

PEDOMAN PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN
DI RSUD dr. MURJANI SAMPIT

NOMOR : 003 /PDM/KPMKP/P09/RSUD-DM/II/2018

KEPUTUSAN DIREKTUR RSUD dr. MURJANI SAMPIT
NOMOR : 003 /PDM/KPMKP/P09/RSUD-DM/I/2018
tentang
PEDOMAN PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN
DI RSUD dr. MURJANI SAMPIT

Tindakan	Nama	Jabatan	Tanda Tangan	Tanggal
Disiapkan		Ketua Komite PMKP		
Diperiksa		Wakil Direktur Pelayanan		
Disetujui		Direktur		



PEMERINTAH KABUPATEN KOTAWARINGIN TIMUR
RSUD dr. MURJANI SAMPIT

Jalan HM.Arsyad No.65, Sampit Kode Pos 74322
Telp (0531) 21010 Faks (0531) 21782
e-mail: rsdmsampit@yahoo.com



KEPUTUSAN DIREKTUR RSUD dr. MURJANI SAMPIT
NOMOR : 003 /PDM/KPMKP/P09/RSUD-DM/I/2018
tentang
PEDOMAN PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN
DI RSUD dr. MURJANI SAMPIT

DIREKTUR RSUD dr. MURJANI SAMPIT

MENIMBANG :

- a. bahwa rumah sakit mempunyai kewajiban memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, anti diskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standard pelayanan rumah sakit;
- b. bahwa rumah sakit membuat, melaksanakan, dan menjaga standard mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit sebagai acuan dalam melayani pasien;
- c. bahwa setiap rumah sakit wajib menerapkan standard keselamatan pasien;
- d. bahwa dalam upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien RSUD dr. Murjani Sampit dapat terlaksana dengan baik, perlu ditetapkan Keputusan Direktur Tentang Pedoman Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien di RSUD dr. Murjani Sampit.

MENGINGAT :

- 1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 tahun 1992 tentang Pokok-Pokok Kesehatan;
- 2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan;
- 3. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah sakit;
- 4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 268 Tahun 2008 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja;
- 5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien;
- 6. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 34 tahun 2017 tentang Akreditasi Rumah Sakit;

7. Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Tengah Nomor : 134 tahun 2013 tentang Pemberian Ijin Operasional Tetap Kepada RSUD dr. Murjani Sampit;
8. Peraturan Bupati Kotawaringin Timur Nomor 10 Tahun 2011 Tentang Tata Kelola Rumah Sakit Umum Daerah dr. Murjani Sampit.

MEMUTUSKAN

KESATU : Pedoman Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien di RSUD dr. Murjani Sampit sebagaimana tercantum dalam lampiran surat keputusan ini;

BAB I

PENGORGANISASIAN

Pasal 1

1. Direktur rumah sakit membentuk Komite PMKP atau bentuk organisasi lainnya untuk mengelola kegiatan sesuai dengan peraturan perundang-undangan sesuai dengan uraian tugas.
2. Direktur rumah sakit menetapkan penanggung jawab data di tiap-tiap unit kerja.
3. Individu di dalam komite PMKP atau bentuk organisasi lainnya dan penanggungjawab data telah dilatih serta kompeten.

BAB II

SISTEM MANAJEMEN DATA

Pasal 2

1. Rumah sakit mempunyai referensi yang dipergunakan untuk meningkatkan mutu asuhan klinis dan proses kegiatan manajemen lebih baik.
2. Komite medis dan komite keperawatan mempunyai referensi peningkatan mutu asuhan klinis terkini.
3. Rumah sakit mempunyai regulasi sistem manajemen data program PMKP yang terintegrasi.
4. Rumah sakit menyediakan teknologi, fasilitas, dan dukungan lain untuk menerapkan sistem manajemen data di rumah sakit sesuai dengan sumber daya yang ada di rumah sakit.
5. Rumah sakit telah melakukan pengumpulan data dan informasi untuk mendukung asuhan pasien, manajemen rumah sakit, pengkajian praktik profesional, serta program mutu dan keselamatan pasien secara menyeluruh

6. Kumpulan data dan informasi disampaikan kepada badan di luar rumah sakit sesuai dengan peraturan dan perundangan-undangan.
7. Rumah sakit berkontribusi terhadap database eksternal dengan menjamin keamanan dan kerahasiaan.

BAB III

PELATIHAN PMKP

Pasal 3

1. Rumah sakit mempunyai program pelatihan PMKP yang diberikan oleh narasumber yang kompeten.
2. Pimpinan di rumah sakit termasuk komite medis dan komite keperawatan telah mengikuti pelatihan PMKP.
3. Semua individu yang terlibat dalam pengumpulan, analisis, dan validasi data telah mengikuti pelatihan PMKP, khususnya tentang sistem manajemen data.
4. Staf di semua unit kerja termasuk staf klinis dilatih sesuai dengan pekerjaan mereka sehari-hari.

BAB IV

PEMILIHAN AREA PRIORITAS

Pasal 4

1. Komite PMKP memfasilitasi pemilihan prioritas pengukuran pelayanan klinis yang akan dievaluasi.
2. Komite PMKP melakukan koordinasi dan integrasi kegiatan pengukuran mutu di unit pelayanan serta pelaporannya.
3. Komite PMKP melaksanakan supervisi terhadap progres pengumpulan data sesuai dengan yang direncanakan.
4. Direktur rumah sakit berkoordinasi dengan para kepala bidang/divisi dalam memilih dan menetapkan prioritas pengukuran mutu pelayanan klinis yang akan dievaluasi.
5. Berdasar atas prioritas tersebut ditetapkan pengukuran mutu menggunakan indikator area klinis.
6. Berdasar atas prioritas tersebut ditetapkan pengukuran mutu menggunakan indikator area manajemen.
7. Berdasar atas prioritas tersebut ditetapkan pengukuran mutu menggunakan indikator sasaran keselamatan pasien.

BAB V

PENGUKURAN MUTU

Pasal 5

1. Rumah sakit mempunyai regulasi pengukuran mutu dan cara pemilihan indikator mutu di unit kerja yang antara lain meliputi butir.
2. Setiap unit kerja dan pelayanan telah memilih dan menetapkan indikator mutu unit.
3. Setiap indikator mutu telah dilengkapi profil indikator
4. Setiap unit kerja melaksanakan proses pengumpulan data dan pelaporan.
5. Pengukuran mutu prioritas tersebut dilakukan menggunakan indikator-indikator mutu sebagai berikut:
 - a. Indikator mutu area klinis (IAK) yaitu indikator mutu yang bersumber dari area pelayanan;
 - b. Indikator mutu area manajemen (IAM) yaitu indikator mutu yang bersumber dari area manajemen;
 - c. Indikator mutu Sasaran Keselamatan Pasien yaitu indikator mutu yang mengukur kepatuhan staf dalam penerapan sasaran keselamatan pasien dan budaya keselamatan
6. Pimpinan unit kerja melakukan supervisi terhadap proses pengumpulan data dan pelaporan serta melakukan perbaikan mutu berdasar atas hasil capaian indikator mutu.
7. Setiap indikator yang ditetapkan dilengkapi dengan profil indikator.
8. Profil indikator yang dimaksud ayat pasal meliputi:
 - a judul indikator;
 - b definisi operasional;
 - c tujuan dan dimensi mutu;
 - d dasar pemikiran/alasan pemilihan indikator;
 - e numerator, denominator, dan formula pengukuran;
 - f metodologi pengumpulan data;
 - g cakupan data;
 - h frekuensi pengumpulan data;
 - i frekuensi analisis data;
 - j metodologi analisis data;
 - k sumber data;
 - l penanggung jawab pengumpul data; dan
 - m publikasi data
9. Direktur rumah sakit dan komite PMKP melakukan supervisi terhadap proses pengumpulan dan analisis data.
10. Rumah sakit menetapkan evaluasi pelayanan kedokteran dengan melakukan evaluasi panduan praktik klinis, alur klinis, atau protokol di prioritas pengukuran mutu rumah sakit.

11. Hasil evaluasi dapat menunjukkan pengurangan variasi pada 5 (lima) panduan praktik klinis, alur klinis atau protokol di prioritas pengukuran mutu rumah sakit.
12. Rumah sakit telah melaksanakan audit medis dan atau audit klinis pada panduan praktik klinis/alur klinis prioritas di tingkat rumah sakit.

BAB VI

EVALUASI PELAYANAN KEDOKTERAN

Pasal 6

1. Rumah sakit menetapkan evaluasi pelayanan kedokteran
2. Evaluasi pelayanan kedokteran sebagaimana dimaksud dalam pasal ayat (1) ditetapkan oleh Ketua Kelompok Staf Medis paling sedikit 5 (lima) prioritas sebagai panduan standardisasi proses asuhan klinis yang dimonitor oleh Komite Medik.
3. 5 (lima) evaluasi pelayanan kedokteran sebagaimana dimaksud dalam pasal ayat (2) dapat berupa panduan praktik klinis, alur klinis (*clinical pathway*), dan/atau protokol klinis, dan/atau prosedur, dan/atau *standing order*.
4. Hasil evaluasi dapat menunjukkan pengurangan variasi pada 5 (lima) panduan praktek klinis, alur klinis atau protokol di prioritas pengukuran mutu rumah sakit.
5. Rumah sakit telah melaksanakan audit medis dan atau audit klinis pada panduan praktik klinis/alur klinis prioritas di tingkat rumah sakit.

BAB VII

ANALISIS DATA

Pasal 7

1. Rumah sakit mempunyai regulasi analisis data
2. Rumah sakit telah melakukan pengumpulan data, analisis, dan menyediakan informasi yang berguna untuk mengidentifikasi kebutuhan perbaikan.
3. Analisis data telah dilakukan menggunakan metode dan teknik statistik yang sesuai dengan kebutuhan.
4. Analisis data telah dilakukan dengan melakukan perbandingan dari waktu ke waktu di dalam rumah sakit, dengan melakukan perbandingan database eksternal dari rumah sakit sejenis atau data nasional/internasional, dan melakukan perbandingan dengan standar serta prak k terbaik berdasar atas referensi terkini.

5. Pelaksana analisis data, yaitu staf komite PMKP dan penanggung jawab data di unit pelayanan/kerja sudah mempunyai pengalaman, pengetahuan, dan keterampilan yang tepat sehingga dapat berpartisipasi dalam proses tersebut dengan baik.
6. Hasil analisis data telah disampaikan kepada direktur, para kepala bidang/divisi, dan kepala unit untuk di tindaklanjuti.
7. Komite PMKP atau bentuk organisasi lainnya telah mengumpulkan dan menganalisis data program PMKP prioritas.
8. Ada bukti direktur rumah sakit telah menindaklanjuti hasil analisis data
9. Ada bukti program PMKP prioritas telah menghasilkan perbaikan di rumah sakit secara keseluruhan.
10. Ada bukti program PMKP prioritas telah menghasilkan efisiensi penggunaan sumber daya.

BAB VIII VALIDASI DATA

Pasal 8

1. Rumah sakit mempunyai regulasi validasi data
2. Rumah sakit telah melakukan validasi data pada pengukuran mutu area klinis yang baru dan bila terjadi perubahan sesuai dengan regulasi.
3. Rumah sakit telah melakukan validasi data yang akan dipublikasikan di web site atau media lainnya termasuk kerahasiaan pasien dan keakuratan sesuai dengan regulasi.
4. Rumah sakit telah melakukan perbaikan berdasarkan hasil validasi data

BAB IX BUDAYA KESELAMATAN

Pasal 9

1. Rumah sakit menetapkan regulasi pengaturan sistem menjaga kerahasiaan, sederhana, dan mudah diakses oleh pihak yang mempunyai kewenangan untuk melaporkan masalah yang terkait dengan budaya keselamatan dalam rumah sakit secara tepat waktu.
2. Rumah sakit mempunyai sistem pelaporan yang terkait budaya keselamatan rumah sakit.
3. Rumah sakit telah menggunakan pengukuran indikator mutu untuk mengevaluasi dan memantau budaya keselamatan dalam rumah sakit serta melaksanakan perbaikan yang telah teridentifikasi dari pengukuran dan evaluasi tersebut.

BAB X
MANAJEMEN RISIKO

Pasal 10

1. Rumah sakit mempunyai program manajemen risiko
2. Rumah sakit mempunyai data risiko di tingkat rumah sakit
3. Rumah sakit telah membuat strategi untuk mengurangi risiko yang ada,
4. Rumah Sakit telah melakukan analisis efek modus kegagalan / FMEA setahun sekali pada proses berisiko tinggi yang diprioritaskan.
5. Rumah sakit telah melaksanakan tindak lanjut hasil analisis modus dampak kegagalan (FMEA).

BAB XI
MONITORING DAN EVALUASI

Pasal 11

1. Rumah sakit telah membuat rencana perbaikan terhadap mutu dan keselamatan berdasar atas hasil capaian mutu.
2. Rumah sakit telah melakukan uji coba rencana perbaikan terhadap mutu dan keselamatan pasien.
3. Rumah sakit telah menerapkan/melaksanakan rencana perbaikan terhadap mutu dan keselamatan pasien.
4. Tersedia data yang menunjukkan bahwa perbaikan bersifat efektif dan berkesinambungan.
5. Bukti perubahan-perubahan regulasi yang diperlukan dalam membuat rencana, melaksanakan, dan mempertahankan perbaikan.
6. Keberhasilan telah didokumentasikan dan dijadikan laporan PMKP.

- KEDUA : Direktur rumah sakit berpartisipasi dalam perencanaan, monitoring, dan pengawasan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
- KETIGA : Pelaksanaan Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien di RSUD dr. Murjani Sampit dilaksanakan oleh Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) RSUD dr. Murjani Sampit;
- KEEMPAT : Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) RSUD dr. Murjani Sampit melaporkan hasil pelaksanaan Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien kepada Direktur RSUD dr. Murjani Sampit;
- KELIMA : Keputusan Direktur ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dan akan dilakukan evaluasi setiap tahunnya serta dilakukan revisi setiap 3 (tiga) tahun.

KEENAM : Apabila hasil evaluasi mensyaratkan adanya perbaikan maka akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Sampit

Tanggal : Januari 2018



Direktur

dr. DENNY MUJDA PERDANA, Sp.Rad

Pembina Utama Muda

NIP. 19621121 199610 1 001

TEMBUSAN Yth :

1. Kepala Instalasi RSUD dr. Murjani Sampit
2. Arsip

LAMPIRAN KEPUTUSAN DIREKTUR RSUD dr. MURJANI SAMPIT

NOMOR : 003/PDM/KPMKP/P09/RSUD-DM/I/2018
TANGGAL : 02 JANUARI 2018

PEDOMAN PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN (PMKP)
DI RSUD Dr. MURJANI SAMPIT

I. PENDAHULUAN

Pelayanan kesehatan merupakan rangkaian kegiatan yang mengandung risiko karena menyangkut keselamatan tubuh dan nyawa seseorang. Perkembangan ilmu pengetahuan, metode pengobatan dan penemuan alat kedokteran canggih selain memberikan manfaat yang besar bagi masyarakat pada kenyataannya tidak mampu menghilangkan resiko terjadinya suatu kejadian yang tidak diinginkan, baik timbulnya komplikasi, kecacatan maupun pasien meninggal dunia.

Pelayanan yang berkualitas merupakan cerminan dari sebuah proses yang berkesinambungan dengan berorientasi pada hasil yang memuaskan. Dalam perkembangan masyarakat yang semakin kritis, mutu pelayanan rumah sakit tidak hanya disoroti dari aspek klinis medisnya saja namun juga dari aspek keselamatan pasien dan aspek pemberi pelayanannya, karena muara dari pelayanan rumah sakit adalah pelayanan jasa.

Oleh karena itu rumah sakit menyusun suatu program untuk memperbaiki proses pelayanan terhadap pasien, agar kejadian tidak diharapkan dapat dicegah melalui rencana pelayanan yang komprehensif. Dengan meningkatnya keselamatan pasien, diharapkan dapat mengurangi terjadinya kejadian tidak diharapkan sehingga kepercayaan masyarakat terhadap mutu pelayanan rumah sakit kembali meningkat.

Menurut *Joint Commission International (JCI)* yang menyusun Standar Internasional Akreditasi Rumah Sakit, program peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang ideal perlu menetapkan struktur (input) dari kegiatan klinik dan manajemen, termasuk kerangka untuk memperbaiki proses kegiatan klinik dan manajemen, termasuk kerangka untuk memperbaiki proses kegiatan serta indikator output yang digunakan untuk monitoring dan evaluasi.

Lebih lanjut program tersebut menekankan bahwa perencanaan, perancangan, monitor, analisis dan perbaikan proses klinik serta manajemen harus dikelola dengan baik dengan sifat kepemimpinan yang jelas agar tercapai hasil yang maksimal. Peningkatan mutu adalah program yang disusun secara objektif dan sistematis untuk memantau dan menilai mutu serta kewajaran asuhan terhadap pasien, menggunakan peluang untuk meningkatkan asuhan pasien dan memecahkan masalah-masalah yang terungkap (Jacobalis S, 1998).

II. LATAR BELAKANG

Meningkatnya pendidikan dan sosial ekonomi masyarakat menuntut perubahan pelayanan kesehatan yang lebih baik, lebih ramah dan lebih bermutu. Dengan semakin meningkatnya tuntutan masyarakat akan mutu pelayanan maka fungsi pelayanan kesehatan termasuk pelayanan dalam rumah sakit secara bertahap perlu terus ditingkatkan agar menjadi lebih efektif, efisien serta memberikan kepuasan terhadap pasien, keluarga maupun masyarakat dengan tetap mengedepankan keselamatan pasien.

Guna mencapai hal itu RSUD Dr. Murjani Sampit telah mencanangkan serta melaksanakan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien untuk seluruh staf serta penilaian terhadap indikator-indikator pelayanan yang ada di rumah sakit.

III. TUJUAN

A. Tujuan Umum

1. Tercipta dan terjaminnya mutu pelayanan kesehatan prima dan keselamatan pasien yang berorientasi pada mutu paripurna (*Total Quality Management*) dan peningkatan mutu berkelanjutan (*Continuous Quality Improvement*).
2. Program mutu dan keselamatan pasien wajib dilaksanakan di seluruh unit rumah sakit.
3. Pelaksanaan indikator mutu dan pelaporan insiden wajib dilaporkan, dianalisis, ditindaklanjuti dan dievaluasi bersama unit kerja terkait di rumah sakit.
4. Unit kerja rumah sakit wajib menjalankan pencegahan terjadinya insiden keselamatan pasien di rumah sakit melalui pelaporan insiden, tindak lanjut dan solusi guna pembelajaran supaya tidak terulang kembali.
5. Unit kerja rumah sakit wajib melaksanakan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

B. Tujuan Khusus

Tujuan secara rinci yang merupakan penjabaran dari tujuan umum adalah sebagai berikut :

1. Pelaksanaan indikator mutu prioritas dilaksanakan untuk perbaikan mutu pelayanan di ruang operasi, yang terdiri dari indikator mutu klinis, manajemen dan sasaran keselamatan pasien.
2. Jenis indikator mutu yang dilaksanakan di RSUD dr. Murjani Sampit, meliputi indikator mutu nasional, prioritas dan unit.
3. Terciptanya budaya melayani yang berorientasi pada keselamatan pasien di rumah sakit.
4. Terjaminnya kepastian pelayanan yang aman berorientasi pada pasien, pelanggan dan masyarakat di rumah sakit.
5. Menurunnya kejadian tidak diharapkan (KTD) di rumah sakit.
6. Terlaksananya program – program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian tidak diharapkan.

IV. KEGIATAN POKOK DAN RINCIAN KEGIATAN

A. Kegiatan Pokok

1. Upaya peningkatan mutu layanan

Pengukuran mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit sudah diawali dengan penilaian akreditasi rumah sakit yang mengukur dan memecahkan masalah pada tingkat input dan proses. Rumah sakit dipacu untuk dapat menilai diri (*self assessment*) dan memberikan pelayanan sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan.

2. Manajemen risiko klinis

Rumah sakit menyusun pengorganisasian dalam membentuk komite patient safety untuk mengembangkan program manajemen risiko dan keselamatan pasien.

3. Keselamatan pasien

Keselamatan pasien adalah hak setiap pasien yang mempercayakan asuhan mereka kepada lembaga pelayanan kesehatan dimana asuhan yang aman tersebut adalah suatu keharusan.

Keselamatan pasien rumah sakit merupakan suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Hal ini termasuk : asesmen resiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan resiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya resiko. Sistem ini mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.

B. Rincian Kegiatan

Secara rinci Kegiatan Upaya Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Murjani Sampit dapat dijabarkan sebagai berikut :

1. Upaya peningkatan mutu pelayanan

- a. Penetapan program prioritas kegiatan yang akan dievaluasi, terdiri dari : Indikator Area Klinis, Indikator Area Manajerial, dan Indikator Sasaran Keselamatan Pasien
- b. Diklat PMKP
- c. Standarisasi proses asuhan klinis
- d. Pengukuran mutu

2. Manajemen risiko klinis

- a. Menetapkan manajemen risiko klinis (pelaksanaan keselamatan pasien)
- b. Melaporkan dan analisis data insiden keselamatan pasien
- c. Mengupayakan terlaksananya *Root Cause Analysis* (RCA) dan *Failure Mode Effect Analysis* (FMEA)
- d. Koordinasi kegiatan dengan peningkatan mutu

V. CARA MELAKSANAKAN KEGIATAN

Untuk melaksanakan kegiatan pokok dan rincian kegiatan diatas menggunakan metode sebagai berikut :

- a. Membentuk Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) yang terdiri dari Komite Sub Peningkatan Mutu dan Komite Sub Keselamatan Pasien.
- b. Penanggung jawab mutu dan pimpinan menentukan indikator mutu prioritas dan menentukan area yang akan dijadikan prioritas, terdiri dari Indikator Area Klinis, Indikator Area Manajerial, dan Indikator Sasaran Keselamatan Pasien
- c. Mensosialisasikan indikator mutu yang telah ditentukan
- d. Menentukan matriks grading resiko yang mungkin terjadi di setiap unit
- e. Melakukan diklat internal atau eksternal tentang Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien
- f. Melakukan pertemuan rutin tim peningkatan mutu dan keselamatan pasien
- g. Mengadakan rapat rutin setiap 1 bulan sekali dan rapat insidentil apabila dibutuhkan antara Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) dengan pimpinan Rumah Sakit
- h. Melaksanakan Audit terhadap upaya kejadian yang terjadi maupun belum terjadi terhadap program upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien
- i. Melaksanakan analisa evaluasi dan rekomendasi tindak lanjut dari program yang telah ditetapkan kepada direktur secara berkala

VI. SASARAN JADWAL PELAKSANAAN KEGIATAN

Guna mencapai tujuan dari program ditetapkan target per tahun yang spesifik dan terukur sehingga menunjukkan hasil yang optimal antara yang diperlukan untuk merealisasikan tujuan. Penjabaran sasaran dan program Upaya Peningkatan Mutu dan Keselamatan Rumah Sakit di RSUD dr. Murjani Sampit adalah sebagai berikut :

1. Terkumpulnya data 4 data indikator mutu yang terdiri dari area manajerial, area klinis, keselamatan pasien dan mutu unit kerja.
2. Tercapainya pencatatan dan pelaporan indikator mutu minimal 50% setiap bulan
3. Terlaksananya pertemuan rutin Komite PMKP minimal 1 kali perbulan
4. Terlaksananya pertemuan rutin antara Komite PMKP dengan Pimpinan minimal 1 bulan sekali
5. Terlaksananya audit *clinical pathway* dan panduan praktek klinik minimal 1 kali per tahun
6. Terlaksananya pendidikan dan pelatihan terkait dengan peningkatan mutu dan keselamatan pasien minimal 4 kali per tahun
7. Terlaksananya monitoring dan evaluasi terhadap program PMKP setiap 6 bulan sekali

VII. JADWAL PELAKSANAAN KEGIATAN

Perencanaan waktu untuk melaksanakan langkah-langkah kegiatan program tahunan dapat dibuat time table sebagai berikut :


No.	Kegiatan	Bulan											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Bentuk Komite PMKP												
2	Sosialisasi Program PMKP												
3	Menentukan indikator mutu												
4	Bentuk Tim Manajemen Resiko												
5	Tentukan Matriks Grading Resiko												
6	Pertemuan Rutin PMKP												
7	Pengumpulan data indikator												
8	Pertemuan tim PMKP dengan Pimpinan												
9	Melaksanakan audit												
10	Monitoring dan evaluasi												
11	Pelaksanaan Program Diklat												

VIII. EVALUASI PELAKSANAAN KEGIATAN DAN PELAPORAN

Evaluasi pelaksanaan Kegiatan Upaya Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Murjani Sampit dilaksanakan setiap 3 bulan sekali setiap tahunnya. Evaluasi pelaksanaan kegiatan ini diselenggarakan oleh Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) dan Pimpinan RSUD Dr. Murjani Sampit. Sedangkan pelaporan pelaksanaan kegiatan di buat oleh Tim PMKP setiap 6 bulan sekali dan disampaikan oleh Ketua Komite PMKP kepada direktur rumah sakit.

IX. PENCATATAN, PELAPORAN DAN EVALUASI KEGIATAN

Pencatatan kegiatan dilakukan setiap bulan oleh koordinator setiap unit dan dikumpulkan di setiap instalasi/unit kerja, kemudian dilaporkan kepada Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) Rumah Sakit Umum dr. Murjani Sampit untuk dilakukan analisa dan evaluasi program.



Direktur

dr. DENNY MUDA PERDANA, Sp.Rad

Pembina Utama Muda

NIP. 19621121 199610 1 001

