

SURAT KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN
NOMOR : 0063/RSSK/SK/I/2016

TENTANG

**KEBIJAKAN PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN (PMKP)
RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN**

DIREKTUR RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN

- Menimbang : a. bahwa rumah sakit mempunyai kewajiban memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, anti diskriminasi dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit;
- b. bahwa rumah sakit membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit sebagai acuan dalam melayani pasien;
- c. bahwa setiap rumah sakit wajib menerapkan standar mutu dan keselamatan pasien;
- d. bahwa dalam Upaya Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan dapat terlaksana dengan baik, perlu adanya Kebijakan Direktur Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan sebagai landasan bagi penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang bermutu tinggi dalam rangka keselamatan pasien di rumah sakit;
- e. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam a dan b, c dan d, perlu menetapkan Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan tentang Kebijakan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
2. Undang-Undang Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
3. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269 /Menkes/Per/III/2008 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja;

4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1691 Tahun 2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit;
5. Keputusan Menteri Kesehatan No. 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
6. Keputusan Walikota Pekalongan Nomor 445/221 Tahun 2014 tentang Izin Tetap Penyelenggaraan Sarana Kesehatan Rumah sakit Kota Pekalongan;
7. Keputusan Yayasan Al-Irsyad Al-Islamiyyah Pekalongan Nomor 117-B/YAI/IV/VI/2015 tentang Penetapan Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan;
8. Keputusan Yayasan Al-Irsyad Al-Islamiyyah Pekalongan Nomor 129/YAI/IV/XII/2015 tentang Perpanjangan Masa Tugas Direktur Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan;

MEMUTUSKAN

- Menetapkan : KEBIJAKAN PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN (PMKP) RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN;
- KESATU : Kebijakan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan sebagaimana dimaksud tercantum dalam Lampiran Surat Keputusan ini;
- KEDUA : Pelaksanaan Program peningkatan mutu dan keselamatan pasien Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan dilaksanakan oleh Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan.
- KETIGA : Direktur Rumah sakit berpartisipasi dalam perencanaan, monitoring, dan pengawasan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
- KEEMPAT : Pemilik Rumah sakit Bertanggung jawab penuh terhadap mutu dan keselamatan pasien;

KELIMA : Surat keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dengan catatan apabila di kemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam Surat Keputusan ini maka akan dilakukan perubahan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : PEKALONGAN
Pada Tanggal : 16 Januari 2016

DIREKTUR
RUMAH SAKIT SITI KHODIJAHPEKALONGAN

drg. Said Hassan, M.Kes

Tembusan :

1. Manajer Pelayanan
2. Manajer Umum & Keuangan
3. Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP)
4. Koordinator Instalasi / Urusan / Unit Kerja / Ruangan
5. Arsip

Lampiran : Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan tentang Kebijakan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan

Nomor : 0063/RSSK/SK/I/2016

Tanggal : 16 Januari 2016

KEBIJAKAN PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN (PMKP) RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN

1. Kebijakan Umum

- a. Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan melaksanakan upaya meningkatkan mutu dan keselamatan pasien secara berkesinambungan.
- b. Program mutu dan keselamatan pasien wajib dijalankan di seluruh unit rumah sakit.
- c. Pelaksanaan indikator mutu dan pelaporan insiden wajib dilaporkan, dianalisis, ditindaklanjuti dan dievaluasi bersama unit terkait di rumah sakit.
- d. Seluruh unit rumah sakit wajib menjalankan pencegahan terjadinya insiden keselamatan pasien melalui pelaporan insiden, tindak lanjut dan solusi guna pembelajaran supaya tidak terulang kembali.

2. Kebijakan Khusus

- a. Program PMKP menangani sistem dari organisasi, peranan perancangan sistem, rancang ulang dari peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
- b. Program PMKP menangani koordinasi dari semua komponen dari kegiatan pengukuran dan pengendalian mutu.
- c. Area prioritas peningkatan mutu dan keselamatan pasien ditetapkan di instalasi rawat inap.
- d. Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) ditetapkan sebagai salah satu prioritas kegiatan evaluasi meliputi :
 - a. Ketepatan identifikasi pasien.
 - b. Peningkatan komunikasi yang efektif.
 - c. Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai.
 - d. Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi.
 - e. Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan.
 - f. Pengurangan risiko pasien jatuh.
- e. Penetapan prioritas kegiatan evaluasi berdasarkan proses – proses utama yang kritikal, kegiatan yang berisiko tinggi, dan yang cenderung bermasalah yang langsung terkait dengan asuhan dan keselamatan pasien, serta keamanan lingkungan.

- f. Jenis indikator mutu yang dilaksanakan di rumah sakit yaitu jenis indikator mutu pelayanan, terdiri atas Indikator Area Klinis, Indikator Area Manajerial, Indikator Area Sasaran Keselamatan pasien, dan Indikator *library of measure*.
- g. Pelaksanaan indikator mutu meliputi penyusunan jenis indikator, Kamus Profil Indikator, sosialisasi indikator, trial indikator, implementasi indikator mutu, validasi, pencatatan dan pelaporan analisis data, rapat pimpinan, benchmarking, publikasi data, evaluasi dan tindak lanjut (monitoring dan evaluasi) indikator mutu serta pelaporan ke Pemilik / Yayasan.
- h. Pemilik / Yayasan menyetujui rencana peningkatan mutu dan keselamatan pasien serta secara regular menerima dan menindaklanjuti laporan tentang pelaksanaan program perbaikan mutu dan keselamatan pasien.
- i. Apabila dalam upaya pencapaian target dari suatu proses, program/sistem tidak sesuai yang diharapkan, rumah sakit membuat rancangan baru dan melakukan modifikasi dari sistem dan proses sesuai prinsip peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

Rancangan proses yang baik adalah :

- 1) Konsisten dengan misi dan organisasi.
 - 2) Memenuhi kebutuhan pasien, masyarakat dan staf lainnya.
 - 3) Menggunakan pedoman praktek terkini, standar pelayanan medis, kepustakaan ilmiah, dan informasi lain berdasarkan rancangan praktek klinik.
 - 4) Sesuai dengan praktek bisnis yang sehat.
 - 5) Relevan dengan informasi dari manajemen resiko.
 - 6) Berdasar pengetahuan dan keterampilan yang ada di rumah sakit.
 - 7) Berdasar praktek klinik yang baik/ lebih baik/ sangat baik dari rumah sakit.
 - 8) Menggunakan informasi dari kegiatan peningkatan mutu terkait.
 - 9) Mengintegrasikan dan menggabungkan berbagai proses dan sistem.
- j. Rumah Sakit menyusun dan menetapkan Panduan Praktek Klinik, Clinical Pathway dan atau Protokol Klinis sebagai pedoman dalam memberikan asuhan klinik.
 - k. Petugas yang mengumpulkan dan menganalisa data memiliki pengalaman, pengetahuan dan keterampilan yang memadai.
 - l. Pimpinan memberikan dukungan berupa sumber daya manusia, sarana prasarana dan teknologi pendukung untuk kegiatan PMKP.
 - m. Rumah sakit melakukan validasi data secara internal menggunakan metoda statistik sederhana.
 - n. Rumah sakit mengadakan kegiatan pelatihan peningkatan mutu dan keselamatan pasien bagi staf sesuai peran masing – masing yang diberikan oleh individu yang berkompeten.
 - o. Rumah sakit wajib melaksanakan manajemen resiko di rumah sakit.

- p. Rumah sakit membuat laporan insiden keselamatan pasien yang meliputi Kejadian Potensial Cedera (KPC), Kejadian Nyaris Cedera (KNC), Kejadian tidak Diinginkan (KTD), Kejadian tidak Cedera (KTC), dan sentinel.
- q. Rumah sakit mengupayakan terlaksananya *Root Cause Analysis* (RCA) pada kasus-kasus KTD dan sentinel.
- r. *Failure Mode Effect Analysis* (FMEA) dilaksanakan 1 tahun sekali untuk mengantisipasi kemungkinan kejadian yang dianggap paling beresiko.
- s. Monitoring dan evaluasi peningkatan mutu dan keselamatan dengan metodologi *Plan, Do, Study and Action* (PDSA).
- t. Penyampaian / Penyebaran informasi Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) kepada staf disampaikan melalui rapat koordinasi dan sosialisasi secara tertulis.
- u. Penyampaian / Penyebaran informasi Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) kepada publik disampaikan di papan informasi yang ada di rumah sakit.
- v. Pimpinan rumah sakit bertanggung jawab bahwa data yang disampaikan ke publik dapat dipertanggungjawabkan dari segi mutu dan hasilnya (*outcome*) serta telah dievaluasi dari segi validitas dan reliabilitasnya.
- w. Mempertahankan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien yang telah tercapai.

DIREKTUR
RUMAH SAKIT SITI KHODIJAHPEKALONGAN

drg. Said Hassan, M.Kes