

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



**Yayasan Al-Irsyad Al-Islamiyyah
Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan
2016**

**PROGRAM PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN
RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN
TAHUN 2016**

I. PENDAHULUAN

Tuntutan pelayanan rumah sakit yang bermutu dan berfokus pada keselamatan pasien serta kepuasan pelanggan menjadi gaung yang harus ada dalam pelayanan rumah sakit. Sistem manajemen mutu harus dibangun untuk memenuhi standar tersebut. Namun dalam pelaksanaannya bukanlah hal yang mudah dan belum menjadi budaya dalam penerapan pelayanan di rumah sakit Siti Khodijah Pekalongan. Masyarakat mulai cenderung menuntut pelayanan yang lebih baik, lebih ramah, dan lebih bermutu termasuk pelayanan kesehatan. Maka Rumah Sakit secara bertahap perlu terus meningkatkan mutu agar dapat memberi kepuasan terhadap pasien, keluarga maupun masyarakat.

II. LATAR BELAKANG

Upaya peningkatan mutu pelayanan rumah sakit merupakan kegiatan yang bertujuan memberikan asuhan atau pelayanan sebaik – baiknya kepada pasien sesuai standart. Tuntutan pasien akan pelayanan yang baik dan memuaskan serta pemenuhan hak pasien dalam pelayanan kesehatan membuat rumah sakit harus senantiasa berbenah untuk dapat memberikan pelayanan sesuai tuntutan pasien.

Upaya peningkatan mutu merupakan kegiatan yang dinamis, senantiasa dilaksanakan Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan untuk mewujudkan pelayanan yang berfokus pada keselamatan pasien dan memberikan pelayanan prima yang berfokus pada kepuasan pelanggan. Untuk itu perlu disusun suatu program berkesinambungan dalam hal peningkatan mutu dan keselamatan pasien sebagai acuan dalam upaya peningkatan mutu Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan.

III. TUJUAN

1. Umum

Mewujudkan Budaya Mutu di Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan demi terwujudnya visi Rumah Sakit sebagai “Rumah Sakit Pilihan Masyarakat “

2. Tujuan khusus

- a. Terlaksananya Keselamatan dan keamanan pasien di rumah sakit
- b. Tercapainya evaluasi dan tindak lanjut pencapaian sasaran mutu
- c. Tercapainya evaluasi dan tindak lanjut pencapaian indicator mutu serta penetapan area prioritas
- d. Pelaksanaan manajemen risiko
- e. Meningkatnya mutu pelayanan klinis di Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan.

IV. KEGIATAN

- a. Standarisasi Asuhan Klinis secara bertahap
- b. Monitoring mutu area klinis, area manajerial dan sasaran keselamatan pasien
- c. Monitoring mutu unit kerja
- d. Penilaian Kinerja Individu
- e. Pelaporan dan analisa data Insiden Keselamatan Pasien
- f. Manajemen Resiko dan FMEA
- g. Pendidikan dan pelatihan staf
- h. Rapat PMKP dengan Pimpinan.
- i. Rapat PMKP untuk koordinasi kegiatan.

V. RINCIAN KEGIATAN PROGRAM KERJA PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN

NO	RENCANA KEGIATAN	TARGET WAKTU	INDIKATOR KEBERHASILAN	PIC	BIAYA
1.	Pelaksanaan kegiatan standarisasi asuhan klinis secara bertahap : a. Menetapkan proses klinis yang distandarisasi b. Menyusun PPK dan CP c. Sosialisasi PPK dan CP ke staf klinis d. Audit pra implementasi untuk base line data e. Uji coba implementasi f. Finalisasi PPK dan CP g. Implementasi PPK dan CP h. Audit paska implementasi .	April 2016 Mei 2016 Juni 2016 Juni 2016 Juli 2016 Juli 2016 Agt–Des 2016	<ul style="list-style-type: none"> • Penetapan 5 Area klinis • PPK & CP Tersusun • Laporan Audit Pra Implementasi • Laporan Audit Implementasi 	<ul style="list-style-type: none"> • Komite Medik • Sub Komite Mutu PMKP 	Rp. 2.000.000,-
2.	Monitoring mutu area klinis, manajerial dan sasaran keselamatan pasien : a. Pemilihan dan penetapan IAK, IAM dan SKP b. Menyusun profil indikator mutu utama rumah sakit	Mei 2016 Mei-Juni 2016	<ul style="list-style-type: none"> • IAK,IAM dan SKP ditetapkan • Tersusun profil Indikator utama 	<ul style="list-style-type: none"> • PIC Ruangan • Komite PMKP 	Rp. 8.000.000,-

Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP)
Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan

NO	RENCANA KEGIATAN	TARGET WAKTU	INDIKATOR KEBERHASILAN	PIC	BIAYA
	c. Sosialisasi indikator mutu d. Uji coba Pra implementasi indikator mutu e. Implementasi indikator mutu Pengumpulan dan analisa data	Juni 2016 Juli 2016 Agt-Des 2016	<ul style="list-style-type: none"> Laporan uji coba implementasi Laporan pelaksanaan kegiatan evaluasi mutu 		
3.	Pemantauan Mutu Unit Kerja a. Penyusunan program mutu unit b. Implementasi indikator mutu unit c. Monitoring dan evaluasi indikator mutu unit.	Mei 2016 Agt-Des 2016 Agt-Des 2016	<ul style="list-style-type: none"> Program Mutu Unit Laporan Pelaksanaan Kegiatan Mutu Unit 	<ul style="list-style-type: none"> Unit Kerja yang di Evaluasi Komite PMKP 	Rp. 500.000,-
4.	Penilaian kinerja individu	Oktober 2016	Laporan Kinerja Dokter	Komite Medik	Rp. 500.000,-
5.	Pelaporan dan analisa data Insiden Keselamatan Pasien	Mei - Des 2016	<ul style="list-style-type: none"> Laporan Insiden Keselamatan Pasien 	<ul style="list-style-type: none"> Komite PMKP Sub Komite KPRS 	Termasuk Anggaran No. 2
6.	Manajemen Resiko (RCA & FMEA) a. Membentuk tim b. Mengadakan pertemuan c. Menyusun laporan dan rekomendasi d. Tindak lanjut	Jan 2016	<ul style="list-style-type: none"> Laporan RCA & FMEA sesuai kasus yang terjadi 	<ul style="list-style-type: none"> Komite PMKP Sub Komite KPRS 	Rp. 1.500.000,-

NO	RENCANA KEGIATAN	TARGET WAKTU	• INDIKATOR KEBERHASILAN	• PIC	BIAYA
7.	Pendidikan dan Pelatihan a. Pelatihan PMKP untuk Pimpinan dan Manajemen b. Pelatihan PMKP untuk Komite PMKP c. Pelatihan PMKP untuk PIC d. Pelatihan / Orientasi PMKP untuk karyawan baru e. Pelatihan yang dilakukan di luar rumah sakit untuk mendukung terlaksananya program peningkatan mutu rumah sakit	Juli-Des 2016	<ul style="list-style-type: none"> • Laporan pelaksanaan pelatihan • Sertifikat pelatihan • Laporan program orientasi karyawan baru. 	<ul style="list-style-type: none"> • Komite PMKP • Bagian Diklat RS 	Rp. 4.500.000,-
8.	Rapat PMKP dengan Pimpinan	Mei-Des 2016	<ul style="list-style-type: none"> • Laporan dan Feedback dari direktur 		Rp. 600.000,-
9.	Rapat Koordinasi	Juli-Des 2016	<ul style="list-style-type: none"> • Koordinasi dengan komite dan unit terkait • Laporan evaluasi indikator mutu. 		Rp. 600.000,-

VI. CARA MELAKSANAKAN KEGIATAN

- a. Metode yang digunakan untuk melaksanakan kegiatan adalah dengan menggunakan PDSA yaitu setiap kegiatan dibuatkan plan (rencana), kemudian pelaksanaan kegiatan (Do), pembuatan laporan kegiatan, analisa laporan (study) dan upaya perbaikan yang akan dilaksanakan berdasarkan analisa data based (action).
- b. Mengadakan rapat koordinasi hasil analisa data.
- c. Edukasi dan pelatihan-pelatihan.
- d. Melakukan monitoring kegiatan dengan site visit ke ruangan/unit kerja

VII. JADWAL PELAKSANAAN

Terlampir

VIII. SASARAN

1. Audit clinical pathway di area prioritas terlaksana 100%.
2. Analisa indikator mutu utama rumah sakit 100%.
3. Pelaporan insiden keselamatan pasien selalu dimonitoring.
4. Penilaian kinerja dokter terlaksana setahun sekali.
5. Terlaksananya kegiatan diklat sesuai perencanaan.
6. Terlaksananya program manajemen risiko.
7. Terlaksananya monitoring mutu unit.

IX. PENCATATAN, PELAPORAN DAN EVALUASI

Pencatatan dan pelaporan dilaksanakan setiap akhir kegiatan dan paling lama tiap enam bulan pelaporan kegiatan dilaporkan kepada Pimpinan dan Pemilik Rumah Sakit secara periodik minimal 1 (satu) tahun sekali melalui pelaporan Realisasi program kerja komite PMKP .

Pelaporan Program kerja PMKP

No	Kegiatan	Komite PMKP	Direktur	Yayasan	Keterangan
1	Standarisasi asuhan klinis.	Tiap Bulan	Triwulan		Melalui laporan evaluasi CP
2	Monitoring mutu area klinis, manajerial & sasaran keselamatan pasien	Tiap Bulan	Triwulan	Tiap tahun	Melalui laporan realisasi pencapaian program kerja
3	Pemantauan Mutu Unit Kerja	Tiap bulan	Triwulan		Melalui laporan monitoring mutu unit kerja
4	Penilaian kinerja individu	Tiap tahun	Tiap tahun		Melalui laporan penilaian kinerja dokter
5	Pelaporan dan analisa data Insiden Keselamatan Pasien	Tiap Bulan	Triwulan		Laporan monitoring insiden keselamatan pasien.
6	Manajemen Resiko (FMEA & RCA)	Tiap tahun	Tiap tahun		Melalui laporan program manajemen risiko

Evaluasi dilaksanakan setiap akhir tahun untuk ditindaklanjuti sesuai masalah / kendala yang ada. Jika pencapaian tidak sesuai dengan target atau ekspektasi yang diharapkan , maka pihak yang berwenang (Komite PMKP , Pimpinan RS , Pemilik RS) mengambil tindakan yang diperlukan, termasuk didalamnya melakukan perubahan terhadap program ataupun proses / SPO yang ada saat ini .

Mengetahui,

Direktur,

Pekalongan, 2 Maret 2016

Ketua Komite Peningkatan Mutu dan
Keselamatan Pasien (PMKP),

drg. Said Hassan, M.Kes

dr. Dwi Heri Wibawa, M.Kes