

SURAT KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN

NOMOR :...../...../...../...../.....

T E N T A N G

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

DIREKTUR RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN

Menimbang :

- a bahwa dalam upaya pelayanan berorientasi pada kepuasan pelanggan, perlu adanya upaya peningkatan mutu pelayanan dan upaya keselamatan pasien Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan;
- b bahwa setiap rumah sakit wajib memberikan pelayanan sesuai standar pelayanan medik, keselamatan pasien dan dilaksanakan secara terpadu sesuai kebutuhan pasien;
- c bahwa untuk maksud di atas perlu adanya Kebijakan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan yang ditetapkan dengan Keputusan Direktur Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan;

Mengingat :

- 1. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
- 2. Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
- 3. Peraturan Pemerintah Nomor 1691/Menkes/PER/VIII/2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit;
- 4. Keputusan Yayasan Al-Irsyad Al-Islamiyyah Pekalongan Nomor : 124/YAI/V/II/2012 tentang Penetapan Peraturan Internal Rumah Sakit (Hospital By Laws) Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan;

5. Keputusan Yayasan Al-Irsyad Al-Islamiyyah Pekalongan Nomor :129/YAI/IV/XII/2015 tentang Perpanjangan Masa Tugas Direktur Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan;
6. Keputusan Direktur Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan Nomor : 0801/SK/VII-10/Um/2016 tentang Perubahan Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan;

MEMUTUSKAN

**Menetapkan : KEBIJAKAN PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN
RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN**

- KESATU : Kebijakan peningkatan mutu dan keselamatan pasien Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan sebagaimana dimaksud terdapat dalam lampiran Surat Keputusan ini;
- KEDUA : Pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan dilaksanakan oleh Komite PMKP Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan;
- KETIGA: 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 :

DIREKTUR RS. SITI KHODIJAH
PEKALONGAN

(drg. Said Hassan, M.Kes)

Tembusan :

1. Yayasan Al – Irsyad Al Islamiyyah
2. Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien
3. Komite Medik Rumah Sakit Siti Khodijah
4. Unit Terkait
5. Arsip

Lampiran : Surat Keputusan Direktur RS Siti Khodijah

Nomor :

Tanggal :

Kebijakan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan

Kebijakan Umum

1. Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan melaksanakan upaya meningkatkan mutu dan keselamatan pasien secara berkesinambungan.
2. Pelaksanaan manajemen tatakelola mutu dan keselamatan pasien Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan dilaksanakan oleh Komite PMKP berdasarkan kebijakan, pedoman, panduan dan prosedur yang telah ditetapkan.
3. Direktur rumah sakit berpartisipasi dalam menyusun rencana, menetapkan keseluruhan proses atau mekanisme, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi program PMKP
4. Direktur rumah sakit melaporkan hasil kegiatan program PMKP ke pemilik / pengelola rumah sakit (Yayasan Al-Irsyad Al-Islamiyyah Pekalongan)
5. Pemilik rumah sakit bertanggung jawab penuh terhadap mutu dan keselamatan pasien
6. Seluruh unit kerja di rumah sakit melaksanakan Program PMKP.

Kebijakan Khusus

1. Program PMKP menangani sistem dari organisasi, peranan perancangan sistem, rancang ulang dari peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
2. Program PMKP menangani koordinasi dari semua komponen dari kegiatan pengukuran dan pengendalian mutu.
3. Program peningkatan mutu dan keselamatan pasien menerapkan pendekatan sistematis.
4. Rumah sakit menetapkan area prioritas yang akan dievaluasi.

5. 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.
6. 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 JCI *library of measure*.
7. 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.
8. Pemilik menyetujui rencana peningkatan mutu dan keselamatan pasien serta secara reguler menerima dan menindaklanjuti laporan tentang pelaksanaan program perbaikan mutu dan keselamatan pasien.
9. 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.
10. Dalam upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien rumah sakit, pedoman praktek klinik dan clinical pathway dan atau protokol klinis digunakan untuk pedoman dalam memberikan asuhan klinik.
11. Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit berkolaborasi dengan petugas yang berpengalaman, memiliki pengetahuan dan keterampilan cukup dalam mengumpulkan serta menganalisa data-data mutu dan keselamatan pasien secara sistematis setiap bulannya.
12. Pimpinan memberikan bantuan serta fasilitas teknologi, sarana prasarana dan dukungan lainnya untuk mendukung program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.*
13. Rumah sakit menggunakan metodastatistik sederhana dalam rangka memvalidasi data pelaporan mutu di masing-masing unit yang ada di rumah sakit.
14. Rumah sakit menetapkan kebijakan pelaporan insiden dari unit ke Sub Komite Keselamatan Pasien dan Manajemen Resiko Rumah Sakit Siti Khodijah dalam upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien rumah sakit

15. Rumah Sakit mengadakan kegiatan pelatihan PMKP bagi staf sesuai peran masing – masing. Pelatihan diberikan oleh seorang individu yang berpengalaman.
16. Rumah sakit wajib melaksanakan manajemen resiko di rumah sakit.
17. Rumah sakit menjalankan kegiatan 7 (tujuh) langkah keselamatan pasien.
18. Rumah sakit melaksanakan 6 (enam) sasaran keselamatan pasien.
19. Rumah sakit menjalankan standar keselamatan pasien.
20. Seluruh tenaga rumah sakit wajib menjalankan pelayanan bekerja berdasarkan standar yang berlaku.
21. Rumah sakit membuat laporan kejadian (*insident report*) yang meliputi KPC, KNC, KTD, KTC, dan sentinel dalam waktu maksimal 2x24 jam.
22. Rumah sakit mengupayakan terlaksananya *Root Cause Analysis* (RCA) pada kasus-kasus KTD dan sentinel yang hasilnya dilaporkan maksimal 45 hari kepada direktur
23. *Failure Mode Effect Analysis* (FMEA) dilaksanakan 1 tahun sekali untuk mengantisipasi kemungkinan kejadian yang dianggap paling beresiko
24. Rumah sakit melaksanakan monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
25. Pengumpulan data dan informasi kegiatan PMKP dengan tetap menjaga kerahasiaan pasien.
26. Penyampaian/Penyebaran informasi Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) kepada staf disampaikan melalui rapat koordinasi dan sosialisasi secara tertulis.*
27. Penyampaian/Penyebaran informasi Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) kepada publik disampaikan di papan informasi yang ada di rumah sakit.
28. 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.
29. Monitoring dan evaluasi peningkatan mutu dan keselamatan dengan metodologi PDSA (*Plan, Do, Study and Action*).

Direktur Rumah Sakit Siti Khodijah

drg. Said Hassan, M.Kes