

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

NOMOR : 002 /PDM/KPMKP/P09/RSUD-DM/I/2018

KEPUTUSAN DIREKTUR RSUD dr. MURJANI SAMPIT
NOMOR : 002 /PDM/KPMKP/P09/RSUD-DM/I/2018
tentang
PEDOMAN PENGORGANISASIAN
KOMITE 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 : 002 /PDM/KPMKP/P09/RSUD-DM/II/2018
tentang
PEDOMAN PENGORGANISASISIAN
KOMITE PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN
DI RSUD dr. MURJANI SAMPIT

DIREKTUR RSUD dr. MURJANI SAMPIT

MENIMBANG : a. bahwa Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien merupakan instrumen penting dalam menjalankan roda organisasi Rumah Sakit untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan organisasi;

b. bahwa Pengelolaan Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien ditujukan untuk meningkatkan kontribusi produktif mutu rumah sakit pada organisasi dengan cara yang bertanggung jawab dari sisi strategik, etik dan sosial;

c. bahwa agar pengelolaan Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien dapat dilaksanakan secara efektif dan efisien maka perlu disusun Pedoman Organisasi Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) di RSUD dr. Murjani Sampit yang ditetapkan dengan Surat Keputusan Direktur.

MENGINGAT

1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran;
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 129 tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 251 tahun 2012 tentang Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit;
6. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11

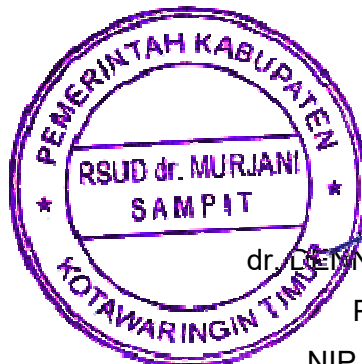
- tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit;
7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 34 tahun 2017 tentang Akreditasi Rumah Sakit;
 8. Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Tengah Nomor : 134 tahun 2013, tentang Pemberian Ijin Operasional Tetap Kepada RSUD dr. Murjani Sampit;
 9. Peraturan Bupati Kotawaringin Timur Nomor 10 Tahun 2011 Tentang Tata Kelola Rumah Sakit Umum Daerah dr. Murjani.

MEMUTUSKAN :

- MENETAPKAN :
- KESATU : Pedoman Pengorganisasian Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) di RSUD dr. Murjani Sampit sebagaimana tercantum dalam Lampiran Keputusan ini.
- KEDUA : Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dan akan dilakukan evaluasi setiap tahunnya serta dilakukan revisi setiap 3 (tiga) tahun.
- KETIGA : Apabila hasil evaluasi mensyaratkan adanya perbaikan maka akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Sampit

Tanggal : Januari 2018



Direktur

dr. DENNY MUDA PERDANA, Sp.Rad

Pembina Utama Muda

NIP. 19621121 199610 1 001

TEMBUSAN Yth :

1. Semua unit kerja RSUD dr. Murjani Sampit
2. Arsip

LAMPIRAN KEBIJAKAN DIREKTUR RSUD dr. MURJANI SAMPIT

NOMOR : 002 /PDM/KPMKP/P09/RSUD-DM/I/2018

TANGGAL : 02 JANUARI 2018

BAB I PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) merupakan instrumen penting dalam menjalankan roda organisasi rumah sakit untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dirumah sakit, diperlukan pembangunan dan pengembangan yang dilaksanakan tahap demi tahap sehingga rumah sakit dapat mengikuti perkembangan serta perubahan yang ada.

Sejalan dengan perubahan sosial budaya masyarakat dan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, peningkatan pengetahuan masyarakat tentang kesehatan dan perkembangan informasi yang demikian cepat serta diikuti oleh tuntutan masyarakat akan pelayanan kesehatan yang lebih baik, mengharuskan sarana pelayanan kesehatan untuk mengembangkan diri secara terus menerus seiring dengan perkembangan yang ada pada masyarakat tersebut.

Untuk meningkatkan mutu pelayanannya secara terencana sesuai dengan kebutuhan dan tuntutan masyarakat maka dibentuklah Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Kegiatan utama dalam komite ini adalah setiap anggota dalam organisasi berpartisipasi dalam peningkatan mutu rumah sakit yang dilaksanakan dengan menggunakan metode ilmiah, yaitu dengan menggunakan data dan metode statistik serta keterlibatan setiap anggota yang terkait.

Di Indonesia telah dikeluarkan Undang Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, Kepmenkes Nomor 129/MENKES/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, Kepmenkes Nomor 1333/MENKES/SK/XII/1999 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit, serta Permenkes Nomor 1691/MENKES/PER/VIII/2011 tentang Keselamatan Pasien yang tujuan utamanya adalah untuk meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit dan memberikan keselamatan bagi pasien.

Agar upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien di RSUD dr. Murjani Sampit dapat dilaksanakan secara efektif dan efisien maka disusunlah Pedoman Organisasi Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien yang dapat menjadi pedoman dalam melaksanakan kegiatan Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien di RSUD dr. Murjani Sampit.

B. TUJUAN

Tujuan dari penyusunan Pedoman Organisasi Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien adalah :

1. Adanya kejelasan alur proses tata kelola Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien di RSUD dr. Murjani Sampit
2. Menjadi pedoman dalam penyelenggaraan tata kelola mutu dan keselamatan pasien di RSUD dr. Murjani sampit

C. RUANG LINGKUP ORGANISASI

Struktur Organisasi Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) di RSUD dr. Murjani Sampit dibagi menjadi 2 sub komite, meliputi : Sub Peningkatan Mutu dan Sub Keselamatan Pasien.

1. Sub Peningkatan Mutu

Ruang lingkup pengelolaan pelayanan Sub Peningkatan Mutu Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien di RSUD dr. Murjani Sampit meliputi :

a. Indikator mutu

- 1) Penyusunan indikator mutu terdiri atas :
 - a) Usulan dari unit rumah sakit
 - b) Pemilihan indikator mutu oleh Komite PMKP, diusulkan ke direktur
 - c) Penetapan kebijakan tentang indikator mutu
 - d) Pelaksanaan sesuai kebijakan, panduan, serta SPO tentang indikator mutu
- 2) Jenis indikator mutu terdiri atas area klinis, area manajerial, area sasaran keselamatan pasien dan indikator *JCI library of measure*
- 3) Kamus Profil Indikator Mutu
- 4) Sosialisasi indikator mutu
- 5) Trial indikator mutu
- 6) Implementasi indikator mutu
- 7) Validasi indikator mutu
- 8) Pencatatan dan pelaporan indikator mutu
- 9) Analisis data indikator mutu
- 10) Rapat pimpinan indikator mutu baik insidentil/bulan atau tri bulan
- 11) Benchmarking indikator mutu dengan rumah sakit yang se tipe dengan RSUD dr. Murjani Sampit
- 12) Publikasi data indikator mutu antara lain website, media informasi, mading dan sosialisasi baik tertulis maupun lisan
- 13) Evaluasi dan tindak lanjut (monitoring dan evaluasi) indikator mutu
- 14) Pelaporan ke direktur
 - a) Manajemen tata kelola mutu meliputi pengelolaan kebijakan, pedoman, panduan dan SPO tentang pengelolaan layanan organisasi Komite PMKP rumah sakit
 - b) Pelaksanaan rencana kegiatan anggaran komite mutu

- c) Panduan Praktek Klinis (PPK) dan *Clinical Pathway* (CP)
- d) Monitoring dan evaluasi penerapan/hasil kegiatan 7 (tujuh) langkah menuju keselamatan pasien rumah sakit
- e) Monitoring dan evaluasi penerapan/hasil kegiatan 6 (enam) langkah sasaran keselamatan pasien
- f) Monotoring dan evaluasi pelaksanaan manajemen resiko klinik
- g) Pelaksanaan asesmen risiko secara proaktif ;
 - 1) *Failure Mode and Effects Analysis* (FMEA)
 - 2) Koordinasi dan monitoring analisa kerentanan terhadap bahaya (HVA)
 - 3) Koordinasi dan monitoring asesmen risiko dari pengendalian infeksi (ICRA)
- b. Monitoring dan evaluasi pendidikan dan pelatihan PMKP
- c. Monitoring dan evaluasi Surveillance PPI
- d. Monitoring dan evaluasi pelaksanaan kontrak
- e. Monitoring dan evaluasi penilaian kinerja unit
- f. Monitoring dan evaluasi penilaian kinerja individu (profesi dan staf)
- g. Pelaporan ke direktur tentang kegiatan komite PMKP

2. Sub Keselamatan Pasien

Ruang lingkup pengelolaan pelayanan Sub Peningkatan Keselamatan Pasien Komite PMKP dalam rangka perencanaan, diseminasi pelaksanaan monitoring dan evaluasi secara terus menerus terdiri atas kegiatan sebagai berikut:

- a. Pelaksanaan Manajemen Tata Kelola Keselamatan Pasien

Meliputi kebijakan, panduan, pedoman dan SPO untuk dilaksanakannya proses PDCA (*Plain Do Check and Action*) di rumah sakit, yang berupa sosialisasi, implementasi, monitoring dan evaluasi.
- b. Pelaksanaan Program Keselamatan Pasien (Sentinel, KTD, KTC, KNC, Manajemen Resiko Klinik)
 - 1) Penerapan 7 (tujuh) langkah menuju keselamatan pasien rumah sakit :
 - a) Bangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien
 - b) Pimpin dan dukung staf
 - c) Integrasikan aktivitas pengelolaan resiko
 - d) Libatkan dan berkomunikasi dengan pasien
 - e) Belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien
 - f) Cegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien
 - 2) Pelaksanaan Sasaran Keselamatan Pasien yang meliputi 6 (enam) sasaran:
 - a) Ketepatan identifikasi keselamatan pasien
 - b) Peningkatan komunikasi yang efektif
 - c) Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai
 - d) Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi

e) Mengurangi resiko infeksi terkait pelayanan kesehatan

f) Pengurangan resiko pasien jatuh

3) Manajemen resiko klinik

a) Pelaporan insiden : KPC, Sentinel KTD, KTC dan KNC dari masing-masing unit

b) RCA (*Root Cause Analysis*) atau analisis akar penyebab meliputi:

- Identifikasi insiden
- Pembentukan tim
- Pengumpulan data
- Pemetaan data
- Identifikasi masalah
- Analisis informasi
- Rekomendasi dan solusi
- Dokumentasi

c. Asesmen risiko secara proaktif

Failure Mode And Effects Analysis (FMEA) terdiri atas:

- 1) Memilih proses yang beresiko tinggi dan membentuk tim.
- 2) Membuat diagram proses.
- 3) Bertukar pikiran tentang modus kegagalan dan menetapkan dampaknya
- 4) Memprioritaskan modus kegagalan.
- 5) Identifikasi akar masalah.
- 6) Redesain proses
- 7) Analisis dan uji proses baru
- 8) Implementasi dan monitor perbaikan proses

d. Pendidikan dan pelatihan keselamatan pasien

Bersama dengan unit pengembangan staf mengadakan pelatihan baik *in house* ataupun *ex house training*.

e. Pelaporan program keselamatan pasien baik ke direktur.

BAB II

GAMBARAN RSUD DR. MURJANI SAMPIT

RSUD dr. Murjani Sampit didirikan pada tahun 1931 dengan nama RSU Sampit yang berlokasi di jalan Adde Irma Nasution (sekarang Gedung Olah Raga Habaring Hurung Sampit). RSU Sampit pertama kali dipimpin oleh dokter berkebangsaan Belanda bernama dr. Engelen Berneh, yang juga bekerja sebagai dokter pada PT Inhutani III Sampit.

Pada awal Pelita III tahun 1979 mulai dibangun gedung RSU Sampit yang berlokasi di Jalan HM Arsyad Sampit. Pembangunan gedung rumah sakit menggunakan biaya yang bersumber dari APBN, APBD I dan APBD II.

Pada tanggal 12 Oktober 1984 (akhir Pelita III), RSU Sampit diresmikan dengan nama Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) dr. Murjani Sampit oleh Gubernur Kepala Daerah Tingkat I Propinsi Kalimantan Tengah. Rumah sakit menempati 1 bangunan ruang perawatan dengan kapasitas 20 buah tempat tidur dengan tipe rumah sakit kelas D.

Berdasarkan SK Menkes Nomor : 186/Menkes/SK/II/1993 tanggal 26 Februari 1993, RSUD dr. Murjani Sampit ditingkatkan statusnya menjadi kelas C dengan 53 tempat tidur berdiri di areal seluas 4 ha. Pada saat itu RSUD dr. Murjani Sampit dilayani oleh 4 dokter spesialis dasar, yaitu penyakit dalam, bedah, kebidanan & penyakit kandungan dan anak.

Pada tanggal 18 Februari 2001, terjadi konflik etnis di Kalimantan Tengah yang bermula di kota Sampit. RSUD dr. Murjani Sampit dijadikan tempat penumpukan jenazah korban konflik. Pemanfaatan rawat inap rumah sakit menjadi terendah dalam 5 tahun terakhir. Banyak tenaga medis, paramedis dan tenaga lainnya mengajukan mutasi keluar.

Pada tahun 2006, terjadi peningkatan dalam penambahan fasilitas di RSUD dr. Murjani Sampit. Ruang perawatan menjadi 8 ruang dengan kapasitas 100 tempat tidur.

Berdasarkan surat keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 1192/MENKES/SK/XII/2008 tanggal 24 Desember 2008, RSUD dr. Murjani Sampit Milik Pemerintah Kabupaten Kotawaringin Timur Propinsi Kalimantan Tengah ditetapkan sebagai RSUD dengan klasifikasi RSUD kelas B. Tempat tidur yang tersedia berjumlah 202 tempat tidur.

BAB III
VISI, MISI, MOTTO, TUGAS POKOK & FUNGSI
RSUD Dr. MURJANI SAMPIT

VISI :

Menjadi Rumah Sakit Rujukan Kelas Nasional

MISI :

1. Menyelenggarakan pelayanan Kesehatan Paripurna
2. Menyelenggarakan Pengelolaan Sumber Daya Secara Efisien, Transparan dan Akuntabel

MOTTO :

Bergerak Cepat Memberi Pelayanan Kesehatan Yang Bermutu dan Terjangkau Demi Tercapainya Derajat Kesehatan Masyarakat

TUGAS POKOK :

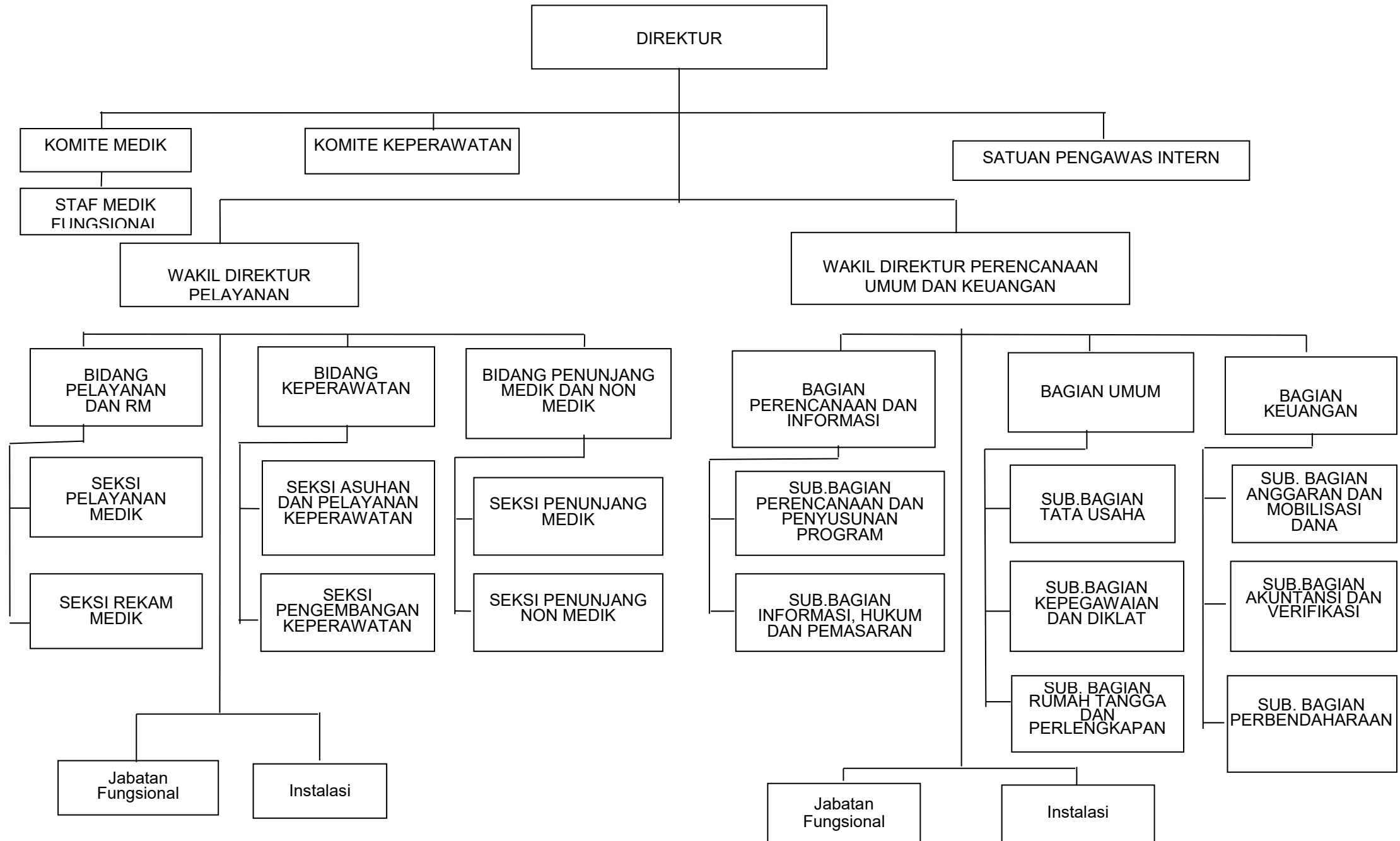
RSUD dr. Murjani Sampit mempunyai tugas membantu Bupati Kotawaringin Timur dalam melaksanakan pelayanan kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan peningkatan derajat kesehatan dan pencegahan penyakit serta melaksanakan rujukan sesuai dengan ketentuan perundang-undangan yang berlaku.

FUNGSI :

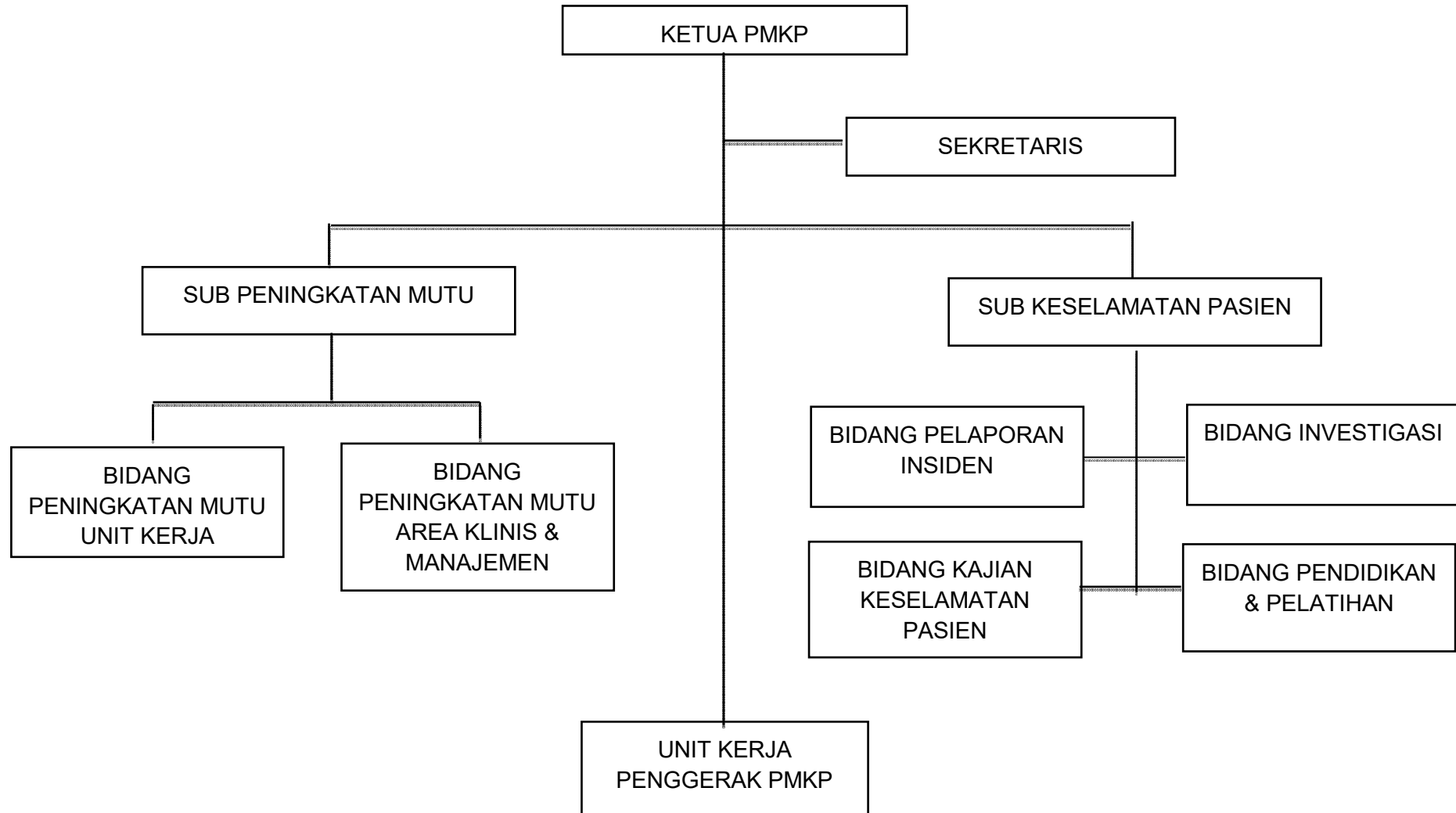
Untuk melaksanakan tugas pokok, RSUD dr. Murjani Sampit mempunyai fungsi:

1. Penyelenggaraan pelayanan medis
2. Penyelenggaraan pelayanan penunjang medis dan non medis
3. Penyelenggaraan pelayanan asuhan keperawatan
4. Pelayanan rujukan
5. Penyelenggaraan pendidikan dan latihan
6. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan
7. Penyelenggaraan administrasi umum dan keuangan
8. Penyelenggaraan pemasaran
9. Penyelenggaraan tugas-tugas lain yang diberikan Kepala Daerah

BAB IV
STRUKTUR ORGANISASI RSUD DR. MURJANI SAMPIT



BAB V
STRUKTUR ORGANISASI KOMITE PMKP
RSUD DR. MURJANI SAMPIT



BAB VI
URAIAN JABATAN KOMITE PMKP

1. KETUA PMKP

Uraian Tugas :

- a. Menyusun dan merencanakan pelaksanaan kegiatan program kerja PMKP.
- b. Memimpin, mengkoordinir dan mengevaluasi pelaksanaan operasional PMKP secara efektif, efisien dan bermutu.
- c. Mengumpulkan data indikator baik dari Koordinator Peningkatan Mutu maupun Koordinator Keselamatan Pasien dan unit terkait.
- d. Menganalisa data indikator mutu pelayanan baik indikator mutu klinis rumah sakit maupun indikator mutu manajerial rumah sakit serta indikator keselamatan pasien.
- e. Mengevaluasi pelaksanaan 5 (lima) area prioritas yang sudah ditetapkan oleh Direktur dengan fokus utama pada penggunaan PPK, clinical pathway dan indikator mutu kunci.
- f. Melaksanakan analisis terhadap data yang dikumpulkan dan diubah menjadi informasi.
- g. Melakukan validasi data PMKP secara internal dan dilakukan secara periodik.
- h. Menyebarkan informasi tentang peningkatan mutu dan keselamatan pasien secara regular melalui rapat staf.
- i. Meningkatkan pengetahuan anggota dengan memberikan pelatihan terhadap staf yang ikut serta dalam program PMKP.

Wewenang :

- a. Memerintahkan dan menugaskan staf dalam melaksanakan Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien.
- b. Meminta laporan pelaksanaan Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien dari unit kerja terkait.
- c. Melakukan koordinasi dengan unit kerja di lingkungan RSUD dr. Murjani Sampit terkait pelaksanaan Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien.
- d. Memberikan pengarahan dalam hal penyusunan, pelaksanaan, evaluasi dan tindak lanjut rekomendasi dari Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien.
- e. Meminta data dan informasi yang berhubungan dengan mutu dan keselamatan pasien dari unit-unit kerja di lingkungan RSUD dr. Murjani Sampit.

Tanggung Jawab :

- a. Bertanggung jawab terhadap pelaksanaan Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien rumah sakit.
- b. Bertanggung jawab terhadap pelaksanaan kegiatan yang berhubungan dengan mutu dan keselamatan pasien.
- c. Bertanggung jawab untuk melaporkan hasil pelaksanaan Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien kepada Direktur RSUD dr. Murjani Sampit.

- d. Bertanggung jawab terhadap ketersediaan data dan informasi yang berhubungan dengan mutu dan keselamatan pasien rumah sakit.
- e. Bertanggung jawab dalam pemberian informasi yang berhubungan dengan mutu dan keselamatan pasien rumah sakit.
- f. Bertanggung jawab terhadap disiplin dan kinerja kerja staf di Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien.

2. SEKRETARIS

Uraian tugas :

- a. Mengatur rapat dan jadwal rapat Komite PMKP
- b. Menyiapkan ruang rapat dan perlengkapan yang diperlukan
- c. Membantu meminta laporan indikator kepada unit kerja terkait
- d. Menganalisis data PMKP bersama ketua dan anggota Komite PMKP
- e. Mendokumentasikan hasil pencapaian indikator area klinis, manajerial dan indikator sasaran keselamatan pasien
- f. Menjadi notulen di setiap kegiatan pertemuan Komite PMKP
- g. Mengorganisir kebutuhan logistik Komite PMKP
- h. Membantu berkoordinasi dalam kegiatan internal dan eksternal Komite PMKP
- i. Mengerjakan tugas-tugas administratif dan kesekretariatan lainnya

Wewenang :

- a. Meminta laporan pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien dari unit kerja terkait
- b. Melakukan koordinasi dengan unit-unit kerja di lingkungan RSUD dr. Murjani Sampit terkait pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien
- c. Meminta data dan informasi yang berhubungan dengan mutu dan keselamatan pasien dari unit-unit kerja di lingkungan RSUD dr. Murjani Sampit
- d. Melakukan komunikasi internal dan eksternal kepada unit kerja di lingkungan RSUD dr. Murjani Sampit dan pihak luar melalui surat tertulis, email, dan telepon

Tanggung Jawab :

- a. Bertanggung jawab terhadap kegiatan administratif di Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien
- b. Bertanggung jawab terhadap pelaksanaan kegiatan yang berhubungan dengan mutu dan keselamatan pasien
- c. Bertanggung jawab melaporkan hasil kegiatan administratif kepada Ketua Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien

3. KETUA SUB PENINGKATAN MUTU

Uraian Tugas :

- a. Melaksanakan kegiatan program peningkatan mutu di RSUD dr. Murjani Sampit
- b. Menyusun panduan indikator mutu
- c. Membuat metode pemantauan indikator mutu klinis dan manajerial

- d. Menyusun formulir pemantauan indikator mutu
- e. Berkoordinasi dengan unit terkait dalam penyelenggaraan pemantauan indikator mutu dan pelaksanaan *clinical pathway*
- f. Menganalisa hasil pencapaian indikator mutu
- g. Membuat laporan periodik hasil pemantauan indikator mutu
- h. Melakukan perbandingan hasil pemantauan indikator mutu secara periodik dengan standar nasional serta rumah sakit lain yang sejenis
- i. Melaksanakan komunikasi secara internal dan eksternal tentang pencapaian mutu dan pelaksanaan *clinical pathway* kepada unit kerja di lingkungan dan pihak luar melalui surat tertulis, email dan telepon
- j. Membantu berkoordinasi dalam kegiatan internal dan eksternal program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien
- k. Menyusun panduan pelaksanaan validasi data internal khusus indikator mutu
- l. Membuat alat ukur validasi khusus indikator mutu
- m. Menyelenggarakan kegiatan validasi hasil pencapaian indikator mutu berkoordinasi dengan unit terkait
- n. Melaksanakan analisis komparatif hasil validasi internal dengan data unit terkait
- o. Membuat laporan hasil validasi internal khusus indikator mutu
- p. Berkoordinasi dengan Kepala Bagian Perencanaan dan Informasi dalam mengunggah hasil pencapaian indikator mutu yang telah dinyatakan valid dan direkomendasi oleh Direktur

Wewenang :

- a. Meminta laporan pelaksanaan pemantauan program indikator mutu penjaminan mutu dan pelaksanaan *clinical pathway* dari unit kerja terkait
- b. Melakukan koordinasi dengan unit-unit kerja di lingkungan RSUD dr. Murjani Sampit terkait pelaksanaan pemantauan indikator mutu serta pelaksanaan *clinical pathway* dan hal-hal lainnya yang berhubungan dengan mutu rumah sakit
- c. Meminta data dan informasi yang berhubungan dengan mutu dan pelaksanaan *clinical pathway* rumah sakit dari unit-unit kerja di lingkungan RSUD dr. Murjani Sampit

Tanggung Jawab :

- a. Bertanggung jawab terhadap pemantauan Program Indikator Mutu dan pelaksanaan *clinical pathway*
- b. Bertanggung jawab terhadap penyusunan laporan pemantauan indikator mutu dan pelaksanaan *clinical pathway* di Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien
- c. Bertanggung jawab terhadap pelaksanaan kegiatan yang berhubungan dengan inovasi mutu dan pelaksanaan *clinical pathway* di rumah sakit
- d. Bertanggung jawab untuk melaporkan hasil pelaksanaan pemantauan indikator mutu dan pelaksanaan *clinical pathway* serta kegiatan mutu-mutu lainnya kepada Ketua Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien

- e. Bertanggung jawab terhadap pengolahan data dan informasi yang berhubungan dengan mutu dan pelaksanaan *clinical pathway* di rumah sakit

4. BIDANG PENINGKATAN MUTU UNIT KERJA

Uraian Tugas :

- a. Menyusun indikator mutu unit kerja
- b. Menyusun format pengumpulan indikator mutu unit kerja
- c. Menganalisa hasil pencapaian indikator mutu unit kerja
- d. Membuat laporan periodik hasil pemantauan indikator mutu unit kerja
- e. Menyelenggarakan dan menyiapkan kegiatan sosialisasi internal rumah sakit tentang pencapaian indikator mutu unit kerja
- f. Menyusun rekomendasi terhadap hasil pemantauan indikator mutu unit kerja ke unit terkait
- g. Membantu berkoordinasi dalam kegiatan internal dan eksternal program PMKP

Wewenang :

- a. Meminta laporan pelaksanaan pemantauan indikator mutu unit kerja
- b. Melakukan koordinasi dengan unit-unit kerja di lingkungan RSUD dr. Murjani Sampit
- c. Meminta data dan informasi yang berhubungan dengan mutu unit kerja di lingkungan RSUD dr. Murjani Sampit

Tanggung Jawab :

- a. Bertanggung jawab terhadap pemantauan indikator mutu unit kerja
- b. Bertanggung jawab terhadap penyusunan laporan pemantauan mutu unit kerja
- c. Bertanggung jawab terhadap pelaksanaan kegiatan yang berhubungan dengan mutu rumah sakit
- d. Bertanggung jawab dalam pemberian informasi yang berhubungan dengan kegiatan mutu rumah sakit

5. BIDANG PENINGKATAN MUTU AREA KLINIS DAN MANAJERIAL

Uraian Tugas :

- a. Menyusun indikator mutu area klinis dan manajerial
- b. Menyusun format pengumpulan indikator mutu area klinis dan manajerial
- c. Menganalisa hasil pencapaian indikator mutu area klinis dan manajerial
- d. Membuat laporan periodik hasil pemantauan indikator mutu area klinis dan manajerial
- e. Menyelenggarakan dan menyiapkan kegiatan sosialisasi internal rumah sakit tentang pencapaian indikator mutu area klinis dan manajerial
- f. Menyusun rekomendasi terhadap hasil pemantauan indikator mutu area klinis dan manajerial
- g. Membantu berkoordinasi dalam kegiatan internal dan eksternal program PMKP

Wewenang :

- a. Meminta laporan pelaksanaan pemantauan indikator mutu area klinis dan manajerial
- b. Melakukan koordinasi dengan unit-unit kerja di lingkungan RSUD dr. Murjani Sampit
- c. Meminta data dan informasi yang berhubungan dengan mutu manajerial di lingkungan RSUD dr. Murjani Sampit

Tanggung Jawab :

- a. Bertanggung jawab terhadap pemantauan indikator mutu area klinis dan manajerial
- b. Bertanggung jawab terhadap penyusunan laporan pemantauan indikator area klinis dan manajerial
- c. Bertanggung jawab terhadap pelaksanaan kegiatan yang berhubungan dengan mutu rumah sakit
- d. Bertanggung jawab dalam pemberian informasi yang berhubungan dengan kegiatan mutu rumah sakit

6. KETUA SUB KOMITE KESELAMATAN PASIEN RUMAH SAKIT

Uraian Tugas :

- a. Memberi masukan kepada Direktur tentang penyusunan Kebijakan Keselamatan Pasien RS sesuai dengan standar akreditasi
- b. Menyusun program peningkatan mutu dan keselamatan pasien
- c. Membuat laporan tahunan / laporan pelaksanaan program
- d. Melaksanakan monitoring dan evaluasi program melalui pertemuan berkala
- e. Menyusun indikator keselamatan pasien Rumah Sakit
- f. Menganalisa hasil pencapaian indikator keselamatan pasien
- g. Membuat laporan periodik hasil pemantauan indikator keselamatan pasien
- h. Menyelenggarakan dan menyiapkan kegiatan sosialisasi internal rumah sakit tentang pencapaian indikator keselamatan pasien
- i. Mendesiminasikan bahan rekomendasi hasil pemantauan indikator keselamatan pasien ke unit terkait
- j. Mengkoordinasikan pendokumentasian, evaluasi dan upaya tindak lanjut atas Kejadian Nyaris Cidera (KNC) / Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) dan kejadian sentinel
- k. Melaksanakan koordinasi antar unit bila terjadi KTD dan KNC
- l. Melakukan koordinasi tentang program *Patient Safety* dan manajemen resiko dengan unit terkait dalam pembuatan RCS dan FMEA

Wewenang :

- a. Mengusulkan konsep atau perubahan kebijakan keselamatan pasien
- b. Meminta laporan pelaksanaan pemantauan indikator mutu keselamatan pasien dan penjaminan mutu dari unit kerja terkait

- c. Melakukan koordinasi dengan unit-unit kerja di lingkungan RSUD dr. Murjani terkait pelaksanaan pemantauan indikator keselamatan pasien dan hal-hal lainnya yang berhubungan dengan keselamatan pasien
- d. Meminta data dan informasi yang berhubungan dengan keselamatan pasien rumah sakit dari unit-unit kerja di lingkungan RSUD dr. Murjani Sampit

Tanggung Jawab :

- a. Bertanggung jawab terhadap pemantauan Program Keselamatan Pasien
- b. Bertanggung jawab terhadap penyusunan laporan pemantauan indikator Keselamatan Pasien di Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien
- c. Bertanggung jawab untuk melaporkan hasil pelaksanaan program Keselamatan Pasien dan kegiatan-kegiatan mutu lainnya kepada Ketua Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien
- d. Bertanggung jawab terhadap pengolahan data dan informasi yang berhubungan dengan keselamatan pasien rumah sakit
- e. Bertanggung jawab dalam pemberian informasi yang berhubungan dengan kegiatan keselamatan rumah sakit

7. BIDANG PENERIMA LAPORAN INSIDEN

Uraian Tugas :

- a. Mengumpulkan, mencatat dan melaporkan data insiden keselamatan pasien rumah sakit kepada Ketua Sub Keselamatan Pasien Rumah Sakit
- b. Membantu melengkapi data yang diperlukan bagi Bidang Investigasi dalam menganalisis insiden keselamatan pasien
- c. Memantau pelaksanaan pencatatan dan pelaporan insiden keselamatan pasien di setiap unit rumah sakit yang terkait pelayanan pasien

Wewenang :

- a. Meminta arahan dari ketua untuk melaksanakan tugas
- b. Melakukan koordinasi dengan unit-unit kerja di lingkungan RSUD dr. Murjani Sampit terkait insiden keselamatan pasien (KTD, KNC, KPC dan sentinel)
- c. Meminta data dan informasi yang berhubungan dengan insiden keselamatan pasien dari unit-unit kerja di RSUD dr. Murjani Sampit

Tanggung Jawab :

- a. Bertanggung jawab terhadap penyusunan laporan Insiden Keselamatan Pasien
- b. Bertanggung jawab untuk melaporkan hasil pemantauan keselamatan pasien dan kegiatan-kegiatan keselamatan pasien lainnya kepada Ketua Komite PMKP
- c. Bertanggung jawab terhadap pengolahan data dan informasi yang berhubungan dengan laporan data keselamatan pasien

8. BIDANG INVESTIGASI

Uraian Tugas :

- a. Melakukan investigasi terhadap insiden keselamatan pasien

- b. Melakukan analisis untuk mencari akar masalah dari insiden keselamatan pasien
- c. Mengusulkan tindak lanjut dari hasil analisis insiden keselamatan pasien
- d. Melaporkan hasil investigasi dan analisis kepada Ketua Komite PMKP

Wewenang :

- a. Meminta arahan dari ketua untuk melaksanakan tugas
- b. Melakukan koordinasi dengan unit-unit kerja di lingkungan RSUD dr. Murjani Sampit terkait pelaksanaan investigasi terhadap insiden keselamatan pasien dan hal-hal lainnya yang berhubungan dengan keselamatan pasien rumah sakit
- c. Meminta data dan informasi yang berhubungan dengan pelaksanaan investigasi terhadap insiden keselamatan pasien rumah sakit dari unit-unit kerja di lingkungan RSUD dr. Murjani Sampit

Tanggung Jawab :

- a. Bertanggung jawab terhadap penyusunan laporan Investigasi Insiden Keselamatan Pasien
- b. Bertanggung jawab melaporkan hasil pelaksanaan Investigasi Insiden Keselamatan Pasien kepada Ketua Komite PMKP
- c. Bertanggung jawab terhadap pengolahan data dan informasi yang berhubungan dengan Investigasi Insiden Keselamatan Pasien
- d. Bertanggung jawab dalam pemberian informasi yang berhubungan dengan kegiatan Investigasi Insiden Keselamatan Pasien

9. BIDANG KAJIAN KESELAMATAN PASIEN

Uraian Tugas :

- a. Menelaah kejadian insiden keselamatan pasien
- b. Melakukan analisis untuk mencari akar masalah dari Insiden Keselamatan Pasien
- c. Mengusulkan tindak lanjut dari analisis serta melakukan evaluasi pelaksanaannya
- d. Melaporkan hasil analisis kepada Ketua Komite PMKP

Wewenang :

- a. Meminta arahan dari ketua untuk melaksanakan tugas
- b. Meminta laporan dan data-data yang terkait dalam pelaksanaan analisis terhadap insiden keselamatan pasien dari unit kerja
- c. Melakukan koordinasi dengan unit-unit kerja di lingkungan RSUD dr. Murjani Sampit terkait pelaksanaan analisis insiden keselamatan pasien dan hal-hal lainnya yang berhubungan dengan keselamatan pasien rumah sakit
- d. Meminta data dan informasi yang berhubungan dengan pelaksanaan analisis terhadap insiden keselamatan pasien di lingkungan RSUD dr. Murjani Sampit

Tanggung Jawab :

- a. Bertanggung jawab untuk melaporkan hasil pelaksanaan analisa insiden keselamatan pasien dan kegiatan-kegiatan keselamatan pasien lainnya kepada Ketua Komite PMKP

- b. Bertanggung jawab terhadap pengolahan data dan informasi yang berhubungan dengan analisa insiden keselamatan pasien
- c. Bertanggung jawab dalam pemberian informasi yang berhubungan dengan kegiatan analisa keselamatan pasien rumah sakit

10. BIDANG PENDIDIKAN & PELATIHAN

Uraian Tugas :

- a. Menyiapkan materi pendidikan berkelanjutan keselamatan pasien bagi karyawan RSUD dr. Murjani Sampit
- b. Menyiapkan undangan, absensi, serta proposal kegiatan pendidikan keselamatan pasien bagi karyawan RSUD dr. Murjani Sampit

Wewenang :

- a. Meminta arahan dari ketua untuk melaksanakan pendidikan keselamatan pasien di RSUD dr. Murjani Sampit
- b. Melakukan koordinasi dengan unit-unit kerja di lingkungan RSUD dr. Murjani Sampit terkait pelaksanaan Diklat Keselamatan Pasien
- c. Meminta data dan informasi yang berhubungan dengan pelaksanaan Diklat Keselamatan Pasien
- d. Mengatur jadwal Diklat KPRS

Tanggung Jawab :

- a. Terlaksananya pendidikan dan edukasi berkelanjutan untuk mencegah terjadinya insiden terhadap pasien di rumah sakit
- b. Bertanggung jawab terhadap pengolahan data dan informasi yang berhubungan dengan Diklat Keselamatan Pasien
- c. Bertanggung jawab dalam pemberian informasi yang berhubungan dengan kegiatan Diklat keselamatan pasien rumah sakit
- d. Bertanggung jawab untuk melaporkan hasil pelaksanaan Diklat keselamatan pasien dan kegiatan-kegiatan keselamatan pasien lainnya kepada Ketua Komite PMKP

11. UNIT PENGGERAK PMKP

Uraian Tugas :

- a. Menggerakkan dan melaksanakan kegiatan program mutu dan keselamatan pasien sesuai dengan strategi rumah sakit di unit penggerak PMKP
- b. Menggerakkan dan melaksanakan sistem manajemen mutu dan keselamatan pasien rumah sakit di unit penggerak PMKP
- c. Menggerakkan dan melaksanakan monitoring serta evaluasi sasaran keselamatan pasien unit penggerak PMKP
- d. Melakukan program indikator mutu rumah sakit dengan persyaratan dilaksanakan dan ditindaklanjuti sesuai target terkait unit penggerak PMKP
- e. Menggerakkan, melaksanakan, monitoring serta evaluasi indikator sasaran mutu dan keselamatan pasien

- f. Menggerakkan staf di unit penggerak PMKP di rumah sakit untuk melaksanakan program mutu dan keselamatan pasien
- g. Melaksanakan laporan indikator sasaran mutu di rumah sakit di unit penggerak PMKP
- h. Menggerakkan dan melaksanakan serta evaluasi kegiatan sasaran mutu dan keselamatan pasien di unit
- i. Melaksanakan analisa dan validasi dari indikator sasaran mutu sesuai program mutu dan target indikator
- j. Melakukan koordinasi, sosialisasi dan kerjasama dengan staf unit dalam rangka kegiatan mutu dan keselamatan pasien rumah sakit
- k. Memberikan arahan kepada staf terkait program mutu dan keselamatan pasien
- l. Melaksanakan kebijakan, panduan/pedoman, petunjuk teknik dan prosedur tentang program mutu dan keselamatan pasien di rumah sakit
- m. Melaksanakan pelatihan pemahaman dan penerapan program mutu dan keselamatan pasien rumah sakit
- n. Melaksanakan pendidikan dan penelitian tentang mutu dan keselamatan pasien di unit
- o. Melaksanakan kerja tim/kelompok kerja pelaksanaan program kerja komite PMKP
- p. Melaksanakan monitoring insiden dan mutu setiap bulan di unit
- q. Membuat laporan dan rekomendasi serta tindak lanjut terkait insiden mutu dan keselamatan pasien
- r. Melakukan koordinasi dengan seluruh unit rumah sakit baik secara rutin maupun insidental dalam melaksanakan kegiatan mutu dan keselamatan pasien rumah sakit
- s. Melaksanakan kegiatan rapat rutin dan insidental terkait kegiatan mutu dan keselamatan pasien rumah sakit
- t. Mengambil langkah-langkah yang perlu dan menyelesaikan urusan yang terkait dengan bidang tugas unit penggerak PMKP di rumah sakit
- u. Menyusun laporan hasil monitoring dan evaluasi kegiatan/program kerja kegiatan mutu dan keselamatan pasien di masing-masing unit
- v. Menyusun laporan bulanan, tribulanan dan tahunan serta insidental dari unit penggerak PMKP ke ketua komite PMKP.

Wewenang :

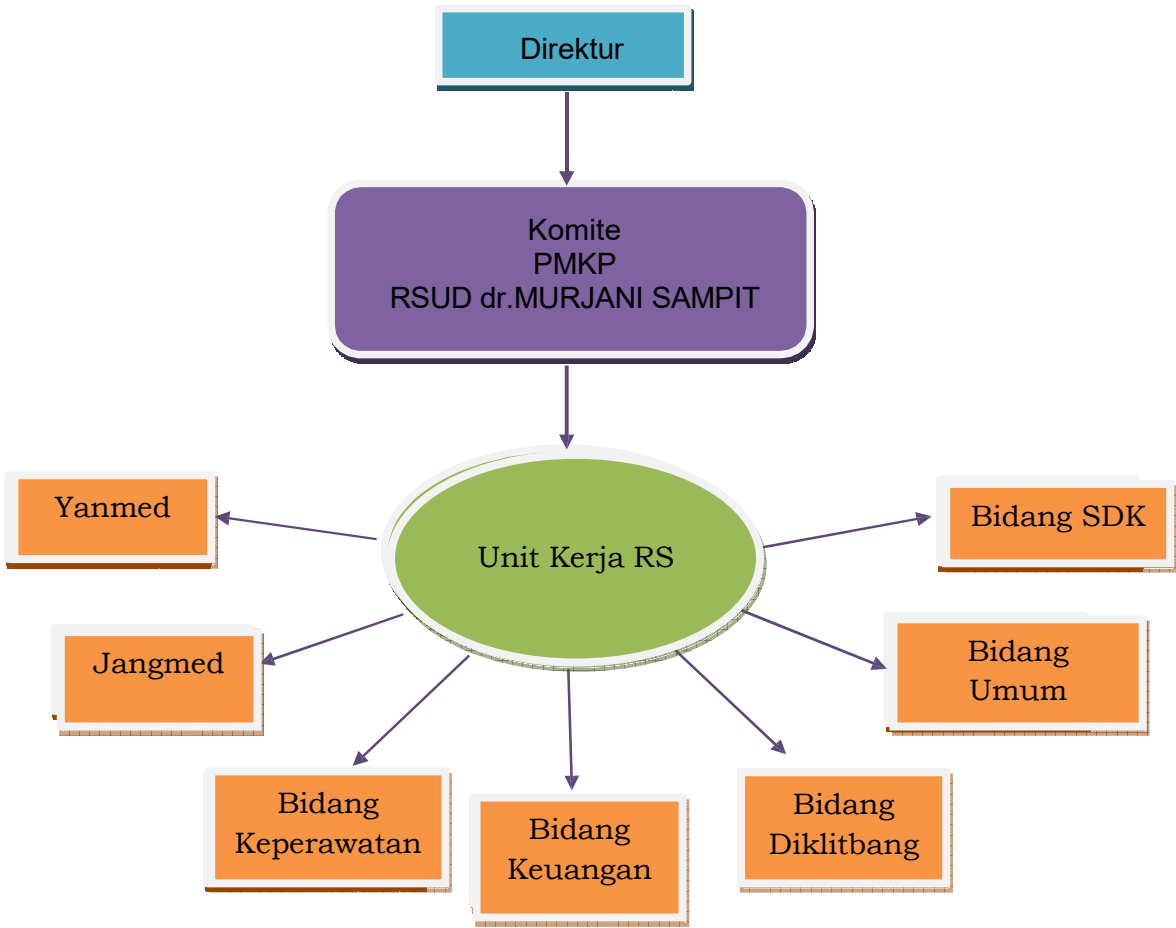
- a. Memberikan masukan kepada ketua komite PMKP
- b. Monitoring dan evaluasi peningkatan mutu dan keselamatan pasien rumah sakit sesuai dengan apa yang tercantum di dalam tugas unit penggerak PMKP

Tanggung Jawab :

- a. Sebagai motivator dan pergerakan pelaksanaan peningkatan mutu dan keselamatan pasien di rumah sakit
- b. Bertanggung jawab terhadap pemantauan pelaksanaan indikator sasaran mutu dan keselamatan pasien rumah sakit tiap-tiap unit

- c. Bertanggung jawab terhadap pemantauan mutu pelayanan mutu rumah sakit dan keselamatan pasien
- d. Secara administratif dan struktural bertanggung jawab kepada ketua komite PMKP dalam melaksanakan tugasnya.

BAB VII
TATA HUBUNGAN KERJA



Keterangan:

O Tata Hubungan Kerja Administrasi

Daftar Singkatan

Yanmed : Pelayanan Medis

Jangmed : Penunjang Medis

Diklitbang : Pendidikan, Penelitiandan Pengembangan

SDK : Sumber Daya Kepegawai

BAB VIII

POLA KETENAGAAN DAN KUALIFIKASI PERSONIL

Kualifikasi personil yang ada pada Komite adalah sebagai berikut :

Jabatan	Spesifikasi Pendidikan	Jumlah
Ketua Komite	Dokter	1 Orang
Sekretaris	Minimal Sarjana kesehatan	1 Orang
Ketua Sub Komite	Minimal Sarjana kesehatan	2 Orang
Anggota Sub Komite	Minimal D3 Sarjana kesehatan	6 Orang
Unit Penggerak PMKP	Minimal D3	Unit terkait

BAB IX
KEGIATAN ORIENTASI

- A. Masa Orientasi Karyawan Baru
- 1. Waktu : 1 (satu) bulan
 - 2. Pembimbing : SDK Komite Keselamatan Pasien yang terdiri atas Ketua, Wakil Ketua, Sekretaris dan anggota yang ditunjuk oleh ketua KKPRS.

No	Materi	Sub Materi	Waktu (dalam minggu)				Ket.
			I	II	III	IV	
1	Struktur organisasi komite keselamatan pasien.	a. PreTes b. Kebijakan Prosedur c. Uraian Tugas d. Post Tes	V				
2	Kebijakan, panduan, pedoman, SPO tentang keselamatan pasien	a. Pre Tes b. Kebijakan, panduan, pedoman, SPO tentang insiden keselamatan pasiendan pedoman organisasi dan layanan c. Post Tes	V	V			
3	Pelatihan macam dan jenis insiden	a. PreTes b. Tata cara pelaporan insiden dan investigasi sederhana c. Post Tes		V			
4	Tata cara pelaporan insiden	a. PreTes b. Panduan pencatatan dan pelaporan c. Cara pelaporan insiden dikomite. d. Post Tes		V			
5	RCA & FMEA	a. Pre Tes b. Panduan RCA dan FMEA c. Post Tes			V		

No	Materi	Sub Materi	Waktu (dalam minggu)				Ket.
			I	II	III	IV	
6	Pendampingan supervisi pelaksanaan program <i>safety</i> pasien keseluruhan unit rumah sakit	a. Input data insiden b. Penerimaan pelaporan insiden dari unit c. Pendokumentasian tentang keselamatan pasien		V		V	
7	Penjelasan detail pekerjaan sesuai uraian jabatan dan pelaksanaan pekerjaan pembuatan laporan pekerjaan	a. Surat keputusan uraian jabatan tentang pekerjaan SDI terkait b. Pembuatan pelaporan c. Ruang lingkup pekerjaan					
8	Rekap hasil pre tes, post tes, materi presentasi dan hasil penilaian lainnya.	a. Presentasi hasil orientasi b. Hasil rekapitulasi nilai: kurang, sedang, baik c. Hasil rekomendasi diterima atau ditolak				V	
9	Pelaporan dan presentasi hasil kegiatan orientasi	Hasil dokumentasi orientasi dilaporkan dari SDM terkait ditandatangani oleh ketua komite				V	

BAB X

PERTEMUAN/RAPAT

1. Rapat bulanan Komite PMKP setiap 1 (satu) bulan sekali.
 - a. Dijadwalkan pada minggu ke 4 (empat) setiap bulan pada hari Kamis pukul 08.00 WIB.
 - b. Rapat pembahasan mengenai evaluasi kerja komite PMKP pada bulan berjalan, penyiapan laporan bulanan, pembahasan masalah di komite PMKP, rencana kerja serta sosialisasi kegiatan/kebijakan terbaru di rumah sakit.
2. Rapat koordinasi Komite PMKP setiap 1 (satu) bulan sekali.
 - a. Di jadwalkan setiap minggu pertama awal bulan maksimal tanggal 5 (lima) bulan berikutnya.
 - b. Rapat yang diselenggarakan dengan mengundang unit penggerak PMKP dan unit kerja lain untuk pelaksanaan koordinasi kegiatan yang berhubungan dengan komite PMKP
3. Rapat Pimpinan (Rapim)/tinjauan manajemen
 - a. Rapat komite dengan pimpinan rumah sakit membahas tentang indikator mutu, usulan, pencapaian target, permasalahan dan tindak lanjut
 - b. Rapat komite dengan unit terkait yang diselenggarakan 3 (tiga) bulan sekali dihadiri oleh direktur rumah sakit, komite medik, komite PPI, komite keperawatan, dan para pemimpin rumah sakit lebih memahami proses terkait dengan peningkatan mutu dan keselamatan pasien, monitoringnya, hasil kegiatan, upaya perbaikan yang sudah dilakukan, hambatan dan kendala.
4. Rapat Insedentil

Rapat yang sifatnya mendesak, tidak terjadwal dan dapat diselenggarakan baik secara interna komite PMKP maupun mengundang atau dihadiri unit lain sesuai dengan kebutuhan.

BAB XI PELAPORAN

A. Laporan Bulanan

1. Laporan yang disusun setiap bulan, meliputi laporan indikator mutu dan keselamatan pasien dari unit ke komite PMKP
2. Laporan indikator mutu dan keselamatan pasien dari komite PMKP ke direktur
3. Laporan kegiatan hasil realisasi kegiatan program mutu dan keselamatan pasien, rekomendasi, solusi dan tindak lanjut ke direktur

B. Laporan Tri Bulanan

1. Laporan yang disusun setiap 3 (tiga) bulan
2. Isi laporan adalah hasil rekapitulasi indikator mutu dan keselamatan pasien, usulan, pencapaian, permasalahan, rekomendasi dan tindak lanjut
3. Rekapitulasi laporan bulanan berisi laporan hasil kegiatan capaian program komite mutu dan keselamatan pasien, permasalahan rekomendasi dan tindak lanjut
4. Laporan tribulanan diserahkan kepada direktur

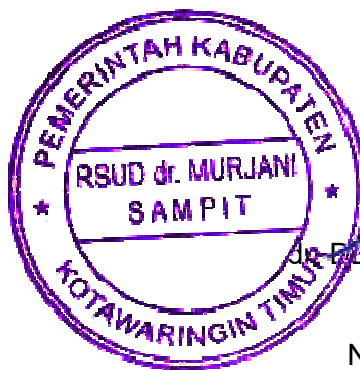
C. Laporan Tahunan

Laporan tahunan yang disusun oleh komite PMKP meliputi :

1. Laporan kebijakan, panduan, pedoman dan SPO tentang PMKP
2. Laporan indikator mutu (indikator area klinis, area manajerial dan sasaran keselamatan pasien)
3. Laporan pelaksanaan program keselamatan pasien (insiden keselamatan pasien, investigasi, manajemen resiko klinik)
4. Laporan hasil kegiatan tentang panduan praktek klinik dan *clinical pathway*
5. Laporan asesmen resiko secara proaktif
6. Laporan pendidikan dan pelatihan PMKP
7. Laporan surveillance, monitoring dan evaluasi PPI
8. Laporan monitoring dan evaluasi penilaian kinerja unit dan individu (profesi dan staf)
9. Laporan hasil kegiatan program mutu lainnya
10. Laporan hasil capaian kegiatan dibandingkan dengan program yang telah disetujui dalam RKA tahun yang telah berjalan
11. Laporan permasalahan pelaksanaan program kegiatan mutu dan keselamatan pasien
12. Laporan rekomendasi
13. Tindak lanjut

BAB XII PENUTUP

Demikian pedoman organisasi bidang komite PMKP ini disusun sebagai acuan dalam penyelenggaraan PMKP di rumah sakit dr. Murjani Sampit untuk mendukung pelaksanaan *good corporate gavernance*. Pedoman organisasi akan dilakukan evaluasi setiap tahun dan dilakukan revisi setiap 3 (tiga) tahun sesuai dengan pengembangan rumah sakit.



Direktur

dr. PENNY MUDA PERDANA, Sp.Rad

Pembina Utama Muda

NIP. 19621121 199610 1 001