



Komisi Akreditasi Rumah Sakit



PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN (PMKP)

SNARS edisi 1

SNARS edisi 1.1

- ***Jml Standar sama***
- ***Jml EP sama***
- ***Ada perubahan kalimat di Standar, Elemen Penilaian dan maksud tujuan, tetapi tdk banyak***
- ***Diberlakukan mulai 1 Januari 2020***

(R)

=

- ◆ Surveior akan menelusuri **regulasi yang sudah disusun rumah sakit.**
- ◆ Bila pada EP disebutkan regulasi meliputi/terdiri **dari a) sampai atau 1) sampai,** maka untuk menilai kelengkapan regulasi tersebut, surveior akan melihat yang **ada pada maksud dan tujuan.**
- ◆ Bila kolom telusur tertulis **regulasi tentang** maka regulasi yang ditelusuri tidak harus semua regulasi harus ada **atau TIDAK HARUS** ada kebijakan, ada pedoman, ada panduan, ada SPO dan ada program **TETAPI** dapat salah satu atau lebih, yang perlu diperhatikan oleh surveior adalah isi dari regulasi harus mengacu yang ada di maksud dan tujuan dan peraturan-perundang-undangan terkait.
- ◆ Bila pada kolom telusur tertulis **pedoman tentang**, maka regulasi yang ditelusuri adalah **berbentuk pedoman.** Untuk mengetahui isi pedoman yang benar, surveior akan melihat maksud dan tujuan dan peraturan-perundang-undangan terkait.

(R)

=

- ♦ Bila pada kolom telusur tertulis **pedoman pengorganisasian**, maka regulasi yang ditelusuri, adalah berbentuk pedoman pengorganisasian. Untuk mengetahui isi pedoman pengorganisasian yang benar, surveior agar melihat maksud dan tujuan dan peraturan-perundangan-undangan terkait.
- ♦ Bila pada kolom telusur tertulis **pedoman pelayanan**, maka regulasi yang ditelusuri, adalah berbentuk pedoman pelayanan. Untuk mengetahui isi pedoman pelayanan yang benar, surveior agar melihat maksud dan tujuan dan peraturan-perundangan-undangan terkait.
- ♦ Bila pada kolom telusur **tertulis program**, maka regulasi yang ditelusuri, adalah **berbentuk program**. Untuk mengetahui isi program yang benar, surveior akan melihat maksud dan tujuan dan peraturan-perundangan-undangan terkait.
- ♦ Bila pd kolom telusur tertulis **struktur org.**, mk regulasi yg ditelusuri, adalah berbentuk bagan organisasi yg dilengkapi dng uraian tugas dan wewenang.

(D) = Surveior akan menelusuri bukti-bukti pelaksanaan proses kegiatan/pelayanan sesuai yang dipersyaratkan pada elemen penilaian, yang dapat berupa bukti-bukti sebagai berikut :

- **Bukti tentang**
- **Bukti pelaksanaan pelatihan tentang:**
TOR, Undangan, daftar hadir, materi, laporan, evaluasi, sertifikat
- **Bukti rapat** tentang(UMAN = undangan, materi, absensi notulen)
- **Bukti pelaksanaan tentang**
- **Bukti kualifikasi sesuai persyaratan jabatan pada file pegawai**
- **Bukti usulan tentang**
- **Bukti pelaksanaan orientasi khusus:**
TOR, daftar hadir, evaluasi peserta, laporan pelaksanaan orientasi

(D) = Surveior akan menelusuri bukti-bukti pelaksanaan proses kegiatan/pelayanan Bukti pelaksanaan orientasi umum:

TOR, daftar hadir, materi dan narasumber meliputi perumahsakit, mutu, keselamatan pasien, PPI, serta evaluasi peserta, laporan pelaksanaan orientasi

- **Bukti materi tentang ...**
- **Bukti laporan tentang ...**
- **Bukti tentang, berupa a.l.**
- **Bukti sertifikat**
- **Bukti supervisi:**
 - **Bukti form check list (ceklis)**
 - **Bukti pelaksanaan supervise**

(O)

=

- ♦ Untuk mendapatkan bukti pelaksanaan kegiatan atau pelayanan sudah sesuai dengan regulasi maka surveior dapat melihat atau melakukan observasi proses kegiatan atau pelayanan.
- ♦ Observasi ini dapat juga mrpk cross check bukti pelaksanaan kegiatan, bisa juga dipergunakan untuk memvalidasi dokumen hasil audit/supervisi. Misalnya : hasil audit hand hygiene RS = 90 %, surveior akan melakukan observasi pelaksanaan hand hygiene dng menggunakan sampel, dari hasil observasi tsb berapa kepatuhan RS dapat diketahui. Misal dari 10 sampel hanya 5 orang yang melakukan hand hygiene dengan benar.

(S)

=

- ♦ Untuk mendapatkan bukti bahwa staf rumah sakit sudah dapat melaksanakan kegiatan atau pelayanan sesuai dengan regulasi maka surveior dapat meminta staf rumah sakit untuk memeragakan proses kegiatan/pelayanan dengan mengacu persyaratan yang ada di EP.
- ♦ Meminta staf RS untuk memeragakan kegiatan/ pelayanan dapat juga merupakan cross check bukti pelaksanaan kegiatan atau bukti staf RS sudah mengikuti pelatihan sehingga mampu memperagakan kegiatan tersebut, misalnya simulasi penggunaan APAR. Simulasi juga dapat dipergunakan untuk mengetahui apakah pelatihan sudah dilaksanakan dengan benar. Misalnya : hasil audit hand hygiene RS = 90 %, surveior akan melakukan observasi pelaksanaan hand hygiene, misalnya berdasarkan observasi hanya 50 %, dan setelah surveior meminta simulasi hanya 50 % staf RS yang mampu melaksanakan, padahal bukti dokumen pelatihan hand hygiene sudah 100 %. Maka bukti pelatihan tersebut tidak valid.

(W)	=	♦ Surveior melakukan wawancara berdasarkan sasaran wawancara yang tertulis di telusur. ♦ Wawancara dipergunakan untuk lebih memastikan bahwa kegiatan/pelayanan sudah dilaksanakan dan sudah sesuai dengan regulasi. ♦ Wawancara juga dapat dipergunakan untuk melakukan cross check dengan kegiatan yang sudah dilaksanakan. Sebagai contoh : MFK 11 RS sudah menyelenggarakan pelatihan MFK, pada MFK 11.1 EP 1 : staf dapat menjelaskan dan/atau memperagakan peran mereka dalam menghadapi kebakaran (W,S), dengan melakukan wawancara dan meminta staf simulasi maka dapat merupakan cross check apakah pelatihan tersebut sudah dilakukan dengan benar atau belum.
------------	----------	---

TELUSUR	REKOMENDASI
Regulasi (R)	Terkait dng regulasi → lengkapi Pedoman Peningkatan Mutu sesuai maksud dan tujuan yg ada di TKRS 4
Dokumen (D)	Terkait dng dokumen → lengkapi bukti penyelenggaraan pelatihan yg meliputi TOR, undangan, materi dan absensi
Observasi (O)	Terkait dng hasil observasi → Kepatuhan penggunaan APD
Simulasi (S)	Terkait dng hasil simulasi → ketrampilanpetugas dalam menggunakan APAR agar ditingkatkan

GAMBARAN UMUM

*Dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan pasien dan menjamin keselamatan pasien, maka RS perlu mempunyai **program peningkatan mutu dan keselamatan pasien (PMKP)** yang menjangkau keseluruhan unit kerja di rumah sakit.*

*Untuk melaksanakan program tersebut tidaklah mudah, karena memerlukan **koordinasi dan komunikasi** yang baik diantara Kepala bidang/divisi medis, keperawatan, penunjang medis, administrasi dan lainnya termasuk Kepala unit/departemen/instalasi pelayanan.*

GAMBARAN UMUM

RS perlu menetapkan komite/tim atau bentuk organisasi lainnya untuk mengelola program peningkatan mutu dan keselamatan pasien, agar mekanisme koordinasi pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien dapat berjalan lebih baik.

Standar ini menjelaskan pendekatan yang komprehensif untuk peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang berdampak pada semua aspek pelayanan.

GAMBARAN UMUM

Pendekatan ini mencakup:

- **Setiap unit terlibat** dalam program PMKP
- **RS menetapkan tujuan**, mengukur seberapa baik proses kerja dilaksanakan dan validasi datanya.
- **Menggunakan data secara efektif** dan fokus pada tolok ukur program; dan
- **Bagaimana menerapkan dan mempertahankan perubahan yang telah menghasilkan perbaikan**

GAMBARAN UMUM

Agar peningkatan mutu dan keselamatan pasien bisa berjalan baik, Direktur rumah sakit, para kepala bidang/divisi serta kepala unit dan departemen di rumah sakit :

- wajib mendorong dilaksanakannya program PMKP***
- berupaya untuk mendorong terlaksananya budaya mutu dan keselamatan (quality and safety culture)***
- secara proaktif melakukan identifikasi dan menurunkan variasi;***
- menggunakan data agar fokus kepada prioritas isu.***
- berupaya untuk menunjukan perbaikan yang berkelanjutan.***

GAMBARAN UMUM

Mutu dan keselamatan sejatinya berakar dari pekerjaan sehari-hari dari seluruh staf di unit pelayanan. Seperti staf klinis melakukan asesmen kebutuhan pasien dan memberikan pelayanan.

Standar PMKP ini membantu mereka untuk memahami bagaimana melakukan peningkatan nyata dalam memberikan asuhan pasien dan menurunkan risiko.

Demikian pula staf non klinis dapat memasukkan standar dalam pekerjaan sehari-hari mereka untuk memahami bagaimana suatu proses dapat lebih efisien, sumberdaya dapat digunakan dengan lebih bijaksana dan risiko fisik dapat dikurangi.

GAMBARAN UMUM

Standar PMKP ini mempunyai kegiatan dengan spektrum yang sangat luas pada rumah sakit, termasuk kerangka untuk meningkatkan kegiatan dan menurunkan risiko yang terkait dengan munculnya variasi (ketidak seragaman) dalam proses pelayanan.

Dengan demikian kerangka yang ada dalam standar ini sangat sesuai dengan berbagai variasi dalam struktur program dan pendekatan yang kurang formal terhadap peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

GAMBARAN UMUM

Kerangka standar ini juga bisa terintegrasi dengan program pengukuran yang sudah dilaksanakan, seperti hal-hal yang terkait dengan kejadian yang tidak diantisipasi (manajemen risiko) dan pemanfaatan sumberdaya (manajemen utilisasi).

Seiring berjalannya waktu, rumah sakit yang mengikuti kerangka ini akan:

- Mengembangkan dukungan Direktur dan Kepala Bidang/Divisi serta Kepala Unit/ Instalasi pelayanan terhadap program keseluruhan rumah sakit;***

GAMBARAN UMUM

- *Melatih dan melibatkan lebih banyak staf;*
- *Menetapkan prioritas yang lebih jelas tentang apa yang akan diukur dan dievaluasi;*
- *Membuat keputusan berdasarkan pengukuran data; dan*
- *Melakukan perbaikan berdasarkan perbandingan dengan rumah sakit lainnya, baik nasional dan internasional.*

GAMBARAN UMUM

Fokus area standar peningkatan mutu dan keselamatan pasien adalah :

- 1. Pengelolaan kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien***
- 2. Pemilihan, pengumpulan, analisis dan validasi data indikator mutu***
- 3. Pelaporan dan analisis insiden keselamatan pasien***
- 4. Pencapaian dan mempertahankan perbaikan***
- 5. Manajemen risiko.***

METODOLOGI SURVEI UNTUK BAB PMKP

- 1. Telaah dokumen** → lihat ReDOWSKo → Dokumen regulasi dan dokumen bukti kegiatan
- 2. Presentasi Direktur RS** → utk mengetahui gambaran umum pelaksanaan PMKP di RS → kegiatan peningkatan mutu prioritas dan unit
- 3. Telaah data** → utk mengetahui sistem manajemen data mutu di RS mulai dari pengumpulan, analisis, interpretasi data, pelaporan dan feedback data

METODOLOGI SURVEI UNTUK BAB PMKP

- 4. Wawancara program PMKP → untuk mengetahui capaian dan rencana perbaikan terkait dng data mutu dan untuk mengetahui terkait laporan dan analisis insiden keselamatan pasien, hasil FMEA dan RCA***

PENGELOLAAN KEGIATAN PMKP



Standar PMKP 1

Rumah sakit mempunyai Komite/Tim atau bentuk organisasi lainnya yang kompeten untuk mengelola kegiatan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Maksud dan Tujuan PMKP 1

Peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang selanjutnya disingkat menjadi PMKP merupakan proses kegiatan yang berkesinambungan (never ending process).

Kegiatan PMKP harus dilaksanakan di setiap unit kerja yang memerlukan mekanisme koordinasi antar unit dan juga antar kepala unit kerja termasuk dengan komite medis dan komite keperawatan, sehingga kegiatan PMKP tetap sesuai dengan program PMKP yang sudah disetujui oleh pemilik atau representasi pemilik. (lihat juga TKRS 1.3, TKRS 5, TKRS 11, TKRS 11.2)

Karena itu RS perlu menetapkan organisasi yang mengelola kegiatan PMKP yang dapat berbentuk Komite atau Tim PMKP atau bentuk organisasi lainnya sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Maksud dan Tujuan PMKP 1

Perlu diingat, kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien tidak bisa dipisahkan secara tegas, karena ada kegiatan yang sering tumpang tindih (overlapping), misalnya terkait dengan pemilihan indikator mutu untuk pelayanan bedah yaitu salah operasi, salah orang dan salah prosedur, data tersebut juga merupakan data insiden keselamatan pasien. Karena itu kegiatan peningkatan mutu dan kegiatan keselamatan pasien sebaiknya dilaksanakan secara terintegrasi yang dikelola komite/tim atau bentuk organisasi lainnya sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Mengingat yang dikelola adalah data mutu dan data insiden maka dibawah komite dapat dibentuk sub komite/sub tim/penanggung jawab yang mengelola mutu dan keselamatan pasien, disesuaikan dengan kondisi rumah sakit dan peraturan perundang-undangan. Selain komite/tim, rumah sakit juga perlu mempunyai penanggungjawab data di setiap unit kerja yang diharapkan dapat membantu komite/tim dalam pengumpulan dan analisis data.

Maksud dan Tujuan PMKP 1

Komite/tim PMKP mempunyai tugas sebagai berikut:

- a) sebagai motor penggerak penyusunan program PMKP rumah sakit;***
- b) melakukan monitoring dan memandu penerapan program PMKP di unit kerja;***
- c) membantu dan melakukan koordinasi dengan pimpinan unit pelayanan dalam memilih prioritas perbaikan, pengukuran mutu/indikator mutu, dan menindaklanjuti hasil capaian indikator (lihat juga TKRS 11 dan TKRS 11.2);***
- d) melakukan koordinasi dan pengorganisasian pemilihan prioritas program di tingkat unit kerja serta menggabungkan menjadi prioritas rumah sakit secara keseluruhan. Prioritas program rumah sakit ini harus terkoordinasi dengan baik dalam pelaksanaannya;***
- e) menentukan profil indikator mutu, metode analisis, dan validasi data dari data indikator mutu yang dikumpulkan dari seluruh unit kerja di RS;***

Maksud dan Tujuan PMKP 1

- f) menyusun formulir untuk mengumpulkan data, menentukan jenis data, serta bagaimana alur data dan pelaporan dilaksanakan;**
- g) menjalin komunikasi yang baik dengan semua pihak terkait serta menyampaikan masalah terkait pelaksanaan program mutu dan keselamatan pasien;**
- h) terlibat secara penuh dalam kegiatan pendidikan dan pelatihan PMKP;**
- i) bertanggung jawab untuk mengomunikasikan masalah-masalah mutu secara rutin kepada semua staf;**
- j) menyusun regulasi terkait dengan pengawasan dan penerapan program PMKP.**
- k) Menangani insiden keselamatan pasien yang meliputi pelaporan, verifikasi, investigasi, dan analisis penyebab Insiden keselamatan pasien**
- l) Mengkoodinasikan penyusunan program manajemen risiko rumah sakit**

Maksud dan Tujuan PMKP 1

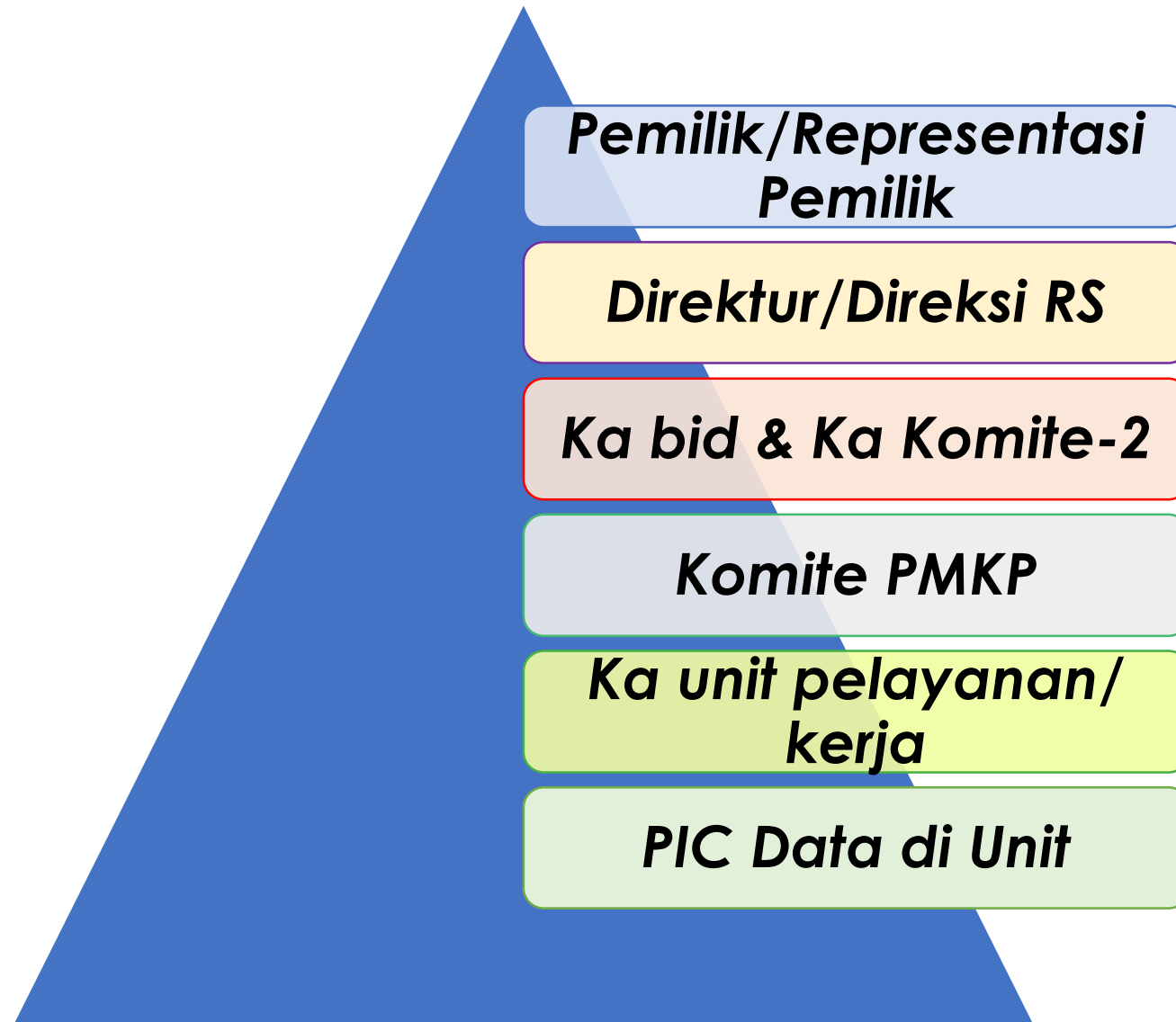
Komite/tim PMKP dan juga penanggung jawab data di unit kerja perlu mendapat pelatihan terkait dengan manajemen data rumah sakit yaitu pengumpulan, analisa dan rencana perbaikan. Selain itu, agar komite/tim PMKP dapat melakukan koordinasi dan pengorganisasian yang baik maka perlu pelatihan tentang manajemen komunikasi. Pelatihan tersebut dapat dilaksanakan di rumah sakit.

Elemen penilaian PMKP 1		Telusur	Skor	
1. Direktur rumah sakit telah membentuk komite/tim PMKP atau bentuk organisasi lainnya untuk mengelola kegiatan sesuai peraturan perundang-undangan termasuk uraian tugas yang meliputi a) sampai dengan i) yg ada di maksud dan tujuan (R)	R	Regulasi tentang komite/ tim PMKP atau bentuk organisasi lainnya yang dilengkapi dengan pedoman kerja dan program kerja.Komite PMK <i>Catatan :</i> <i>SKOR = 10, Bila ada SK Komite/Tim/unit PMKP, pedoman kerja dan program kerja</i>	10	TL
			-	-
			0	TT

PENJELASAN

- Pedoman kerja **TIDAK SAMA ATAU BUKAN** Pedoman Peningkatan Mutu dan Pedoman keselamatan pasien
- Pedoman Kerja adalah acuan bagi Komite/Tim dalam mengelola kegiatan PMKP di RS
- Isi pedoman kerja antara lain adalah pengorganisasian komite/Tim, pelaporan, dll
- RS yg pengelola kegiatan PMKP oleh Unit/Instalasi → pedoman kerja menjadi satu dng pedoman pengorganisasian
- Program kerja **TIDAK SAMA ATAU BUKAN** program PMKP

PENGELOLAAN KEGIATAN PMKP



Elemen penilaian PMKP 1		Telusur	Skor	
2. Direktur RS menetapkan penanggung jawab data di masing-masing unit kerja. (R)	R	Regulasi tentang penetapan penanggung jawab data di masing-masing unit kerja oleh Direktur RS <i>Catatan :</i> <i>Skor = 10, bila sudah ada SK penetapan penanggung jawab data di semua unit kerja</i>	10 - 0	TL - TT

Elemen penilaian PMKP 1		Telusur	Skor	
3. Individu didalam komite/tim PMKP atau bentuk organisasi lainnya dan penanggung jawab data telah dilatih dan kompeten. (D)	D	Bukti sertifikat pelatihan komite/ tim PMKP dan penanggungjawab data	10	TL
	W	Komite PMKP • Penanggung jawab data <i>Catatan :</i> <i>Sertifikat pelatihan anggota komite & PIC data dapat oleh Dir RS</i> <i>NS → sudah ikut WS PMKP KARS</i> <i>Ka Komite/Tim/Unit → sertifikat WS PMKP dari KARS</i>	5	TS
			0	TT



Standar PMKP 2

Rumah sakit mempunyai referensi terkini tentang peningkatan mutu dan keselamatan pasien berdasarkan ilmu pengetahuan dan informasi terkini dan perkembangan konsep peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

Maksud dan Tujuan PMKP 2

Kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien memerlukan regulasi yang didasarkan pada referensi ilmiah terkini. Karena ilmu pengetahuan terus berkembang, maka rumah sakit wajib menyediakan referensi sesuai perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi yang dapat dipergunakan untuk mendukung pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien. Referensi yang harus disediakan oleh rumah sakit dapat berupa literatur ilmiah terkait asuhan pasien dan manajemen, international clinical guidelines, pedoman nasional praktik kedokteran, panduan praktik klinis (clinical practice guidelines), panduan asuhan keperawatan temuan penelitian dan metodologi pendidikan, fasilitas internet, bahan cetak di perpustakaan, sumber-sumber pencarian online, bahan-bahan pribadi, dan peraturan perundang-undangan merupakan sumber informasi terkini yang berharga. (Lihat juga TKRS.7)

Maksud dan Tujuan PMKP 2

Secara rinci referensi dan informasi terkini yang diperlukan rumah sakit dalam meningkatkan mutu dan keselamatan pasien meliputi:

- a) Literatur ilmiah dan informasi lainnya yang dapat dipergunakan untuk mendukung asuhan pasien terkini, misalnya pedoman nasional pelayanan kedokteran, international clinical guidelines, pedoman nasional asuhan keperawatan dan informasi lainnya sesuai kebutuhan rumah sakit , misalnya data indikator mutu di tingkat nasional atau internasional.***
- b) Literatur ilmiah dan informasi lainnya yang dapat dipergunakan untuk mendukung penelitian (khusus untuk rumah sakit Pendidikan)***

Maksud dan Tujuan PMKP 2

- c) Literatur ilmiah dan informasi lainnya yang dapat dipergunakan untuk mendukung terselenggaranya manajemen yang baik.**
- d) Literatur dan Informasi lainnya sesuai kebutuhan rumah sakit, misalnya data indikator mutu di tingkat nasional atau internasional.**
- e) peraturan perundang-undangan terkait dengan mutu dan keselamatan pasien di rumah sakit termasuk pedoman-pedoman yang dikeluarkan oleh pemerintah.**

Maksud dan Tujuan PMKP 2

Referensi diatas agar dipergunakan dalam menyusun regulasi proses kegiatan asuhan klinis pada pasien dan proses kegiatan manajemen yang baik.

Di sisi lain untuk melaksanakan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien, rumah sakit agar mempunyai regulasi peningkatan mutu dan keselamatan pasien sebagai acuan dalam meningkatkan mutu dan keselamatan pasien rumah sakit yang dapat dilengkapi dengan SPO sesuai kebutuhan

Elemen penilaian PMKP 2		Telusur	Skor	
1.Rumah sakit mempunyai pedoman peningkatan mutu dan keselamatan pasien sesuai dengan referensi terkini. (lihat juga TKRS 4 EP 1) (R)	R	Regulasi tentang <i>pedoman PMKP</i> <i>Catatan :</i> <i>Pedoman Mutu & Pedoman Keselamatan Pasien → boleh jadi satu boleh pisah</i> <i>Pedoman PMKP tdk sama dng dngn Pedoman Kerja</i>	10	TL
			-	-
			0	TT

Elemen penilaian PMKP 2		Telusur	Skor	
2. RS mempunyai referensi yang dipergunakan untuk meningkatkan mutu asuhan klinis dan proses kegiatan manajemen yang lebih baik, yang antara lain meliputi a) sampai dengan e) yang ada di maksud tujuan untuk RS dengan peserta didik klinis dan kecuali b) untuk RS tidak dengan peserta didik klinis. (D,W)	D	Bukti daftar dan bahan	10	TL
		referensi peningkatan mutu	5	TS
		asuhan klinis dan proses	0	TT
	W	Komite PMKP		

Elemen penilai PMKP 2		Telusur	Skor	
3. Komite medis dan komite keperawatan mempunyai referensi peningkatan mutu asuhan klinis terkini. (D,W)	D	Bukti daftar dan bahan referensi asuhan klinis terkini → PNPK	10	TL
			5	TS
	W		0	TT
		• Komite medis • Komite keperawatan		



Standar PMKP 2.1

Rumah Sakit menyediakan teknologi dan dukungan lainnya untuk mendukung sistem manajemen data pengukuran mutu terintegrasi sesuai dengan perkembangan teknologi informasi.

Maksud dan Tujuan PMKP 2.1

Pengukuran fungsi klinis dan fungsi manajemen di rumah sakit akan menghasilkan akumulasi data dan informasi. Untuk memahami seberapa baik kemampuan rumah sakit, tergantung dari hasil analisis data, informasi yang terkumpul dibandingkan dengan rumah sakit lain. Pada rumah sakit besar dan kompleks sifatnya dibutuhkan teknologi dan/atau staf yang mempunyai kompetensi mengelola data. Rumah sakit memahami prioritas pengukuran dan perbaikan sebagai dukungan yang penting. Mereka memberikan dukungan secara konsisten sesuai sumber daya rumah sakit dan peningkatan mutu.

Maksud dan Tujuan PMKP 2.1

Karena itu rumah sakit perlu mempunyai sistem manajemen data yang didukung dengan teknologi informasi yang mulai dari pengumpulan, pelaporan, analisa, validasi dan publikasi data untuk internal rumah sakit dan eksternal rumah sakit. Publikasi data tetap harus memperhatikan kerahasiaan pasien sesuai peraturan perundang-undangan.

Maksud dan Tujuan PMKP 2.1

RS mempunyai regulasi sistem manajemen data, antara lain meliputi :

- a) RS perlu mempunyai sistem manajemen data yang didukung dengan teknologi informasi, mulai dari pengumpulan, pelaporan, analisis, validasi, serta publikasi data untuk internal rumah sakit dan eksternal RS. Publikasi data tetap harus memperhatikan kerahasiaan pasien sesuai dengan peraturan perundang-undangan.*
- b) Data yang dimaksud meliputi, data dari indikator mutu pelayanan klinis prioritas rumah sakit, indikator mutu unit pelayanan, indikator mutu pelayanan (misalnya, Pelayanan Anestesi Bedah), indikator mutu program (misalnya program nasional) dan indikator mutu nasional;*
- c) Data hasil surveilen pencegahan dan pengendalian infeksi;*

Maksud dan Tujuan PMKP 2.1

- d) Data dari pelaporan insiden keselamatan pasien;***
- e) Data hasil monitoring kinerja staf klinis (bila monitoring kinerja menggunakan indikator mutu)***
- f) Data hasil pengukuran budaya keselamatan***
- g) Integrasi seluruh data diatas baik di tingkat rumah sakit dan unit kerja meliputi: • pengumpulan • pelaporan • analisis • validasi dan publikasi indikator mutu***

RS seyogyanya mempunyai sistem manajemen data secara elektronik sehingga memudahkan komite/tim PMKP dalam mengelola data tersebut.

<i>Elemen penilaian PMKP 2.1</i>		<i>Telusur</i>	<i>Skor</i>	
1. RS mempunyai regulasi sistem manajemen data program PMKP yang terintegrasi meliputi data a) sampai dengan g) dimaksud dan tujuan. (R) (Lihat juga MIRM 1.1 EP 1, PPI 10, PMKP 7 dan PMKP 8)	R	Regulasi tentang sistem manajemen data yang terintegrasi	10 - 0	TL - TT

Elemen penilaian PMKP 2.1		Telusur	Skor	
2. RS menyediakan teknologi, fasilitas dan dukungan lain untuk menerapkan sistem manajemen data di RS sesuai dengan sumber daya yang ada di rumah sakit (lihat TKRS 4 EP 4). (D,O,W)	D	1) Bukti daftar inventaris sistem manajemen data elektronik di RS, contoh SISMADAK 2) Bukti formulir sensus harian dan rekapitulasi bulanan untuk mutu keselamatan pasien terintegrasi dengan angka surveilans PPI dalam bentuk paper maupun elektronik	10 5 0	TL TS TT

Elemen penilaian PMKP 2.1		Telusur	Skor	
	O	Lihat hardware dan software sistem manajemen data dan teknologi yang digunakan (elektronik)	10	TL
			5	TS
			0	TT
	W	• Staf IT • Komite PMKP • Komite PPI • Penanggung jawab data		

Elemen penilaian PMKP 2.1		Telusur	Skor	
3. Ada bukti pelaksanaan program PMKP yang meliputi data a) sampai dengan g) dimaksud dan tujuan, dengan sistem manajemen data elektronik (D,O) (lihat juga MIRM 1.1 EP 2, MIRM 4 EP 1 dan 2)	D	Bukti pelaksanaan program PMKP terkait dengan pengumpulan,	10	TL
		analisis data a) sampai dengan	5	TS
	O	g) menggunakan sistem manajemen data elektronik → data mutu & IKP masuk di <i>SISMADAK</i> Lihat pelaksanaan proses manajemen data PMKP dan integrasinya	0	TT



Standar PMKP 3

RS mempunyai program pelatihan peningkatan mutu dan keselamatan pasien untuk pimpinan rumah sakit dan semua staf yang terlibat dalam pengumpulan, analisis dan validasi data mutu

Maksud dan Tujuan PMKP 3

Dalam meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit direktur termasuk Direksi RS dan para pimpinan RS termasuk Ketua Komite Medik dan Ketua Komite Keperawatan berperan dalam program peningkatan mutu rumah sakit dengan mendorong pemilihan, pengumpulan dan analisis data mutu serta mendorong pelaporan dan analisis insiden keselamatan pasien. Sejalan dng hal tersebut, komite medik dan komite keperawatan perlu memahami konsep dan program PMKP, sehingga dapat melaksanakan perbaikan sesuai bidang tugasnya.

Maksud dan Tujuan PMKP 3

Staf baik yang di unit kerja maupun yang di komite/tim PMKP bertugas dalam mengumpulkan data, menentukan jenis data, validasi dan analisis data memerlukan peningkatan pengetahuan dan ketrampilan. Unit pelayanan melaporkan bila terjadi terjadi insiden keselamatan pasien. Staf klinis dan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) terlibat dalam peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien rumah sakit melalui pemberian asuhan pasien berdasarkan panduan praktik klinis sesuai ilmu dan teknologi terkini.

Maksud dan Tujuan PMKP 3

Oleh karena itu, pelatihan peningkatan mutu dan keselamatan pasien perlu direncanakan dan dilaksanakan sesuai dengan peran para pimpinan dan staf dalam program PMKP.

Rumah sakit mengidentifikasi dan menyediakan pelatih kompeten untuk pendidikan dan pelatihan ini. Yang dimaksud kompeten disini yaitu pelatih tersebut telah pernah mengikuti pelatihan/workshop peningkatan mutu dan keselamatan pasien sesuai standar akreditasi terkini.

Elemen penilaian PMKP 3		Telusur	Skor	
1. RS mempunyai program pelatihan PMKP yang diberikan oleh narasumber yang kompeten (R)	R	Regulasi tentang program pelatihan PMKP <i>Catatan :</i> <i>Program diklat PMKP bisa jadi satu dng Program diklat RS, bisa juga pisah</i>	10 - 0	TL - TT

PROGRAM DIKLAT PMKP (PMKP 3 EP 1,2,3,4)

No	JABATAN	LOKASI DIKLAT	MATERI
1.	<i>Direktur/Direksi/Ka PMKP</i>	<i>External</i>	<i>Konsep & prinsip PMKP</i>
2.	<i>Kepala Bidang/Divisi/Unit</i>	<i>External/internal</i>	<i>Konsep & prinsip PMKP</i>
3.	<i>Komite Medik & Keperawatan</i>	<i>External/internal</i>	<i>Konsep & prinsip PMKP</i>
4.	<i>Staf Komite PMKP</i>	<i>External/internal</i>	<i>Konsep & prinsip PMKP</i>
5.	<i>PIC data unit</i>	<i>Internal</i>	<i>Sistem manajemen data</i>
6.	<i>Staf klinis</i>	<i>External/Internal</i>	<i>Standar berfokus pada pasien</i>

Nara sumber Diklat PMKP Internal --> sertifikat WS PMKP KARS (+)

Elemen penilaian PMKP 3		Telusur	Skor	
2. Pimpinan di rumah sakit, termasuk komite medis dan komite keperawatan telah mengikuti pelatihan PMKP (D,W)	D	1)Bukti pelaksanaan pelatihan PMKP oleh narasumber yang kompeten	10	TL
			5	TS
			0	TT
		2)Bukti sertifikat pelatihan PMKP pimpinan RS, komite medis dan komite keperawatan		
		Catatan :		
		Dir RS & Ketua Komite PMKP → wajib ikut WS di KARS karena akan menjadi NS di RS ; utk para pimpinan yg lain bisa di RS or WS KARS		

58

Elemen penilaian PMKP 3		Telusur	Skor	
3. Semua individu yang terlibat di dalam pengumpulan, analisis dan validasi data telah mengikuti pelatihan PMKP khususnya tentang sistem manajemen data (D,W)	D	• Komite PMKP	10	TL
		• Staf unit,	5	TS
		• Penanggung jawab data unit kerja	0	TT
		<i>Catatan : Pelatihan di RS, sertifikat oleh Dir RS</i>		

Elemen penilaian PMKP 3		Telusur	Skor	
4. Staf di semua unit kerja termasuk staf klinis dilatih sesuai dengan pekerjaan mereka sehari-hari. (D,W)	D	• Komite PMKP	10	TL
		• Staf unit kerja	5	TS
		• Staf klinis	0	TT



Standar PMKP 4

Komite/tim PMKP atau bentuk organisasi lain terlibat proses pemilihan pengukuran mutu pelayanan klinis prioritas yang akan dievaluasi dan melakukan koordinasi dan integrasi kegiatan pengukuran di seluruh unit di rumah sakit.

Maksud dan Tujuan PMKP 4

Pemilihan indikator menjadi tanggung jawab pimpinan program. Standar TKRS 5 menjelaskan bagaimana RS menetapkan mutu pelayanan klinis prioritas untuk diukur di tingkat RS, sedangkan standar TKRS 11 menjelaskan proses pemilihan indikator mutu di tingkat unit pelayanan. Pemilihan indikator di unit pelayanan klinis maupun manajemen dipilih berdasarkan prioritas di unit tersebut. Jika indikator mutu yang dipilih di suatu unit pelayanan sama dengan unit pelayanan lain atau beberapa unit pelayanan, maka diperlukan koordinasi dan integrasi dalam pengumpulan data. Integrasi semua sistem ukuran akan memberikan kesempatan adanya penyelesaian dan perbaikan terintegrasi (lihat TKRS 4).

Integrasi indikator oleh beberapa unit pelayanan bisa dilaksanakan di RS besar seperti kegiatan pengurangan penggunaan antibiotik di RS yang merupakan integrasi pelayanan farmasi, pencegahan pengendalian infeksi termasuk integrasi dengan indikator sasaran keselamatan pasien.

Maksud dan Tujuan PMKP

Komite/Tim PMKP terlibat dalam pemilihan pengukuran mutu pelayanan klinis prioritas RS dan melakukan koordinasi dan integrasi pengukuran mutu di unit pelayanan serta melakukan supervisi dalam proses pengumpulan data.

Setiap indikator mutu baik indikator mutu nasional, indikator mutu pelayanan klinis prioritas dan indikator mutu unit agar dilengkapi dengan profil indikator atau gambaran singkat tentang indikator sebagai berikut:

Maksud dan Tujuan PMKP

1. **a) Judul Indikator**
2. **b) Dasar pemikiran**
3. **c) Dimensi Mutu**
4. **d) Tujuan**
5. **e) Definisi Operasional**
6. **f) Jenis Indikator**
7. **g) Numerator (Pembilang)**
8. **h) Denominator (Penyebut)**
9. **i) Target Pencapaian**
10. **j) Kriteria inklusi dan eksklusi**

- k) Formula**
- l) Sumber data**
- m) Frekuensi pengumpulan data**
- n) Periode analisis**
- o) Cara Pengumpulan Data**
- p) Sampel**
- q) Rencana Analisis**
- r) Instrumen Pengambilan Data**
- s) Penanggung jawab**

Elemen penilaian PMKP 4		Telusur	Skor	
1. Komite/tim peningkatan mutu dan keselamatan pasien atau bentuk organisasi lainnya memfasilitasi pemilihan pengukuran mutu pelayanan klinis prioritas yang akan dievaluasi (lihat TKRS 4 EP 3). (D,W)	D	Bukti rapat tentang koordinasi membahas pemilihan dan penetapan mutu pelayanan klinis prioritas program PMKP yang dihadiri oleh Direktur RS, para pimpinan RS, dan komite PMKP	10	TL
	W	• Direktur RS • Kepala bidang/divisi • Kepala unit pelayanan • Komite PMKP	5	TS
			0	TT

Elemen penilaian PMKP 4		Telusur	Skor	
2. Komite/tim peningkatan mutu dan keselamatan pasien atau bentuk organisasi lainnya melakukan koordinasi dan integrasi kegiatan pengukuran mutu di unit pelayanan dan pelaporannya (lihat juga TKRS 11). (D,W)	D	Bukti rapat tentang koordinasi komite/tim PMKP dengan para kepala unit pelayanan dalam pengukuran mutu di unit pelayanan dan pelaporannya (UMAN)	10	TL
			5	TS
			0	TT
	W	Komite PMKP Kepala bidang/divisi Kepala unit pelayanan		

Elemen penilaian PMKP 4		Telusur	Skor	
3. Komite/tim peningkatan mutu dan keselamatan pasien atau bentuk organisasi lainnya melaksanakan supervisi terhadap progres pengumpulan data sesuai yang direncanakan. (D,W)	D	1) Bukti form supervisi	10	TL
		2) Bukti pelaksanaan tentang	5	TS
		supervisi dalam bentuk ceklis dan hasil terhadap progres pengumpulan data oleh Komite/tim PMKP	0	TT
	W	• Komite/tim PMKP • Penanggung jawab data unit kerja		



Standar PMKP 5

Rumah sakit memilih dan menetapkan pengukuran mutu pelayanan klinis prioritas yang akan dievaluasi dan ditetapkan indikator-indikator

Maksud dan Tujuan PMKP 5

- *Peningkatan mutu dan keselamatan pasien dilakukan berdasarkan tersedianya data. Penggunaan data secara efektif dapat dilakukan berdasarkan evidence-based praktik klinik dan evidence-based praktik manajemen.*
- *Setiap tahun rumah sakit harus memilih fokus perbaikan, proses dan hasil praktik klinis dan manajemen mengacu pada misi rumah sakit, kebutuhan pasien dan jenis pelayanan. Pemilihan ini didasarkan pada proses yang berimplikasi risiko tinggi, diberikan dalam volume besar atau cenderung menimbulkan masalah. Fokus perbaikan praktik klinis melibatkan komite medis dan kelompok staf medis terkait.*

Maksud dan Tujuan PMKP 5

Direktur rumah sakit bersama-sama dengan para pimpinan/manajer pelayanan dan manajemen memilih dan menetapkan pengukuran mutu pelayanan klinis prioritas untuk dilakukan evaluasi. Pengukuran mutu pelayanan klinis prioritas tersebut dilakukan dengan menggunakan indikator-indikator mutu sesuai kebutuhan, sebagai berikut:

- 1) Indikator mutu area klinik (IAK) yaitu indikator mutu yang bersumber dari area pelayanan**
- 2) Indikator mutu area manajemen (IAM) yaitu indikator mutu yang bersumber dari area manajemen**

Maksud dan Tujuan PMKP 5

- 3) Indikator mutu Sasaran Keselamatan Pasien yaitu indikator mutu yang mengukur kepatuhan staf dalam penerapan sasaran keselamatan pasien dan budaya keselamatan***

Indikator mutu yang sudah dipilih bila sudah tercapai terus menerus selama setahun, tidak bermanfaat untuk melakukan perbaikan, karena sudah tidak ada lagi yang perlu diperbaiki, maka sebaiknya diganti dengan indikator mutu baru.

Elemen penilaian PMKP 5		Telusur	Skor	
1. Direktur rumah sakit berkoordinasi dengan para kepala bidang/divisi dalam memilih dan menetapkan prioritas pengukuran mutu pelayanan klinis yang akan dievaluasi (Lihat juga TKRS 5 EP 1). (R)	R	Regulasi tentang pemilihan dan penetapan prioritas pengukuran mutu pelayanan <i>Catatan :</i> Regulasi bisa berdiri sendiri atau dijadikan satu dng Pedoman Peningkatan Mutu atau dijadikan satu dng Regulasi sistem manajemen data	10	TL
			-	-
			0	TT

Elemen penilaian PMKP 5		Telusur	Skor	
2. Berdasarkan prioritas tersebut ditetapkan pengukuran mutu dengan menggunakan indikator area klinis. (D,W)	D	Bukti daftar indikator area klinis	10	TL
			-	-
	W	• Direktur • Para kepala bidang/divisi • Komite PMKP • Komite Medik • Komite Keperawatan	0	TT

Elemen penilaian PMKP 5		Telusur	Skor	
3. Berdasarkan prioritas tersebut ditetapkan pengukuran mutu dengan menggunakan indikator area manajemen. (D,W)	D	Bukti daftar indikator area manajemen	10	TL
			-	-
	W	• Direktur • Para kepala bidang/divisi • Komite PMKP • Komite Medik • Komite Keperawatan	0	TT

Elemen penilaian PMKP 5		Telusur	Skor	
4. Berdasarkan prioritas tersebut ditetapkan pengukuran mutu dng menggunakan indikator sasaran keselamatan pasien (Lihat juga TKRS 5 EP 4). (D,W)	D	Bukti daftar indikator	10	TL
		<i>sasaran keselamatan</i>	-	-
	W	<i>pasien</i> • Direktur • Para kepala bidang/divisi • Komite PMKP • Komite Medik • Komite Keperawatan	0	TT

Elemen penilaian PMKP 5		Telusur	Skor	
5. Setiap indikator yang ditetapkan dilengkapi dengan profil indikator yang meliputi a) sampai s) yang ada di maksud dan tujuan PMKP 4 (lihat juga TKRS 5 dan TKRS 4). (D)	D	Bukti profil setiap indikator yang ada di EP 2, 3, dan 4	10 5 0	TL TS TT

Elemen penilaian PMKP 5		Telusur	Skor	
6. Direktur rumah sakit dan komite/tim PMKP melakukan supervisi terhadap proses pengumpulan data (lihat juga TKRS 4 EP 2). (D,W)	D	1) Bukti form supervisi	10	TL
		2) Bukti pelaksanaan tentang supervisi	5	TS
		dalam bentuk ceklis dan hasil terhadap progres pengumpulan data oleh Komite/tim PMKP	0	TT
	W	3) Bukti rapat tentang hasil supervisi • Direktur rumah sakit • Komite/tim PMKP • Staf pengumpul data		



Standar PMKP 5.1

Dilakukan evaluasi proses pelaksanaan **standar pelayanan kedokteran di rumah sakit** untuk menunjang pengukuran mutu pelayanan klinis prioritas.

Maksud dan Tujuan PMKP 5.1

- Implementasi standar pelayanan kedokteran di rumah sakit berupa standar prosedur operasional yang disusun dalam bentuk panduan praktik klinis (PPK) yang dapat dilengkapi dengan alur klinik/*clinical pathway* (CP), protokol, algoritme, prosedur atau *standing order*.
- Terkait dengan pengukuran mutu pelayanan klinis prioritas pada PMKP 5 diatas, maka Direktur RS bersama-sama dengan Pimpinan medis, Ketua Komite medis dan Kelompok Staf Medis terkait menetapkan paling sedikit 5 (lima) evaluasi prioritas standar pelayanan kedokteran berupa panduan praktik klinis (PPK) atau alur klinik/*clinical pathway* (CP) atau protokol, algoritme, prosedur atau *standing order* yang dimonitor implementasinya oleh Komite Medik dan atau Sub Komite Mutu Profesi.

Maksud dan Tujuan PMKP 5.1

Tujuan dari monitoring pelaksanaan evaluasi prioritas standar pelayanan kedokteran sebagai berikut:

- 1) Mendorong tercapainya standarisasi proses asuhan klinik***
- 2) Mengurangi risiko dalam proses asuhan, terutama yang berkaitan asuhan kritis***
- 3) Memanfaatkan sumber daya yang tersedia dengan efisien dalam memberikan asuhan klinik tepat waktu dan efektif***

Maksud dan Tujuan PMKP 5.1

- 4) Memanfaatkan indikator prioritas sebagai indikator dalam penilaian kepatuhan penerapan alur klinis di area yang akan diperbaiki di tingkat rumah sakit***
- 5) Secara konsisten menggunakan praktik berbasis bukti (“evidence based practices”) dalam memberikan asuhan bermutu tinggi***

Maksud dan Tujuan PMKP 5.1

Evaluasi prioritas standar pelayanan kedokteran tersebut dipergunakan untuk mengukur keberhasilan dan efisiensi peningkatan mutu pelayanan klinis prioritas rumah sakit. Evaluasi prioritas standar pelayanan kedokteran dapat dilakukan melalui audit medis dan atau audit klinis, dan dapat menggunakan indikator mutu. Tujuan dari evaluasi adalah untuk menilai efektivitas penerapan standar pelayanan kedokteran di rumah sakit sehingga dapat dibuktikan bahwa penggunaan standar pelayanan kedokteran di rumah sakit telah mengurangi adanya variasi dari proses dan hasil serta berdampak terhadap efisiensi (Kendali biaya) (TKRS 11.2). Indikator area klinis (IAK), indikator area manajemen (IAM) dan indikator sasaran keselamatan pasien (ISKP) dapat digunakan untuk melakukan evaluasi terhadap kepatuhan standar pelayanan kedokteran di rumah sakit misalnya kepatuhan terhadap pemberian terapi, pemeriksaan penunjang dan lama hari rawat (LOS).

Maksud dan Tujuan PMKP 5.1

Contoh:

- **Dalam PPK disebutkan bahwa tata laksana stroke non-hemoragik harus dilakukan secara multidisiplin dan dengan pemeriksaan serta intervensi dari hari ke hari dengan urutan tertentu. Karakteristik penyakit stroke non-hemoragik sesuai untuk dibuat alur klinis (clinical pathway/CP); sehingga perlu dibuat CP untuk stroke non-hemoragik.**
- **Dalam PPK disebutkan bahwa pada pasien gagal ginjal kronik perlu dilakukan hemodialisis. Uraian rinci tentang hemodialisis dimuat dalam protokol hemodialisis pada dokumen terpisah.**

Maksud dan Tujuan PMKP 5.1

Contoh:

- **Dalam PPK disebutkan bahwa pada anak dengan kejang demam kompleks perlu dilakukan pungsi lumbal. Uraian pelaksanaan pungsi lumbal tidak dimuat dalam PPK melainkan dalam prosedur pungsi lumbal dalam dokumen terpisah.**
- **Dalam tata laksana kejang demam diperlukan pemberian diazepam rektal dengan dosis tertentu yang harus diberikan oleh perawat bila dokter tidak ada; ini diatur dalam “standing order”**

Elemen penilaian PMKP 5.1		Telusur	Skor	
1. Rumah sakit menetapkan evaluasi prioritas standar pelayanan kedokteran di RS (R)	R	Regulasi tentang evaluasi prioritas standar pelayanan kedokteran di rumah sakit	10	TL
			-	-
			0	TT
2.Hasil evaluasi dapat menunjukkan adanya perbaikan terhadap kepatuhan dan mengurangi variasi dalam penerapan prioritas standar pelayanan kedokteran di RS (D,W)	D	Bukti hasil capaian kepatuhan	10	TL
		DPJP dan pengurangan variasi	5	TS
		dalam penerapan prioritas standar pelayanan kedokteran di rumah sakit	0	TT
	W	• Komite PMKP • Komite medis		

PPK-CP

PMK 1438/2010 tentang STANDAR PELAYANAN KEDOKTERAN

STANDAR PELAYANAN KEDOKTERAN



PEDOMAN NASIONAL PRAKTIK KEDOKTERAN



STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL RS



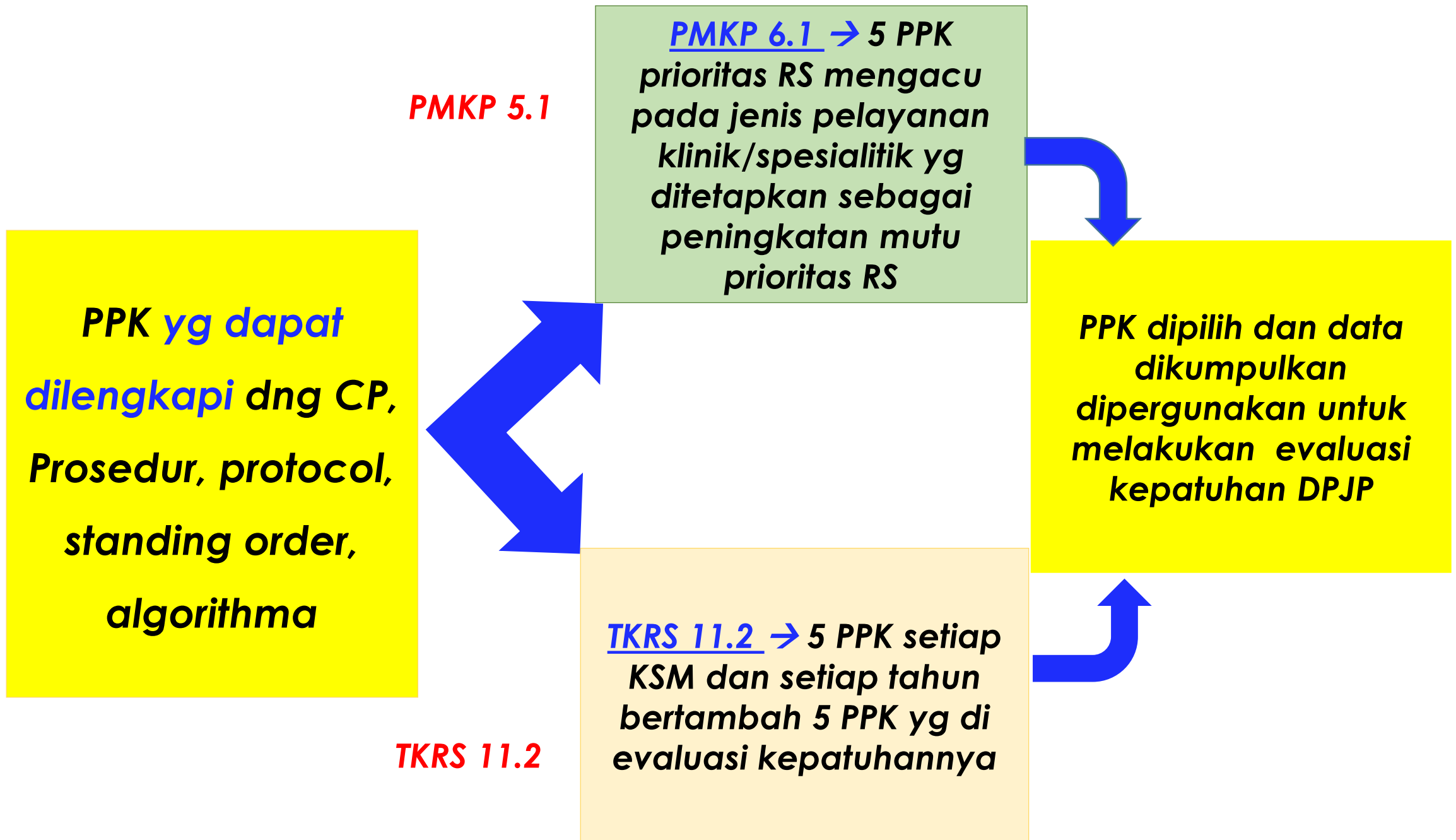
SPO disusun dalam bentuk PANDUAN PRAKTIK KLINIS yang DAPAT DILENGKAPI dng Alur klinis (CP), algorithm, protokol , prosedur atau standing order

BAB V

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL

Pasal 10

- (1) Pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan wajib memprakarsai penyusunan SPO sesuai dengan jenis dan strata fasilitas pelayanan kesehatan yang dipimpinnya.
- (2) PNPK harus dijadikan acuan pada penyusunan SPO di fasilitas pelayanan kesehatan.
- (3) SPO harus dijadikan panduan bagi seluruh tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan dalam melaksanakan pelayanan kesehatan.
- (4) SPO disusun dalam bentuk Panduan Praktik Klinis (*clinical practice guidelines*) yang dapat dilengkapi dengan alur klinis (*clinical pathway*), algoritme, protokol, prosedur atau *standing order*.
- (5) Panduan Praktik Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (4) harus memuat sekurang-kurangnya mengenai pengertian, anamnesis, pemeriksaan fisik, kriteria diagnosis, diagnosis banding, pemeriksaan penunjang, terapi, edukasi, prognosis dan kepastasaan.





Standar PMKP 6

Setiap unit kerja di rumah sakit memilih dan menetapkan indikator mutu yang dipergunakan untuk mengukur mutu unit kerja.

Maksud dan Tujuan PMKP 6

Pemilihan indikator adalah tanggung jawab dari pimpinan. TKRS. 5 menjelaskan bagaimana Pimpinan rumah sakit memutuskan area prioritas untuk pengukuran di seluruh rumah sakit, dan TKRS.11 menjelaskan proses pemilihan indikator untuk setiap unit pelayanan/unit kerja. Semua unit pelayanan – baik klinis dan manajerial – memilih indikator yang terkait dengan prioritas unit.

Di rumah sakit yang besar dapat diantisipasi adanya kemungkinan indikator yang serupa dipilih oleh beberapa unit pelayanan.

Maksud dan Tujuan PMKP 6

- **Indikator mutu di unit pelayanan/kerja dipergunakan untuk menilai mutu unit pelayanan/kerja. Komite/Tim PMKP melakukan koordinasi dan mengorganisasi pemilihan indikator mutu di unit kerja tersebut sehingga indikator yang dipilih tersebut valid, reliable, sensitive dan spesifik. Pengukuran mutu perlu juga memperhatikan enam dimensi mutu dari WHO yaitu: “effective, efficient , accessible, acceptable/patient-centred, equitable, and safe“. Setelah pimpinan unit memilih indikator mutu unit maka Komite PMKP atau bentuk organisasi lainnya membantu menyusun profil indikatornya.**

Maksud dan Tujuan PMKP 6

Pimpinan unit kerja terlibat langsung dalam pemilihan dan penetapan yang ingin diukur di unit kerja. Indikator mutu unit kerja dapat menggunakan indikator mutu yang tercantum di dalam standar pelayanan minimal. Indikator mutu di unit pelayanan dapat meliputi indikator mutu area klinis, indikator mutu area manajemen dan indikator mutu penerapan sasaran keselamatan pasien, dan indikator mutu unit kerja (non pelayanan), minimal meliputi indikator area manajemen.

Maksud dan Tujuan PMKP 6

Dalam memilih indikator mutu, kepala unit kerja dan unit pelayanan agar memperhatikan hal-hal sebagai berikut :

- a) Indikator mutu nasional, dimana sumber data ada di unit tersebut*
- b) Prioritas pengukuran mutu pelayanan klinis di rumah sakit. Indikator mutu yang dipergunakan untuk mengukur mutu di prioritas pengukuran mutu rumah sakit, sumber data pasti dari unit dan menjadi indikator mutu unit.*
- c) Fokus mengukur hal-hal yang ingin diperbaiki*
- d) Melakukan koordinasi dengan komite medis, bila evaluasi penerapan panduan praktik klinis dan evaluasi kinerja dokter menggunakan indikator mutu*
- e) Indikator mutu yang dipergunakan untuk melakukan evaluasi kontrak pelayanan klinis atau non klinis, bila sumber data ada di unit tersebut.*

Maksud dan Tujuan PMKP 6

Komite/Tim PMKP agar memfasilitasi pemilihan indikator mutu unit kerja dan unit pelayanan.

Sebagai contoh, unit pelayanan farmasi, pengendalian infeksi dan penyakit menular mungkin masing-masing memilih prioritas yang terkait dengan pengurangan penggunaan antibiotik di rumah sakit. Program mutu dan keselamatan pasien yang dijabarkan dalam standar-standar PMKP ini mempunyai peran yang penting dalam membantu unit pelayanan untuk menyetujui pendekatan bersama terhadap pengukuran dan memudahkan pengambilan data untuk pengukuran yang ditetapkan.

Setiap indikator yang sudah dipilih agar dilengkapi dengan profil indikator sebagaimana diatur di maksud dan tujuan di PMKP 5.

Elemen penilaian PMKP 6		Telusur	Skor	
1. Rumah sakit mempunyai regulasi tentang pengukuran mutu dan cara pemilihan indikator mutu di unit kerja dan unit pelayanan yang antara lain meliputi a) sampai dengan e) yang ada di maksud dan tujuan (lihat juga TKRS 11 EP 1). (R)	R	Regulasi tentang kriteria pemilihan indikator mutu unit kerja dan unit pelayanan	10	TL
			-	-
			0	TT

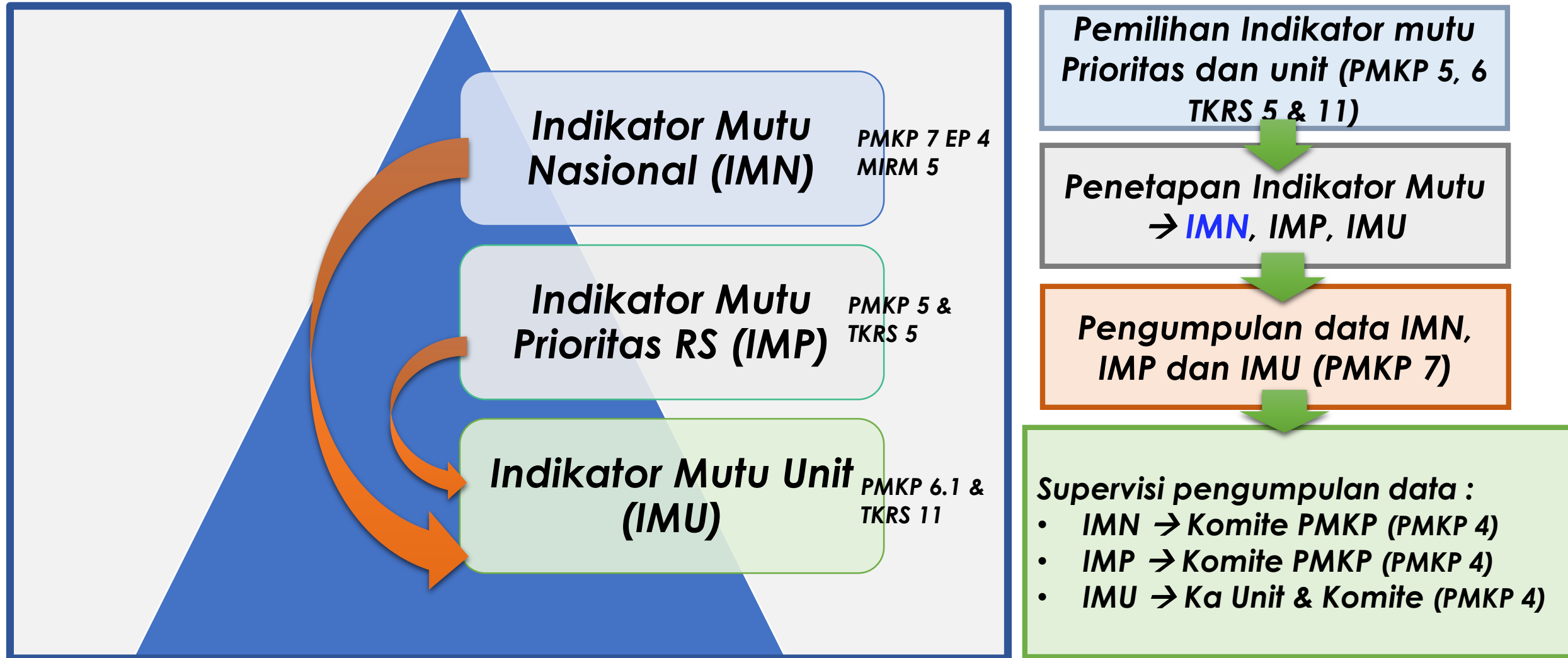
Elemen penilaian PMKP 6		Telusur	Skor	
2. Setiap unit kerja dan pelayanan melakukan telah memilih dan menetapkan indikator mutu unit (lihat juga TKRS 11 EP 1). (D,W)	D	Bukti indikator mutu di setiap unit kerja dan unit pelayanan	10	TL
			5	TS
			0	TT
	W	Komite PMKP Unit kerja Unit pelayanan		

Elemen penilaian PMKP 6		Telusur	Skor	
3. Setiap indikator mutu unit kerja dan unit pelayanan telah dilengkapi profil indikator meliputi a) sampai dengan s) yang ada di maksud dan tujuan di PMKP 4. (D,W)	D	Bukti tentang profil setiap indikator mutu unit kerja dan unit pelayanan di EP 2	10	TL
	W	• Komite PMKP • Unit kerja • Unit pelayanan	5	TS
4. Setiap unit kerja dan unit pelayanan melaksanakan proses pengumpulan data dan pelaporan (D,W)	D	Bukti form pengumpulan data dan pelaporan data	10	TL
	W	Penanggungjawab data unit kerja dan unit pelayanan	5	TS
			0	TT

Elemen penilaian PMKP 6		Telusur	Skor	
5. Pimpinan unit kerja dan unit pelayanan melakukan supervisi terhadap proses pengumpulan data dan pelaporan serta melakukan perbaikan mutu berdasarkan hasil capaian indikator mutu (D,W)	D	1) Bukti form ceklis	10	TL
		2) Bukti pelaksanaan supervisi	5	TS
		dan hasil terhadap progres pengumpulan data dan tindak lanjutnya	0	TT
	W	• Kepala unit kerja dan unit pelayanan • Penanggungjawab data unit kerja dan unit pelayanan		

Elemen penilaian PMKP 6		Telusur	Skor	
5. Pimpinan unit kerja dan unit pelayanan melakukan supervisi terhadap proses pengumpulan data dan pelaporan serta melakukan perbaikan mutu berdasarkan hasil capaian indikator mutu (D,W)	D	1) Bukti form ceklis	10	TL
		2) Bukti pelaksanaan supervisi	5	TS
		dan hasil terhadap progres pengumpulan data dan tindak lanjutnya	0	TT
	W	• Kepala unit kerja dan unit pelayanan • Penanggungjawab data unit kerja dan unit pelayanan		

Measure Selection and Data Collection for Quality Monitoring



INDIKATOR MUTU NASIONAL



Nomor : YM-02.02/VI/2474/2018
Hal : Surat permohonan pengintegrasian
12 Indikator Mutu ke SISMADAK

Jakarta, 17 Mei 2018

Yth. Ketua Eksekutif KARS
Gedung Epicentrum Epiwalk Lt.7
Jl. Boulevard Epicentrum Selatan,
Kawasan Rasuna Epicentrum Kuningan

Dalam upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan, rumah sakit berkewajiban mempertahankan standar pelayanan rumah sakit antara lain dengan melakukan pengukuran capaian kinerja. Dengan ditetapkan 12 (dua belas) Indikator Mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit diharapkan semua rumah sakit pemerintah maupun swasta untuk dapat melakukan pengukuran tersebut.

Aplikasi SISMADAK atau Sistem Manajemen Dokumen Akreditasi merupakan aplikasi alat bantu yang diperuntukkan bagi Rumah Sakit yang mengikuti program Akreditasi yang diselenggarakan oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS). SISMADAK berguna bagi rumah sakit dalam persiapan akreditasi untuk mengumpulkan, menyimpan, dan mencari kembali dokumen bukti yang berhubungan dengan akreditasi serta membantu rumah sakit untuk *Bench Marking*.

Untuk itu kami berharap 12 (dua belas) Indikator Mutu Pelayanan Kesehatan dapat diintegrasikan kedalam Sistem Manajemen Dokumen Akreditasi (SISMADAK) Komisi Akreditasi Rumah Sakit yang Saudara kelola (terlampir dalam bentuk CD).

Atas perhatian dan kerjasama Saudara diucapkan terimakasih.



Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan

dr. Bambang Wibowo, SpOG (K), MARS.
NIP. 196108201988121001

INDIKATOR MUTU NASIONAL DI SISMADAK

1. Kepatuhan Identifikasi Pasien;

2. Emergency Respon Time (EMT);

3. Waktu Tunggu Rawat Jalan;

4. Penundaan Operasi Elektif;

5. Kepatuhan jam visite dokter

6. Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Laboratorium;

7. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (FORNAS); --
> hanya utk RS provider BPJS

8. Kepatuhan Cuci Tangan;

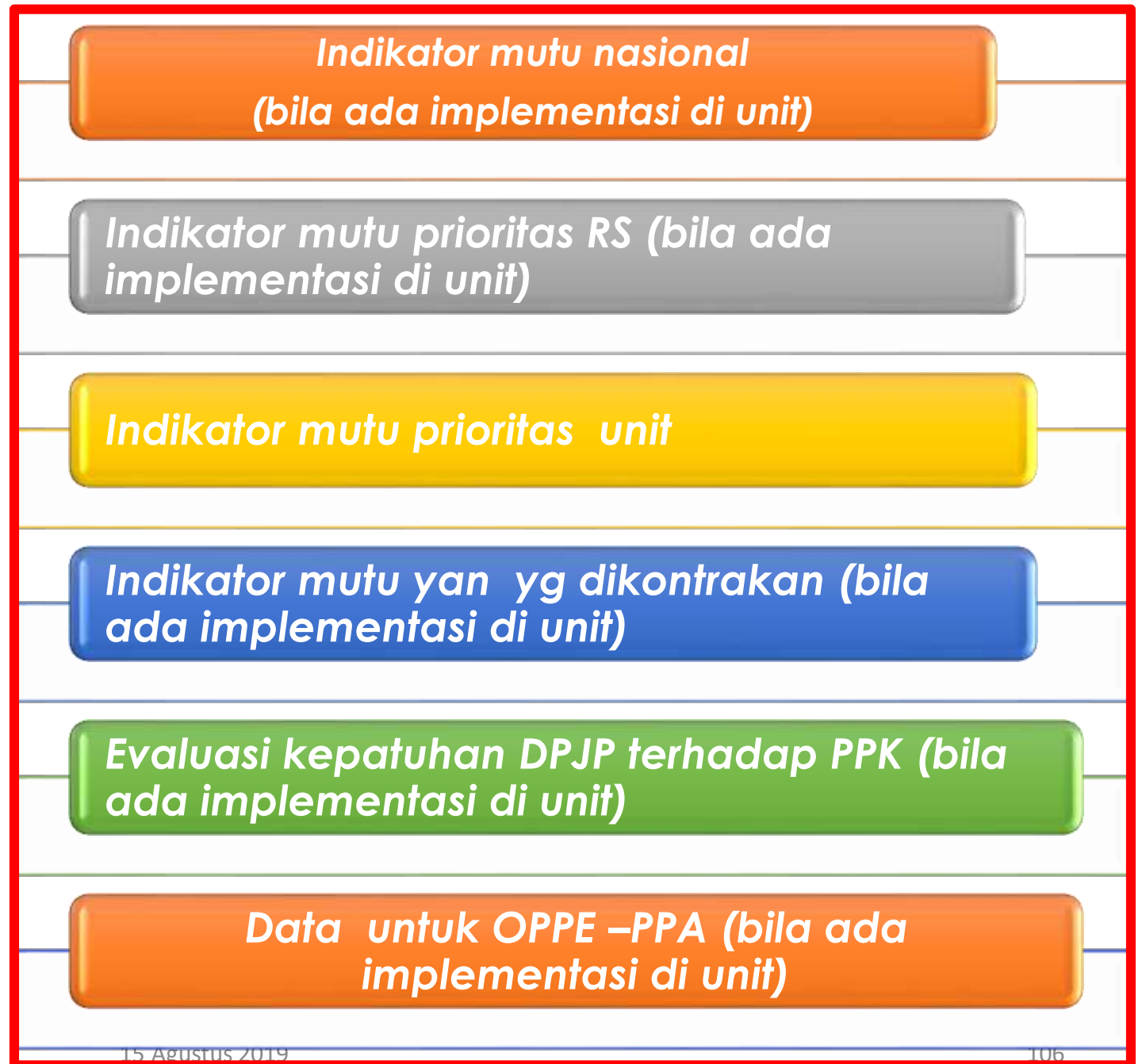
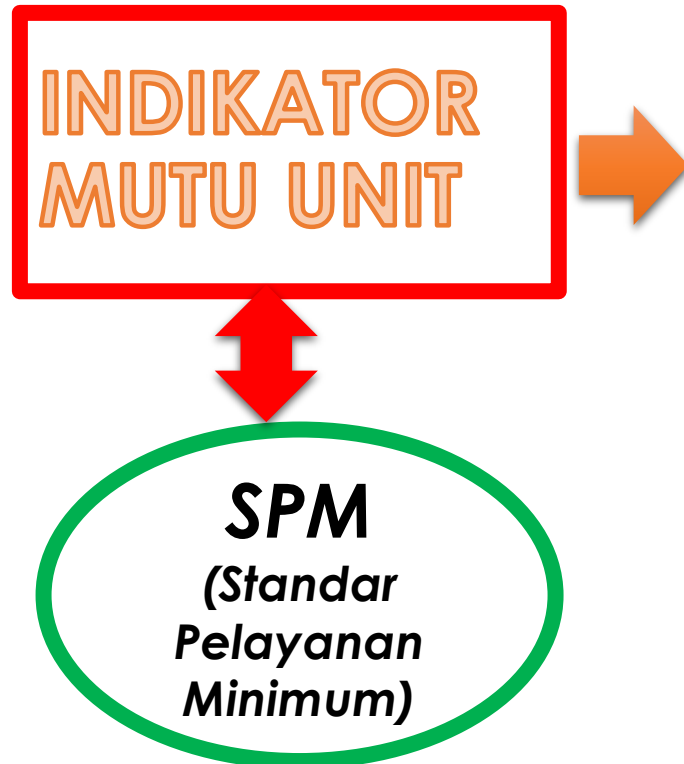
9. Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Cedera Akibat Pasien Jatuh

10. Kepatuhan terhadap Clinical Pathway;

11. Kepuasan Pasien dan Keluarga;

12. Kecepatan Respon Terhadap Komplain

**PMKP 6 &
TKRS 11**



PROFIL INDIKATOR

<i>Judul Indikator</i>	<i>Nama Indikator</i>
<i>Dasar pemikiran</i>	<i>Alasan pemilihan Indikator mengacu pada peraturan perundang-undangan.</i>
<i>Dimensi Mutu</i>	<i>6 Dimensi Mutu WHO (aksesibilitas, efektifitas, efisiensi, keselamatan dan keamanan, kesinambungan pelayanan, berorientasi pada pasien).</i>
<i>Tujuan</i>	<i>Sesuatu hasil yang ingin dicapai dengan melakukan pengukuran terhadap indikator.</i>

PROFIL INDIKATOR

Definisi Operasional	Batasan pengertian yang dijadikan pedoman untuk melakukan suatu kegiatan pengukuran indikator untuk menghindari kerancuan
Jenis Indikator	Sesuai dengan judul indicator yang dinyatakan dalam pengukuran input, proses, outcome, dan proses & outcome. Input : pengukuran Sumber daya yg digunakan untuk aktifitas/ proses Proses: menggambarkan komponen- komponen kegiatan Outcome: mengukur keuntungan besar akibat dari hasil layanan, Proses & Outcome : mengukur produk yang dihasilkan untuk menunjang hasil layanan.

PROFIL INDIKATOR

Numerator (pembilang)	Besaran sebagai nilai pembilang dalam rumus indikator
Denominator (penyebut)	Besaran sebagai nilai penyebut dalam rumus indikator
Target Pencapaian	Capaian yang ditetapkan berdasarkan patok duga (benchmark) internal dan eksternal.
Kriteria: - Inklusi - Eksklusi	Batasan yang termasuk dalam cakupan pengukuran indikator
	Batasan yang tidak termasuk dalam cakupan pengukuran Indikator
Formula	Rumus untuk menghasilkan nilai dari indikator

PROFIL INDIKATOR

Sumber data	Sumber atau tempat dimana sampel atau keseluruhan data yang akan digunakan untuk melakukan pengukuran
Frekuensi pengumpulan data	Waktu yang ditentukan untuk mengambil data dari sumber data untuk setiap indikator
Periode analisis	Rentang waktu pelaksanaan kajian terhadap indikator kinerja yang dikumpulkan
Cara Pengumpulan Data	Metode yang digunakan untuk mengumpulkan data. Metode yang digunakan dapat berupa: a. Retrospektif: pengumpulan data yang diambil dari data masa lalu. b. Concurrent: pengumpulan data yang dilakukan secara langsung pada saat proses berjalan.
Sampel	Jabaran metode sampling dan besar sampel. Besar sampel disesuaikan dengan kaidah – kaidah statistik.

PROFIL INDIKATOR

Rencana Analisis	Metode/cara yang dilakukan untuk mengubah data yang dikumpulkan menjadi informasi yang berguna untuk menentukan langkah tindak lanjut pemecahan masalah dan pembuatan keputusan. Bisa berbentuk diagram garis, diagram batang, diagram pie, dan lain – lain sesuai karakteristik data. - Diagram garis digunakan untuk menampilkan data dari waktu ke waktu. - Diagram batang digunakan untuk menampilkan data pembandingan beberapa kategori. - Diagram pie digunakan untuk menampilkan proporsi.
Instrumen Pengambilan Data	Nama formulir pengambilan data Nama formulir rekapitulasi data Nama formulir validasi data
Penanggung Jawab	Pejabat yang bertanggung terhadap capaian indikator mutu



Standar PMKP 7

Pengumpulan data merupakan salah satu kegiatan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien untuk mendukung asuhan pasien dan manajemen rumah sakit lebih baik.

Maksud dan Tujuan PMKP 7

Dalam program peningkatan mutu dan keselamatan pasien, pengumpulan data merupakan bagian penting dari penilaian kinerja untuk mendukung asuhan pasien dan manajemen yang lebih baik.

Profil rumah sakit dapat dilihat dari data yang terkumpul. Kumpulan data ini perlu di analisis dan dibandingkan dengan rumah sakit lain yang sejenis. Jadi, pengumpulan data merupakan bagian penting dari kegiatan meningkatkan perbaikan kinerja. Data yang dimaksud adalah sesuai dengan a) sampai dengan g) yang ada di maksud dan tujuan PMKP 2.1.

Pengumpulan data dari manajemen risiko, manajemen sistem utilitas, pencegahan dan pengendalian infeksi, dapat membantu rumah sakit memahami kinerja rumah sakit saat ini, apa yang masih menjadi masalah dan perlu dilakukan perbaikan.

Maksud dan Tujuan PMKP 7

Bank data dari luar juga berharga untuk memonitor praktik profesional yang dijelaskan di KKS.11.

Dengan berpartisipasi menggunakan bank data dari luar, rumah sakit dapat membandingkan dirinya sendiri dengan rumah sakit lain yang sama tingkatannya, di tingkat lokal, nasional dan internasional. Perbandingan adalah alat efektif untuk menemukan langkah langkah perbaikan dan mencatat tingkat kinerjanya. Jaringan pelayanan kesehatan dan mereka yang membayar untuk pelayanan kesehatan sering membutuhkan informasi ini.

Maksud dan Tujuan PMKP 7

Bank data dari luar banyak bentuknya mulai bank data asuransi sampai perkumpulan profesional dan bisa juga indikator-indikator mutu yang diwajibkan oleh pemerintah. Sesuai peraturan perundangan mungkin ada RS yang diharuskan ikut sebagai peserta bank data. Dalam semua kasus, keamanan dan kerahasiaan data dan informasi harus dijaga. Rumah sakit juga dapat membandingkan data dengan menggunakan SISMAKADAK, yaitu dengan membandingkan data capaian propinsi atau nasional.

Maksud dan Tujuan PMKP 7

Berdasarkan hal tersebut diatas rumah sakit agar mempunyai regulasi tentang

- a) Sistem manajemen data yang meliputi pengumpulan, pelaporan, analisis, feedback dan publikasi data (PMKP 2.1)***
- b) Menetapkan data-data yang akan dibandingkan dengan rumah sakit lain atau menggunakan database eksternal***
- c) Menjamin keamanan dan kerahasiaan data dalam berkontribusi dengan database eksternal.***

Elemen penilaian PMKP 7		Telusur	Skor	
1. RS mempunyai regulasi tentang manajemen data yang meliputi a) sampai dengan c) yang ada di maksud dan tujuan (lihat juga PMKP 2.1). (R)	R	Regulasi tentang manajemen data termasuk keamanan, kerahasiaan data internal dan eksternal serta benchmark data	10	TL
			-	-
			0	TT

Elemen penilaian PMKP 7		Telusur	Skor	
2. Komite/Tim PMKP atau bentuk organisasi lainnya melakukan koordinasi dengan unit pelayanan dalam pengumpulan data (D,W)	D	Bukti rapat tentang koordinasi Komite/Tim PMKP dengan unit pelayanan dalam pengumpulan data di unit pelayanan dan pelaporannya	10	TL
			5	TS
			0	TT
	W	• Komite PMKP • Unit pelayanan • Penanggungjawab data unit pelayanan • IT		

Elemen penilaian PMKP 7		Telusur	Skor	
3. RS telah melakukan pengumpulan data dan informasi untuk mendukung asuhan pasien, manajemen RS, pengkajian praktik profesional serta program PMKP secara menyeluruh (D,W)	D	Bukti hasil pengumpulan data dan informasi yang meliputi indikator area klinis, manajemen, sasaran keselamatan pasien, insiden keselamatan pasien, dan tingkat kepatuhan DPJP terhadap PPK	10	TL
			5	TS
	W	Komite PMKP - Komite medis - Penanggungjawab data unit kerja	0	TT

Elemen penilaian PMKP 7		Telusur	Skor	
4. Kumpulan data dan informasi disampaikan kepada badan diluar RS sesuai peraturan dan perundangan-undangan. (D,W)	D	Bukti penyampaian data ke luar RS, contoh data 12 indikator mutu nasional	10	TL
			5	TS
			0	TT
	W	Komite PMKP		

INDIKATOR MUTU NASIONAL DI SISMADAK

1. Kepatuhan Identifikasi Pasien;

2. Emergency Respon Time (EMT);

3. Waktu Tunggu Rawat Jalan;

4. Penundaan Operasi Elektif;

5. Kepatuhan jam visite dokter

6. Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Laboratorium;

7. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (FORNAS); --
> hanya utk RS provider BPJS

8. Kepatuhan Cuci Tangan;

9. Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Cedera Akibat Pasien Jatuh

10. Kepatuhan terhadap Clinical Pathway;

11. Kepuasan Pasien dan Keluarga;

12. Kecepatan Respon Terhadap Komplain

5. Rumah sakit berkontribusi terhadap database eksternal dengan menjamin keamanan dan kerahasiaan (D,W)	D	Bukti pelaksanaan tentang benchmark (tolok ukur) data, contoh data 12 indikator mutu nasional	10	TL
			5	TS
			0	TT
	W	• Direktur RS • Komite PMKP		



Standar PMKP 7.1

Analisis data merupakan salah satu kegiatan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien untuk mendukung asuhan pasien dan manajemen rumah sakit

Maksud dan Tujuan PMKP 7.1

Untuk mencapai kesimpulan dan membuat keputusan, data harus dikumpulkan, dianalisis dan diubah menjadi informasi yang berguna. Analisis data melibatkan individu didalam Komite/Tim PMKP yang memahami manajemen informasi, mempunyai keterampilan dalam metode-metode pengumpulan data, dan mengetahui cara menggunakan berbagai alat statistik. Hasil analisis data harus dilaporkan kepada para pimpinan yang bertanggung jawab akan proses atau hasil yang diukur dan yang mampu menindaklanjuti.

Maksud dan Tujuan PMKP 7.1

Dengan demikian, data menyediakan masukan berkesinambungan yang membantu individu tersebut mengambil keputusan dan terus-menerus memperbaiki proses klinis dan manajerial.

Pengertian terhadap teknik statistik dapat berguna dalam proses analisa data, khususnya dalam menafsirkan variasi dan memutuskan area yang paling membutuhkan perbaikan. Run charts, diagram kontrol (control charts), histogram, dan diagram Pareto adalah contoh dari metode statistik yang sangat berguna dalam memahami pola dan variasi dalam pelayanan kesehatan.

Maksud dan Tujuan PMKP 7.1

Program mutu berpartisipasi dalam menetapkan seberapa sering data harus dikumpulkan dan dianalisis. Frekuensi dari proses ini bergantung dari kegiatan program tersebut dan area yang diukur serta frekuensi pengukuran. Sebagai contoh, pemeriksaan data mutu dari laboratorium klinis mungkin dianalisis setiap minggu untuk mematuhi peraturan perundangan-undangan, dan data tentang pasien jatuh mungkin dianalisis setiap bulan apabila jatuhnya pasien jarang terjadi. Maka, pengumpulan data pada titik-titik waktu tertentu akan memungkinkan rumah sakit untuk menilai stabilitas dari proses tertentu ataupun menilai dapat diprediksinya hasil tertentu terkait dengan ekspektasi yang ada

Maksud dan Tujuan PMKP 7.1

Oleh karena itu, rumah sakit agar menyusun regulasi analisis data yang meliputi :

a) Penggunaan statistik dalam melakukan analisis data

b) Analisis yang harus dilakukan yaitu :

- Membandingkan data di rumah sakit dari waktu ke waktu data (analisis trend), misalnya dari bulanan ke bulan, dari tahun ke tahun. Perlu diperhatikan dalam melakukan analisa tren, data atau titik yang ada di gambar grafik minimal 5-6 titik, bila di gambar grafik baru ada 3 titik data maka dapat diartikan analisa tren belum dilakukan.***

Maksud dan Tujuan PMKP 7.1

- ***Membandingkan dengan rumah sakit lain, bila mungkin yang sejenis, seperti melalui database eksternal baik nasional maupun internasional***
- ***Membandingkan dengan standar-standar, seperti yang ditentukan oleh badan akreditasi atau organisasi profesional ataupun standar-standar yang ditentukan oleh peraturan perundang-undangan***
- ***Membandingkan dengan praktik-praktik yang diinginkan yang dalam literatur digolongkan sebagai best practice (praktik terbaik) atau better practice (praktik yang lebih baik) atau practice guidelines (panduan praktik klinik)***

Elemen penilaian PMKP 7.1		Telusur	Skor	
1. RS mempunyai regulasi tentang analisis data yang meliputi a) sampai dengan b) yang ada di maksud dan tujuan (R) (Lihat juga PMKP 2.1, PMKP 7 EP 1 dan MIRM 1.1)	R	Regulasi tentang sistem manajemen data	10 - 0	TL - TT
2. RS telah melakukan pengumpulan data, analisis dan menyediakan informasi yang berguna untuk mengidentifikasi kebutuhan untuk perbaikan (D,W)	D W	Bukti pengumpulan, analisis dan rencana perbaikannya • Komite PMKP • Penanggungjawab data unit • Staf SIM-RS	10 5 0	TL TS TT

129

Elemen penilaian PMKP 7.1		Telusur	Skor	
3. Analisis data telah dilakukan dng menggunakan metode dan teknik-teknik statistik, sesuai kebutuhan (D,W)	D	Bukti analisis data dengan menggunakan metode dan teknik-teknik statistik Run chart/control chart/ pareto/Bar diagram	10	TL
			5	TS
			0	TT
	W			
		Komite PMKP Penanggungjawab data unit		

Elemen penilaian PMKP 7.1		Telusur	Skor	
4. Analisis data telah dilakukan dng melakukan perbandingan dari waktu ke waktu di dlm RS, dng melakukan perbandingan database eksternal dari RS sejenis atau data nasional/ internasional, dan melakukan perbandingan dengan standar dan praktik terbaik berdasar kan referensi terkini (D,W)	D	Bukti pelaksanaan tentang analisis data meliputi:	10	TL
		1) Trend analysis	5	TS
		2) Perbandingan dengan data eksternal atau RS lain	0	TT
		3) Perbandingan dengan standar		
	W	4) Perbandingan dengan praktik terbaik		
		Direktur RS		
		• Kepala bidang/divisi		
		• Kepala unit pelayanan		
		• Komite PMKP		
		• Penanggungjawab data unit		
			131	

Elemen penilaian PMKP 7.1		Telusur	Skor	
5. Pelaksana analisis data yaitu staf komite/tim 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. (D,W)	D	Bukti sertifikat pelatihan Komite PMKP dan penanggung jawab data unit dan pengalaman kerja	10	TL
			5	TS
			0	TT
	W	Komite PMKP Penanggungjawab data unit		

Elemen penilaian PMKP 7.1		Telusur	Skor	
6. Hasil analisis data telah disampaikan kepada Direktur, para kepala bidang/divisi dan kepala unit untuk ditindaklanjuti. (D,W)	D	1) Bukti laporan hasil analisis data	10	TL
		2) Bukti laporan hasil analisis data disampaikan kepada Direktur, kepala bidang dan kepala unit	5	TS
		3) Bukti tindak lanjut/rencana perbaikan	0	TT
	W	Direktur/kepala bidang/divisi - Kepala unit - Komite PMKP		



Standar PMKP 7.2

Program PMKP prioritas di rumah sakit telah dianalisis dan mempunyai dampak terhadap peningkatan mutu dan efisiensi biaya pertahun.

Maksud dan Tujuan PMKP 7.2

Direktur RS memprioritaskan proses di RS yg diukur, program perbaikan dan kegiatan keselamatan pasien yg diterapkan, dan bagaimana mengukur keberhasilan dalam upaya di seluruh RS ini.

Program PMKP analisis atas dampak prioritas perbaikan yang didukung oleh pimpinan (Lihat TKRS 5, EP 4). Staf program PMKP menyusun sarana untuk mengevaluasi penggunaan sumber daya untuk proses yang telah diperbaiki. Sumber daya dapat sumber daya manusia (sebagai contoh, waktu yang dipakai untuk setiap langkah dalam proses tersebut) atau dapat pula melibatkan penggunaan teknologi dan sumber daya lainnya. Analisis ini memberikan informasi yang berguna atas perbaikan mana yang berdampak terhadap efisiensi dan biaya.

Maksud dan Tujuan PMKP 7.2

Contoh : Rumah sakit menetapkan pelayanan jantung merupakan program prioritas, rumah sakit menyusun panduan klinis dan clinical pathway untuk kasus akut myocard infarct (AMI), dari hasil analisis implementasi AMI didapatkan variasi pelayanan Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) telah berkurang dan ada kecenderungan kepatuhan DPJP meningkat dan dari hasil analisis dapat diketahui bahwa biaya untuk pasien AMI juga cenderung turun sesuai dengan standar.

Dalam melakukan analisis tersebut Komite PMKP berkoordinasi dengan Komite Medik karena terkait dengan audit medis, bagian keuangan rumah sakit dan teknologi informasi (Information Technology) rumah sakit khususnya untuk billing system sehingga dapat diketahui telah terjadi kendali biaya.

Maksud dan Tujuan PMKP 7.2

Direktur RS mengukur keberhasilan pengukuran mutu pelayanan klinis prioritas melalui:

- a) Pengukuran capaian-capaian indikator area klinik dan area manajemen**
- b) Pengukuran kepatuhan penerapan sasaran keselamatan pasien**
- c) Pengukuran kepatuhan pelaksanaan standar pelayanan kedokteran di rumah sakit sehingga mengurangi variasi dalam pemberian pelayanan**
- d) Pengukuran efisiensi penggunaan sumber daya termasuk biaya yang dipergunakan untuk perbaikan di pengukuran mutu pelayanan klinis prioritas rumah sakit tersebut.**

Melalui pengukuran-pengukuran penggunaan sumber daya tersebut diatas, dapat diketahui dampak perbaikan program prioritas rumah sakit secara keseluruhan termasuk biaya yang dipergunakan

Elemen penilaian PMKP 7.2		Telusur	Skor	
1. Komite/Tim PMKP atau bentuk organisasi lainnya telah mengumpulkan dan menganalisis data pengukuran mutu pelayanan klinis prioritas yang meliputi a) sampai dengan d) yang ada di maksud dan tujuan (lihat PMKP 5, PMKP 7 dan TKRS 5 EP 5) (D,W)	D	Bukti tentang analisis data	10	TL
		pengukuran mutu pelayanan	5	TS
		klinis prioritas	0	TT
	W	Komite PMKP		

Elemen penilaian PMKP 7.2		Telusur	Skor	
2. Ada bukti Direktur rumah sakit telah menindaklanjuti hasil analisis data yang meliputi a) sampai d) yang ada dimaksud dan tujuan (D,W)	D	Bukti tentang tindaklanjut	10	TL
		perbaikan pengukuran mutu	5	TS
		pelayanan klinis prioritas	0	TT
	W	• Direktur RS • Kepala bidang/divisi • Kepala unit pelayanan • Komite PMKP • Penanggungjawab data unit		

Elemen penilaian PMKP 7.2		Telusur	Skor	
3. Ada bukti pengukuran mutu pelayanan klinis prioritas telah menghasilkan perbaikan di rumah sakit secara keseluruhan (D,W)	D	Bukti tentang hasil	1	T
		perbaikan pengukuran	0	L
		mutu pelayanan klinis	5	T
		prioritas	0	S
	W	Komite PMKP		T

Elemen penilaian PMKP 7.2		Telusur	Skor	
3. Ada bukti pengukuran mutu pelayanan klinis prioritas telah menghasilkan perbaikan di rumah sakit secara keseluruhan (D,W)	D	Bukti tentang hasil perbaikan pengukuran mutu pelayanan klinis prioritas	10	TL
			5	TS
	W	Komite PMKP	0	TT

Elemen penilaian PMKP 7.2		Telusur	Skor	
4. Ada bukti pengukuran mutu pelayanan klinis prioritas telah menghasilkan efisiensi penggunaan sumber daya (Lihat TKRS 5 EP 5 dan PMKP 7.1). (D,W)	D	Bukti tentang hasil efisiensi	10	TL
		sumber daya pengukuran	5	TS
	W	mutu pelayanan klinis prioritas • Komite PMKP • Bagian keuangan/ billing • Staf SIM-RS	0	TT



Standar PMKP 8

RS mempunyai regulasi validasi data indikator area klinik yang baru atau mengalami perubahan dan data yang akan dipublikasikan. Regulasi ini diterapkan dengan menggunakan proses internal validasi data.

Maksud dan Tujuan PMKP 8

Validasi data adalah alat penting untuk memahami mutu dari data dan untuk menetapkan tingkat kepercayaan (confidence level) para pengambil keputusan terhadap data itu sendiri. Validasi data menjadi salah satu langkah dalam proses menetapkan prioritas penilaian, memilih apa yang harus dinilai, memilih dan mengetes indikator, mengumpulkan data, validasi data dan menggunakan data untuk peningkatan.

Keabsahan dan keterpercayaan pengukuran adalah inti dari semua perbaikan dalam program peningkatan mutu. Proses validasi data secara internal perlu dilakukan karena program mutu dianggap valid jika data yang dikumpulkan sudah sesuai, benar dan bermanfaat.

Maksud dan Tujuan PMKP 8

Untuk memastikan bahwa data yang dikumpulkan baik, proses validasi perlu dilakukan.

Rumah sakit agar menetapkan regulasi validasi data yang antara lain meliputi :

a) Kebijakan data yang harus divalidasi yaitu:

- Merupakan pengukuran area klinik baru;***
- Bila ada perubahan sistem pencatatan pasien dari manual ke elektronik sehingga sumber data berubah ;***

Maksud dan Tujuan PMKP 8

- ***Bila data dipublikasi ke masyarakat baik melalui di web site rumah sakit atau media lain***
- ***Bila ada perubahan pengukuran/perubahan profil indikator***
- ***Bila ada perubahan data pengukuran tanpa diketahui sebabnya***
- ***Bila ada perubahan subyek data seperti perubahan umur rata rata pasien, protokol riset diubah, panduan praktik klinik baru diberlakukan, ada teknologi dan metodologi pengobatan baru***

Maksud dan Tujuan PMKP 8

b) Proses validasi data mencakup namun tidak terbatas sebagai berikut :

- Mengumpulkan ulang data oleh orang kedua yang tidak terlibat dalam proses pengumpulan data sebelumnya (data asli)***
- Menggunakan sampel tercatat, kasus dan data lainnya yang sah secara statistik. Sample 100 % hanya dibutuhkan jika jumlah pencatatan, kasus atau data lainnya sangat kecil jumlahnya.***
- Membandingkan data asli dengan data yang dikumpulkan ulang***

Maksud dan Tujuan PMKP 8

Menghitung keakuratan dengan membagi jumlah elemen data yang sama dengan total jumlah elemen data dikalikan dengan 100. Tingkat akurasi 90 % adalah patokan yang baik.

- Jika elemen data yg diketemukan ternyata tidak sama, dng catatan alasannya (misalnya data tidak Koleksi sample baru setelah semua tindakan koreksi dilakukan untuk memastikan tindakan menghasilkan tingkat akurasi yang diharapkan (lihat juga KKS 11, EP 4)***

Maksud dan Tujuan PMKP 8

Proses validasi data mencakup namun tidak terbatas pada b) tersebut diatas, oleh karena itu, dalam melakukan validasi data, rumah sakit dapat menggunakan cara/proses lain sesuai dengan referensi ilmiah terkini.

c) Proses validasi data yang akan dipublikasi di website atau media lainnya agar diatur tersendiri/prosedur tersendiri tidak sama dengan validasi indikator area klinik, dan dapat menjamin kerahasiaan pasien dan keakuratan data jelas definisinya dan dilakukan tindakan koreksi bila ditemukan data belum valid. Validasi data yang dipublikasikan dilakukan setiap data tersebut akan di publikasi baik melalui website maupun media lainnya di rumah sakit. Data tersebut diperiksa kebenarannya dengan melakukan verifikasi data melalui form pengumpul data dan form rekapitulasi data yang dapat dilakukan di rumah sakit secara manual dan/atau elektronik.

Elemen penilaian PMKP 8		Telusur	Skor	
1. Rumah sakit mempunyai regulasi validasi data sesuai dengan a) sampai c) yang ada di maksud dan tujuan (R)	R	Regulasi tentang manajemen data termasuk validasi data	10	TL
			-	-
			0	TT
2. Rumah sakit telah melakukan validasi data pada pengukuran mutu area klinik yang baru dan bila terjadi perubahan sesuai dengan regulasi (D,W)	D	Bukti pelaksanaan validasi data IAK	10	TL
			5	TS
			0	TT
	W	Komite PMKP		

Elemen penilaian PMKP 8		Telusur	Skor	
3. RS telah melakukan validasi data yang akan dipublikasikan di web site atau media lainnya termasuk kerahasiaan pasien dan keakuratan sesuai regulasi (D,W)	D	Bukti pelaksanaan validasi data yang dipublikasikan	10	TL
			5	TS
			0	TT
	W	Komite PMKP		
4. Rumah sakit telah melakukan perbaikan berdasarkan hasil validasi data. (D,W)	D	Bukti pelaksanaan perbaikan data berdasarkan hasil validasi data	10	TL
			5	TS
			0	TT
	W	Komite PMKP		

PELAPORAN DAN ANALISIS INSIDEN KESELAMATAN PASIEN



Standar PMKP 9

***Rumah sakit menetapkan sistem
pelaporan insiden keselamatan pasien
baik internal maupun eksternal***

Maksud dan Tujuan PMKP 9

Insiden keselamatan pasien yang selanjutnya disebut insiden adalah setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien, terdiri dari kejadian tidak diharapkan, kejadian nyaris cedera, kejadian tidak cedera, kejadian potensial cedera dan kejadian sentinel.

Pelaporan insiden keselamatan pasien yang selanjutnya disebut pelaporan insiden adalah suatu sistem untuk mendokumentasikan laporan insiden keselamatan pasien, analisis dan solusi untuk pembelajaran. Sistem pelaporan diharapkan dapat mendorong individu di dalam rumah sakit untuk peduli akan bahaya atau potensi bahaya yang dapat terjadi pada pasien. Pelaporan juga penting digunakan untuk memonitor upaya pencegahan terjadinya kesalahan (error) sehingga dapat mendorong dilakukan investigasi. Di sisi lain pelaporan akan menjadi awal proses pembelajaran untuk mencegah kejadian yang sama terulang kembali.

Maksud dan Tujuan PMKP 9

RS menetapkan sistem pelaporan insiden antara lain meliputi:

- kebijakan,***
- alur pelaporan,***
- formulir pelaporan***
- prosedur pelaporan***
- insiden yang harus dilaporkan yaitu kejadian yang sudah terjadi,
potensial terjadi ataupun yang nyaris terjadi***
- siapa saja yang membuat laporan***
- batas waktu pelaporan***

Maksud dan Tujuan PMKP 9

Selain laporan internal, RS juga wajib membuat laporan ke Komite Nasional Keselamatan Pasien sesuai peraturan perundangan-undangan dan dijamin keamanannya, bersifat rahasia, anonim (tanpa identitas), tidak mudah diakses oleh yang tidak berhak. Disamping itu juga rumah sakit wajib membuat laporan sentinel ke KARS melalui SISMADAK dalam waktu 5x24 jam. Agar pelaporan dapat berjalan baik, maka RS perlu melaksanakan pelatihan bagi para staf mengenai system pelaporan dan cara investigasi termasuk melakukan analisa akar masalah dan mengirimkan kepada KARS melalui SISMADAK paling lama 45 hari. Pelaporan ini bertujuan agar rumah sakit dapat melakukan proses pembelajaran.

Dengan adanya pelaporan eksternal tersebut, berarti RS telah ikut berpartisipasi dalam penyediaan data nasional angka IKP, pembelajaran untuk meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien bagi RS lain dan ditetapkannya langkah-l2 praktis keselamatan pasien untuk RS di Indonesia.

Elemen penilaian PMKP 9		Telusur	Skor	
1.RS menetapkan regulasi sistem pelaporan insiden internal dan eksternal sesuai peraturan perundang-undangan yang meliputi a) sampai dengan g) yang ada di maksud dan tujuan. (R)	R	Regulasi tentang sistem pelaporan insiden keselamatan pasien internal dan eksternal (Komite Nasional Keselamatan Pasien Kemenkes RI)	10 - 0	TL - TT

Elemen penilaian PMKP 9		Telusur	Skor	
2. Ada bukti unit kerja telah melaporkan insiden keselamatan pasien. (D,W)	D	Bukti tentang laporan insiden keselamatan pasien paling lambat 2x24 jam kepada Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit	10	TL
			5	TS
			0	TT
3. RS mengintegrasikan pelaporan kejadian dan pengukuran mutu agar solusi dan perbaikan yang dilakukan terintegrasi. (D,W)	W	• Ka unit kerja • Komite PMKP	10	TL
			5	TS
			0	TT
	D	Bukti pelaksanaan tentang integrasi laporan dan analisis data laporan insiden dengan PMKP dan perbaikannya	10	TL
			5	TS
			0	TT
	W	Komite PMKP/Tim KPRS/Komite PPI/K3RS		

Elemen penilaian PMKP 9		Telusur	Skor	
4. Ada bukti RS telah melaporkan insiden keselamatan pasien setiap 6 bulan kepada representasi pemilik dan bila ada kejadian sentinel telah dilaporkan di setiap kejadian (Lihat juga TKRS 4.1). (D,W)	D	1)Bukti tentang laporan dan tindak lanjut insiden	10	TL
		keselamatan pasien setiap 6 bulan kepada pemilik/representasi pemilik	5	TS
		2)Bukti laporan kejadian sentinel kepada pemilik/representasi	0	TT

Elemen penilaian PMKP 9		Telusur	Skor	
	W	pemilik paling lambat 2x24	10	TL
		jam dengan disertai hasil	5	TS
		RCA	0	TT
		• Representasi pemilik • Direktur • Komite PMKP/Tim KPRS		

Elemen penilaian PMKP 9		Telusur	Skor	
5. Ada bukti RS telah melaporkan insiden IKP kepada Komite Nasional Keselamatan Pasien sesuai peraturan perundang-undangan dan KARS melalui SISMADAK. (D, W)	D	Bukti laporan insiden keselamatan pasien secara online atau tertulis kepada: 1) Komite Nasional Keselamatan Pasien yang dilengkapi dengan analisa, rekomendasi dan solusi dari Tim Keselamatan pasien RS 2) KARS paling lambat 5x24 jam dengan hasil RCA paling lambat 45 hari setelah tanggal kejadian	10	TL
	W	• Direktur • Komite PMKP/Tim KPRS	5 0	TS TT



Standar PMKP 9.1

Rumah sakit telah menetapkan jenis kejadian sentinel, melaporkan dan melakukan analisis akar masalah (root cause analysis)

Maksud dan Tujuan PMKP 9.1

Kejadian sentinel adalah suatu KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius. Setiap RS menetapkan definisi operasional kejadian sentinel paling sedikit meliputi:

- a) Kematian yang tidak diduga, termasuk, dan tidak tidak terbatas hanya,**
 - Kematian yg tidak berhubungan dng perjalanan penyakit pasien atau kondisi pasien (contoh, kematian setelah infeksi pasca operasi atau emboli paru paru)**
 - Kematian bayi aterm**
 - Bunuh diri**
- b) Kehilangan permanen fungsi yang tidak terkait penyakit pasien atau kondisi pasien**
- c) Operasi salah tempat, salah prosedur, salah pasien**
- d) Terjangkit penyakit kronik atau penyakit fatal akibat transfusi darah atau produk darah atau transplantasi organ atau jaringan**

Maksud dan Tujuan PMKP 9.1

- e) Penculikan anak termasuk bayi atau anak termasuk bayi dikirim ke rumah bukan rumah orang tuanya***
- f) Perkosaan, kekejaman di tempat kerja seperti penyerangan (berakibat kematian atau kehilangan fungsi secara permanen) atau pembunuhan (yang disengaja) atas pasien, anggota staf, dokter, mahasiswa kedokteran, siswa latihan, pengunjung atau vendor/pihak ketiga ketika berada dalam lingkungan rumah sakit (lihat juga KKS 8.2).***

Definisi kejadian sentinel termasuk yang ditetapkan seperti diuraikan mulai dari huruf a) sampai huruf f) dapat ditambahkan sesuai ketentuan peraturan perundangan-undangan yang ada atau kejadian yang menurut pandangan rumah sakit harus ditambahkan sebagai kejadian sentinel.

Semua kejadian yang sesuai dengan definisi harus dilakukan Analisis Akar Masalah (RCA=Root Cause Analysis). Analisis dan rencana tindakan selesai dalam waktu 45 hari setelah kejadian. Tujuan AAM (Analisa akar masalah) adalah agar rumah sakit dapat mengerti dengan baik dan komprehensif asal kejadian. Apabila AAM menunjukkan perbaikan sistem atau tindakan lain dapat mengurangi risiko seperti itu terjadi lagi, rumah sakit merancang ulang proses dan mengambil tindakan yang perlu dilakukan. Kejadian sentinel bukan indikator terkait dengan pelanggaran hukum (lihat juga TKRS 4.1).

Penting untuk diperhatikan bahwa istilah kejadian sentinel tidak selalu mengarah pada kepada kekeliruan (error) atau kesalahan (mistake) maupun memberi kesan pertanggungjawaban legal (liability) tertentu

Elemen penilaian PMKP 9.1		Telusur	Skor	
1. Pimpinan rumah sakit menetapkan regulasi tentang jenis kejadian sentinel sekurang - kurangnya, seperti diuraikan pada a) sampai f) di Maksud dan Tujuan (lihat juga PMKP 9 EP 1). (R)	R	Regulasi tentang jenis kejadian sentinel dalam sistem pelaporan insiden keselamatan pasien internal dan eksternal	10 - 0	TL - TT

Elemen penilaian PMKP 9.1		Telusur	Skor	
2. RS telah melakukan RCA/AAM setiap ada kejadian sentinel di RS & tidak melewati waktu 45 hari terhitung sejak terjadi kejadian atau sejak diberi tahu ttg adanya kejadian. (D,W)	D	Bukti pelaksanaan	10	TL
		RCA/AAM tidak melewati 45	5	TS
		hari dari waktu terjadinya kejadian	0	TT
	W	Komite PMKP/Tim KPRS		

Elemen penilaian PMKP 9.1		Telusur	Skor	
3. Ada bukti rencana tindak lanjut dan pelaksanaan langkah-langkah sesuai hasil AAM/RCA. (D,O,W)	D	Bukti rencana tindak lanjut	10	TL
		AAM/RCA yang telah	5	TS
		dilaksanakan	0	TT
	O	Lihat pelaksanaan dari rencana tindak lanjut		
	W	• Komite PMKP/Tim KPRS • Kepala unit		



- ***Standar PMKP 9.2***
- ***Rumah sakit menetapkan regulasi untuk melakukan analisis data KTD dan mengambil langkah tindaklanjut***

Maksud dan Tujuan PMKP 9.2

Ketika RS mendeteksi atau mencurigai adanya perubahan yang tidak diinginkan atau tidak sesuai dengan harapan, rumah sakit memulai analisis mendalam untuk menentukan perbaikan paling baik focus di area mana (lihat juga PKPO.7.1). Secara khusus, analisis mendalam dimulai jika tingkat, pola, atau tren yang tak diinginkan bervariasi secara signifikan dari:

- Apa yang diharapkan***
- Apa yang ada di rumah sakit; dan***
- Standar-standar yang diakui***

Maksud dan Tujuan PMKP 9.2

Analisis dilakukan sekurang-kurangnya untuk semua hal berikut ini:

- a) Semua reaksi transfusi yang sudah dikonfirmasi, jika sesuai untuk rumah sakit (lihat AP.5.11)***
- b) Semua kejadian serius akibat efek samping obat, jika sesuai dan sebagaimana yang didefinisikan oleh rumah sakit***
- c) Semua kesalahan pengobatan yang signifikan jika sesuai dan***
- d) Semua perbedaan besar antara diagnosis praoperasi dan diagnosis pascaoperasi***

Maksud dan Tujuan PMKP 9.2

- e) Efek samping atau pola efek samping selama sedasi moderat atau mendalam dan pemakaian anestesi***
- f) Kejadian-kejadian lain; misalnya,***
 - Infeksi yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan atau wabah penyakit menula sebagaimana yang didefinisikan oleh rumah sakit***
 - Pasien jiwa yang melarikan diri dari ruang perawatan keluar lingkungan RS yang tidak meninggal/ tidak cedera serius. (Khusus untuk RS Jiwa dan RS Umum yang mempunyai ruang perawatan jiwa.***

Elemen penilaian PMKP 9.2		Telusur	Skor	
1. RS mempunyai regulasi jenis kejadian yg tdk diharapkan, proses pelaporan & analisisnya (lihat juga PMKP 9 EP 1). (R)	R	Regulasi tentang jenis KTD dalam sistem pelaporan insiden keselamatan pasien internal dan eksternal	10	TL
			-	-
			0	TT
2. Semua reaksi transfusi yang sudah dikonfirmasi, jika sesuai yang didefinisikan untuk rumah sakit, sudah dianalisis (lihat juga PAP 3.3 dan AP 5.11 EP 2). (D,W)	D	Bukti tentang laporan dan analisis insiden	10	TL
			5	TS
			0	TT
	W	• DPJP/PPJA • Petugas bank darah/laboratorium • Komite PMKP/Tim KPRS		

Elemen penilaian PMKP 9.2		Telusur	Skor	
3. Semua kejadian serius akibat efek samping obat jika sesuai dan sebagaimana yang didefinisikan oleh RS, sudah dianalisis (lihat juga PKPO 7). (D,W)	D	Bukti tentang laporan dan analisis insiden	10	TL
			5	TS
	W	• Komite PMKP/Tim KPRS • DPJP/PPJA • Farmasi	0	TT

Elemen penilaian PMKP 9.2		Telusur	Skor	
4. Semua kesalahan pengobatan (medication error) yang signifikan jika sesuai dan sebagai mana yg didefinisikan oleh RS, sudah dianalisis (Lihat juga PKPO 7.1) (D,W)	D	Bukti tentang laporan dan analisis insiden	10	TL
			5	TS
	W	• Komite PMKP/Tim KPRS • DPJP/PPJA • Farmasi	0	TT

Elemen penilaian PMKP 9.2		Telusur	Skor	
5. Semua perbedaan besar (discrepancy) antara diagnosis praoperasi dan diagnosis pascaoperasi sudah dianalisis (Lihat juga PAB.7.2) (D,W)	D	Bukti tentang laporan dan analisis insiden	10	TL
			5	TS
	W	• Komite PMKP/Tim KPRS • DPJP/PPJA/Kepala instalasi bedah • Komite medis • KSM bedah	0	TT

Elemen penilaian PMKP 9.2		Telusur	Skor	
6. Efek samping atau pola efek samping selama sedasi moderat atau mendalam dan pemakaian anestesi sudah dianalisis (Lihat juga PAB.3.2 dan PAB 5) (D,W)	D	Bukti tentang laporan dan analisis insiden	10	TL
			5	TS
	W	• Komite PMKP/Tim KPRS • DPJP/PPJA • KSM anestesi	0	TT

Elemen penilaian PMKP 9.2		Telusur	Skor	
7. Semua kejadian lain yang ditetapkan oleh rumah sakit sesuai dengan f) yang ada di maksud dan tujuan sudah dianalisis.(D,W)	D	Bukti tentang laporan dan analisis kejadian lainnya	10	TL
			5	TS
	W	Komite PMKP/Tim KPRS DPJP/PPJA	0	TT



Standar PMKP 9.3

Rumah sakit menetapkan regulasi untuk analisis Kejadian Nyaris Cedera (KNC) dan Kejadian Tidak Cedera (KTC)

Maksud dan Tujuan PMKP 9.3

Rumah sakit menetapkan definisi KNC dan KTC, serta sistem pelaporan, proses mengumpulkan dan analisis data untuk dilakukan kajian untuk perubahan dari proses agar dapat mengurangi atau menghilangkan KNC dan KTC (lihat juga PKPO 7.1).

Elemen penilaian PMKP 9.3		Telusur	Skor	
1. Rumah sakit menetapkan definisi, jenis KNC dan KTC yang dilaporkan dan sistem pelaporan dari KNC dan KTC (lihat juga PMKP 9 EP 1). (R)	R	Regulasi tentang definisi dan jenis KNC dan KTC dalam sistem pelaporan insiden keselamatan pasien internal dan eksternal	10 - 0	TL - TT
2. Ada analisis data KNC dan KTC. (D,W)	D	Bukti tentang analisis data KNC dan KTC	10 5	TL TS
	W	Komite PMKP/Tim KPRS • DPJP/PPJA • Kepala unit terkait • Farmasi	0	TT



Standar PMKP 10

Ada pengukuran dan evaluasi budaya keselamatan pasien

Maksud dan Tujuan PMKP 10

Pengukuran budaya keselamatan juga perlu dilakukan oleh rumah sakit. Budaya keselamatan juga dikenal sebagai budaya yang aman, yakni sebuah budaya organisasi yang mendorong setiap individu anggota staf (klinis atau administratif) melaporkan hal-hal yang menguatirkan tentang keselamatan atau mutu pelayanan tanpa adanya imbal jasa dari rumah sakit.

Direktur Rumah Sakit melakukan evaluasi rutin dengan jadwal yang tetap dengan menggunakan beberapa metoda, survei resmi, wawancara staf, analisis data dan diskusi kelompok.

Elemen penilaian PMKP 10		Telusur	Skor	
1. Ada regulasi tentang pengukuran budaya keselamatan (lihat juga TKRS 13.1 EP 1) (R)	R	Regulasi tentang budaya keselamatan RS dan cara pengukurannya	10	TL
			-	-
			0	TT
2. Direktur RS telah melaksanakan pengukuran budaya keselamatan (lihat TKRS 13.1 EP 5). (D,W)	D	Bukti hasil pengukuran budaya keselamatan RS yang dapat berbentuk survei dan atau indikator mutu	10	TL
			5	TS
			0	TT
	W	• Direktur • Komite PMKP	184	



Standar PMKP 11

Peningkatan mutu dan keselamatan pasien dicapai dan dipertahankan

Maksud dan Tujuan PMKP 11

Pengukuran budaya keselamatan juga perlu dilakukan oleh RS. Budaya keselamatan juga dikenal sebagai budaya yang aman, yakni sebuah budaya organisasi yang mendorong setiap individu anggota staf (klinis atau administratif) melaporkan hal-hal yang menguatkirkan tentang keselamatan atau mutu pelayanan tanpa adanya imbal jasa dari RS

Direktur RS melakukan evaluasi rutin dengan jadwal yang tetap dengan menggunakan beberapa metoda, survei resmi, wawancara staf, analisis data dan diskusi kelompok.

Maksud dan Tujuan PMKP 11

Hal ini untuk memastikan bahwa ada perbaikan berkelanjutan dan ada pengumpulan data untuk analisis berkelanjutan.

Perubahan yang efektif dimasukkan ke dalam standar prosedur operasional, prosedur operasi, dan ke dalam setiap pendidikan staf yang perlu dilakukan .

Perbaikan-perbaikan yang dicapai dan dipertahankan oleh rumah sakit didokumentasikan sebagai bagian dari manajemen peningkatan mutu dan keselamatan pasien dan program perbaikan (Lihat TKRS11 EP 2).

Elemen penilaian PMKP 11		Telusur	Skor	
1. RS telah membuat rencana perbaikan terhadap mutu dan keselamatan berdasarkan hasil capaian mutu (D,W)	D W	Bukti tentang rencana perbaikan mutu dari hasil capaian mutu Komite PMKP • Kepala bidang/divisi • Kepala unit	10 5 0	TL TS TT
2. RS telah melakukan uji coba rencana perbaikan terhadap mutu dan keselamatan pasien (D,W)	D W	Bukti tentang uji coba rencana perbaikan • Komite PMKP • Kepala bidang/divisi • Kepala unit	10 5 0	TL TS TT

Elemen penilaian PMKP 11		Telusur	Skor	
3. Rumah sakit telah menerapkan/melaksanakan rencana perbaikan terhadap mutu dan keselamatan pasien (D,W)	D	Bukti pelaksanaan hasil uji coba	10	TL
	W	• Komite PMKP • Kepala bidang/divisi • Kepala unit	50	TS TT
4. Tersedia data yang menunjukkan bahwa perbaikan bersifat efektif dan berkesinambungan (Lihat juga TKRS 11, EP 2) (D,W)	D	Bukti tentang perbaikan telah tercapai	10	TL
	W	• Komite PMKP • Kepala bidang/divisi • Kepala unit	50	TS TT

Elemen penilaian PMKP 11		Telusur	Skor	
5. Ada bukti perubahan-perubahan regulasi yang diperlukan dalam membuat rencana, melaksanakan dan mempertahankan perbaikan (D,W)	D	Bukti tentang perubahan regulasi	10	TL
			5	TS
	W	• Komite PMKP • Kepala bidang/divisi • Kepala unit	0	TT
6. Keberhasilan-keberhasilan telah didokumentasikan dan dijadikan laporan PMKP (D,W)	D	Bukti tentang laporan perbaikan mutu	10	TL
			5	TS
	W	Komite PMKP • Kepala bidang/divisi • Kepala unit	0	TT



Standar PMKP 12

Program manajemen risiko berkelanjutan digunakan untuk melakukan identifikasi dan mengurangi cedera dan mengurangi risiko lain terhadap keselamatan pasien dan staf.

Maksud dan Tujuan PMKP 12

Ada beberapa kategori risiko yang dapat berdampak pada rumah sakit. Katagori ini antara lain dan tidak terbatas pada risiko,

- Strategis (terkait dengan tujuan organisasi);**
- Operasional (rencana pengembangan untuk mencapai tujuan organisasi);**
- Keuangan (menjaga aset);**
- Kepatuhan (kepatuhan terhadap hukum dan peraturan);**
- Reputasi (image yang dirasakan oleh masyarakat).**

Maksud dan Tujuan PMKP 12

Komponen-komponen penting program manajemen risiko meliputi :

- 1) identifikasi risiko,**
- 2) analisa risiko**
- 3) prioritas risiko,**
- 4) pelaporan risiko,**
- 5) pengelolaan risiko**
- 6) investigasi kejadian yang tidak diharapkan (KTD)**
- 7) manajemen terkait tuntutan (klaim)**

Maksud dan Tujuan PMKP 12

Elemen penting dari manajemen risiko adalah analisis risiko, misalnya proses untuk mengevaluasi near-miss (KNC) dan proses berisiko tinggi lainnya dimana gagalnya proses tersebut dapat menyebabkan terjadinya kejadian sentinel. Satu alat/metode yang dapat menyediakan analisis proaktif semacam itu terhadap proses kritis dan berisiko tinggi adalah failure mode effect analysis (analisis efek modus kegagalan). Rumah sakit dapat pula mengidentifikasi dan menggunakan alat-alat serupa untuk mengidentifikasi dan mengurangi risiko, seperti hazard vulnerability analysis (analisis kerentanan terhadap bahaya).

Maksud dan Tujuan PMKP 12

Untuk menggunakan alat/metoda ini atau metoda lainnya yang serupa secara efektif, direktur rumah sakit harus mengetahui dan mempelajari pendekatan tersebut, menyepakati daftar proses yang berisiko tinggi dari segi keselamatan pasien dan staf, dan kemudian menerapkan alat tersebut pada proses prioritas risiko. Setelah analisis hasil, pimpinan rumah sakit mengambil tindakan untuk mendesain ulang proses- proses yang ada atau mengambil tindakan serupa untuk mengurangi risiko dalam proses-proses yang ada. Proses pengurangan risiko ini dilaksanakan minimal sekali dalam setahun dan didokumentasikan pelaksanaannya.

Maksud dan Tujuan PMKP 12

Dalam menerapkan manajemen risiko rumah sakit perlu memperhatikan proses-proses berisiko yang dapat terjadi pada pasien yang antara lain meliputi :

- Risiko terkait dengan sistem manajemen obat***
- Risiko jatuh***
- Pengendalian risiko infeksi***
- Risiko terkait dengan masalah Gizi***
- Risiko fasilitas dan peralatan, seperti misalnya, risiko kebakaran / cedera karena penggunaan laser risiko-risiko yang diakibatkan dari kondisi-kondisi jangka panjang***

Maksud dan Tujuan PMKP 12

Dalam menyusun daftar risiko , rumah sakit agar memperhatikan ruang lingkup manajemen risiko rumah sakit yang meliputi namun tidak terbatas pada :

- a) Pasien.***
- b) Staf medis,***
- c) Tenaga kesehatan dan tenaga lainnya yang bekerja di rumah sakit.***
- d) Fasilitas rumah sakit***
- e) Lingkungan rumah sakit***
- f) Bisnis rumah sakit***

Maksud dan Tujuan PMKP 12

Dan setiap tahun RS menyusun program manajemen risiko.

Selain program manajemen risiko, RS agar menetapkan regulasi manajemen risiko RS sebagai acuan perencanaan dan pelaksanaan manajemen risiko di RS. Regulasi manajemen risiko RS yang meliputi :

- i. konteks***
- ii. ruang lingkup, tujuan dan kriteria untuk penilaian risiko***
- iii. tanggung jawab dan fungsi manajemen risiko***

Maksud dan Tujuan PMKP 12

- iv. pelatihan staf***
- v. sebuah daftar risiko yang teridentifikasi – risiko strategis, operasional, keuangan dan bahaya***
- vi. ringkasan rencana-rencana risiko untuk risiko-risiko utama***
- vii. proses untuk berkomunikasi dengan para pemangku kepentingan***

Elemen penilaian PMKP 12		Telusur	Skor	
1.RS mempunyai regulasi dan program manajemen risiko rumah sakit yang meliputi a) sampai dengan f) yang ada di Maksud dan Tujuan (R)	R	Regulasi dan Program tentang manajemen risiko RS	10 5 0	TL TS TT
2.RS mempunyai daftar risiko di tingkat RS yg sekurang-kurangnya meliputi risiko yg ada di a) sampai f) di Maksud dan Tujuan (D,W)	D W	Bukti daftar risiko di tingkat RS Komite PMKP/ Tim KPRS/PJ manajemen risiko/Kepala unit	10 5 0	TL TS TT

Elemen penilaian TKRS 12		Telusur	Skor	
3. RS telah membuat strategi untuk mengurangi risiko yang ada di a) sampai dengan f). (D,W)	D	Bukti tentang strategi	10	TL
		pengurangan risiko di tingkat RS Komite PMKP/ Tim KPRS/PJ	5	TS
4. Ada bukti RS telah melakukan failure mode effect analysis (analisis efek modus kegagalan/FMEA/AEMK) setahun sekali pada proses berisiko tinggi yang di prioritaskan. (D,W)	W	manajemen risiko	0	TT
	D	Bukti tentang hasil FMEA/AEMK rumah sakit • Komite PMKP/ Tim KPRS/PJ manajemen risiko • Tim FMEA	10	TL
			5	TS
			0	TT

Elemen penilaian TKRS 12		Telusur	Skor	
5. Rumah sakit telah melaksanakan tindak lanjut hasil analisis modus dampak kegagalan (FMEA). (D,W)	D	Bukti tindak lanjut dari hasil analisis FMEA /AEMK rumah sakit, penerapan redesain (desain baru) dan monitoringnya	10	TL
			5	TS
	W	• Direktur RS • Kepala bidang/divisi • Kepala unit pelayanan • Komite PMKP • Penanggungjawab data unit • Komite medis	0	TT



Komisi Akreditasi Rumah Sakit



TERIMA KASIH