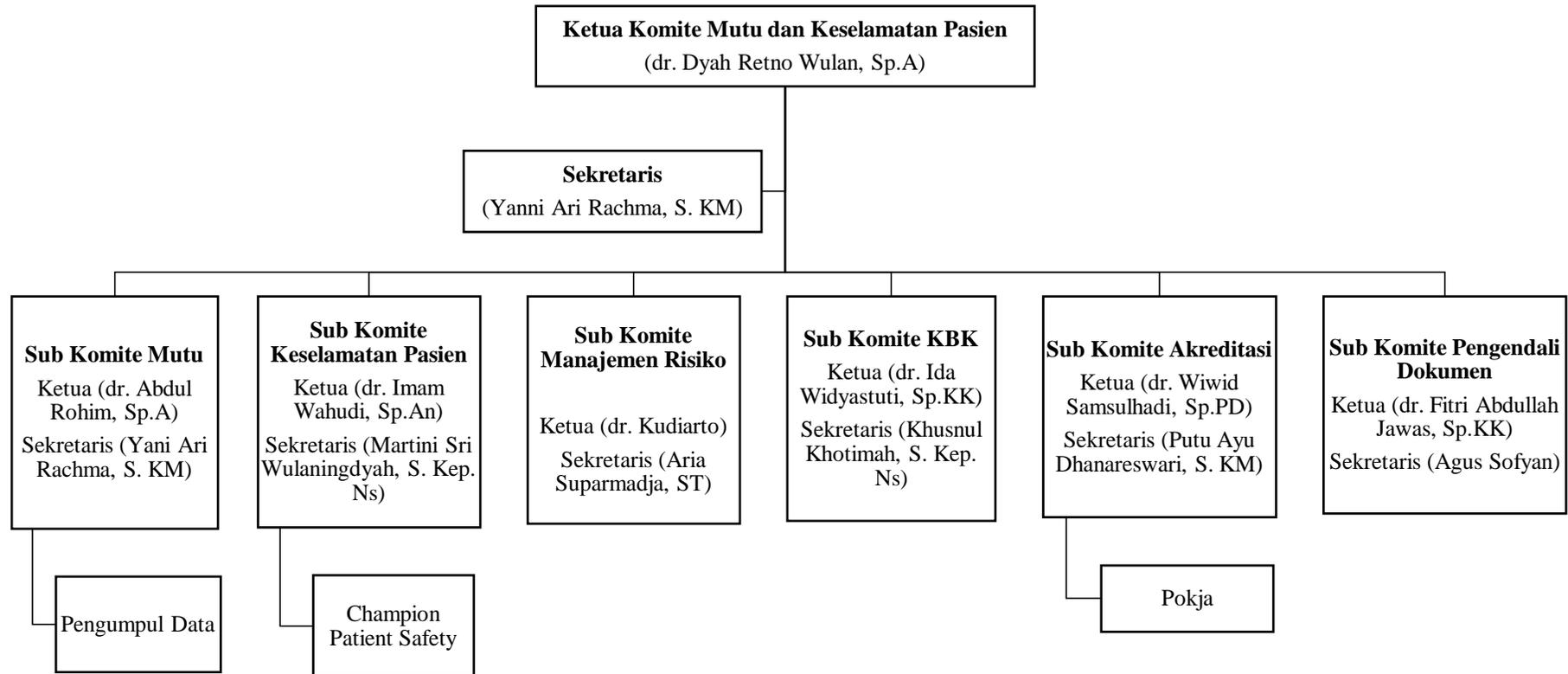
**4.2.2. Hubungan Tata Kerja Komite Mutu dan Keselamatan Pasien RSU Haji Surabaya**



Sumber: Buku Pedoman Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien

Gambar 4.2. Hubungan Tata Kerja Komite Mutu dan Keselamatan Pasien RSU Haji Surabaya

4.2.3. Struktur Organisasi Komite Mutu dan Keselamatan Pasien



Sumber: Buku Pedoman Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien

Gambar 4.3. Struktur Organisasi KMKP RSU Haji Surabaya

#### **4.2.4. Tugas Pokok dan Fungsi Komite Mutu dan Keselamatan Pasien**

Berdasarkan Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Haji Surabaya No. 445/966/304/2018 tentang Pemberlakuan Pedoman Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien berikut adalah tugas pokok dan fungsi Komite Mutu dan Keselamatan Pasien:

1. Sebagai motor penggerak penyusunan program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) rumah sakit;
2. Melakukan monitoring dan memandu penerapan program PMKP di unit kerja;
3. Membantu dan melakukan koordinasi dengan pimpinan unit pelayanan dalam memilih prioritas perbaikan, pengukuran mutu/indikator mutu menindaklanjuti hasil capaian indikator;
4. Melakukan koordinasi dan pengorganisasian pemilihan prioritas program ditingkat unit kerja serta menggabungkan menjadi prioritas rumah sakit secara keseluruhan. Prioritas program rumah sakit ini harus terkoordinasi dengan baik dalam pelaksanaannya;
5. Menentukan profil indikator mutu, metode analisis, dan validasi data dari data indikator mutu yang dikumpulkan dari seluruh unit kerja di rumah sakit;
6. Menyusun formulir untuk mengumpulkan data, menentukan jenis data, serta bagaimana alur data dan pelaporan dilaksanakan;
7. Menjalin komunikasi yang baik dengan semua pihak terkait, serta menyampaikan masalah terkait pelaksanaan program mutu dan keselamatan pasien;
8. Terlibat secara penuh dalam kegiatan pendidikan dan pelatihan PMKP;
9. Bertanggung jawab untuk mengkomunikasikan masalah-masalah mutu secara rutin kepada semua staf;
10. Menyusun regulasi terkait dengan pengawasan dan penerapan program PMKP

#### **4.2.5. Komposisi SDM Komite Mutu dan Keselamatan Pasien**

Berdasarkan Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Haji Surabaya No. 445/468/304/2017 tentang Pembentukan Komite Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit Umum Haji Surabaya berikut merupakan komposisi SDM Komite Mutu dan Keselamatan Pasien RSUD Haji Surabaya.

Tabel 4.3. Komposisi SDM Komite Mutu dan Keselamatan Pasien RSUD Haji Surabaya

No	Jabatan	Nama
1.	Pelindung	Direktur (Dr. drg. Sri Agustina Ariandani, M. Kes)
2.	Pembina	1. Wakil Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan (dr. Endang Prabawati, M. Kes) 2. Wakil Direktur Penunjang Medik, Pendidikan dan Penelitian (drg. Ansarul Fahrudha, M. Kes) 3. Wakil Direktur Umum dan Keuangan (Sugeng Harijanto, S. KM., M. PH)
3.	Ketua	dr. Dyah Retno Wulan, Sp.A
4.	Sekretaris	Yani Ari Rachma, S. KM
5.	Sub Komite Mutu	1. Ketua (dr. Abdul Rohim, Sp.A) 2. Sekretaris (Yani Ari Rachma, S. KM)
6.	Sub Komite Keselamatan Pasien	1. Ketua (dr. Imam Wahudi, Sp.An) 2. Sekretaris (Martini Sri Wulaningdyah, S. Kep. Ns)
7.	Sub Komite Manajemen Risiko	1. Ketua (dr. Kudiarto) 2. Sekretaris (Aria Suparmadja, ST)
8.	Sub Komite Akreditasi	1. Ketua (dr. Wiwid Samsulhadi, Sp.PD) 2. Sekretaris (Putu Ayu Dhanawati, S. KM)
9.	Sub Komite KBK	1. Ketua (dr. Ida Widyastuti, Sp.KK) 2. Sekretaris (Khusnul Khotimah, S. Kep. Ns)
10.	Sub Komite Pengendali Dokumen	1. Ketua (dr. Fitri Abdullah Jawas, Sp.KK) 2. Sekretaris (Agus Sofyan)
11.	Anggota	Semua Unit

Sumber: Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Haji Surabaya No. 445/468/304/2017

#### 4.2.6. *Job Description dan Job Specification* Komite Mutu dan Keselamatan Pasien

##### a. *Job Description*

Berdasarkan Keputusan Direktur RSUD Haji Surabaya No. 445/468/304/2017 tentang Pembentukan Komite Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit Umum Haji Surabaya terdapat uraian tugas, wewenang, dan tanggung jawab. Berikut adalah uraian tugas dari ketua, sekretaris, sub komite peningkatan mutu, sub komite keselamatan pasien, sub komite manajemen risiko, sub komite akreditasi, sub komite kelompok budaya kerja, dan sub komite pengendalian dokumen:

##### 1. Ketua Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien

- a) Menyusun dan merencanakan pelaksanaan kegiatan program kerja Komite Mutu dan Keselamatan Pasien
- b) Menyusun alokasi dana untuk seluruh kegiatan program kerja Komite Mutu dan Keselamatan Pasien
- c) Memimpin, mengkoordinir, dan mengevaluasi pelaksanaan Program Mutu dan Keselamatan Pasien secara efektif, efisien, dan bermutu

- d) Menyusun laporan tahunan pelaksanaan Program Mutu dan Keselamatan Pasien
  - e) Mengumpulkan data indikator baik dari Sub Komite Mutu maupun dari Sub Komite Keselamatan Pasien dan unit kerja terkait.
  - f) Menganalisa data indikator mutu pelayanan baik indikator area klinis, indikator area manajemen, indikator sasaran keselamatan pasien serta indikator *international library*
  - g) Mengevaluasi pelaksanaan 5 area prioritas yang sudah ditetapkan oleh Direktur dengan fokus utama pada penggunaan PPK dan *clinical pathway* dan indikator mutu kunci
  - h) Melaksanakan analisis terhadap data yang dikumpulkan dan diubah menjadi informasi
  - i) Melakukan validasi data PMKP secara internal dan dilakukan secara periodik
  - j) Menyebarkan informasi tentang mutu dan keselamatan pasien secara regular melalui rapat staf
  - k) Meningkatkan pengetahuan anggota dengan memberikan pelatihan terhadap staf yang ikut serta dalam program Mutu dan Keselamatan Pasien
2. Sekretaris Komite Mutu dan Keselamatan Pasien
- a) Mengatur rapat dan jadwal rapat Komite Mutu dan Keselamatan Pasien
  - b) Menyiapkan ruang rapat dan perlengkapan yang diperlukan
  - c) Membantu meminta laporan indikator kepada unit kerja terkait
  - d) Menganalisis data Mutu dan Keselamatan Pasien bersama ketua dan anggota Komite Mutu dan Keselamatan Pasien
  - e) Mendokumentasikan hasil pencapaian indikator area klinis, indikator area manajemen, indikator sasaran keselamatan pasien serta indikator *international library*
  - f) Menjadi notulen disetiap kegiatan pertemuan Komite Mutu dan Keselamatan Pasien
  - g) Mengorganisir kebutuhan logistik Komite Mutu dan Keselamatan Pasien
  - h) Membantu berkoordinasi dalam kegiatan internal dan eksternal Komite Mutu dan Keselamatan Pasien
  - i) Mengerjakan tugas-tugas administrative dan kesekretariatan lainnya
3. Sub Komite Peningkatan Mutu

- a) Melaksanakan kegiatan program mutu
  - b) Melaksanakan monitoring dan evaluasi pelaksanaan program mutu
  - c) Membuat laporan pelaksanaan program mutu
  - d) Menyusun indikator mutu
  - e) Menyusun profil indikator mutu
  - f) Menyusun panduan pengelolaan data indikator mutu
  - g) Menyusun formulir pemantauan indikator mutu
  - h) Berkoordinasi dengan unit terkait dalam penyelenggaraan pemantauan indikator mutu dan pelaksanaan clinical pathway
  - i) Menganalisa hasil pencapaian indikator mutu
  - j) Membuat laporan periodik hasil pemantauan indikator mutu
  - k) Melakukan perbandingan hasil pemantauan indikator mutu secara periodik dengan standar nasional serta rumah sakit lain yang sejenis
  - l) Melaksanakan komunikasi secara internal dan eksternal tentang pencapaian indikator mutu dan pelaksanaan clinical pathway kepada unit kerja terkait dan pihak luar melalui surat tertulis, email, dan telepon
  - m) Membantu berkoordinasi dalam kegiatan internal dan eksternal program Mutu dan Keselamatan Pasien
  - n) Menyusun panduan pelaksanaan validasi data internal indikator mutu
  - o) Membuat alat ukur validasi data indikator mutu
  - p) Menyelenggarakan kegiatan validasi hasil pencapaian indikator mutu berkoordinasi dengan unit terkait
  - q) Melaksanakan analisis komparatif hasil validasi dengan data unit terkait
  - r) Membuat laporan hasil validasi data indikator mutu
  - s) Berkoordinasi dengan unit terkait dalam mempublikasikan hasil capaian indikator mutu yang telah dinyatakan valid dan direkomendasi oleh Direktur
  - t) Merencanakan, mengelola, serta mengatur keluar masuknya dana dalam proses pelaksanaan program mutu
  - u) Meningkatkan pengetahuan anggota dengan memberikan pelatihan dalam hal Mutu
4. Sub Komite Keselamatan Pasien
- a) Memberi masukan pada Direktur penyusunan Kebijakan Keselamatan Pasien RS sesuai dengan standar akreditasi

- b) Melaksanakan program keselamatan pasien
  - c) Melaksanakan monitoring dan evaluasi program keselamatan pasien
  - d) Membuat laporan pelaksanaan program keselamatan pasien
  - e) Melaksanakan monitoring dan evaluasi program melalui pertemuan berkala
  - f) Menyusun indikator keselamatan pasien RS
  - g) Menganalisa hasil pencapaian indikator keselamatan pasien
  - h) Membuat laporan periodik hasil pemantauan indikator keselamatan pasien
  - i) Menyelenggarakan dan menyiapkan kegiatan sosialisasi internal rumah sakit tentang pencapaian indikator keselamatan pasien
  - j) Melaksanakan sosialisasi rekomendasi tindak lanjut hasil pemantauan indikator keselamatan pasien dan pelaksanaan manajemen risiko ke unit terkait
  - k) Mengkoordinasikan pendokumentasian, evaluasi, dan upaya tindak lanjut atas Kejadian Nyaris Cidera (KNC)/ Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) dan Kejadian Sentinel
  - l) Melaksanakan koordinasi antar unit bila terjadi KTD dan KNC
  - m) Melakukan koordinasi tentang program Patient Safety dan manajemen risiko dengan unit terkait dalam pembuatan RCA dan FMEA
  - n) Merencanakan, mengelola serta mengatur keluar masuknya dana dalam proses pelaksanaan program keselamatan pasien
  - o) Meningkatkan pengetahuan anggota dengan memberikan pelatihan dalam hal Keselamatan Pasien
5. Sub Komite Manajemen Risiko
- a) Melaksanakan program manajemen risiko
  - b) Melaksanakan monitoring dan evaluasi pelaksanaan program manajemen risiko
  - c) Membuat laporan pelaksanaan program manajemen risiko
  - d) Melakukan monitoring perencanaan manajemen risiko
  - e) Melakukan monitoring pelaksanaan program
  - f) Melakukan pendidikan/edukasi staf tentang manajemen risiko rumah sakit
  - g) Monitoring insiden/kecelakaan karena fasilitas
  - h) Melakukan evaluasi dan revisi program secara berkala
  - i) Melakukan pengorganisasian dan pengelolaan secara konsisten dan terus menerus

- j) Merencanakan, mengelola, serta mengatur keluar masuknya dana dalam proses pelaksanaan manajemen risiko
  - k) Meningkatkan pengetahuan anggota dengan memberikan pelatihan dalam hal Manajemen Risiko
6. Sub Komite Akreditasi
- a) Melaksanakan tahapan-tahapan menuju terlaksananya akreditasi rumah sakit
  - b) Melaksanakan proses pembangunan sistem, dokumen, serta implementasi standar akreditasi rumah sakit diseluruh unit kerja
  - c) Melaksanakan monitoring dan evaluasi pembangunan sistem, dokumen, serta implementasi standar akreditasi rumah sakit
  - d) Melakukan koordinasi dengan Komisi Akreditasi Rumah Sakit
  - e) Melakukan pengaturan jadwal dan kebutuhan pendidikan, keterampilan dari setiap kelompok kerja akreditasi rumah sakit
  - f) Melakukan pengaturan jadwal dan mempersiapkan kebutuhan pelaksanaan workshop, bimbingan, dan survei akreditasi rumah sakit
  - g) Mengendalikan dokumentasi yang dihasilkan oleh semua kelompok kerja akreditasi rumah sakit
  - h) Merencanakan, mengelola serta mengatur keluar masuknya dana dalam proses pelaksanaan akreditasi rumah sakit
7. Sub Komite Kelompok Budaya Kerja
- a) Melaksanakan program KBK
  - b) Melaksanakan monitoring dan evaluasi pelaksanaan program KBK
  - c) Membuat laporan pelaksanaan program KBK
  - d) Menentukan sasaran program KBK
  - e) Melaksanakan monitoring dan evaluasi sasaran program KBK
  - f) Mengusulkan penetapan KBK di tiap unit kerja
  - g) Melakukan sosialisasi SPO yang dihasilkan KBK
  - h) Menyelenggarakan konvensi internal
  - i) Mengirim Tim KBK unit kerja untuk mengikuti Konvensi tingkat provinsi, nasional, dan/atau internasional
  - j) Melakukan koordinasi dengan Bidang Diklit untuk pelaksanaan pelatihan fasilitator KBK

- k) Merencanakan, mengelola serta mengatur keluar masuknya dana dalam proses pelaksanaan program KBK
8. Sub Komite Pengendali Dokumen
- a) Menerima usulan dokumen mutu (termasuk SPO) dari unit kerja
  - b) Melakukan pengkajian isi dari usulan dokumen mutu (termasuk SPO) dari unit kerja
  - c) Melakukan koordinasi dengan unit kerja mengenai dokumen mutu (termasuk SPO) yang diusulkan
  - d) Memproses usulan dokumen mutu (termasuk SPO) sesuai dengan format baku yang berlaku
  - e) Memberikan nomor dokumen mutu (termasuk SPO) sesuai urutan
  - f) Memproses pengesahan dokumen mutu (termasuk SPO)
  - g) Melakukan penggandaan dokumen mutu (termasuk SPO) sesuai kebutuhan
  - h) Melakukan pendistribusian dokumen mutu (termasuk SPO)
  - i) Menyimpan dokumen asli pada sekretariat mutu dengan dilampiri usulan pembuatan/perubahan dokumen mutu (termasuk SPO) dan bukti ekspedisi pengiriman dokumen mutu
  - j) Melakukan pengendalian dokumen-dokumen mutu (termasuk SPO)
  - k) Melakukan monitoring dan valuasi terhadap jumlah penerbitan dokumen mutu (termasuk SPO)

**b. Job Specification**

Berdasarkan buku Pedoman Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien RSUD

Haji Surabaya, *Job Specification*

Tabel 4.4. *Job Specification* Komite Mutu dan Keselamatan Pasien RSUD Haji Surabaya

No.	Jenis Tenaga	Kualifikasi	
		Pendidikan	Keterampilan
1.	Ketua Komite Mutu dan Keselamatan Pasien	Kedokteran	a. Workshop akreditasi RS versi 2012 b. Workshop SNARS edisi 1 c. Workshop PMKP d. Pelatihan Pengumpulan, Validasi, dan Analisis Data Indikator PMKP e. Workshop Keselamatan Pasien Rumah Sakit f. Workshop Manajemen Risiko
2.	Sekretaris Komite Mutu dan	Sarjana Kesehatan Masyarakat	a. Workshop akreditasi RS versi 2012 b. Workshop SNARS edisi 1 c. Workshop PMKP

	Keselamatan Pasien		d. Pelatihan Pengumpulan, Validasi, dan Analisis Data Indikator PMKP e. Workshop Keselamatan Pasien Rumah Sakit f. Workshop Manajemen Risiko
3.	Sub Komite Mutu	Kedokteran/ Sarjana Kesehatan Masyarakat	a. Workshop akreditasi RS versi 2012 b. Workshop SNARS edisi 1 c. Workshop PMKP d. Pelatihan Pengumpulan, Validasi, dan Analisis Data Indikator PMKP
4.	Sub Komite Keselamatan Pasien	Keperawatan	a. Workshop akreditasi RS versi 2012 b. Workshop SNARS edisi 1 c. Workshop PMKP d. Pelatihan Pengumpulan, Validasi, dan Analisis Data Indikator PMKP e. Workshop Keselamatan Pasien Rumah Sakit
5.	Sub Komite Manajemen Risiko	Kedokteran/ Keperawatan/ Sarjana	a. Workshop akreditasi RS versi 2012 b. Workshop SNARS edisi 1 c. Workshop PMKP d. Workshop Manajemen Risiko
6.	Sub Komite Akreditasi	Kedokteran/ Keperawatan/ Sarjana	a. Workshop akreditasi RS versi 2012 b. Workshop SNARS edisi 1
7.	Sub Komite Kelompok Budaya Kerja	Kedokteran/ Keperawatan/ Sarjana	a. Workshop akreditasi RS versi 2012 b. Workshop SNARS edisi 1 c. Pelatihan PDCA d. Bimbingan Teknis PDCA
8.	Sub Komite Pengendali Dokumen	Kedokteran/ Keperawatan/ Sarjana	a. Workshop akreditasi RS versi 2012 b. Workshop SNARS edisi 1 c. Pelatihan Pengendalian Dokumen

Sumber: Buku Pedoman Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien RSUD Haji Surabaya

*Job description* Komite Mutu dan Keselamatan Pasien berada pada Surat Keputusan Direktur sedangkan *Job Specification* berada pada buku Pedoman Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien. Oleh karena itu, penulis memberikan usulan mengenai pembuatan *jobdescription* dan *job specification* yang dijadikan satu dan agar lebih jelas batasan tugas, wewenang, dan tanggungjawabnya. Dibawah ini merupakan usulan tersebut:

 <p><b>RS HAJI</b> Jl. Manyarkertoadi Surabaya</p>	<p><b><i>Job Description &amp; Job Specification</i></b> <b>Komite Mutu dan Keselamatan Pasien</b></p> <p>(No. Dokumen)</p>	
	<p>Tanggal Terbit</p> <p>.....</p>	<p>Halaman</p> <p>.....</p>
	<p>Tanggal Revisi</p> <p>.....</p>	<p>No. Revisi</p> <p>.....</p>
<b>Jabatan</b>		
<b>Atasan Langsung</b>		
<b>Bawahan Langsung</b>		
<b>Tugas/Fungsi Pokok</b>		
<b>Uraian Tugas</b>		
<b>Wewenang</b>		
<b>Tanggungjawab</b>		
<b>Pendidikan</b>		
<b>Usia</b>		
<b>Jenis Kelamin</b>		
<b>Pengalaman Kerja</b>		
<b>Keahlian</b>		
<b>Kemampuan dan Keterampilan</b>		
<b>Karakter Individu</b>		
<b>Kompetensi Bidang</b>		
<b>Lainnya</b>		
<p>Yang Bersangkutan,</p>    <p><b>(TTD)</b></p>	<p>Ditetapkan,</p> <p>Ketua Komite Mutu dan Keselamatan Pasien RSU Haji Surabaya</p>    <p><b>(TTD)</b></p>	

### **4.3. Standar Prosedur Operasional di RSUD Haji Surabaya**

Suatu pekerjaan akan berjalan dengan baik apabila sesuai dengan prosedurnya. Prosedur tersebut tertuang dalam suatu dokumen yaitu SPO. Dokumen SPO merupakan salah satu dokumen terbanyak di RSUD Haji Surabaya dibandingkan dengan dokumen lainnya. Total dokumen SPO yang terdapat di RSUD Haji Surabaya per Januari tahun 2020 yaitu 1672 dokumen. Sebanyak 817 dokumen SPO harus segera dikendalikan dengan mengirimkan lembar peninjauan dokumen berdasarkan nota dinas karena telah memasuki masa berlaku yang telah ditetapkan oleh KARS yaitu 3 tahun. Dokumen SPO mengalami proses pengendalian yang hasilnya berupa direvisi, masih sesuai, atau dicabut. Bentuk pengendalian dokumen SPO dapat berupa monitoring dan evaluasi mengenai pengertian, tujuan, kebijakan, prosedur-prosedur, dan unit terkait yang tertuang didalamnya disesuaikan dengan yang terbaru dan lebih efektif dan efisien ketika dijalankan.

#### **4.3.1. Format SPO di RSUD Haji Surabaya**

Menurut Komite Akreditasi Rumah Sakit, format SPO mulai diberlakukan pada 1 Januari 2002. Format yang ditetapkan oleh KARS merupakan format minimal. Berikut ini merupakan format minimal SPO menurut KARS, 2012 yaitu:

1. Judul SPO
2. Nomor dokumen
3. Nomor revisi
4. Nomor halaman
5. Tanggal penerbitan
6. Tanda tangan direktur
7. Pengertian
8. Tujuan
9. Kebijakan
10. Prosedur
11. Unit terkait.

 <b>RS HAJI</b> <small>R. Mayor Kertodjati Surabaya</small>	<b>TEKNIK MENYUNTIK YANG AMAN</b>		
	No. Dokumen 028.SPO/PPI/RSH/15	No. Revisi 01	Halaman 1 / 1
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit 13 AUG 2019	Ditetapkan, Direktur RSU Haji Surabaya  Dr. Wrg. SRI M. JUSTINA ARIANDANI, M.Kes	
<b>Pengertian</b>	Seperangkat tindakan yang digunakan untuk melakukan tindakan injeksi secara aman bagi pasien, tenaga kesehatan dan lingkungan.		
<b>Tujuan</b>	1. Mencegah penularan Infeksi dari Pasien ke pasien, Pasien ke petugas kesehatan, Petugas ke pasien 2. Mencegah bahaya cedera jarum suntik ( NSI ) 3. Meningkatkan keselamatan pasien dari resiko infeksi saat prosedur terapi intravena.		
<b>Kebijakan</b>	Kebijakan Direktur RSU Haji Surabaya Nomor 445/016/304/2018 Tentang Pelaksanaan Program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi.		
<b>Prosedur</b>	1. Siapkan peralatan yang di butuhkan untuk menyuntik seperti : <i>Syring</i> steril, bak injeksi, baki injeksi, cairan pelarut steril, <i>handrub</i> , alkohol swab atau kassa. 2. Lakukan disinfeksi menggunakan desinfektan (propoan-amonium chloride) peralatan sebelum dan sesudah di gunakan, tunggu sampai kering. 3. Pertahankan peralatan injeksi (Bak injeksi, spuit obat dalam wadah tertutup) dengan teknik aseptik. 4. Lakukan kebersihan tangan sebelum dan sesudah prosedur menyuntik maupun saat melakukan pencampuran obat (momen ke-2) 5. Gunakan satu <i>syringe</i> , satu waktu, satu pasien dan satu <i>needle</i> 6. Pertahankan kapas swab alkohol yang akan di gunakan disinfeksi dalam kondisi steril. 7. Lakukan desinfeksi (dengan alkohol) dengan 5 kali putaran pada saat prosedur pencampuran obat dan pada saat sebelum insersi 8. Pertahankan sterilitas saat pencampuran obat dengan melakukan <i>single dose</i> , <i>multidose</i> jika terpaksa. 9. Jangan melakukan repalasi setelah di lakukan disinfeksi 10. Jangan meninggalkan jarum pada vial <i>multidose</i> , tutup dengan parafilm dan disinfeksi ulang sebelum di gunakan kembali dengan menggunakan jarum steril. 11. Beri label saat melakukan multidose kapan obat dapat di gunakan kembali. 12. Gunakan sarung tangan jika prosedur yang beresiko paparan darah, kulit yang tidak utuh, karena menggunakan sarung tangan tidak menurunkan resiko tertusuk jarum. 13. Segera buang jarum tajam ke dalam <i>sharp</i> container, buang <i>sharp</i> container setelah $\frac{3}{4}$ penuh, tutup sebelum di buang. 14. Lakukan prosedur injeksi pada pasien dengan teknik aseptik, cuci tangan momen ke-2. 15. Jangan melakukan <i>re-capping</i> , jika terpaksa gunakan satu tangan. 16. Letakkan tabung <i>sample</i> darah pada rak sebelum darah dimasukkan ke dalam tabung 17. Segera laporkan jika terjadi insiden NSI ( <i>needle stick injury</i> ), ikuti protokol dan segera pemberian profilaksis.		
<b>Unit Terkait</b>	- Komite Keperawatan - Komite PPI - Bidang Keperawatan - Instalasi Farmasi		

Gambar 4.4. Contoh SPO di Rumah Sakit Haji Surabaya

Dokumen SPO yang terdapat di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya memiliki format yang sama dengan SPO di Pedoman Akreditasi Rumah Sakit yaitu memiliki beberapa aspek. Berikut ini merupakan tabel analisis kesesuaian antara SPO yang terdapat pada Rumah Sakit Umum Haji Surabaya dengan format minimal yang ada pada Pedoman Akreditasi Nasional.

Tabel 4.5. Kesesuaian Format SPO di RSUD Haji Surabaya dengan format minimal SPO menurut KARS

No.	Format SPO (KARS, 2012)	SPO Rumah Sakit Haji Surabaya	
		Sesuai	Tidak Sesuai
<b>A. Kotak <i>Heading</i></b>			
1.	<i>Heading</i> dan kotaknya dicetak pada setiap halaman	√	
2.	Pada kotak rumah sakit terdapat nama dan logo rumah sakit	√	
3.	Judul SPO	√	
4.	Nomor Dokumen	√	
5.	Nomor Revisi	√	
6.	Halaman	√	
7.	Tanggal terbit	√	
8.	Ditetapkan oleh Direktur rumah sakit	√	
<b>B. Isi SPO</b>			
1.	Pengertian	√	
2.	Tujuan	√	
3.	Kebijakan	√	
4.	Prosedur	√	
5.	Unit Terkait	√	
Total Aspek		13	0
Persentase		100%	0%

Sumber: Data Primer

SPO yang terdapat di Rumah Sakit Haji Surabaya telah sesuai dengan format minimal sebuah SPO menurut Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS). Kesesuaian yang ada sudah 100% dari format SPO menurut KARS dengan format yang digunakan oleh Rumah Sakit Haji Surabaya dalam penyusunan SPO yang ada. Hal ini dapat dilihat dari kotak *heading* dan isi SPO. Pada kotak *heading* terdapat persyaratan yang telah dipenuhi oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit Haji Surabaya, yaitu *heading* dan kotaknya dicetak pada setiap halaman, terdapat nama dan logo rumah sakit, judul SPO, nomor dokumen, nomor revisi, halaman, tanggal SPO diterbitkan dan ditetapkan direktur. Persyaratan isi yang telah terpenuhi yaitu terdapat pengertian, tujuan, kebijakan, prosedur, dan unit terkait.

#### 4.3.2. Pengendalian Dokumen SPO di RSUD Haji Surabaya

Salah satu bentuk monitoring dan evaluasi dokumen SPO di RSUD Haji Surabaya yaitu dengan adanya pengendalian dokumen SPO. Pengendalian dokumen SPO adalah langkah-langkah yang harus dilalui dalam pembuatan dokumen SPO, meliputi input (permasalahan dan kebutuhan akan dokumen SPO), proses (penyusunan dan

pengesahan dokumen SPO) dan output (penerbitan, penyimpanan, dan pendistribusian SPO).

Pengendalian dokumen SPO memiliki SPO dengan judul SPO Pengendalian Dokumen. SPO Pengendalian Dokumen mencakup beberapa pengendalian dokumen yang ada di RSUD Haji Surabaya, salah satunya yaitu pengendalian dokumen SPO. Berikut adalah prosedur yang ada pada SPO Pengendalian Dokumen terkait dokumen SPO yaitu:

### **1. Tata Cara Pembuatan dan Perubahan (Revisi) Dokumen SPO**

- a. Seluruh unit dan instalasi yang ada di RSUD Haji Surabaya dapat mengajukan pembuatan dan perubahan (revisi) dokumen dengan mengisi Formulir Usulan Pembuatan Dokumen dan Formulir Usulan Perubahan Dokumen.
- b. Dalam penyusunan usulan pembuatan dan perubahan dokumen SPO, perlu diperhatikan beberapa hal sebagai berikut ini:
  - 1) Menggunakan kata-kata yang sederhana, mudah dibaca, dan dimengerti oleh seluruh pengguna dokumen
  - 2) Menghindari penggunaan kalimat yang panjang dan kompleks
  - 3) Menghindari penggunaan kata-kata baru yang tidak umum dipakai
- c. Formulir Usulan Pembuatan Dokumen dilengkapi dengan draft dokumen dan *softcopy*-nya, ditandatangani oleh pimpinan langsung unit atau instalasi pengusul untuk selanjutnya diserahkan kepada KMKP
- d. Formulir Usulan Perubahan Dokumen dilengkapi dengan draft dokumen baru, *softcopy*-nya, dokumen lama (dalam hal ini dokumen SPO yang akan diubah), dan ditandatangani oleh pimpinan langsung unit atau instalasi pengusul untuk selanjutnya diserahkan kepada KMKP.
- e. Formulir Usulan Pembuatan Dokumen, Formulir Usulan Perubahan Dokumen, dan draft-draft dokumen terlampir.
- f. KMKP memproses formulir usulan yang telah masuk, melakukan koreksi penulisan yang diperlukan, dan mengajukan draft usulan dokumen yang telah selesai diproses kepada MR untuk persetujuan
- g. Draft usulan dokumen yang telah disetujui oleh MR kembali ke KMKP untuk proses pengesahan, penomoran, penerbitan, dan distribusi dokumen.

### **2. Tata Cara Pengesahan, Penerbitan, dan Distribusi Dokumen SPO**

- a. Dokumen SPO yang akan diberlakukan haruslah memenuhi persyaratan

pengesahan yang dibuat oleh bidang/bagian/instalasi/tim yang akan diperiksa oleh Management Representative dan Ketua Tim Akreditasi kemudian akan disetujui oleh Direktur.

- b. Dokumen SPO yang telah dibuat, ditandatangani oleh pembuat, diperiksa, dan disahkan oleh pejabat yang berwenang, selanjutnya diberi nomer oleh KMKP. Kemudian distempel “DOKUMEN ASLI” dan dimasukkan dalam Daftar Induk Dokumen KMKP sesuai dengan jenis dokumennya
- c. Pengesahan dokumen dilakukan pada Lembar Pengesahan Dokumen, yang diletakkan pada bagian depan “DOKUMEN ASLI”, kemudian dilengkapi dengan Lembar Peninjauan Dokumen dan disimpan di KMKP
- d. “DOKUMEN ASLI” digandakan sejumlah yang tercantum dalam daftar distribusi dokumen. *Copy* “DOKUMEN ASLI” tersebut dan distempel “DOKUMEN TERKENDALI”
- e. “DOKUMEN TERKENDALI” diserahkan pada unit yang mengajukan usulan pembuatan atau perubahan untuk didistribusikan kepada unit terkait
- f. Penyimpanan dokumen yang dilakukan di KMKP maupun disetiap unit/instalasi diatur sedemikian rupa, dikelompokkan berdasarkan jenis dokumennya sehingga mudah ditemukan

### **3. Tata Cara Penomoran Dokumen SPO**

Penomoran dan penamaan dokumen SPO yaitu XXX.SPO.YYY/RSH/TT\*\* (XXX merupakan nomer urut, YYY merupakan kode unit, TT merupakan tahun)

### **4. Tata Cara Peninjauan Dokumen SPO**

- a. Untuk menjamin keefektifan dokumen terhadap pelaksanaan kegiatan di RSU Haji Surabaya, maka dokumen ditinjau setiap 1 (satu) tahun sekali atau bila ada mauskannya untuk melakukan revisi dokumen. Khusus untuk Panduan Praktik Klinis ditetapkan masa berlakunya.
- b. Peninjauan dapat dilakukan oleh pembuat dan pemeriksa dokumen (sesuai dengan kewenangan pengesahan dokumen), dengan meninjau dokumen terkendali yang ada di unit. Hasil peninjauan dilaporkan kepada KMKP
- c. Hasil dari peninjauan dokumen adalah dokumen masih sesuai, dokumen memerlukan perubahan atau revisi, dan dokumen dicabut atau dihapuskan.
- d. Hasil peninjauan dokumen dituliskan dalam lembar Peninjauan Dokumen oleh KMKP dan ditandatangani oleh peninjau.

## 5. Tata Cara Pendistribusian Dokumen SPO

- a. Lembar pengesahan hanya pada dokumen asli, tidak digandakan, dan tidak termasuk dalam salinan yang didistribusikan
- b. *Copy* dokumen SPO distempel “TERKENDALI” dan diberi nomor urut sesuai daftar distribusi dilembar pengesahan dokumen
- c. KMKP menyiapkan ekspedisi dokumen terkendali, sesuai dengan daftar distribusi dokumen, dan selanjutnya menyerahkan seluruh dokumen tersebut pada unit atau instalasi pembuat dokumen untuk didistribusikan
- d. Distribusi dokumen dicatat dalam matriks distribusi dokumen
- e. Unit atau instalasi pembuat menyimpan 1 bendel dokumen terkendali dan mendistribusikan bendel dokumen terkendali lainnya.

Pengendalian dokumen SPO menjadi tugas dan tanggung jawab Komite Mutu dan Keselamatan Pasien RSUD Haji Surabaya. Sub Komite Pengendali Dokumen di KMKP yang menjadi *reviewer* pengendalian dokumen SPO. Indikator *review* dokumen SPO sesuai dengan lembar peninjauan dokumen SPO yang telah dikirimkan kembali oleh unit ke KMKP yaitu berupa SPO masih sesuai, SPO direvisi, dan SPO dicabut. KMKP melakukan pengendalian dokumen SPO dengan melihat masa berlaku dokumen SPO yaitu berdasarkan tanggal terbit pengesahannya. Waktu yang ditetapkan yaitu 3 tahun maksimal dari tanggal pengesahan suatu dokumen SPO. Berikut merupakan jumlah SPO yang harus ditindaklanjuti berdasarkan masa berlakunya.

Tabel 4.6. Jumlah SPO yang harus ditindaklanjuti oleh KMKP

No.	Tahun Terbit SPO	Jumlah
1.	<2016	817
2.	2017	409
3.	2018	229
4.	2019	215
5.	2020	2
Total		1672

Sumber: Data Rekapitulasi SPO di Komite Mutu dan Keselamatan Pasien

Berdasarkan tabel mengenai data rekapitulasi dokumen SPO diketahui bahwa sebanyak 817 SPO harus ditindaklanjuti oleh di Komite Mutu dan Keselamatan Pasien RSUD Haji Surabaya karena sudah melebihi batas berlaku yang telah ditetapkan oleh KARS, yaitu kurang lebih 3 tahun.

### a. Alur atau Proses Pengendalian Dokumen SPO

Dibawah ini merupakan alur atau proses pengendalian SPO oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit Umum Haji Surabaya:

1. KMKP merekap atau mendata SPO yang sudah melewati batas maksimal waktu untuk ditinjau (3 tahun).
2. KMKP membuat nota dinas penyampaian SPO yang mendekati dan atau melewati batas maksimal peninjauan ke unit pengusul SPO dengan melampirkan:
  - a. Daftar SPO yang mendekati dan atau melewati batas maksimal peninjauan
  - b. Lembar peninjauan dokumen
3. Unit pengusul mengisi dan menandatangani lembar peninjauan dokumen SPO, isi peninjauan berupa:
  - a. (direvisi); catatan singkat bahwa SPO sudah tidak sesuai dan perlu direvisi (pergantian/upgrading alat, perubahan UU/Peraturan, dll)
  - b. (masih berlaku); catatan singkat bahwa SPO masih berlaku dan masih sesuai, atau
  - c. (dicabut); SPO dicabut disertai alasannya (pergantian alat, perubahan UU/Peraturan, dll).
4. Jika hasil peninjauan berisi revisi:
  - a. Unit pengusul mengisi dan melengkapi Lembar Usulan Perubahan Dokumen (dengan melampirkan lembar peninjauan, SPO lama, dan usulan SPO yg baru), dengan alur:
    - 1) Pegawai/kepala ruangan/ kepala unit menandatangani kolom usulan dan melengkapi alasan detail perubahan dokumen
    - 2) Tanda tangan mengetahui oleh atasan langsung atau bidang/ bagian yang membawahnya
    - 3) Tanda tangan pemeriksa usulan (bidang / bagian yang membawahi unit tsb
    - 4) Tanda tangan persetujuan wakil direktur yang membawahi unit pengusul,
  - b. Lembar usulan yang sudah lengkap diserahkan ke sekretariat KMKP dan mengirimkan usulan SPO baru via email, usulan dokumen kemudian diserahkan ke sub pengendalian dokumen untuk persetujuan proses di sekretariat KMKP. Pegawai KMKP meregister ulang (nomor dokumen dan urutan revisi SPO) juga editing layout SPO jika diperlukan.
  - c. Usulan dokumen SPO yang sudah diregister diajukan ke Direktur untuk disahkan..
  - d. SPO yang sudah disahkan Direktur dikembalikan ke KMKP untuk discan dan diupload di Perpustakaan Online RSU Haji surabaya, dan Master SPO (SPO

- asli) dimasukkan dalam berkas sesuai unit pengusulnya
  - e. KMKP membuat nota dinas pemberitahuan kepada unit pengusul bahwa SPO sudah selesai diproses, bisa diakses di perpustakaan online, dan segera untuk disosialisasikan kepada user/pengguna SPO.
  - f. Revisi SPO yang sudah ditandatangani oleh Direktur dimasukkan dalam berkas (dokumen keeper) SPO Asli (master SPO) dan SPO asli yang sudah kadaluwarsa dilabeli/stempel KADALUWARSA, SPO ASLI KADALUARWA disimpan selama 2 kali revisi.
5. Jika hasil peninjauan masih sesuai:
- a. Pegawai KMKP memasukkan (melampirkan) ke dalam SPO asli
  - b. Memperbaharui daftar isi SPO di *google drive*
  - c. memperbaharui deskripsi SPO di Perpustakaan Online dengan menambahkan bahwa SPO tsb telah ditinjau pada tanggal... dengan hasil tinjauan : MASIH SESUAI
6. Jika hasil peninjauan: DICABUT, maka:
- a. Mengambil Master SPO yang dicabut, kemudian dilampirkan dalam lembar peninjauan
  - b. Memberikan tanda (stempel/stiker) bahwa SPO dicabut
  - c. Memasukkan dalam berkas SPO yang telah dicabut
  - d. Menghapus SPO tersebut dalam daftar Perpustakaan Online

**b. Implementasi Pengendalian SPO di RSUD Haji Surabaya**

Komite Mutu dan Keselamatan Pasien melakukan pengendalian dokumen menggunakan *google drive* sebagai rekapitulasi data mengenai dokumen-dokumen yang ada di RSUD Haji Surabaya, termasuk dokumen SPO.

No. Dokumen	Rev.	Terbit	BARU	Notasi Dinas
134		0		635
135		0		635
136		0		635
137		0		635
138		0		635
139		0		635
140		0		635
141		0		635
142		0		635
143	1	1		635
144	2	2		635
145		0		635
146		0		635

Gambar 4.5. Jumlah Nota Dinas terkait SPO yang dikirimkan KMKP ke unit terkait

Bentuk pengendalian dokumen SPO yang dilakukan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien RSU Haji Surabaya yaitu dengan melakukan pengiriman nota dinas terkait SPO yang harus ditinjau kembali ke unit terkait terkait batas berlaku SPO yang ditetapkan oleh KARS. Jumlah SPO yang harus ditinjau lanjut yaitu 817 dokumen SPO karena berada pada tahun  $\leq 2016$ , dan sebanyak 633 nota dinas telah dikirimkan ke unit terkait oleh KMKP. Berikut perjalanan SPO berdasarkan nota dinas peninjauan: Tabel 4.7. Rekapitulasi Dokumen SPO berdasarkan Nota Dinas Peninjauan Dokumen oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien RSU Haji Surabaya Januari 2020

Keterangan	Jumlah Dokumen SPO
Selesai (isi lembar peninjauan dokumen, membuat usulan perubahan dokumen, kirim soft copy mengenai revisi, editing disekretariat, ditandatangani ketua pengendali dokumen, diparaf oleh bidang/bagian, diparaf wakil direktur yang bersangkutan, ditandatangani Direktur, distempel dan pemberian tanggal terbit, scanning, sampai upload di perpus online)	148
Unit terkait belum mengisi dan mengembalikan lembar peninjauan dokumen SPO	427
Unit terkait sudah mengisi dan mengembalikan lembar peninjauan tetapi belum membuat usulan perubahan dokumen SPO	42
Masih dalam proses usulan unit terkait di sekretariat (KMKP)	10
Dokumen SPO masih di KMKP dan dalam status siap kirim ke Direktur untuk disahkan	4
KMKP belum terima soft copy mengenai revisi dokumen SPO dari unit terkait	2
Total	633

Sumber: Komite Mutu dan Keselamatan Pasien RSU Haji Surabaya

Total nota dinas yang telah dikirimkan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien ke unit terkait mengenai SPO melalui lembar peninjauan dokumen yaitu 633, tetapi sebanyak 427 lembar peninjauan dokumen belum diisi oleh unit terkait dan unit terkait belum mengembalikan lembar peninjauan dokumen SPO ke KMKP. SPO yang belum dikirimkan nota dinas melalui lembar peninjauan dokumen sebanyak 184 dari total SPO yang harus ditindaklanjuti. Sebanyak 42 lembar peninjauan dokumen sudah diisi dan dikembalikan ke KMKP dan unit terkait mengusulkan perubahan dokumen SPO tetapi belum membuat usulan perubahan dokumen. Usulan perubahan dokumen dibuatkan oleh KMKP berdasarkan isi dari lembar peninjauan dokumen. 10 dokumen SPO masih dalam proses di KMKP. 4 dokumen SPO yang sudah direvisi akan disahkan oleh Direktur. 2 dokumen SPO masih belum dikirim *softcopy* mengenai perubahan dokumen atau revisi dokumen SPO oleh unit terkait.

Hasil peninjauan dokumen SPO di Komite Mutu dan Keselamatan Pasien berdasarkan pengiriman lembar peninjauan melalui nota dinas adalah sebagai berikut:

1. Jumlah dokumen SPO yang masih sesuai yaitu sebanyak 61.
2. Jumlah dokumen SPO yang direvisi yaitu sebanyak 66.
3. Jumlah dokumen SPO yang dicabut yaitu sebanyak 26.
4. Jumlah dokumen SPO yang berubah menjadi PPK yaitu sebanyak 19.
5. Jumlah dokumen SPO yang dilimpahkan ke Kordik 2.

**c. Hasil Pengamatan mengenai *data entry* dokumen SPO**

*Data entry* dokumen SPO sangat bervariasi rentang waktunya dan tidak dapat dispesifikan karena pegawai KMKP memberikan tindak lanjut mengenai dokumen SPO berdasarkan lembar peninjauan dokumen yang dikembalikan ke KMKP oleh unit terkait. pegawai KMKP menerima lembar peninjauan dokumen. Isi dari lembar peninjauan dokumen SPO dapat berupa SPO masih sesuai, SPO direvisi, dan SPO dicabut. Setelah melihat isi lembar peninjauan dokumen SPO, pegawai KMKP akan secara langsung mengupdate segala bentuk perubahan yang terjadi berdasarkan lembar peninjauan terkait. Pegawai KMKP mengupdate segala perubahan pada *google drive* dimana tujuan mengupdate segala perubahan yang terjadi yaitu agar posisi dan perjalanan dokumen dapat terkontrol dengan baik.

Berdasarkan hasil wawancara dengan pegawai di KMKP terkait pengendalian dokumen SPO, unit-unit yang telah dikirimkan lembar peninjauan dokumen dengan nota dinas oleh KMKP didapatkan bahwa masih banyak unit yang belum mengembalikan lembar peninjauan dokumen. Tiga unit teratas yang paling banyak belum mengembalikan lembar peninjauan dokumen SPO yaitu unit farmasi, unit radiologi, dan unit IGD. Hal ini disebabkan oleh beban kerja unit yang tinggi karena kurangnya pegawai di unit terkait dan kesibukan dari pekerjaan pegawai di unit terkait.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **5.1. Kesimpulan**

Kesimpulan dari pelaksanaan kegiatan magang Komite Mutu dan Keselamatan Pasien di RSUD Haji Surabaya adalah sebagai berikut:

- a. Rumah Sakit Umum Haji Surabaya merupakan RSUD Tipe B Pendidikan berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan nomor 1003/Menkes/SK/X/2008. Pada tahun yang sama juga Rumah Sakit Umum Haji Surabaya ditetapkan sebagai rumah sakit dengan status Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) berdasarkan Surat Keputusan Gubernur Jawa Timur tanggal 30 Desember 2008 nomor 118/441/KPTS/013/2008.
- b. Pelayanan yang ada di RSUD Haji Surabaya sudah sesuai dengan pelayanan minimum yang telah diatur dalam Permenkes RI No 56 Tahun 2016 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit.
- c. Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) di RSUD Haji Surabaya merupakan komite yang bertugas mengarahkan, mengatur, dan mengkoordinasikan penerapan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien di rumah sakit
- d. Komite Mutu dan Keselamatan Pasien terdiri dari Ketua Komite Mutu dan Keselamatan Pasien, Sekretaris Komite Mutu dan Keselamatan Pasien, Sub Komite Mutu, Sub Komite, Sub Komite Keselamatan Pasien, Sub Komite Manajemen Risiko, Sub Komite KBK, Sub Komite Akreditasi, dan Sub Komite Pengendali Dokumen.
- e. SPO yang terdapat di Rumah Sakit Haji Surabaya telah sesuai dengan format minimal sebuah SPO menurut Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS).
- f. Jumlah SPO yang harus ditinjau lanjuti yaitu 817 dokumen SPO karena berada pada tahun  $\leq 2016$ .
- g. Total nota dinas yang telah dikirimkan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien ke unit terkait mengenai SPO melalui lembar peninjauan dokumen yaitu 635, tetapi sebanyak 427 lembar peninjauan dokumen belum diisi oleh unit terkait dan unit terkait belum mengembalikan lembar peninjauan dokumen SPO ke KMKP. SPO yang belum dikirimkan nota dinas melalui lembar peninjauan dokumen sebanyak 182 dari total SPO yang harus ditindaklanjuti. Sebanyak 42 lembar peninjauan dokumen sudah diisi dan dikembalikan ke KMKP dan unit terkait mengusulkan perubahan dokumen SPO tetapi belum membuat usulan perubahan dokumen.

Usulan perubahan dokumen dibuatkan oleh KMKP berdasarkan isi dari lembar peninjauan dokumen. 10 dokumen SPO masih dalam proses di KMKP. 4 dokumen SPO yang sudah direvisi akan disahkan oleh Direktur. 2 dokumen SPO masih belum dikirim softcopy mengenai perubahan dokumen atau revisi dokumen SPO oleh unit terkait.

## 5.2.Saran

Berdasarkan uraian yang telah dipaparkan, terdapat beberapa saran yang diusulkan berdasarkan kajian normatif terhadap pelaksanaan kegiatan magang di Komite Mutu dan Keselamatan Pasien RSUD Haji Surabaya. Berikut ini merupakan usulan saran yang dapat diberikan oleh penulis, yaitu:

- a. Penambahan Sumber Daya Manusia di RSUD Haji Surabaya.
- b. Memberikan usulan mengenai format *job description* dan *job specification* untuk KMKP.
- c. KMKP melakukan review kembali mengenai dokumen SPO yang perlu untuk ditindaklanjuti berdasarkan masa berlakunya dan memberikan masa tenggang (*deadline*) mengenai pengisian lembar peninjauan dokumen SPO kepada unit terkait. Jika unit terkait sudah mengisi lembar peninjauan dokumen SPO tetapi belum membuat usulan perubahan dokumen, KMKP memberikan teguran bagi unit.
- d. Optimalisasi dukungan dari IT melalui pembuatan software khusus regulasi dokumen terutama SPO rumah sakit yang dapat disertai sistem warning jika terdapat regulasi yang sudah saatnya untuk direvisi sebagai saran strategis yang dapat menunjang kinerja pengendalian dokumen SPO.

**DAFTAR PUSTAKA**

- Afrian, N. *et al.* (2017) 'Pengaruh Deskripsi Pekerjaan Terhadap Kinerja Pegawai Negeri Sipil Pada Kantor Camat Tembilahan', *Journal of Economy, Business and Accounting (COSTING)*, 1(1), pp. 1–13. doi: 10.1037/0022-3514.51.6.1173.
- Akuntansi, K. I. and Volume, P. (2019) 'Penerapan Standar Operasional Prosedur (SOP) dan Akuntabilitas Kinerja Rumah Sakit Abd. Rohman Taufiq', 12(April), pp. 56–66. doi: 10.22441/profita.2019.v12.01.005.
- Bosch, J. Van Den and Willem, H. (2017) 'Jurnal Administrasi Rumah Sakit Indonesia Volume 3 Nomor 2 Februari 2017 Penanggung Jawab Umum Jurnal ARSI ( Administrasi Rumah Sakit Indonesia ) merupa- Redaktur Pelaksana', *Jurnal Administrasi Rumah Sakit Indonesia*, 3(2), p. 85.
- Firdaus, A. A. (2019) *Implementasi Clinical Pathway, Universitas Airlangga*. Surabaya. doi: .1037//0033-2909.126.1.78.
- Gabriele (2018) 'Analisis Penerapan Standar Operasional Prosedur (SOP) Di Departemen Marketing dan HRD PT. Cahaya Indo Persada', *Artikel Ilmiah Jurnal AGORA*, 6(1), p. 10.
- Harahap, R. (2018) *Penerapan Sistem Pengendalian Intern Persediaan Pada Rumah Sakit Pabatu Tebing Tinggi*. Universitas Islam Negeri Sumatera Utara.
- Junita, T. D. (2017) 'Peranan SOP pada Organisasi Pemerintahan Kota Surabaya dalam Peningkatan Kepuasan Pelayanan Kepada Masyarakat (Studi di Bagian Umum dan Protokol Pemerintahan Kota Surabaya)', *JPAP: Jurnal Penelitian Administrasi Publik*, 3(2), pp. 858–863. doi: 10.30996/jpap.v3i2.1266.
- Kementerian Keuangan Republik Indonesia (2015) 'PMK 131/PMK.01/2015 Pedoman Penyusunan Proses Bisnis, Kerangka Pengambilan Keputusan, Dan Standar Operasional Prosedur Di Lingkungan Kementerian Keuangan'.
- Komisi Akreditasi RS. (2012) *Panduan Penyusunan Dokumen Akreditasi, Komisi Akreditasi RS*. Available at: <https://www.scribd.com/doc/92575612/Panduan-Penyusunan-Dokumen-Akreditasi>.
- Leman, S. (2014) 'Studi Deskriptif Praktek Manajemen Sumber Daya Manusia Di Lembaga Pendidikan X', *Agora*, 2(1), pp. 562–568.
- Madjid, T. (2017) 'Analisis Penerapan Program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Ruang Rawat Inap RSUD Tebet Tahun 2017', 4, p. 12.
- Purwanti, R. R. N., Firdaus, M. A. and Rachmatullaily, R. (2018) 'Job Design Dan Job

- Spesification Terhadap Produktivitas Organisasi Pegawai', *Inovator*, 7(2), p. 144. doi: 10.32832/inovator.v7i2.1465.
- RI, K. (2014) 'Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 56 Tahun 2014'. kemenkes, p. 216. doi: 10.1038/132817a0.
- Saifudin (2014) 'Penerapan standard operating procedures (sop) pada layanan pemustaka di perpustakaan fitk uin syarif hidayatullah jakarta', *Universitas Islam Jakarta*.
- Salmah, S. and Susanto, S. (2016) 'Upaya Peningkatan Mutu Pelayanan Medis Pada Pembuatan Standar Prosedur Operasional Pelayanan Medis Di Rsia 'Aisyiyah Klaten', *Jurnal Medicoeticolegal dan Manajemen Rumah Sakit*, 5(1), pp. 73–76. doi: 10.18196/jmmr.5109.
- Surabaya, R. S. U. H. (2017a) '09. Keputusan Direktur PMKP.pdf'. Surabaya: RSU Haji Surabaya, p. 6.
- Surabaya, R. S. U. H. (2017b) 'SK Komit Mutu & Keselamatan Pasien.pdf'. Surabaya: RSU Haji Surabaya, p. 12.
- Windu, F. F. (2017) 'Pembuatan Standard Operating Procedure (SOP) Layanan Perpustakaan PT. Semen Padang', *Jurnal Ilmu Informasi Perpustakaan dan Kearsipan*, 6(1), pp. 170–178. Available at: <http://ejournal.unp.ac.id/index.php/iipk/article/viewFile/8161/6244>.

## LAMPIRAN

## Permohonan Izin Magang



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI  
UNIVERSITAS AIRLANGGA

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT**

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. 031-5920948, 5920949 Fax 031-5924618

Website: <http://www.fkm.unair.ac.id> E-mail: [info@fkm.unair.ac.id](mailto:info@fkm.unair.ac.id)

Nomor : 7750/UN3.1.10/PPd/2019  
Hal : Permohonan izin magang

31 Oktober 2019

Yth. Direktur  
Rumah Sakit Umum Haji  
Jl. Manyar Kertoadi  
SURABAYA

Selubungan dengan pelaksanaan program magang bagi mahasiswa Program Studi Kesehatan Masyarakat Program Sarjana (S1) Tahun Akademik 2019/2020, dengan ini kami mohon Saudara mengizinkan mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga sebagai peserta magang pada instansi Saudara atas nama :

No.	Nama Mahasiswa	NIM.	PEMINATAN	PEMBIMBING	PELAKSANAAN
1.	Rani Pratiwi	101611133052	Administrasi & Kebijakan Kesehatan	Dr. Setya Haksama, drg., M.Kes	Januari – Februari 2020
2.	Fitri Azzahra	101611133202			
3.	Akhdan Paramasatya	101611133095			

Atas perhatian dan kerjasama Saudara kami sampaikan terima kasih.

  
 Barlatul Muniroh, S.KM., M.Kes  
 NIP. 198005252005012004

Tembusan :

1. Dekan FKM UNAIR;
2. Koordinator Program Studi Kesehatan Masyarakat, Program Sarjana, FKM UNAIR;
3. Ketua Departemen Administrasi & Kebijakan Kesehatan, FKM UNAIR;
4. Koordinator Magang Program Studi Kesehatan Masyarakat, Program Sarjana, FKM UNAIR;
5. Yang bersangkutan.

**Lembar Absensi Kegiatan Magang****Lembar Absensi Kegiatan Magang**

Nama : Fitri Azzahrah  
 NIM : 101611133202  
 Tempat Magang : Komite Mutu dan Keselamatan Pasien RSU Haji Surabaya

Tanggal	Datang	Pulang	Tanda Tangan
20 Januari 2020	07.00	15.30	Asali
21 Januari 2020	07.00	15.30	Asali
22 Januari 2020	07.00	15.30	Asali
23 Januari 2020	07.00	15.30	Asali
24 Januari 2020	06.00	14.30	Asali
27 Januari 2020	07.00	15.30	Asali
28 Januari 2020	07.00	15.30	Asali
29 Januari 2020	07.00	15.30	Asali
30 Januari 2020	07.00	15.30	Asali
31 Januari 2020	06.00	14.30	Asali
3 Februari 2020	07.00	15.30	Asali
4 Februari 2020	07.00	15.30	Asali
5 Februari 2020	07.00	15.30	Asali
6 Februari 2020	07.00	15.30	Asali
7 Februari 2020	06.00	14.30	Asali
10 Februari 2020	07.00	15.30	Asali
11 Februari 2020	07.00	15.30	Asali
12 Februari 2020	07.00	15.30	Asali
13 Februari 2020	07.00	15.30	Asali
14 Februari 2020	06.00	14.30	Asali

Surabaya, 14 Februari 2020  
 Pembimbing Lapangan Kegiatan Magang

  
**Yanni Ari Rachma, S. KM**  
 NIP. 19830114 2011012009

## Lembar Catatan Kegiatan Magang Minggu ke-1

## Lembar Catatan Kegiatan Magang

Nama : Fitri Azzahrah  
 NIM : 101611133202  
 Tempat Magang : Komite Mutu dan Keselamatan Pasien RSU Haji Surabaya

Tanggal	Kegiatan	Paraf Pembimbing Instansi
Minggu ke-1		
Hari ke-1 (20 Januari 2020)	a. Apel pagi dilapangan b. Orientasi Magang c. Lokakarya mengenai Risk Register	
Hari ke-2 (21 Januari 2020)	Pengenalan Ruang Lingkup Komite Mutu dan Keselamatan Pasien, berupa: a. Indikator Mutu Unit RSU Haji Surabaya b. Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien c. Program Mutu Prioritas d. Pedoman Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien e. Buku Panduan Penyusunan Akreditasi Rumah Sakit f. Pedoman Umum Tata Naskah Dinas di Lingkungan RSU Haji Surabaya g. Pengenalan SPO	
Hari ke-3 (22 Januari 2020)	a. Membaca tugas pokok dan fungsi KMKP, job description, dan job specification b. Pengendalian SPO berupa revisi SPO format terbaru, menulis lembar peninjauan dokumen, check sudah terupload dalam perpus online atau belum (Bagian Keuangan)	
Hari ke-4 (23 Januari 2020)	a. Input data mengenai dokumen, no. revisi, dan lembar dokumen b. Input usulan perubahan dokumen kedalam format baru c. Melampirkan lembar usulan perubahan dokumen pada SPO yang sudah direvisi	
Hari ke-5 (24 Januari 2020)	a. Senam pagi dilapangan RSU Haji Surabaya b. Pengendalian SPO berupa revisi SPO format terbaru, menulis lembar peninjauan dokumen, check sudah terupload dalam perpus online atau belum (Bagian Keuangan dan Bagian Hukmas) c. Ekspedisi ke bagian keuangan terkait perubahan dan revisi ke dalam excel	

## Lembar Catatan Kegiatan Magang Minggu ke-2

Minggu ke-2		
Hari ke-1 (27 Januari 2020)	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Mengganti usulan perubahan dokumen mengenai SPO bagian Hukmas, K3RS, dan bidang keperawatan sesuai dengan format baru</li> <li>b. Menginput SPO yang sudah direvisi oleh unit ke dalam format baru dan memberikan tanda pada SPO yang belum ada revisi terbaru</li> <li>c. Supervisi (Kunjungan Dosen Pembimbing dari FKM UNAIR) ke Komite Mutu dan Keselamatan Pasien.</li> </ul>	
Hari ke-2 (28 Januari 2020)	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Menyicil laporan mengenai benchmarking RSU Haji Surabaya, RSUD NTB, dan RSUD Jombang</li> <li>b. Menghitung jumlah SPO yang diberi nota dinas sudah ada revisinya atau belum</li> <li>c. Konsultasikan mengenai laporan magang ke Ketua KMKP dan pembimbing lapangan</li> <li>d. Mengupdate rekapitulasi mengenai SPO</li> <li>e. Mengerjakan laporan magang</li> </ul>	
Hari ke-3 (29 Januari 2020)	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Melanjutkan laporan benchmarking 3 RS</li> <li>b. Mengecheck perjalanan SPO pada excel dan melihat dokumen sudah sampai mana dan sudah sampai tahap mana kemudian dijumlahkan sesuai tahapannya berdasarkan notas dinas yang dikeluarkan KMKP RSU Haji Surabaya</li> <li>c. Menjumlahkan dokumen yang sudah selesai dan masih dalam proses mengenai revisi SPO.</li> <li>d. Membuat powerpoint evaluasi mengenai rekapitulasi SPO.</li> </ul>	
Hari ke-4 (30 Januari 2020)	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Menyelesaikan powerpoint evaluasi mengenai rekapitulasi SPO.</li> <li>b. Menghitung jumlah dokumen mengenai regulasi pelayanan dan regulasi unit kerja di RSU Haji Surabaya pada excel</li> <li>c. Mengubah usulan perubahan dokumen pada format yang baru</li> <li>d. Mengecheck SPO (soft copy) yang akan direvisi sudah dikirim melalui email atau belum</li> <li>e. Mengupdate perubahan pada excel</li> </ul>	
Hari ke-5 (31 Januari 2020)	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Senam pagi di lapangan RSU Haji Surabaya</li> <li>b. Mengubah usulan perubahan dokumen pada format yang baru</li> <li>c. Mengecheck SPO yang terlampir sudah dalam revisi terbaru/ belum dan sesuai/ tidak dengan usulan perubahan yang diajukan. Jika belum terlampir check revisi SPO pada email/ hardisk</li> <li>d. Mengelompokkan dokumen siap kirim ke unit</li> <li>e. Mengerjakan laporan magang</li> </ul>	

## Lembar Catatan Kegiatan Magang Minggu ke-3

Minggu ke-3		
Hari ke-1 (3 Februari 2020)	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Apel pagi dilapangan RSUD Haji Surabaya</li> <li>b. Konsultasi mengenai topik Wawancara dengan pegawai KMKP RSUD Haji Surabaya</li> <li>c. Menyelesaikan laporan benchmarking 3 RS</li> <li>d. Mengubah usulan perubahan dan pembuatan dokumen pada format yang dan print</li> <li>e. Mengganti SPO yang diajukan oleh unit kedalam form baru</li> <li>f. Update pada excel perubahan yang ada</li> </ul>	
Hari ke-2 (4 Februari 2020)	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Menyiapkan dokumen (usulan perubahan atau pembuatan dokumen dan SPO) dalam format baru dan sudah direvisi untuk dikirim ke unit</li> <li>b. Ekspedisi dokumen SPO ke bagian keuangan</li> <li>c. Mencatat pada buku ekspedisi mengenai tanggal, kode progress dokumen (SPO) dan nama SPO pada buku nota dinas</li> <li>d. Minta paraf penerima dokumen pada buku nota dinas</li> <li>e. Update pada excel jika dokumen sudah dikirim</li> <li>f. Wawancara dengan pegawai KMKP RSUD Haji Surabaya</li> </ul>	
Hari ke-3 (5 Februari 2020)	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Mengganti usulan perubahan dan pembuatan dokumen yang telah diusulkan unit ke dalam format baru (Lab Mikrobiologi dan Lab Patologi Klinik) kemudian print dan cantumkan kode progress</li> <li>b. Memberi kode progress dokumen sesuai dengan nomor urut pada excel</li> <li>c. Mengecheck SPO usulan dari unit pada email dan hardisk</li> <li>d. Menyiapkan dokumen untuk dikirim ke unit</li> <li>e. Mengerjakan laporan magang</li> </ul>	
Hari ke-4 (6 Februari 2020)	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Mengganti usulan perubahan dan pembuatan dokumen yang telah diusulkan unit ke dalam format baru (Lab Patologi Klinik) kemudian print dan cantumkan kode progress sesuai dengan usulan terkait</li> <li>b. Mengecheck lembar persetujuan sudah ditandatangani pihak terkait atau belum</li> <li>c. Update pada excel perubahan yang ada</li> <li>d. Konsultasikan laporan magang</li> </ul>	
Hari ke-5 (7 Februari 2020)	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Senam pagi dilapangan RSUD Haji Surabaya</li> <li>b. Mengganti usulan perubahan dokumen mengenai PPK SMF Mata ke dalam format baru kemudian print dan update pada excel</li> <li>c. Mengecheck lembar persetujuan sudah ditandatangani pihak terkait atau belum.</li> </ul>	

## Lembar Catatan Kegiatan Magang Minggu ke-4

Minggu ke-4		
Hari ke-1 (10 Februari 2020)	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Apel pagi dilapangan RSU Haji Surabaya</li> <li>b. Menyortir (mengelompokkan) dokumen yang belum dikerjakan sesuai dengan unitnya</li> <li>c. Mengganti usulan perubahan dan pembuatan dokumen yang telah diusulkan unit ke dalam format baru (Lab Patologi Klinik) kemudian print, cantumkan kode progress sesuai dengan usulan terkait, dan update pada excel.</li> <li>d. Mengecheck ada tidaknya SPO yang direvisi atau diusulkan dari unit, jika ada gabungkan SPO yang diusulkan dengan usulan perubahan/pembuatan dokumen serta kode progressnya</li> </ul>	g
Hari ke-2 (11 Februari 2020)	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Mengganti usulan perubahan dan pembuatan dokumen yang telah diusulkan unit ke dalam format baru (Lab Patologi Anatomi) kemudian print, cantumkan kode progress sesuai dengan usulan terkait, dan update pada excel</li> <li>b. Mengecheck ada tidaknya SPO yang direvisi atau diusulkan dari unit, jika ada gabungkan SPO yang diusulkan dengan usulan perubahan/pembuatan dokumen serta kode progressnya</li> <li>** SPO harus sesuai dengan format terbaru, jika belum sesuai masukkan kedalam format terbaru</li> </ul>	g
Hari ke-3 (12 Februari 2020)	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Konsultasikan laporan magang</li> <li>b. Mengerjakan laporan magang</li> <li>c. Wawancara dengan pegawai</li> </ul>	g
Hari ke-4 (13 Februari 2020)	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Merevisi dokumen berupa SPO dari Lab Mikrobiologi kemudian print</li> <li>b. Mengerjakan laporan magang</li> <li>c. Memindahkan file-file yang pernah dikerjakan ke dalam hardisk KMKP</li> </ul>	g
Hari ke-5 (14 Februari 2020)	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Senam pagi dilapangan RSU Haji Surabaya</li> <li>b. Ekspedisi nota dinas dari KMKP ke unit-unit yang ada pada gedung Al-Aqsha mulai dari lantai 1-6 (ICCU, ICU, Hemodialisa, IGD, NICU, VK bersalin, PSP, Instalasi Farmasi, HCU, dan bagian Anastesi)</li> <li>c. Mengerjakan laporan magang</li> <li>d. Perpisahan dengan pegawai KMKP</li> </ul>	g

## Lembar Peninjauan Dokumen



RUMAH SAKIT HAJI SURABAYA  
 Jl. Manyar Kertoaji Surabaya 60117  
 Tels. 031- 5924000

## LEMBAR PENINJAUAN DOKUMEN

NAMA DOKUMEN : Trouble Shooting Alat Hematologi Sysmex (XS-800i)  
 NO. DOKUMEN : 060-SPO / Lab .PK / RSH / II

No.	Tgl. Peninjauan	Hasil Peninjauan	Nama Koordinator Peninjau	Tanda Tangan
1.	18/Sept' 19	SPO masih berlaku tetapi belum diperbarui masa terbitnya.	Tonny watoyani	

Form./018.Mutu/RSH/2006 - rev.04, 26 April 2019

**Usulan Perubahan Dokumen**



**USULAN PERUBAHAN DOKUMEN**

**Kepada Yth.** : Wakil Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan  
**Dari** : Ketua Komite Keperawatan  
**Tanggal** : 29 Januari 2020

Bersama ini kami meminta perubahan dokumen sebagai berikut :

- Pedoman    Panduan    PPK    SPO    Formulir    .....

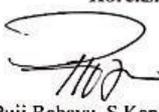
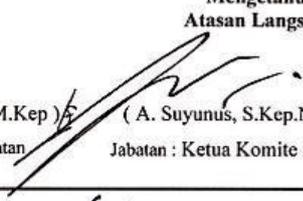
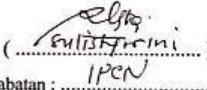
Nama Dokumen : SPO Penanganan Dover Kateter Pria

No. Dokumen : \_\_\_\_\_

Revisi : 05

**ALASAN PERUBAHAN :**

Mengsesuaikan pemasangan kateter dengan prinsip pencegahan infeksi CAUTI  
( Catheter Associated Urin Tract Infection ) dan dokumentasi Bundle pencegahan  
CAUTI

<b>Koreksi</b>	<b>Mengetahui, Atasan Langsung</b>	<b>Pembuat</b>
		
( Puji Rahayu, S.Kep.Ns, M.Kep ) Kepala Bidang Keperawatan	( A. Suyunus, S.Kep.Ns, M.Kes ) Jabatan : Ketua Komite Keperawatan	( Sutisnemi ) Jabatan : IPEN

DISETUJUI :    YA       TIDAK  

KOMENTAR: Sejara lakukan sosialisasi & monitor kepatuhannya .

Tanggal : 6/2/2020

Menyetujui  
**WAKIL DIREKTUR PELAYANAN MEDIK DAN KEPERAWATAN**  
  
 ( dr. ENDANG PRABAWATI, M.Kes )

**Dikendalikan Oleh  
 Ketua Sub Komite Pengendalian Dokumen**

  
 (dr. Fitri Abdullah Jawas, Sp.KK)

## Rekapitulasi SPO di Google Drive

1 - SPO Daftar & Progress (1).xlsx

File Edit Lihat Sisipkan Format Data Alat Pengaya Bantuan Semua perubahan disimpan di Drive

100% Rp % .0 .00 123 Calibri 13

JUMLAH TOTAL SPO :										O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	
169	472	748	69	409	229	215	2	638	103											
No	UNIT	No.	Kode Proses	Nama SPO	done	on process	< 2015	2016	2017	2018	2019	2020	Jenis							
													Admin	Tekr						
1	Keperawatan	1	580	Alur Penanganan Kegawatan Oleh Duty Manager Di Rawat Jalan	1							1		1						
	Keperawatan	2	162	Pelaksanaan Metode Asuhan Keperawatan Profesional MAKP ("time primer)								1		1						
	Keperawatan	3	579	Petunjuk Pasien Pulang (Discharge Planning)	1							1		1						
	Keperawatan	4	578	Perawat Pengganti	1							1		1						
	Keperawatan	5	164	Rotasi Perawat Bidan								1		1						
	Keperawatan	6	569	Sentralisasi Obat Pasien		1	1							1						
	Keperawatan	7	571	Pembuatan Jadwal Dinas		1	1							1						
	Keperawatan	8	110	Bimbingan Praktek Klinik Mahasiswa Keperawatan								1		1						
	Keperawatan	9		Tata Laksana Case Management oleh Case Manager (SPO ASLI TIDAK ADA)																
	Keperawatan	10	111	Serah Terima Pasien (judul lama : Timbang Terima Pasien)								1		1						
	Keperawatan	11	148	Menerima Pasien Baru (judul lama : Penerimaan Pasien Baru di Ruang Rawat Inap)								1		1						
	Keperawatan	12	573	Laporan Duty Manager	1							1		1						

Jumlah: 10090

DOKUMEN in Progress

File Edit Lihat Sisipkan Format Data Alat Pengaya Bantuan Terakhir diedit kemarin pada pukul 14.06

100% Rp % .0 .00 123 Inconsolata 14

=SUM(J3: J1781)

										Q	R	S	T	U	V
633	635	148	427	0	42	10	4	2		210	170	62	70		
Nota Dinas Mohon Tinjau Dokumen		FIX	belum isi lembar peninjauan	sudah serahkan susunan perubahan	belum buat usulan	proses diselektariat	siap kirim paraf DIRU/WADIR	belum terima soft copy	Lembar Peninjauan		Revisi	Msh Sesuai	dicabut	Bantu B usulan dokume	
133	04/07/2019	033.kmkp.2019	1		1										
134	04/07/2019	042.kmkp.2019	1		1										
135	04/07/2019	042.kmkp.2019	1		1										
136	04/07/2019	042.kmkp.2019	1		1										
137	04/07/2019	042.kmkp.2019	1		1										
138	04/07/2019	042.kmkp.2019	1		1										
139	04/07/2019	042.kmkp.2019	1		1										
140	04/07/2019	042.kmkp.2019	1		1										
141	04/07/2019	042.kmkp.2019	1		1										
142	04/07/2019	042.kmkp.2019	1		1										
143	04/07/2019	033.kmkp.2019	1				1			1	1				
144	04/07/2019	033.kmkp.2019	1				1			1	1				
145	30/07/2019	042.kmkp.2019	1		1										

Jumlah: 633 Pelajari

## Sertifikat Magang di Komite Mutu dan Keselamatan Pasien RSU Haji Surabaya

PEMERINTAH PROPINSI JAWA TIMUR  
RUMAH SAKIT UMUM HAJI SURABAYA

# SERTIFIKAT

No. 897.5/ U / 304 / 2020

DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM HAJI SURABAYA MENERANGKAN BAHWA :

NAMA : FITRI AZZAHRAH  
NIM : 10161133202  
MAHASISWA : SI FKM UNIVERSITAS AIRLANGGA SURABAYA

TELAH MELAKSANAKAN PKL ATAU MAGANG DI KOMITE MUTU RSU HAJI SURABAYA  
MULAI TANGGAL 20 JANUARI S.D 14 FEBRUARI 2020 TELAH MENDAPATKAN PENGETAHUAN DAN KETERAMPILAN

SURABAYA, 18 FEBRUARI 2020

DIREKTUR

RUMAH SAKIT UMUM HAJI SURABAYA

Dr. drg. SKI AGUSTINA A. M. Kes  
Pembina Utama Madya  
NIP. 19600813 193503 2 005

## Dokumentasi Kegiatan Magang



Ekspedisi Nota Dinas mengenai SPO ke Unit PPE, Keuangan, dan Hukmas



Senam Pagi di Lapangan RSU Haji Surabaya



Supervisi Dosen Pembimbing FKM UNAIR ke KMKP RSU Haji Surabaya



Supervisi Dosen Pembimbing FKM UNAIR ke KMKP RSU Haji Surabaya



Foto bersama pegawai KMKP RSU Haji Surabaya



Foto bersama Rani teman sepermagangan di RSU Haji Surabaya

**BERITA ACARA PERBAIKAN  
SEMINAR LAPORAN MAGANG**

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama : Fitri Azzahrah  
 NIM : 101611133202  
 Program Studi : S1 Kesehatan Masyarakat  
 Minat Studi : Administrasi Kebijakan Kesehatan  
 Judul Magang : Pengendalian Dokumen Standar Prosedur Operasional  
 Waktu Pelaksanaan : Selasa, 25 Februari 2020  
 DosenPenguji : Dr. Setya Haksama, drg., M.Kes  
 Saran Perbaikan :

No.	Saran Perbaikan	Perbaikan
1.	Tambahkan Alur Pengendalian SPO	Telah diperbaiki sesuai saran yang telah diberikan. ✓
2.	Hasil Pengamatan mengenai data entry berapa lama waktunya	Telah diperbaiki sesuai saran yang telah diberikan. ✓

Dosen Penguji,



Dr. Setya Haksama, drg., M.Kes  
 NIP. 196509141996011001

**BERITA ACARA PERBAIKAN  
SEMINAR LAPORAN MAGANG**

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama : Fitri Azzahrah  
 NIM : 101611133202  
 Program Studi : S1 Kesehatan Masyarakat  
 Minat Studi : Administrasi Kebijakan Kesehatan  
 Judul Magang : Pengendalian Dokumen Standar Prosedur Operasional  
 Waktu Pelaksanaan : Selasa, 25 Februari 2020  
 DosenPenguji : Dr. Djazuly Chalidyanto, S.KM., M.ARS  
 Saran Perbaikan :

No.	Saran Perbaikan	Perbaikan
1.	Perubahan judul magang dari “Gambaran Umum Pengendalian Dokumen Standar Prosedur Operasional” menjadi “Pengendalian Dokumen Standar Prosedur Operasional”	Telah diperbaiki sesuai saran yang telah diberikan.
2.	Tambahkan dan jelaskan mengenai SPO Pengendalian SPO	Telah diperbaiki sesuai saran yang telah diberikan
3.	Tambahkan penjelasan ketika SPO dicabut, diperbaiki/direvisi, dan masih berlaku.	Telah diperbaiki sesuai saran yang telah diberikan.
4.	Tambahkan keterangan bahwa SPO juga dikendalikan oleh Sub Komite Pengendali Dokumen di KMKP	Telah diperbaiki sesuai saran yang telah diberikan
5.	Tambahkan penjelasan mengenai SPO dikendalikan berdasarkan tanggal atau tahun terbitnya	Telah diperbaiki sesuai saran yang telah diberikan

Dosen Penguji,



Dr. Djazuly Chalidyanto, S.KM., M.ARS  
 NIP. 197111081998021001

**BERITA ACARA PERBAIKAN  
SEMINAR LAPORAN MAGANG**

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama : Fitri Azzahrah

NIM : 101611133202

Program Studi : S1 Kesehatan Masyarakat

Minat Studi : Administrasi Kebijakan Kesehatan

Judul Magang : Pengendalian Dokumen Standar Prosedur Operasional

Waktu Pelaksanaan : Selasa, 25 Februari 2020

DosenPenguji : Inge Dhamanti, S.KM., M.Kes., M.PH. PhD

Saran Perbaikan :

No.	Halaman Sebelum Perbaikan	Saran Perbaikan	Perbaikan	Halaman Sesudah Perbaikan
1.	2	Perbaikan mengenai angka dengan tanda kurung pada tabel karena tidak sesuai dengan kaidah penulisan	Telah diperbaiki sesuai saran yang telah diberikan.	2
4.	-	Penambahan alasan mengapa hanya pengendalian SPO saja	Telah diperbaiki sesuai saran yang telah diberikan	37
2.	2, 40	Tidak boleh ada dua tabel yang sama dalam satu laporan (Tabel 1.1 pada halaman 2 dan Tabel 4.6 halaman 42)	Telah diperbaiki sesuai saran yang telah diberikan.	42
3.	40	Penambahan mengenai bagaimana proses atau alur pengendalian SPO, siapa yang meriview pengendalian SPO, indikator riview pengendalian SPO (penjelasan bagaimana suatu SPO dikatakan masih sesuai, revisi, dan dicabut)	Telah diperbaiki sesuai saran yang telah diberikan.	42, 43
5.	-	Penambahan unit mana saja yang belum mengembalikan lembar peninjauan dokumen dan alasannya	Telah diperbaiki sesuai saran yang telah diberikan	46

Dosen Penguji,



Inge Dhamanti, S.KM., M.Kes., M.PH. PhD  
NIP. 198012242005012002