



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***

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 rumah sakit 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

Komitee/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 komitee/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	
<p>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)</p>	R	<p>Regulasi tentang komite/ tim PMKP atau bentuk organisasi lainnya yang dilengkapi dengan pedoman kerja dan program kerja.</p>	<p>10 - 0</p>	<p>TL - TT</p>

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	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 <ul style="list-style-type: none"> • Penanggung jawab data 	5	TS
4. Komite/tim PMKP atau bentuk org. lainnya telah melaksanakan kegiatannya. (D,W)	D	Bukti laporan tentang kegiatan komite/tim PMKP	10	TL
	W	Komite/tim PMKP	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)
- 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	
<p>1.Rumah sakit mempunyai pedoman peningkatan mutu dan keselamatan pasien sesuai dengan referensi terkini. (lihat juga TKRS 4 EP 1) (R)</p>	R	<p>Regulasi tentang pedoman PMKP</p>	10	TL
			-	-
			0	TT

Elemen penilaian PMKP 2	Telusur		Skor	
<p>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)</p>	D	<p>Bukti daftar dan bahan referensi peningkatan mutu asuhan klinis dan proses kegiatan manajemen</p>	10	TL
			5	TS
			0	TT
	W	Komite PMKP		

Elemen penilaian TKRS 1.1		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	10	TL
			5	TS
			0	TT
	W	<ul style="list-style-type: none"> ● 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.
- 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

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

Elemen penilaian PMKP 2.1		Telusur	Skor	
<p>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)</p>	R	<p>Regulasi tentang sistem manajemen data yang terintegrasi</p>	10	TL
			-	-
			0	TT

Elemen penilaian PMKP 2.1		Telusur	Skor	
<p>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)</p>	<p>D</p>	<p>1) Bukti daftar inventaris sistem manajemen data elektronik di RS, contoh SISMADAK</p> <p>2) Bukti formulir sensus harian dan rekapitulasi bulanan untuk mutu keselamatan pasien terintegrasi dengan angka surveilans PPI dalam bentuk paper maupun elektronik</p>	<p>10</p>	<p>TL</p>
			<p>5</p>	<p>TS</p>
			<p>0</p>	<p>TT</p>

Elemen penilaian PMKP 2.1		Telusur	Skor	
	O	<p>Lihat hardware dan software sistem manajemen data dan teknologi yang digunakan (elektronik)</p>	10	TL
			5	TS
			0	TT
	W	<ul style="list-style-type: none"> • Staf IT • Komite PMKP • Komite PPI • Penanggung jawab data 		

Elemen penilaian PMKP 2.1		Telusur	Skor	
<p>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)</p>	D	<p>Bukti pelaksanaan program PMKP terkait dengan pengumpulan, analisis data a) sampai dengan g) menggunakan sistem manajemen data elektronik</p>	10	TL
			5	TS
	O	<p>Lihat pelaksanaan proses manajemen data PMKP dan integrasinya</p>	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 rumah sakit 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 dengan hal tersebut, komite medik dan komite keperawatan perlu memahami konsep dan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien, sehingga dapat melaksanakan perbaikan sesuai bidang tugasnya.

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 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	
4. Staf di semua unit kerja termasuk staf klinis dilatih sesuai dengan pekerjaan mereka sehari-hari. (D,W)	D	1)Bukti daftar peserta pelatihan PMKP dari semua unit kerja termasuk staf klinis	10	TL
			5	TS
			0	TT
	W	2)Bukti sertifikat pelatihan PMKP staf di semua unit kerja termasuk staf klinis <ul style="list-style-type: none"> • Komite PMKP • Staf unit kerja • Staf klinis 		



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 rumah sakit menetapkan mutu pelayanan klinis prioritas untuk diukur di tingkat rumah sakit, 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 rumah sakit besar seperti kegiatan pengurangan penggunaan antibiotik di rumah sakit 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 rumah sakit 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:

- | | |
|----------------------------------|-------------------------------|
| a) Judul Indikator | k) Formula |
| b) Dasar pemikiran | l) Sumber data |
| c) Dimensi Mutu | m) Frekuensi pengumpulan data |
| d) Tujuan | n) Periode analisis |
| e) Definisi Operasional | o) Cara Pengumpulan Data |
| f) Jenis Indikator | p) Sampel |
| g) Numerator (Pembilang) | q) Rencana Analisis |
| h) Denominator (Penyebut) | r) Instrumen Pengambilan Data |
| i) Target Pencapaian | s) Penanggung jawab |
| j) Kriteria inklusi dan eksklusi | |

Elemen penilaian PMKP 4		Telusur	Skor	
<p>1. Komite/tim peningkatan mutu dan keselamatan pasien atau bentuk organisasi lainnya memfasilitasi pemilihan pengukuran mutu <i>pelayanan klinis prioritas</i> yang akan dievaluasi (lihat TKRS 4 EP 3). (D,W)</p>	<p>D</p> <p>W</p>	<p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> • Direktur RS • Kepala bidang/divisi • Kepala unit pelayanan • Komite PMKP 	<p>10</p> <p>5</p> <p>0</p>	<p>TL</p> <p>TS</p> <p>TT</p>

Elemen penilaian PMKP 4		Telusur	Skor	
<p>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)</p>	<p>D</p> <p>W</p>	<p>Bukti rapat tentang koordinasi komite/tim PMKP dengan para kepala unit pelayanan dalam pengukuran mutu di unit pelayanan dan pelaporannya (UMAN)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Komite PMKP • Kepala bidang/divisi • Kepala unit pelayanan 	<p>10</p> <p>5</p> <p>0</p>	<p>TL</p> <p>TS</p> <p>TT</p>

Elemen penilaian PMKP 4		Telusur	Skor	
<p>3. Komite/tim peningkatan mutu dan keselamatan pasien atau bentuk organisasi lainnya melaksanakan supervisi terhadap progres pengumpulan data sesuai yang direncanakan. (D,W)</p>	D	<p>1) Bukti form supervisi</p> <p>2) Bukti pelaksanaan tentang supervisi dalam bentuk ceklis dan hasil terhadap progres pengumpulan data oleh Komite/tim PMKP</p>	10	TL
			5	TS
			0	TT
	W	<ul style="list-style-type: none"> • 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
 - 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	
<p>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)</p>	R	<p>Regulasi tentang pemilihan dan penetapan prioritas pengukuran mutu pelayanan</p>	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	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • Direktur • Para kepala bidang/divisi • Komite PMKP • Komite Medik • Komite Keperawatan 	0	TT

Elemen penilaian TKRS 3		Telusur	Skor	
<p>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)</p>	<p>D</p>	<p>Bukti profil setiap indikator yang ada di EP 2, 3, dan 4</p>	<p>10</p>	<p>TL</p>
			<p>5</p>	<p>TS</p>
			<p>0</p>	<p>TT</p>

Elemen penilaian TKRS 3		Telusur	Skor	
<p>6. Direktur rumah sakit dan komite/tim PMKP melakukan supervisi terhadap proses pengumpulan data (lihat juga TKRS 4 EP 2). (D,W)</p>	D	<p>1) Bukti form supervisi</p>	10	TL
		<p>2) Bukti pelaksanaan tentang supervisi dalam bentuk ceklis dan hasil terhadap progres pengumpulan data oleh Komite/tim PMKP</p>	5	TS
		<p>3) Bukti rapat tentang hasil supervisi</p>	0	TT
	W	<ul style="list-style-type: none"> • 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
- 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.
- 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	
<p>1. Rumah sakit menetapkan evaluasi prioritas standar pelayanan kedokteran di RS (R)</p>	R	<p>Regulasi tentang evaluasi prioritas standar pelayanan kedokteran di rumah sakit</p>	10	TL
			-	-
<p>2. Hasil evaluasi dapat menunjukkan adanya perbaikan terhadap kepatuhan dan mengurangi variasi dalam penerapan prioritas standar pelayanan kedokteran di RS (D,W)</p>	D	<p>Bukti hasil capaian kepatuhan DPJP dan pengurangan variasi dalam penerapan prioritas standar pelayanan kedokteran di rumah sakit</p>	10	TL
			5	TS
	W	<ul style="list-style-type: none"> • Komite PMKP • Komite medis 	0	TT



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.
- 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	
<p>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).</p> <p>(R)</p>	R	<p>Regulasi tentang kriteria pemilihan indikator mutu unit kerja dan unit pelayanan</p>	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	10	TL
		di setiap unit kerja	5	TS
	W	dan unit pelayanan <ul style="list-style-type: none"> • Komite PMKP • Unit kerja • Unit pelayanan 	0	TT

Elemen penilaian PMKP 6		Telusur	Skor	
<p>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)</p>	<p>D</p>	<p>Bukti tentang profil setiap indikator mutu unit kerja dan unit pelayanan di EP 2</p>	10	TL
			5	TS
			0	TT
	<p>W</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Komite PMKP • Unit kerja • Unit pelayanan 		
<p>4. Setiap unit kerja dan unit pelayanan melaksanakan proses pengumpulan data dan pelaporan (D,W)</p>	<p>D</p>	<p>Bukti form pengumpulan data dan pelaporan data</p>	10	TL
			5	TS
			0	TT
	<p>W</p>	<p>Penanggungjawab data unit kerja dan unit pelayanan</p>		

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 dan hasil terhadap progres	5	TS
	W	pengumpulan data dan tindak lanjutnya <ul style="list-style-type: none"> • Kepala unit kerja dan unit pelayanan • Penanggungjawab data unit kerja dan unit pelayanan 	0	TT



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.
- 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	
<p>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)</p>	R	<p>Regulasi tentang manajemen data termasuk keamanan, kerahasiaan data internal dan eksternal serta benchmark data</p>	<p>10 - 0</p>	<p>TL - TT</p>
<p>2. Komite/Tim PMKP atau bentuk organisasi lainnya melakukan koordinasi dengan unit pelayanan dalam pengumpulan data (D,W)</p>	<p>D</p> <p>W</p>	<p>Bukti rapat tentang koordinasi Komite/Tim PMKP dengan unit pelayanan dalam pengumpulan data di unit pelayanan dan pelaporannya</p> <ul style="list-style-type: none"> • Komite PMKP • Unit pelayanan • Penanggungjawab data unit pelayanan • IT 	<p>10 5 0</p>	<p>TL TS TT</p>

Elemen penilaian PMKP 7		Telusur	Skor	
<p>2. RS telah melakukan pengumpulan data dan informasi untuk mendukung asuhan pasien, manajemen RS, pengkajian praktik profesional serta program PMKP secara menyeluruh (D,W)</p>	D	<p>Bukti hasil pengumpulan data dan informasi yang meliputi indikator area klinis, manajemen, sasaran keselamatan pasien, insiden keselamatan pasien, dan tingkat kepatuhan DPJP terhadap PPK</p>	10	TL
			5	TS
			0	TT
	W	<p>Komite PMKP</p> <ul style="list-style-type: none"> • Komite medis • Penanggungjawab data unit kerja 		

Elemen penilaian PMKP 7		Telusur	Skor	
3. 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
	W	Komite PMKP	0	TT



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. 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.
 - 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	
<p>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)</p>	R	Regulasi tentang sistem manajemen data	10 - 0	TL - TT
<p>2. RS telah melakukan pengumpulan data, analisis dan menyediakan informasi yang berguna untuk mengidentifikasi kebutuhan untuk perbaikan (D,W)</p>	D W	<p>Bukti pengumpulan, analisis dan rencana perbaikannya</p> <ul style="list-style-type: none"> • Komite PMKP • Penanggungjawab data unit • Staf SIM-RS 	10 5 0	TL TS TT

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	10	TL
		menggunakan metode dan teknik-teknik statistik Run	5	TS
	W	chart/control chart/ pareto/Bar diagram <ul style="list-style-type: none"> • Komite PMKP • Penanggungjawab data unit 	0	TT

Elemen penilaian PMKP 7.1		Telusur	Skor	
<p>4. Analisis data telah dilakukan dng melakukan perbandingan dari waktu ke waktu di dalam RS, dengan melakukan perbandingan database eksternal dari RS sejenis atau data nasional/internasional, dan melakukan perbandingan dengan standar dan praktik terbaik berdasarkan referensi terkini (D,W)</p>	<p>D</p> <p>W</p>	<p>Bukti pelaksanaan tentang analisis data meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) <i>Trend analysis</i> 2) Perbandingan dengan data eksternal atau RS lain 3) Perbandingan dengan standar 4) Perbandingan dengan praktik terbaik <ul style="list-style-type: none"> • Direktur RS • Kepala bidang/divisi • Kepala unit pelayanan • Komite PMKP • Penanggungjawab data unit 	<p>10</p> <p>5</p> <p>0</p>	<p>TL</p> <p>TS</p> <p>TT</p>

Elemen penilaian PMKP 7.1		Telusur	Skor	
<p>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)</p>	D	<p>Bukti sertifikat pelatihan Komite PMKP dan penanggung jawab data unit dan pengalaman kerja</p>	10	TL
			5	TS
	W	<ul style="list-style-type: none"> • Komite PMKP • Penanggungjawab data unit 	0	TT

Elemen penilaian PMKP 7.1		Telusur	Skor	
<p>6. Hasil analisis data telah disampaikan kepada Direktur, para kepala bidang/divisi dan kepala unit untuk ditindaklanjuti. (D,W)</p>	<p>D</p>	<p>1) Bukti laporan hasil analisis data</p>	<p>10</p>	<p>TL</p>
		<p>5</p>	<p>TS</p>	
		<p>2) Bukti laporan hasil analisis data disampaikan kepada Direktur, kepala bidang dan kepala unit</p>	<p>0</p>	<p>TT</p>
	<p>W</p>	<p>3) Bukti tindak lanjut/rencana perbaikan</p> <p>Direktur/kepala bidang/divisi</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 rumah sakit memprioritaskan proses di rumah sakit yang diukur, program perbaikan dan kegiatan keselamatan pasien yang diterapkan, dan bagaimana mengukur keberhasilan dalam upaya di seluruh rumah sakit ini.
- Program mutu dan keselamatan pasien mencakup analisis atas dampak prioritas perbaikan yang didukung oleh pimpinan (*Lihat TKRS 5, EP 4*). Staf program mutu dan keselamatan pasien 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 *acute myocard infarc (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 rumah sakit 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	
<p>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)</p>	D	<p>Bukti tentang analisis data pengukuran mutu pelayanan klinis prioritas</p>	10	TL
			5	TS
	W	Komite PMKP	0	TT

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	<ul style="list-style-type: none"> • 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
	W	prioritas	0	S
		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
			0	TT
	W	Komite PMKP		

Elemen penilaian PMKP 7.2		Telusur	Skor	
<p>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)</p>	D	Bukti tentang hasil efisiensi sumber daya pengukuran	10	TL
		mutu pelayanan klinis	5	TS
	W	<p>mutu pelayanan klinis prioritas</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 ;
- 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
- 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 - 0	TL - 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 W	Bukti pelaksanaan validasi data IAK Komite PMKP	10 5 0	TL TS TT

Elemen penilaian PMKP 8	Telusur		Skor	
3. Rumah sakit 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
	W	Komite PMKP	5	TS
4. Rumah sakit telah melakukan perbaikan berdasarkan hasil validasi data. (D,W)	D	Bukti pelaksanaan perbaikan data berdasarkan hasil validasi data	10	TL
	W	Komite PMKP	5	TS
			0	TT

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, rumah sakit 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 Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) melalui SISMADAK dalam waktu 5x24 jam. Agar pelaporan dapat berjalan baik, maka rumah sakit 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 rumah sakit telah ikut berpartisipasi dalam penyediaan data nasional angka insiden keselamatan pasien, pembelajaran untuk meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien bagi rumah sakit lain dan ditetapkannya langkah-langkah praktis keselamatan pasien untuk rumah sakit di Indonesia.

Elemen penilaian PMKP 9		Telusur	Skor	
<p>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)</p>	R	<p>Regulasi tentang sistem pelaporan insiden keselamatan pasien internal dan eksternal (Komite Nasional Keselamatan Pasien Kemenkes RI)</p>	10	TL
			-	-
			0	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
	W	<ul style="list-style-type: none"> • Ka unit kerja • Komite PMKP 	5	TS
3. RS mengintegrasikan pelaporan kejadian dan pengukuran mutu agar solusi dan perbaikan yang dilakukan terintegrasi. (D,W)	D	Bukti pelaksanaan tentang integrasi laporan dan analisis data laporan insiden dengan PMKP dan perbaikannya	10	TL
	W	Komite PMKP/Tim KPRS/Komite PPI/K3RS	5	TS
			0	TT

Elemen penilaian PMKP 9		Telusur	Skor	
<p>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)</p>	<p>D</p>	<p>1)Bukti tentang laporan dan tindak lanjut insiden keselamatan pasien setiap 6 bulan kepada pemilik/representasi pemilik</p> <p>2)Bukti laporan kejadian sentinel kepada pemilik/representasi</p>	<p>10</p>	<p>TL</p>
			<p>5</p>	<p>TS</p>
			<p>0</p>	<p>TT</p>

Elemen penilaian PMKP 9	Telusur	Skor	
	<p>pemilik paling lambat 2x24 jam dengan disertai hasil RCA</p> <p>3) Bukti laporan kejadian sentinel kepada KARS paling lambat 5x24 jam</p> <p>W</p> <ul style="list-style-type: none"> • Representasi pemilik • Direktur • Komite PMKP/Tim KPRS 	10	TL
		5	TS
		0	TT

Elemen penilaian PMKP 9		Telusur	Skor	
<p>5. Ada bukti RS telah melaporkan insiden IKP kepada Komite Nasional Keselamatan Pasien sesuai peraturan perundang-undangan dan KARS melalui SISMADAK. (D, W)</p>	D	<p>Bukti laporan insiden keselamatan pasien secara online atau tertulis kepada:</p> <p>1) Komite Nasional Keselamatan Pasien yang dilengkapi dengan analisa, rekomendasi dan solusi dari Tim Keselamatan pasien RS</p> <p>2) KARS paling lambat 5x24 jam dengan hasil RCA paling lambat 45 hari setelah tanggal kejadian</p>	10	TL
	W	<ul style="list-style-type: none"> • Direktur • Komite PMKP/Tim KPRS 	5	TS
			0	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.

a) Setiap RS menetapkan definisi operasional kejadian sentinel paling sedikit meliputi:

- 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***

Maksud dan Tujuan PMKP 9.1

- 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**
- 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 perundang-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	
<p>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)</p>	R	<p>Regulasi tentang jenis kejadian sentinel dalam sistem pelaporan insiden keselamatan pasien internal dan eksternal</p>	10	TL
			-	-
			0	TT

Elemen penilaian PMKP 9.1		Telusur	Skor	
<p>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.</p> <p>(D,W)</p>	D	Bukti pelaksanaan	10	TL
		RCA/AAM tidak melewati 45	5	TS
	W	<p>hari dari waktu terjadinya kejadian</p> <p>Komite PMKP/Tim KPRS</p>	0	TT

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	<ul style="list-style-type: none"> • 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 rumah sakit 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
- 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 menular 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	
<p>1. RS mempunyai regulasi jenis kejadian yg tdk diharapkan, proses pelaporan & analisisnya (lihat juga PMKP 9 EP 1). (R)</p>	R	<p>Regulasi tentang jenis KTD dalam sistem pelaporan insiden keselamatan pasien internal dan eksternal</p>	10	TL
			-	-
			0	TT
<p>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)</p>	D	<p>Bukti tentang laporan dan analisis insiden</p>	10	TL
			5	TS
	W	<ul style="list-style-type: none"> • DPJP/PPJA • Petugas bank darah/laboratorium • Komite PMKP/Tim KPRS 	0	TT

Elemen penilaian TKRS 11.1		Telusur	Skor	
<p>3. Semua kejadian serius akibat efek samping obat jika sesuai dan sebagaimana yang didefinisikan oleh RS, sudah dianalisis (lihat juga PKPO 7). (D,W)</p>	<p>D</p>	<p>Bukti tentang laporan dan analisis insiden</p>	<p>10</p>	<p>TL</p>
<p>4. Semua kesalahan pengobatan (<i>medication error</i>) yang signifikan jika sesuai dan sebagai mana yg didefinisikan oleh RS, sudah dianalisis (Lihat juga PKPO 7.1) (D,W)</p>	<p>D</p>	<p>Bukti tentang laporan dan analisis insiden</p>	<p>10</p>	<p>TL</p>
	<p>W</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Komite PMKP/Tim KPRS ● DPJP/PPJA ● Farmasi 	<p>5</p>	<p>TS</p>
	<p>W</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Komite PMKP/Tim KPRS ● DPJP/PPJA ● Farmasi 	<p>0</p>	<p>TT</p>

Elemen penilaian TKRS 11.1		Telusur	Skor	
<p>5. Semua perbedaan besar (<i>discrepancy</i>) antara diagnosis praoperasi dan diagnosis pascaoperasi sudah dianalisis (Lihat juga PAB.7.2) (D,W)</p>	<p>D</p> <p>W</p>	<p>Bukti tentang laporan dan analisis insiden</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Komite PMKP/Tim KPRS ● DPJP/PPJA/Kepala instalasi bedah ● Komite medis ● KSM bedah 	<p>10</p> <p>5</p> <p>0</p>	<p>TL</p> <p>TS</p> <p>TT</p>
<p>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)</p>	<p>D</p> <p>W</p>	<p>Bukti tentang laporan dan analisis insiden</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Komite PMKP/Tim KPRS ● DPJP/PPJA ● KSM anestesi 	<p>10</p> <p>5</p> <p>0</p>	<p>TL</p> <p>TS</p> <p>TT</p>

Elemen penilaian TKRS 11.1		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
			0	TT
	W	<ul style="list-style-type: none"> • Komite PMKP/Tim KPRS • DPJP/PPJA 		



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).



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 menguatkirkan 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	
<p>1. Ada regulasi tentang pengukuran budaya keselamatan (lihat juga TKRS 13.1 EP 1) (R)</p>	<p>R</p>	<p>Regulasi tentang budaya keselamatan RS dan cara pengukurannya</p>	<p>10 - 0</p>	<p>TL - TT</p>
<p>2. Direktur rumah sakit telah melaksanakan pengukuran budaya keselamatan (lihat TKRS 13.1 EP 5). (D,W)</p>	<p>D W</p>	<p>Bukti hasil pengukuran budaya keselamatan RS yang dapat berbentuk survei dan atau indikator mutu</p> <ul style="list-style-type: none"> • Direktur • Komite PMKP 	<p>10 5 0</p>	<p>TL TS TT</p>



Standar PMKP 11

Peningkatan mutu dan keselamatan pasien dicapai dan dipertahankan

Maksud dan Tujuan PMKP 11

- 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 menguatkirkan 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.

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. Rumah sakit telah membuat rencana perbaikan terhadap mutu dan keselamatan berdasarkan hasil capaian mutu (D,W)	D	Bukti tentang rencana perbaikan mutu dari hasil capaian mutu	10	TL
	W	<ul style="list-style-type: none"> ● Komite PMKP ● Kepala bidang/divisi ● Kepala unit 	5	TS
2. Rumah sakit telah melakukan uji coba rencana perbaikan terhadap mutu dan keselamatan pasien (D,W)	D	Bukti tentang uji coba rencana perbaikan	10	TL
	W	<ul style="list-style-type: none"> ● Komite PMKP ● Kepala bidang/divisi ● Kepala unit 	5	TS
			0	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
			5	TS
	W	<ul style="list-style-type: none"> ● Komite PMKP ● Kepala bidang/divisi ● Kepala unit 	0	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
			5	TS
	W	<ul style="list-style-type: none"> ● Komite PMKP ● Kepala bidang/divisi ● Kepala unit 	0	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	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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 rumah sakit menyusun program manajemen risiko.

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

- i. konteks
- ii. ruang lingkup, tujuan dan kriteria untuk penilaian risiko
- iii. tanggung jawab dan fungsi manajemen risiko
- 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	
<p>1.RS mempunyai regulasi dan program manajemen risiko rumah sakit yang meliputi a) sampai dengan f) yang ada di Maksud dan Tujuan (R)</p>	R	<p>Regulasi dan Program tentang manajemen risiko RS</p>	10	TL
			5	TS
			0	TT
<p>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)</p>	D	<p>Bukti daftar risiko di tingkat RS</p>	10	TL
			5	TS
	W	<p>Komite PMKP/ Tim KPRS/PJ manajemen risiko/Kepala unit</p>	0	TT

Elemen penilaian TKRS 12		Telusur	Skor	
<p>3. Rumah sakit telah membuat strategi untuk mengurangi risiko yang ada di a) sampai dengan f). (D,W)</p>	<p>D</p> <p>W</p>	<p>Bukti tentang strategi pengurangan risiko di tingkat rumah sakit</p> <p>Komite PMKP/ Tim KPRS/PJ manajemen risiko</p>	<p>10</p> <p>5</p> <p>0</p>	<p>TL</p> <p>TS</p> <p>TT</p>
<p>4. Ada bukti rumah sakit telah melakukan failure mode effect analysis (analisis efek modus kegagalan/FMEA/AEMK) setahun sekali pada proses berisiko tinggi yang di prioritaskan. (D,W)</p>	<p>D</p> <p>W</p>	<p>Bukti tentang hasil FMEA/AEMK rumah sakit</p> <ul style="list-style-type: none"> • Komite PMKP/ Tim KPRS/PJ manajemen risiko • Tim FMEA 	<p>10</p> <p>5</p> <p>0</p>	<p>TL</p> <p>TS</p> <p>TT</p>

Elemen penilaian TKRS 12		Telusur	Skor	
5. Rumah sakit telah melaksanakan tindak lanjut hasil analisis modus dampak kegagalan (FMEA). (D,W)	D	Bukti tindaklanjut dari hasil analisis FMEA /AEMK rumah sakit, penerapan redisain (desain baru) dan monitoringnya	10	TL
			5	TS
			0	TT
	W	<ul style="list-style-type: none"> • Direktur RS • Kepala bidang/divisi • Kepala unit pelayanan • Komite PMKP • Penanggungjawab data unit • Komite medis 		



TERIMA KASIH