PROPOSAL

PELATIHAN PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN (PMKP) TAHUN 2022

Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Muhammad Zein Painan

Jl. Dr. A. Rivai, Painan 25611
Phone : (0756) 21428-21518, Fax. 0756- 21398

PROPOSAL PELATIHAN

PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN (PMKP)

A. PENDAHULUAN

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

Peningkatan mutu adalah program yang disusun secara objektif dan sistematik untuk memantau dan menilai mutu serta kewajaran asuhan terhadap pasien, menggunakan peluang untuk meningkatkan asuhan pasien dan memecahkan masalah-masalah yang terungkap. (Jacobalis S, 1989).

B. LATAR BELAKANG

Rumah Sakit adalah suatu Institusi pelayanan kesehatan yang kompleks, padat pakar dan padat modal. Kompleksitas ini muncul karena pelayanan di rumah sakit menyangkut berbagai fungsi pelayanan, pendidikan dan penelitian, serta mencakup berbagai tingkatan maupun jenis disiplin. Agar rumah sakit harus memiliki sumber daya manusia yang professional baik dibidang teknis medis maupun administrasi kesehatan. Untuk menjaga dan meningkatkan mutu, rumah sakit harus mempunyai suatu ukuran yang menjamin peningkatan mutu dan keselamatan pasien. Pengukuran mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit sudah diawali dengan penilaian akreditasi rumah sakit yang mengukur dan memecahkan masalah pada tingkat input proses. Maka perlu diadakan in house training peningkatan mutu dan keselamtan pasien.

C. TUJUAN

Setelah mengikuti In House Training peserta diharapkan mampu :

a. Memahami tentang program PMKP
b. Memahami cara pemilihan dan pengumpulan data
c. Memahami dan mengerti tentang profil Indikator Mutu Nasional dan Indikator Unit
d. Membuat pencatatan, pelaporan dan analisa data
e. Mampu melaksanakan dan menjaga Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien di Rumah Sakit.

D. KEGIATAN POKOK DAN RINCIAN KEGIATAN

1. **Kegiatan Pokok**

   Kegiatan dilaksanakan dengan metode ceramah dan tanya jawab.

2. **Rincian Kegiatan**

   Terlampir

E. WAKTU DAN TEMPAT PELAKSANAAN

Hari/Tanggal : Kamis-Jum'at/24-25 November 2022

Tempat : Aula RSUD Dr. Muhammad Zein Painan

F. SASARAN

1. Pengumpul data
2. Kepala Ruangan
3. Kepala Instalasi
4. Komite Mutu

G. MATERI PELATIHAN

1. PMK 80 tahun 2020
2. Indikator nasional mutu pelayanan Rumah Sakit
3. Analisa dan Validasi data indikator mutu
4. Implementasi Sasaran Keselamatan Pasien
5. Aplikasi SIDOKAR
6. Menyusun Risk Register

H. ANGGARAN

NO	RINCIAN	JUMLAH	BIAYA
1.	Honor Narasumber @Rp.200.000	4	Rp. 800.000
2.	Konsumsi Peserta • Snak @Rp. 7.500 • Nasi @Rp. 20.000	82	Rp. 2.255.000
3.	Konsumsi Panitia • Snak @Rp. 7.500 • Nasi @Rp. 20.000	5	Rp. 137.500
4.	Konsumsi Narasumber • Snak @Rp. 7.500 • Nasi @Rp. 20.000	3	Rp. 82.500
TOTAL			Rp. 3.275.000

I. EVALUASI PELAKSANAAN KEGIATAN DAN PELAPORAN

a. Pre dan Post Test

b. Monitoring Hasil Kegiatan

Painan, 14 November 2022

Ketua Komite PKMP

dr. Ike Rahayu, Sp. M

Lampiran

JADWAL PELATIHAN PMKP			
WAKTU	**DURASI**	**KEGIATAN**	**PJ**
08.00-08.30	30	**Registrasi**	Panitia
08.30-09.00	30	Pembukaan	
09.00-10.00	60	Permenkes 80 tahun 2020	
10.00-11.00	60	Indikator Nasional Mutu Pelayanan di RS	
11.00-12.00	60	SIDOKAR	
12.00-13.30	90	**ISTIRAHAT**	
13.30-14.30	60	Analisa dan Validasi Data	
14.30-15.30	60	Menyusun Risk Register	
15.30-16.30	60	Impementasi SKP	

PEMERINTAH KABUPATEN PESISIR SELATAN
RSUD Dr. MUHAMMAD ZEIN
Jalan Dr. A. Rivai Painan (Kode Pos 25611)
Telp. (0765)21428-21518. Fax. (0756)21398, Email. rsudpainan@ymail.com

Painan, 20 September 2022

Nomor : 005/015/KM/RSUD/2022
Lamp. : -
Perihal : ***Sosialisasi Indikator Mutu***

Kepada,
Yth. Saudara/i.....
di
Tempat

Dalam rangka peningkatan mutu dan keselamatan pasien di RSUD Dr. Muhammad Zein Painan, Komite Mutu mengadakan Sosialisasi Indikator Mutu, maka kami mengundang Bapak/Ibu untuk hadir pada:

Hari/ Tanggal : Kamis/ 22 September 2022

Pukul : 09.30 s/d 14.00 WIB

Tempat : Aula RSUD dr. M Zein Painan

Demikianlah kami sampaikan agar dapat ditindaklanjuti. Atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

Direktur
RSUD Dr. M Zein Painan

PEMERINTAH KABUPATEN PESISIR SELATAN RSUD. MUHAMMAD ZEIN PAINAN

dr.HAREFA, Sp.PD. KKV.FINASIM
NIP. 19730103 200212 1 005

Lampiran I : JADWAL PELATIHAN PENANGGUNG JAWAB DATA MUTU DAN TIM PENGUMPULAN DATA MUTU
Hari/Tanggal : Kamis/ 24 November 2022
Tempat : AULA RSUD Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN

NO	**RUANGAN/UNIT**	PENANGGUNG JAWAB DATA
1	Bagian Tata Usaha	Junaidi, S.Sos
2	Bagian Perencanaan	Fefni Kaldian, S.Psi, M. Ikom
3	Bidang Pelayanan	Allafni, A.Md.Kep
4	Bidang Keperawatan	Ns. Zaiyar Efrita, M.Kep
5	Bidang Keuangan	Sri Aria Putri, SE
6	Bidang Pembukuan	Ul Muliani, Amd
7	Bidang Penunjang Teknis	Bay Evon Karmila, S.SiT. MM
8	Bidang Peralatan	Syamsul Hendri, SKM
9	Ka instalasi Rekam Medis	Riry Ega Satrya Bakhris, Amd. PK
10	Ka instalasi Penyehatan Lingkungan	Afwan, AM. SKM
11	Ka Instalasi Non Rawatan	Ns. Lusi Hasmi, S. Kep
12	Ka Instalasi Penunjang	Sri Mulyati, S.Si.T
13	Ka Instalasi IT & Penanggung Jawab Ambulance	Herizal Harpen, S.Kom
14	Ka Instalasi Farmasi	apt.Yulia Rahmi. Dasrul,S.Farm
15	Fisioterapi	Sri Gusmeni, A.Md.Fis
16	Laboratorium Klinik	Meri Hildayani, AMAK
17	Gizi	Lelen Hermaiyana Putri, AMG
18	CSSD	Sri Rahmadian, AMKL
19	Radiologi	Sri Wahyuni, Amd. Rad

20	UTDRS	Sri Afriyeni, S.ST
21	Unit Pelaporan dan Data	Nopri Megawati, SKM
22	Unit Pendaftaran	Citra Lilisman, Amd. RO
23	Unit Penyimpanan	Fitri Yulianti, Amd. PK
24	Casemix	Wira Fitri Ningsih, Amd. RM

NO	RUANGAN/UNIT	PENGUMPUL DATA
1	Bagian Tata Usaha	Gustin Yulia Roza, S.Kom
2	Bagian Perencanaan	Febriana wulandari, A.M.Kom
3	Bidang Pelayanan	Intan Sasmina, S.Tr. KG
4	Bidang Keperawatan	Fitra Yeni, Amd. Keb
5	Bidang Keuangan	Adha Besandra
6	Bidang Pembukuan	Putri Ayu
7	Bidang Penunjang Teknis	Yenita Fibrieny, S.Kep
8	Bidang Peralatan	Febri Melta Mahaddilla, S.Si
9	Laboratorium PA	Indra, AMAK
10	Loundry	Elfina Roza, AMKL
11	CSSD	Sri Rahmadian, AMKL
12	Farmasi	apt. Yola Safitri, S.Farm
13	Fisioterapi	Delsi Erfina, Amd.Fis
14	Laboratorium Klinik	Oktya Putri, Amd. Kes
15	Gizi	Elza Yunita, Amd. GZ
16	Radiologi	Eggy Putri Asih, Amd.Rad
17	UTDRS	Nadia Elvadina, AMd.AK

18	Unit Pelaporan dan Data	Fanny Olivia, SKM
19	Unit Pendaftaran	Resta Frigi Indra, SKM
20	Unit Penyimpanan	Zera Septi Yani, A.Md.Kes
21	Casemix	Mutiara Sanoer, A.Md.Kes
22	IT	Nindi Kornelia, S.Kom
23	IPLRS	Siska Fitriani Maiyuza, SKM
24	IPSRS	Sri Rezki Wahyuni, A.Md.TEM
25	PKRS & UPM	Henny Devita, SKM
26	Satpam	Nofrizal
27	Gas Medis	Anton
28	Brankar	Yusrizal

Lampiran II : JADWAL PELATIHAN PENANGGUNG JAWAB DATA MUTU DAN TIM PENGUMPULAN DATA MUTU
Hari/Tanggal : Jumat/ 25 November 2022
Tempat : AULA RSUD Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN

NO	RUANGAN/UNIT	PENANGGUNG JAWAB DATA/PIC
1	Ka Instalasi Rawat Jalan & IGD	Satria Putri Cornalia, Amd.Kep
2	Ka Instalasi Rawat Inap Grouping B	Ns. Witnayora,S.Kep
3	Ka Instalasi Rawat Inap Grouping A	Ns. Yossy Sofina, S.Kep
4	IGD	Ns. Meksi Yurindo, S.Kep
5	Intalasi Rawat Jalan	Gulnasri, Amd.Kep
6	OK	Ns. Delni Desastri, S.Kep
7	Anastesi & RR	Teti Nofrianti, AMK
8	Hemodialisa	Nelda Oksriyanti, Amd.Kep
9	Irna Bedah	Vivien Anggrayeni, Amd.Kep
10	Irna Penyakit Dalam	Ns.Yesi Yulia Roza, S.Kep
11	Irna Anak	Santi Anggraini, S. Kep
12	Irna Kebidanan	Desmarni, STr. Keb
13	Irna Paru	Lina Nelfiati, Amd.Kep
14	Irna Neurologi	Ns. Riri Afriani,S.Kep
15	Perinatologi	Nelva Rosa, A.Md.Kep
16	VIP & Klas I, II	Ns.Isniarni, S.Kep
17	ICU	Elpisusyanti, AMK
18	Klas III Terpadu	Widya Sapta Primasari, Amd.Kep

NO	RUANGAN/UNIT	PENGUMPUL DATA
1	IGD	Suci Purwari, Amd. Kep
2	Intalasi Rawat Jalan	Ns. Nurwis Marlian, S.Kep
3	OK	Ns. R.S.N. Eka Putri, S.Kep
4	Anastesi & RR	Ns. Sisilia Intan Juita, S.Kep
5	Hemodialisa	Darmayanti, Amd. Kep
6	Irna Bedah	Ns.Eka Putra Susanto, S.Kep
7	Irna Penyakit Dalam	Ns. Fella Febnur Agus, S.Kep
8	Irna Anak	Ns. Ruccy Febrinal, S.Kep
9	Irna Kebidanan	Ns. Tutsi Sarnengsih, S. Kep
10	Irna Paru	Gina ofi Marfelina, Amd. Kep
11	Irna Neurologi	Ns.Ratih Derma Kamsil, S.Kep
12	Perinatologi	Hanifa Hafza, Amd.Keb
13	VIP & Klas I, II	Ghoniyah Dzaikra, Amd. Kep
14	ICU	Ns. A.R Yulia Sunarti, S.Kep
15	Kelas III Terpadu	Sartika Rahmadhani, Amd. Kep

SOAL PRE TEST DAN POST TEST MANAJEMEN DATA

1. Sebutkan indicator mutu unit masing-masing?
2. Jelaskan uraian tugas PIC data mutu?
3. Jelaskan mekanisme alur pengumpulan data mutu ke komite mutu setiap bulannya?
4. Tanggal berapakah paling lambat data mutu dikumpulkan ke komite mutu?
5. Jelaskan cara validasi data mutu?

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

GERMAS Gerakan Masyarakat Hidup Sehat

INDIKATOR NASIONAL MUTU PELAYANAN DI RUMAH SAKIT

Direktur Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan

drg. Farichah Hanum, M.Kes.

Disampaikan pada Pertemuan Ilmiah Tahunandan Semiloka Nasional ke VI
Komisi Akreditasi Rumah Sakit
Jakarta, 6 April 2021

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

ARAH KEBIJAKAN PROGRAM PRIORITAS PENINGKATAN AKSES & KUALITAS PELAYANAN KESEHATAN

5 prioritias
untuk meningkatkan pelayanan kesehatan terutama pelayanan kesehatan dasar dengan peningkatan upaya promotif dan preventif, didukung inovasi dan pemanfaatan teknologi

Peningkatan kesehatan ibu, anak reproduksi	Percepatan perbaikan gizi masyarakat	Peningkatan pengendalian penyakit	Pembudayaan Gerakan Masyarakat Sehat	Penguatan Sistem Kesehatan

17 indikator sasaran pokok pembangunan kesehatan

1 Angka kematian ibu (per 100.000KH)	5 Prevalensi stunting pada balita (%)	7 Insidensi HIV (per 1000 penduduk yang tidak terinfeksi HIV)	10 Persentase merokok penduduk usia 10-18 tahun	13 % fasilitas kesehatan FTKP terstandar
2 Angka kematian bayi (per 1000 KH)	6 Prevalensi wasting pada balita (%)	8 Insidensi TB (per 100.000 penduduk)	11 Prevalensi obesitas pada penduduk umur >= 18	14 % RS terakreditasi
3 Angka kematian neonatal (per 1000 KH)		9 Eliminasi malaria (kab/kota)	12 Jumlah kabupaten/kota sehat (kabupaten/kota)	15 % puskesmas dengan jenis tenaga kesehatan sesuai standar
4 % Imunisasi Dasar Lengkap pada anak usia 12-23 bulan				16 % puskesmas tanpa dokter
				17 % puskesmas dengan ketersediaan obat esensial

8 area reformasi dan strategi kunci

Pendidikan & Penempatan Nakes	Penguatan Puskesmas	Peningkatan RS & Yankes di DTPK	Kemandirian Farmasi dan Alat Kesehatan	Ketahanan Kesehatan (Health Security)	Pengendalian Penyakit & Imunisasi	Pembiayaan Kesehatan	Teknologi Informasi & Pemberdayaan Masyarakat

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

GERMAS Gerakan Masyarakat Hidup Sehat

STRATEGI PENINGKATAN MUTU

TAHUN 2020 - 2024

PENGUATAN SISTEM KESEHATAN

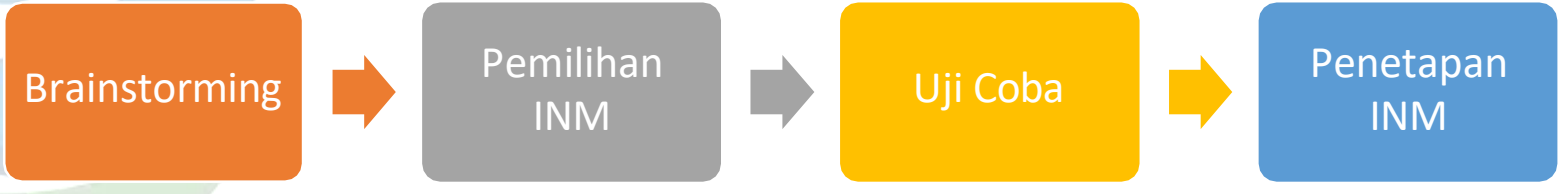
Meningkatnya Akses Pelayanan Kesehatan Dasar & Rujukan

Meningkatnya Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang Bermutu Bagi Masyarakat

Penyempurnaan Sistem Akreditasi
(Standar dan Instrumen Akreditasi, Sistem Informasi, Penyelenggaraan Survei)

Terlaksananya Pengukuran Mutu Pelayanan Kesehatan Di Fasyankes	Terlaksananya Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien

Proses Penetapan Indikator Nasional Mutu Pelayanan



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

GERMAS

PERTIMBANGAN

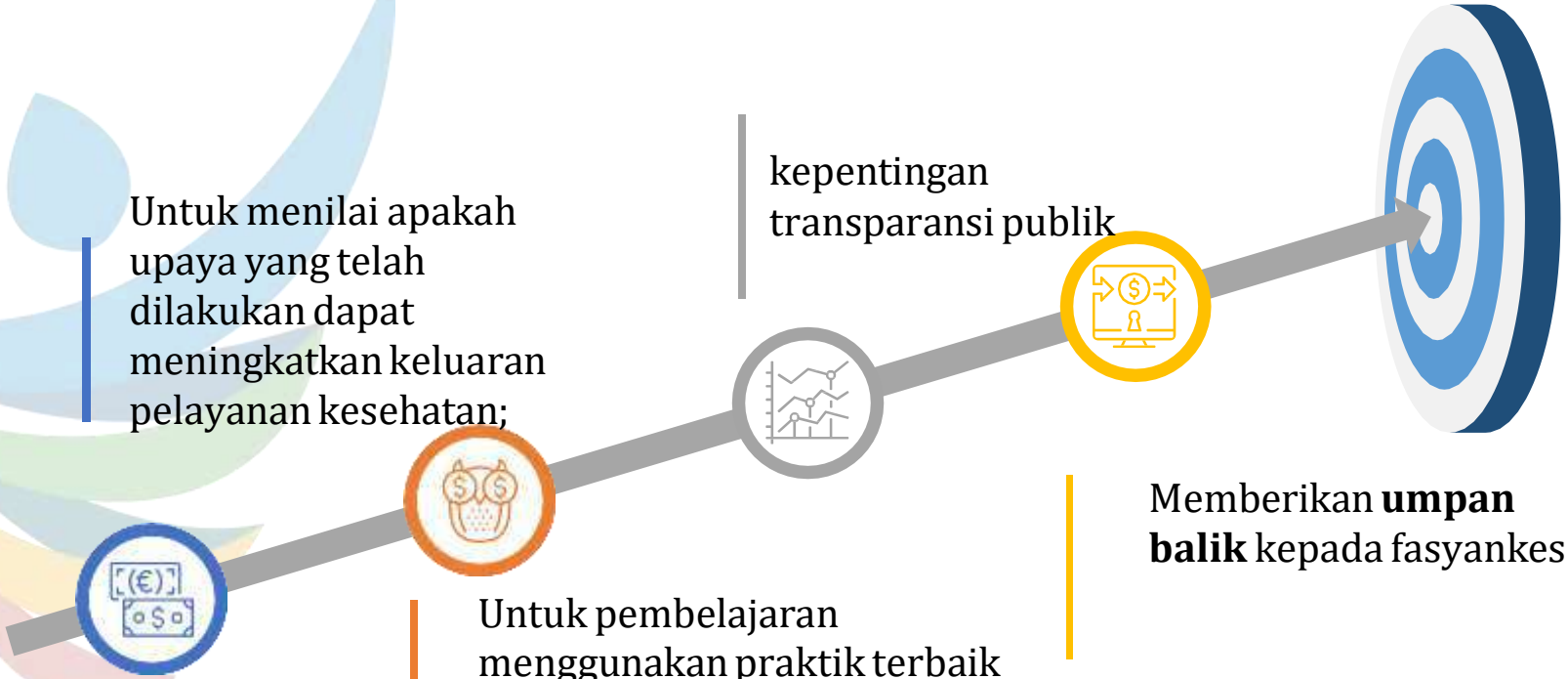
Dalam rangka mempertahankan & meningkatkan mutu berkesinambungan

Setiap Fasyankes wajib melakukan pengukuran & evaluasi mutu yankes sesuai indicator mutu

untuk memberikan acuan kepada pemerintah pusat, pemerintah daerah, dan Fasyankes dalam melakukan pengukuran dan evaluasi mutu pelayanan kesehatan sesuai dengan indikator yang ditetapkan

INDIKATOR MUTU NASIONAL

Tolok ukur yang digunakan untuk menilai tingkat keberhasilan mutu pelayanan kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan



Untuk menilai apakah upaya yang telah dilakukan dapat meningkatkan keluaran pelayanan kesehatan;

Untuk pembelajaran menggunakan praktik terbaik yang diperoleh melalui proses **kaji banding**

kepentingan transparansi publik

Memberikan **umpan balik** kepada fasyankes

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

INDIKATOR NASIONAL MUTU RUMAH SAKIT

GERMAS

1. Kepatuhan kebersihan tangan
2. Kepatuhan penggunaan APD
3. Kepatuhan identifikasi pasien
4. Waktu tanggap Seksio sesarea emergensi
5. Waktu tunggu rawat jalan
6. Penundaan operasi elektif
7. Kepatuhan waktu visite Dokter Spesialis
8. Pelaporan hasil kritis laboratorium
9. Kepatuhan penggunaan formularium nasional
10. Kepatuhan terhadap *clinical pathway*
11. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh
12. Kecepatan waktu tanggap komplain
13. Kepuasan pasien dan keluarga

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

GERMAS Gerakan Masyarakat Hidup Sehat

PROFIL INDIKATOR

Judul	Judul singkat yang spesifik mengenai indikator apa yang akan diukur tanpa menyebutkan satuan pengukuran.
Dasar Pemikiran	Dasar pemilihan indikator, yang berasal dari ketentuan peraturan, literatur, data, analisis situasi.
Dimensi Mutu	Prinsip atau tujuan prioritas dalam memberikan pelayanan, meliputi keselamatan pasien *(safe),* efektif *(effective),* efisien *(efficient),* berorientasi kepada pasien *(people-centred),* tepat-waktu *(timely),* adil *(Equitable)* dan terintegrasi *(Integrated)*
Tujuan	Hasil yang ingin dicapai dengan melakukan indikator mutu
Definisi Operasional	Batasan pengertian yang dijadikan pedoman dalam melakukan pengukuran indikator untuk menghindari kerancuan
Tipe Indikator	Input, Proses, Output, Outcome
Satuan Pengukuran	Standar atau dasar ukuran yang digunakan
Numerator	Jumlah subjek atau kondisi yang ingin diukur dalam populasi atau sampel yang memiliki karakteristik tertentu
Denumerator	Semua peluang yang ingin diukur dalam populasi atau sampel
Target Pencapaian	Sasaran yang telah ditetapkan untuk dicapai

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

GERMAS

PROFIL INDIKATOR

Kriteria	Inklusi, Eksklusi
Formula	Rumus untuk menghasilkan nilai indikator
Desain Pengumpulan Data	Retrospektif, *Concurrent* (Survei harian)
Sumber Data	Asal data yang diukur (Data Primer, Data Sekunder)
Instrumen Pengambilan Data	Alat atau tools atau formulir yang digunakan untuk mengumpulkan data.
Besar Sampel	Jumlah data yang harus dikumpulkan agar pengukuran menjadi refresentatif. Menyesuaikan kaidah statistik
Frekuensi Pengumpulan Data	Kekerapan pengumpulan data
Periode Pelaporan Data	Kurun waktu yang ditetapkan untuk melaporkan data
Periode Analisa Data	Kurun waktu yang ditetapkan untuk melakukan analisis data
Penyajian Data	Cara menampilkan data
Penanggung Jawab	Petugas yang bertanggung jawab untuk mengakomodir upaya pencapaian target yang ditetapkan.

1. Kepatuhan Kebersihan Tangan

Kebersihan tangan dilakukan dengan mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir bila atau menggunakan alkohol *(alcohol-based handrubs)*, Indikasi Five Moments, dengan 6 Langkah

Numerator

Jumlah peluang kebersihan tangan yang dilakukan sesuai dengan indikasi

Denumerator

Jumlah peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam satu periode pengamatan

Inklusi

Semua peluang kebersihan tangan

Eksklusi

Tidak ada

Formula

$$\frac{\text{Jumlah peluang kebersihan tangan yang dilakukan sesuai dengan Indikasi}}{\text{Jumlah peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam satu periode pengamatan / observasi}} \times 100\ \%$$

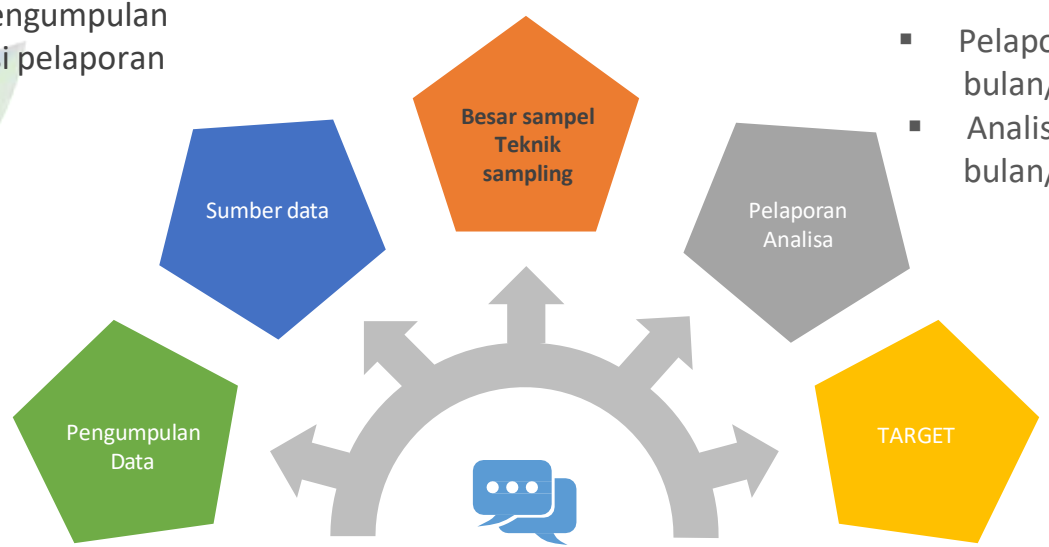
1. Kepatuhan Kebersihan Tangan

Mengukur kepatuhan pemberi layanan kesehatan untuk memperbaiki dan meningkatkan kepatuhan agar dapat menjamin keselamatan petugas dan pasien dengan cara mengurangi risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan

Melalui observasi /pengamatan menggunakan formulir pengumpulan data/aplikasi pelaporan

Minimal 200 peluang

- Pelaporan dilakukan setiap bulan/triwulan/tahunan
- Analisa dilakukan setiap bulan/triwulan/tahunan



Dilakukan melalui survey harian/concurrent

≥85%

2. Kepatuhan Penggunaan APD

Kepatuhan penggunaan APD adalah kepatuhan petugas kesehatan dalam menggunakan APD sesuai indikasi dan standar.

Numerator

Jumlah petugas kesehatan yang menggunakan APD sesuai indikasi dan standar dalam periode pengamatan

Denumerator

Jumlah petugas kesehatan diamati

Inklusi

Semua petugas yang terindikasi harus menggunakan APD

Eksklusi

Tidak ada

Formula

$$\frac{\text{Jumlah petugas kesehatan yang menggunakan APD sesuai indikasi dan standar dalam periode pengamatan}}{\text{Jumlah petugas kesehatan yang diamati}} \times 100\%$$

2. Kepatuhan Penggunaan APD

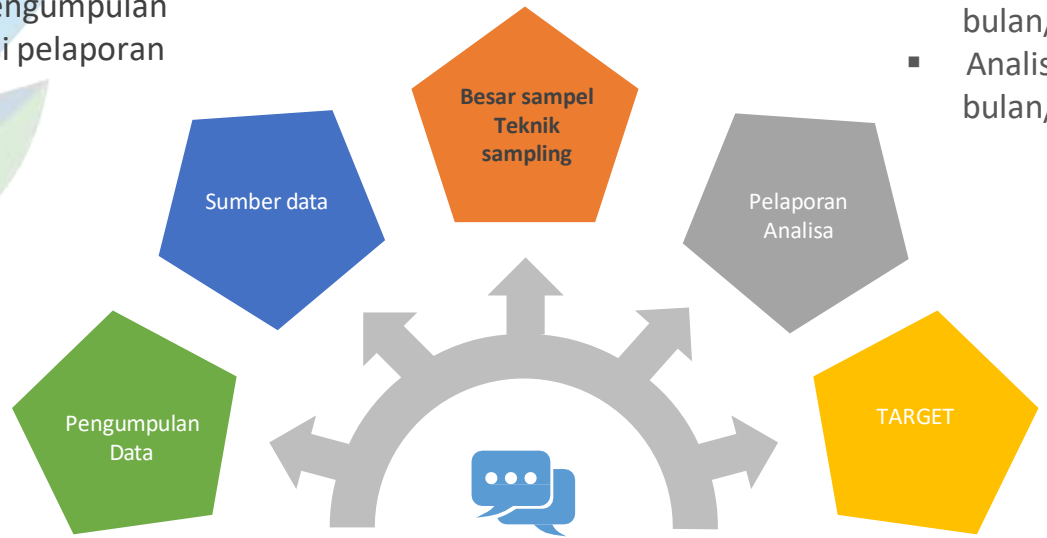
Menjamin keselamatan petugas dan pengguna layanan dengan cara mengurangi risiko infeksi.

Melalui observasi /pengamatan menggunakan formulir pengumpulan data/aplikasi pelaporan

Dilakukan sesuai dengan referensi statistik yang ditetapkan oleh rumah sakit

- Pelaporan dilakukan setiap bulan/triwulan/tahunan
- Analisa dilakukan setiap bulan/triwulan/tahunan

Dilakukan melalui survey harian/concurrent



100%

3. Kepatuhan Identifikasi Pasien

proses identifikasi menggunakan minimal dua identitas sebelum memberikan pelayanan dan sesuai dengan regulasi yang berlaku di RS

Numerator

Jumlah proses identifikasi pasien yang dilakukan secara benar → Melakukan pengecekan identitas visual/verbal

Denumerator

Jumlah total peluang identifikasi yang diobservasi

Inklusi

Semua pasien yang mendapatkan pelayanan di Rumah sakit

Eksklusi

Tidak ada

Formula

$$\frac{\text{Jumlah proses identifikasi pasien yang dilakukan secara benar}}{\text{Jumlah total peluang yang di observasi}} \times 100\%$$

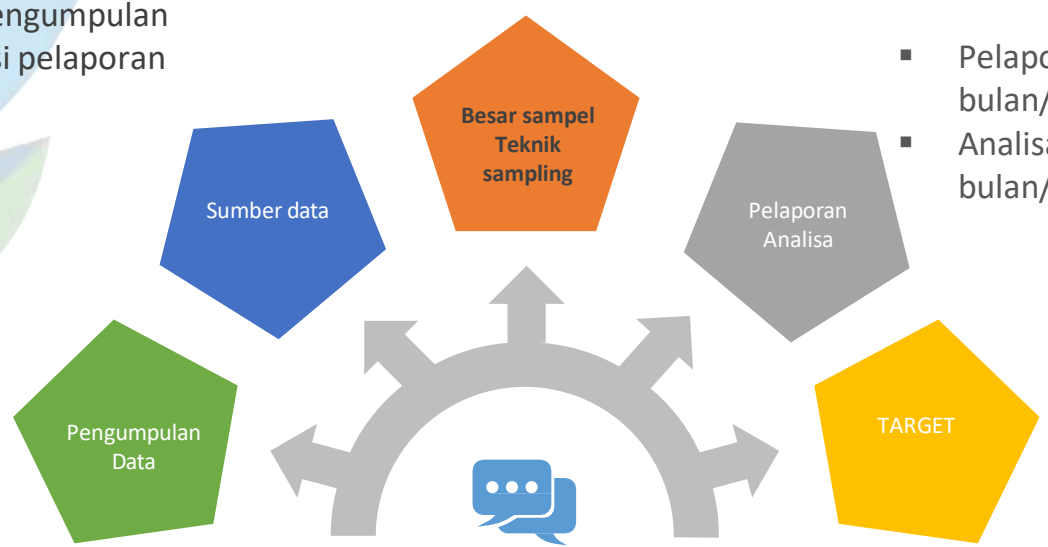
3. Kepatuhan Identifikasi Pasien

Meningkatkan kepatuhan pemberi layanan dalam melaksanakan proses identifikasi pasien dalam pelayanan

Minimal 200 peluang

Melalui observasi /pengamatan menggunakan formulir pengumpulan data/aplikasi pelaporan

- Pelaporan dilakukan setiap bulan/triwulan/tahunan
- Analisa dilakukan setiap bulan/triwulan/tahunan



Dilakukan melalui survey harian/concurrent

100%

4. Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi ≤ 30 menit

waktu yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan tindakan SC emergensi diputuskan operasi sd dimulainya insisi operasi di kamar operasi ≤ 30 menit.

Numerator

Jumlah pasien yg mendapatkan tindakan seksio sesarea emergensi sesuai dengan waktu tanggap

Denumerator

Jumlah pasien yg diputuskan tindakan seksio sesarea emergensi

Inklusi

Pasien yang diputuskan untuk tindakan SC emergensi dengan toleransi operasi baik

Eksklusi

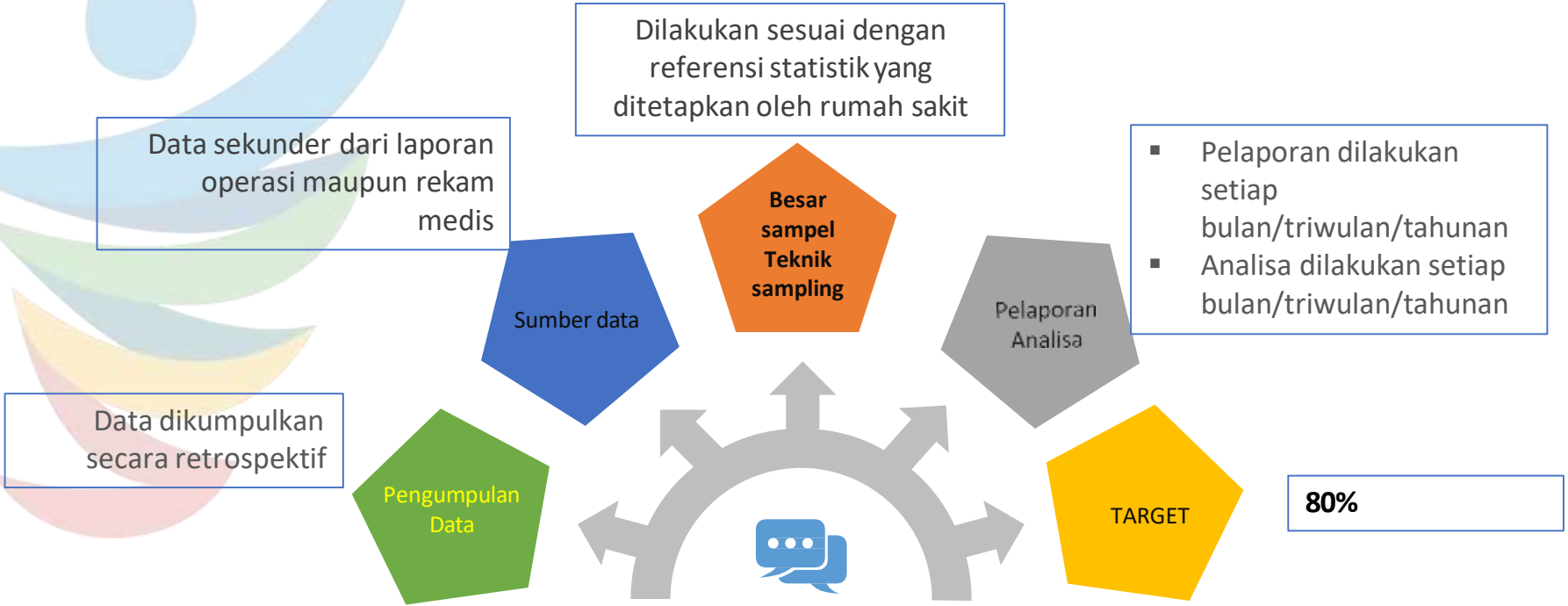
Ibu hamil yg memerlukan stabilisasi terlebih dahulu

Formula

$$\frac{\text{Jumlah pasien yang mendapatkan tindakan seksio sesarea emergensi sesuai dengan waktu tanggap}}{\text{Jumlah pasien yg diputuskan tindakan seksio sesarea emergensi}} \times 100\%$$

4. Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi ≤ 30 menit

Tergambarnya pelayanan kegawatdaruratan operasi seksio sesarea yang cepat dan tepat sehingga mampu mengoptimalkan upaya menyelamatkan Ibu dan Bayi



5. Waktu Tunggu Rawat Jalan

Waktu tunggu rawat jalan adalah waktu yang dibutuhkan mulai saat pasien kontak dengan petugas pendaftaran sampai mendapat pelayanan dokter/ dokter spesialis

Numerator

Jumlah pasien rawat jalan dengan waktu tunggu ≤ 60 menit

Denumerator

Jumlah pasien rawta jalan yang diamati

Inklusi

Pasien yang berobat rawat jalan

Eksklusi

Pasien medical *check up* / pasien tidak datang saat dipanggil, pasien poli gigi

Formula

$$\frac{\text{Jumlah pasien rawat jalan dengan waktu tunggu} \leq 60 \text{ menit}}{\text{Jumlah pasien rawat jalan yang diamati}} \times 100\%$$

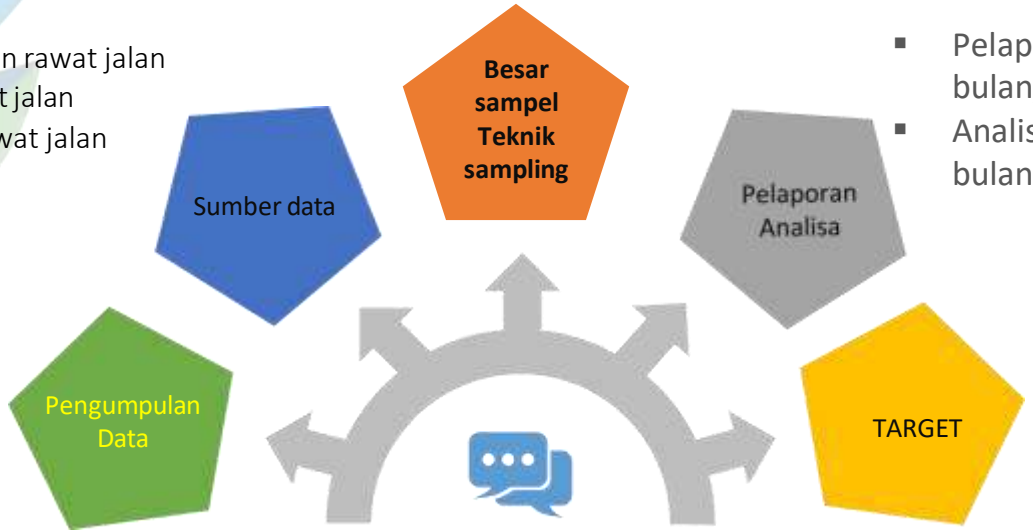
5. Waktu Tunggu Rawat Jalan

Tergambarnya waktu pasien menunggu di pelayanan sebagai dasar untuk perbaikan proses pelayanan di unit rawat jalan agar lebih tepat waktu dan efisien sehingga meningkatkan kepuasan pasien.

Dilakukan sesuai dengan referensi statistik yang ditetapkan oleh rumah sakit

Data sekunder

- Catatan Pendaftaran Pasien rawat jalan
- Rekam medik Pasien rawat jalan
- Formulir waktu tunggu rawat jalan



- Pelaporan dilakukan setiap bulan/triwulan/tahunan
- Analisa dilakukan setiap bulan/triwulan/tahunan

Data dikumpulkan secara retrospektif

≥ 80%

6. Penundaan Operasi Elektif

Tindakan operasi yang terencana atau dijadwalkan yang tertunda ≥ 1 jam dari jadwal operasi yang direncanakan sebelumnya yang terjadi pada hari pelaksanaaan operasi

Numerator: Jumlah pasien yang waktu jadwal operasinya tertunda lebih dari 1 jam

Denumerator: Jumlah pasien operasi elektif

Inklusi: pasien operasi elektif

Eksklusi: Penundaan operasi atas indikasi medis

Formula:

$$\frac{\text{Jumlah operasi elektif yang tertunda} \geq 1 \text{ jam}}{\text{Jumlah pasien operasi elektif}} \times 100\%$$

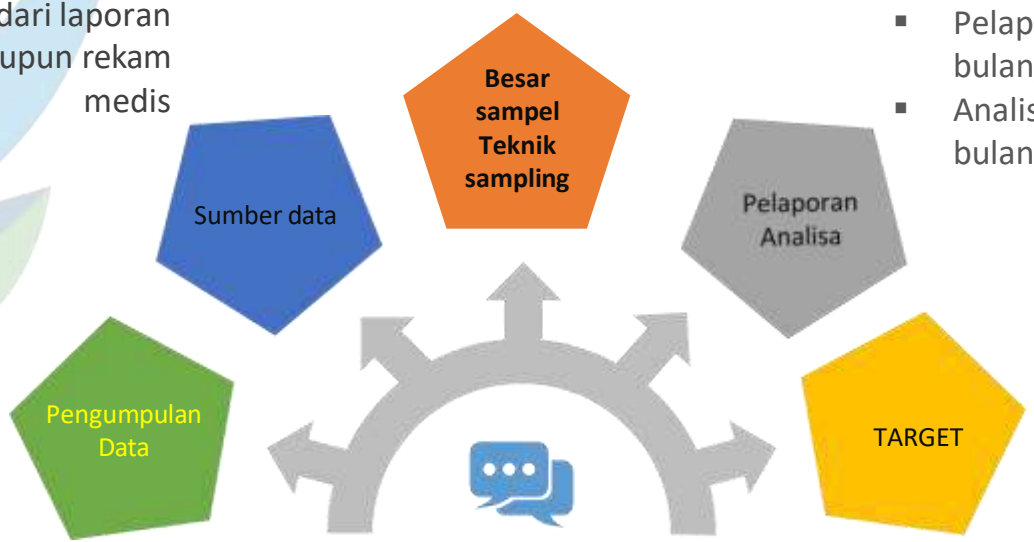
6.Penundaan Operasi Elektif

Tergambarnya ketepatan pelayanan bedah dan penjadwalan operasi

Dilakukan sesuai dengan referensi statistik yang ditetapkan oleh rumah sakit

Data sekunder dari laporan operasi maupun rekam medis

Data dikumpulkan secara retrospektif



- Pelaporan dilakukan setiap bulan/triwulan/tahunan
- Analisa dilakukan setiap bulan/triwulan/tahunan

< 5%

Waktu Penundaan 60 menit dihitung sejak waktu operasi yang dijadwalkan sampai dengan pelaksanaan operasi.

7. Ketepatan Waktu Visit Dokter Spesialis

waktu kunjungan DPJP untuk melihat perkembangan pasien yang menjadi tanggung jawabnya setiap hari termasuk hari libur.

Numerator

Jumlah visite Dokter Spesialis yang dilakukan sebelum/paling lambat jam 14:00.

Denumerator

Jumlah visite Dokter Spesialis yang diamati

Inklusi

Semua pasien rawat inap

Eksklusi

Pasien yang baru masuk rawat inap pada hari tersebut atau pasien konsul

Formula

$$\frac{\text{Jumlah visite Dokter Spesialis yang dilakukan sebelum/paling lambat pukul 14:00}}{\text{Jumlah visite Dokter Spesialis yang diamati}} \times 100\ \%$$

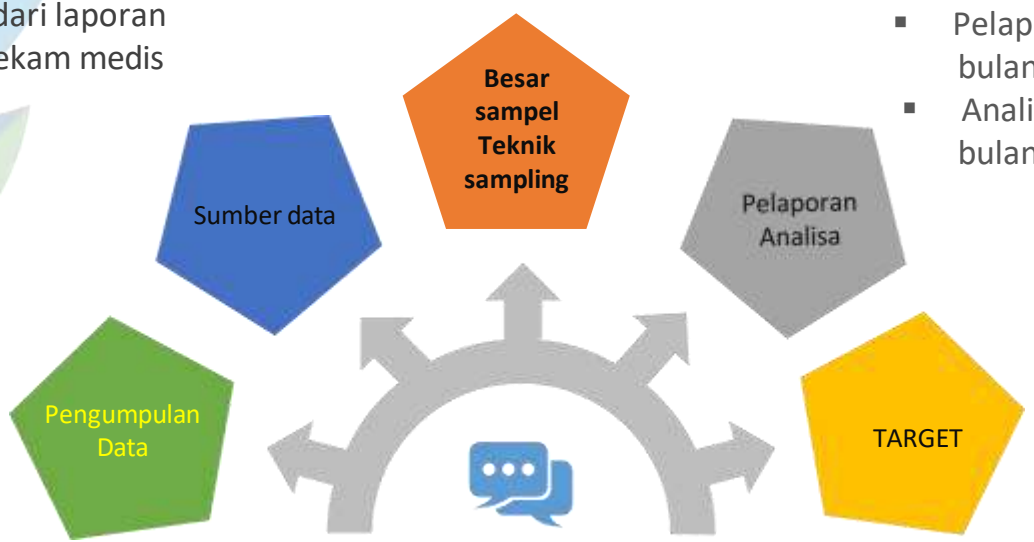
7.Ketepatan Visit Dokter Spesialis

Tergambarnya kepatuhan dokter spesialis terhadap ketepatan waktu melakukan visitasi kepada pasien rawat inap

Dilakukan sesuai dengan referensi statistik yang ditetapkan oleh rumah sakit

Data sekunder dari laporan visit dalam rekam medis

- Pelaporan dilakukan setiap bulan/triwulan/tahunan
- Analisa dilakukan setiap bulan/triwulan/tahunan



Data dikumpulkan secara retrospektif

≥ 80%

8. Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium

waktu yang dibutuhkan sejak hasil pemeriksaan keluar dan telah dibaca oleh dokter/analis hingga dilaporkan hasilnya kepada dokter yang meminta pemeriksaan

Numerator

Jumlah hasil kritis yang dilaporkan < 30 menit

Denumerator

Jumlah hasil kritis laboratorium yang disurvei

Inklusi

Semua hasil pemeriksaan laboratorium yang memenuhi kategori kritis

Eksklusi

Tidak ada

Formula

$$\frac{\text{Jumlah hasil kritis lab yang dilaporkan} < 30\ \textit{menit}}{\text{Jumlah hasil kritis lab yang disurvey}} \times 100\%$$

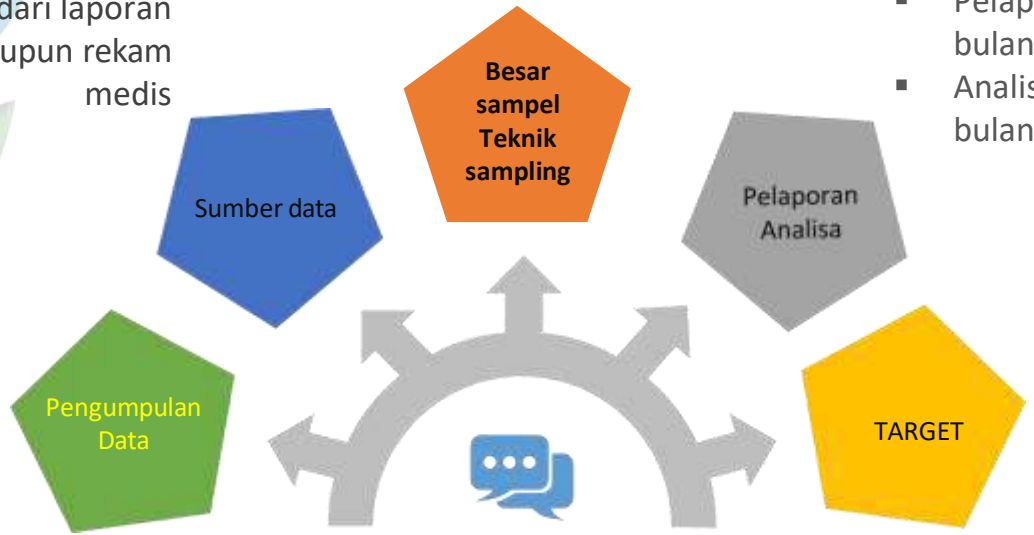
8. Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium

sistem yang menunjukan bagaimana nilai kritis dilaporkan dan didokumentasikan untuk menurunkan risiko keselamatan pasien

Dilakukan sesuai dengan referensi statistik yang ditetapkan oleh rumah sakit

Data sekunder dari laporan hasil tes kritis maupun rekam medis

- Pelaporan dilakukan setiap bulan/triwulan/tahunan
- Analisa dilakukan setiap bulan/triwulan/tahunan



Data dikumpulkan secara retrospektif

100%

9. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional

Peresepan obat oleh DPJP kepada pasien sesuai daftar obat di Formularium Nasional.

Numerator

Jumlah item obat (R/) yang sesuai dengan formularium nasional

Denumerator

Jumlah item obat (R/) yang disurvei

Inklusi

Resep yang dilayani rumah sakit

Eksklusi

- Obat di luar fornas karena kebutuhan pasien dengan persetujuan komite Medik dan Direktur
- Stok obat nasional berdasarkan e-katalog kosong

Formula

$$\frac{\text{Jumlah item obat yang sesuai dengan formularium nasional}}{\text{Jumlah item obat yang disurvei}} \times 100\ \%$$

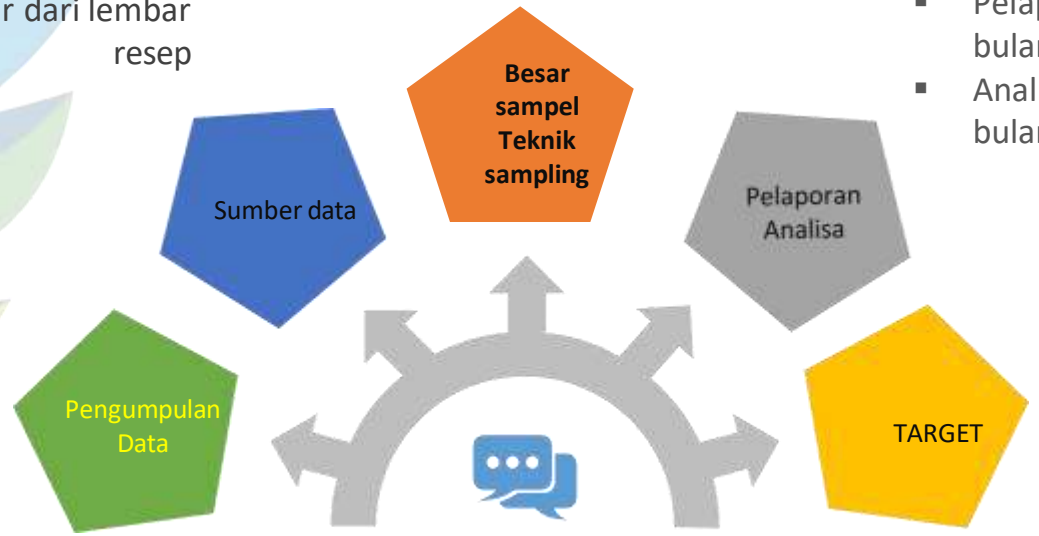
9. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional

Terwujudnya pelayanan obat kepada pasien yang efektif dan efisien berdasarkan daftar obat yang mengacu kepada formularium nasional

Dilakukan sesuai dengan referensi statistik yang ditetapkan oleh rumah sakit

Data sekunder dari lembar resep

- Pelaporan dilakukan setiap bulan/triwulan/tahunan
- Analisa dilakukan setiap bulan/triwulan/tahunan



Data dikumpulkan secara retrospektif

≥ 80%

10. Kepatuhan Terhadap Alur Klinis(Clinical Pathway)

proses pelayanan secara terintegrasi yang diberikan kepada pasien oleh DPJP, Perawat, Farmasi, Gizi yang sesuai dengan *clinical pathway* yang ditetapkan Rumah Sakit

Numerator

Jumlah pelayanan oleh PPA yang sesuai dengan *clinical pathway*

Denumerator

Jumlah seluruh pelayanan oleh PPA pada *clinical pathway* yang disurvei

Inklusi

Pasien yang menderita penyakit sesuai CP yang diukur

Eksklusi

- Pasien pulang atas permintaan sendiri
- Pasien meninggal
- Variasi yang terjadi sesuai dengan indikasi klinis pasien dalam perkembangan pelayanan

Formula

$$\frac{\text{Jumlah pelayanan oleh PPA yang sesuai dengan clinical pathway}}{\text{Jumlah seluruh pelayanan oleh PPA pada } \textit{clinical pathway} \text{ yang disurvei}} \times 100\ \%$$

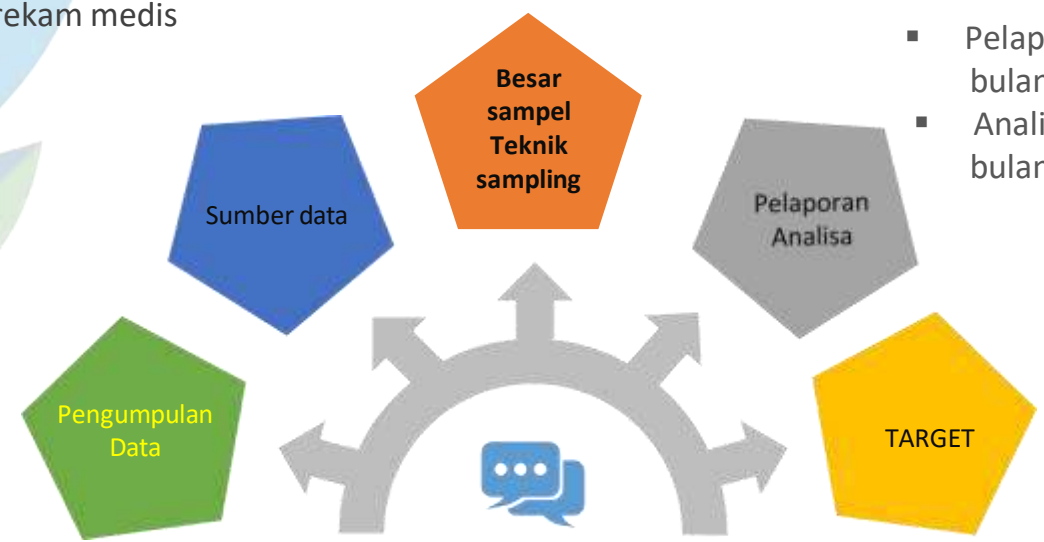
10. Kepatuhan Terhadap Alur Klinis (Clinical Pathway)

menjamin kepatuhan dokter atau dokter gigi di rumah sakit terhadap standar pelayanan dan untuk meningkatkan mutu pelayanan klinis di RS

Dilakukan sesuai dengan referensi statistik yang ditetapkan oleh rumah sakit

Data sekunder dari rekam medis

- Pelaporan dilakukan setiap bulan/triwulan/tahunan
- Analisa dilakukan setiap bulan/triwulan/tahunan



Data dikumpulkan secara retrospektif

≥ 80%

Komponen yang dievaluasi adalah kepatuhan terapi, diagnostik dan LOS terhadap 5 CP yang telah ditetapkan

11. Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh

pelaksanaan pengkajian awal, pengkajian ulang & intervensi upaya pencegahan jatuh pada pasien rawat inap yang berisiko jatuh sesuai dengan standar yang ditetapkan rumah sakit.

Numerator

Jumlah pasien berisiko tinggi jatuh yang mendapatkan ketiga upaya pencegahan risiko jatuh

Denumerator

Jumlah pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh yang disurvei

Inklusi

Pasien Rawat inap berisiko tinggi

Eksklusi

- Pasien tidak dapat dilakukan asesmen ulang maupun edukasi (meninggal, gangguan jiwa yang melewati fase akut)
- Pasien yang menolak intervensi

Formula

$$\frac{\text{Jumlah pasien berisiko jatuh yang mendapatkan ketiga upaya pencegahan risiko jatuh}}{\text{Jumlah pasien rawat inap yang berisiko jatuh yang di survei}} \times 100\%$$

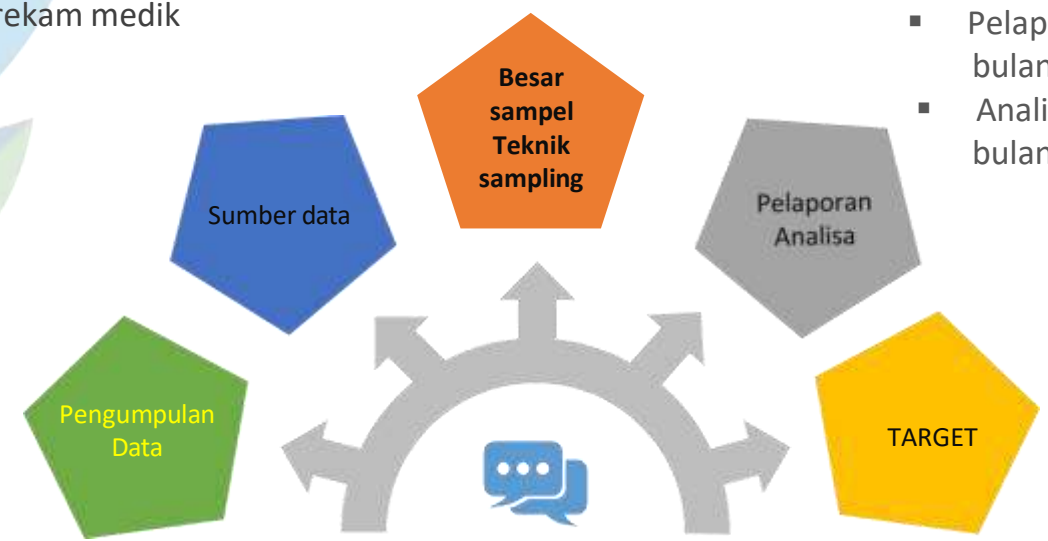
11. Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh

Mengukur kepatuhan pemberi pelayanan dalam menjalankan upaya pencegahan jatuh agar terselenggara pelayanan keperawatan yang aman dan mencapai pemenuhan sasaran keselamatan pasien.

Dilakukan sesuai dengan referensi statistikyang ditetapkan oleh rumah sakit

Data sekunder dari rekam medik

- Pelaporan dilakukan setiap bulan/triwulan/tahunan
- Analisa dilakukan setiap bulan/triwulan/tahunan



Data dikumpulkan secara retrospektif

100%

12. Kecepatan Waktu Tanggap Komplain

rentang waktu Rumah sakit dalam menanggapi keluhan tertulis, lisan atau melalui media masa melalui tahapan identfikasi, penetapan grading risiko, analisa hingga tindak lanjutnya

Numerator

Jumlah komplain yang ditanggapi dan ditindaklanjuti sesuai waktu yang ditetapkan berdasarkan grading

Denumerator

Jumlah Komplain yang disurvei

Inklusi

Semua komplain

Eksklusi

Tidak ada

Formula

$$\frac{\text{Jumlah komplain yang ditanggapi dan ditindaklanjuti sesuai waktu yang ditetapkan sesuai dengan grading}}{\text{Jumlah komplain yang disurvei}} \times 100\%$$

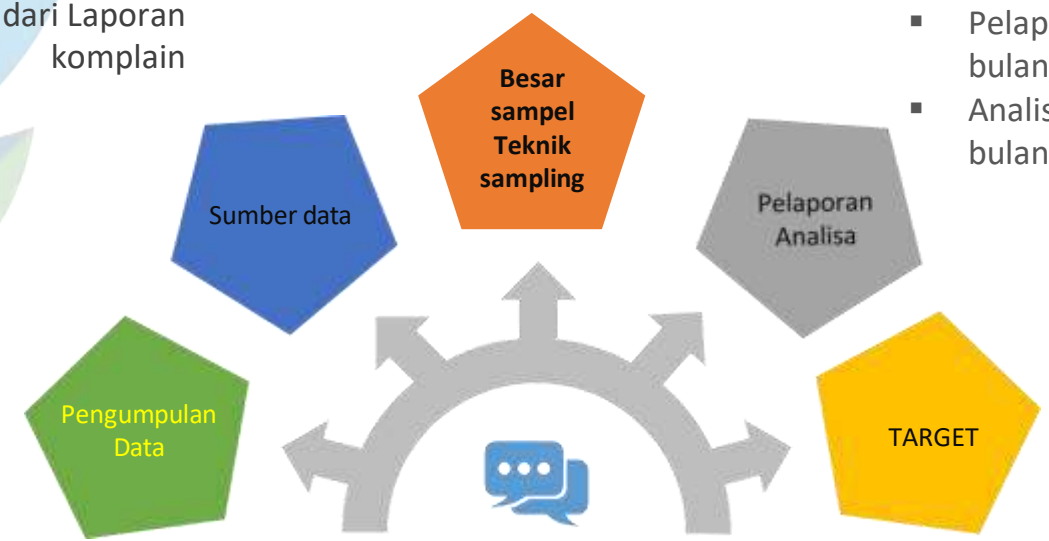
12. Ketepatan Waktu Tanggap Komplain

Tergambarnya kecepatan rumah sakit dalam merespon keluhan pasien agar dapat diperbaiki dan ditingkatkan untuk sebagai bentuk pemenuhan hak pasien

Dilakukan sesuai dengan referensi statistik yang ditetapkan oleh rumah sakit

Data sekunder dari Laporan komplain

- Pelaporan dilakukan setiap bulan/triwulan/tahunan
- Analisa dilakukan setiap bulan/triwulan/tahunan



Data dikumpulkan secara retrospektif

> 80%

13. Kepuasan Pasien dan Keluarga

Pelayanan yang diukur berdasarkan persepsi dan pengalaman pasien dan keluarga terhadap Fasilitas, SDM, Farmasi, Administrasi

Capaian

Sesuai dengan survei kepuasan masyarakat berdasarkan PermenPAN RB No. 14 Tahun 2017

Inklusi

Semua pasien, ataupun keluarga maupun pengunjung

Eksklusi

Tidak ada

Formula

Sesuai dengan formula perhitungan survei kepuasan masyarakat berdasarkan PermenPAN RB No. 14 Tahun 2017

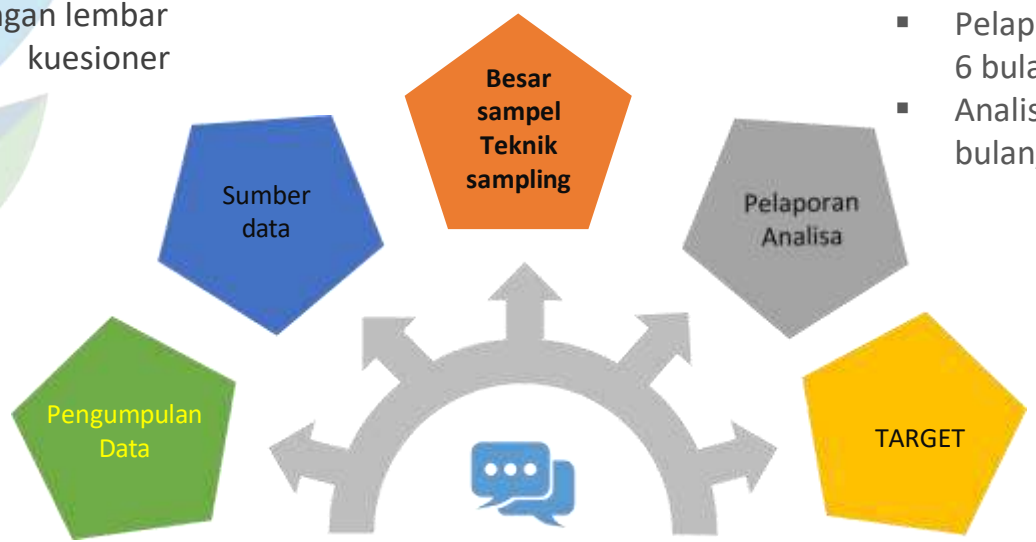
13. Kepuasan Pasien dan Keluarga

Mengukur tingkat kepuasan pasien dan keluarga sebagai dasar upaya-upaya peningkatan mutu dan terselenggaranya pelayanan di semua unit yang mampu memberikan kepuasan pelanggan

Dilakukan sesuai dengan referensi statistik yang ditetapkan oleh rumah sakit

Data primer dengan lembar kuesioner

Data dikumpulkan concurrent



- Pelaporan dilakukan setiap 6 bulan/tahunan
- Analisa dilakukan setiap 6 bulan/tahunan

Skor >76.60

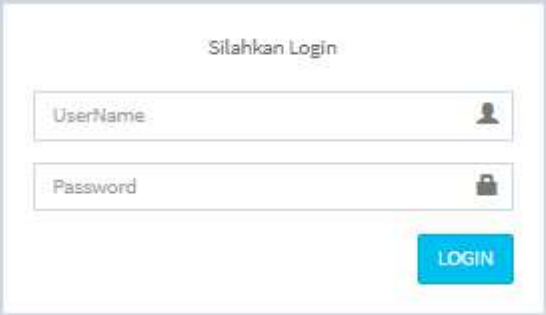
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

GERMAS

SISTEM INFORMASI MAR

MUTUFASYANKES.KEMKES.GO.ID/SIMAR

APLIKASI MUTU FASYANKES



mutufasyankes.kemkes.go.id

- APLIKASI INM
- FORM IKP
- UPLOAD DOKUMEN KOMITMEN MUTU
- UPLOAD INSTRUMEN KESIAPAN RS PADA MASA PANDEMI COVID-19

- PERMENKES NOMOR 80 TAHUN 2020

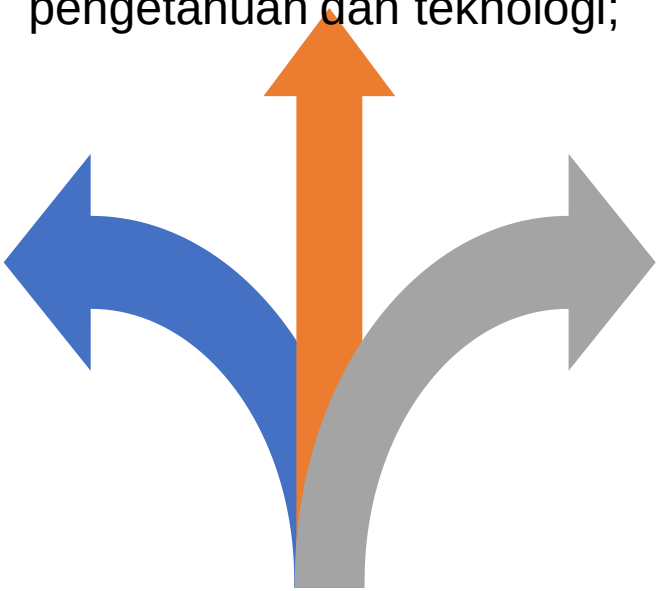
KOMITE MUTU RUMAH SAKIT

KOMITE MUTU RSUD Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN

PERMENKES KOMITE MUTU

untuk penyelenggaraan fungsi tertentu di rumah sakit dapat dibentuk komite sesuai dengan kebutuhan dan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi;

rumah sakit berkewajiban untuk meningkatkan mutu dan mempertahankan standar pelayanan rumah sakit melalui penyelenggaraan tata kelola mutu rumah sakit yang baik;



untuk memenuhi kebutuhan masyarakat & RS atas penyelenggaraan tata kelola mutu RS yang baik ❼u n i t internal untukmengoordinasikan penerapan mutu dari setiap tata kelola pelayanan yang dilakukan oleh unit organisasi lainnya

BAB I. KETENTUAN UMUM (PASAL 1)

Komite Mutu Rumah Sakit adalah unsur organisasi non struktural yang membantu Kepala / Direktur RS dalam mengelola dan memandu program peningkatan mutu & keselamatan pasien,
serta mempertahankan standar pelayanan

PENYELENGGARAAN TATA KELOLA MUTU RS PASAL 2, 3

1

Setiap RS wajib menyelenggarakan tata kelola mutu

2

Dilakukan untuk meningkatkan mutu RS & mempertahankan Standar pelayanan RS

3

Dilakukan melalui pembentukan Komite Mutu (kebutuhan, ketersediaan SDM & beban kerja)

4

Dapat dilaksanakan oleh Tim Penyelenggara Mutu apabila RS belum mampu membentuk

BAB II. ORGANISASI
(pasal 4)

Komite Mutu dibentuk oleh Kepala / Direktur Rumah Sakit & ditetapkan dengan surat keputusan

Berada di bawah & bertanggung jawab kepada Kepala / Direktur Rumah sakit

SUSUNAN ORGANISASI PERMENKES NOMOR 80 TAHUN 2020 KOMITE MUTU RUMAH SAKIT

SUSUNAN ORGANISASI

a. Ketua
b. Sekretaris
c. Anggota

- Ketua & Sekrt merangkap anggota
- Ketua tdk boleh merangkap sbg pejabat Struktural
- Dipilih dan diangkat oleh Kepala / Direktur RS

KEANGGOTAAN

Tenaga medis ; Tenaga Keperawatan; Nakes lain; Tenaga Non Kesehatan

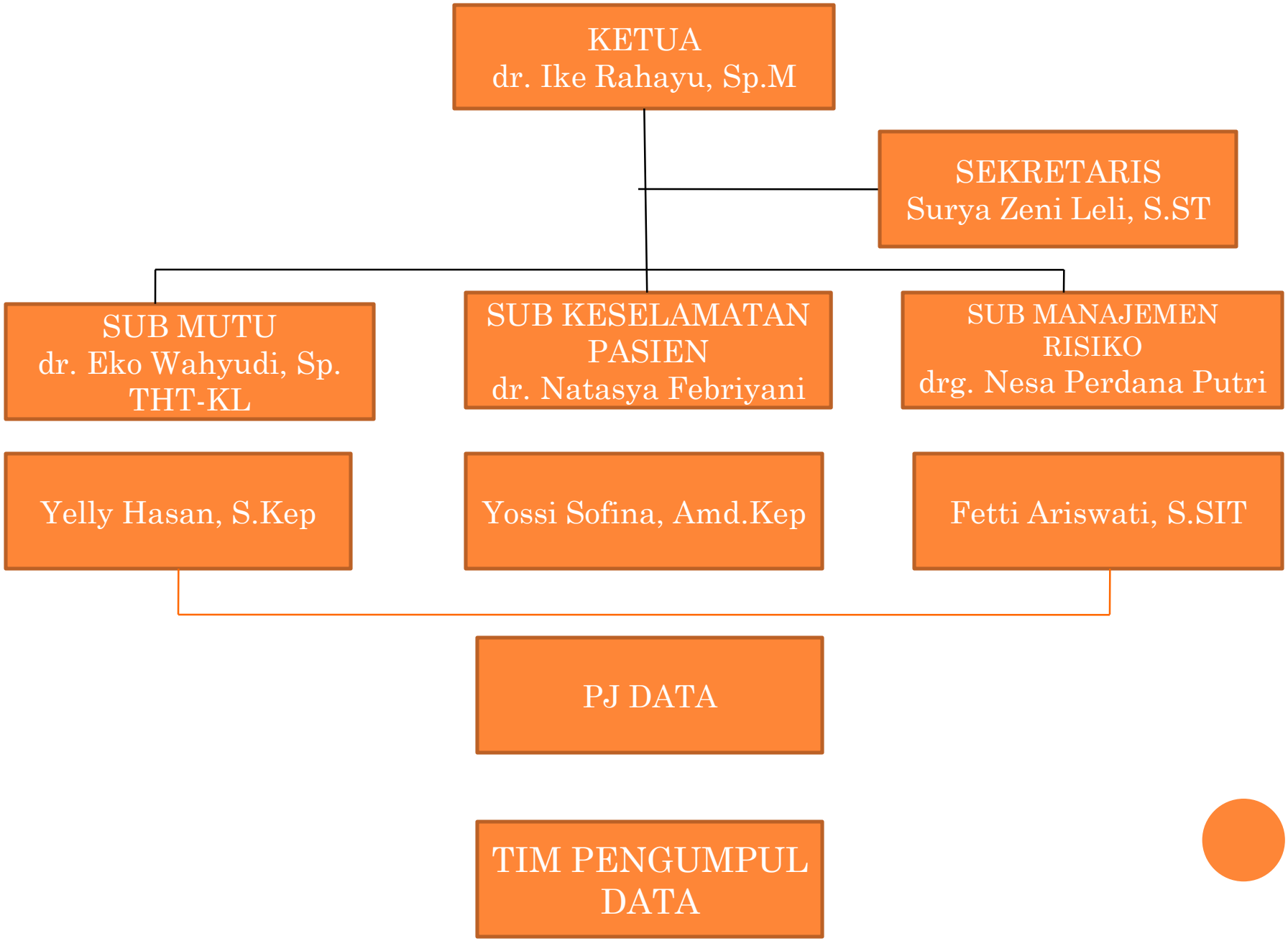
Jumlah disesuaikan dg kemampuan & ketersediaan RS; Diangkat & diberhentikan oleh Kepala / Direktur RS; Masa kerja 3 tahun & dpt diangkat kembali

PERSYARATAN

a. tidak pernah melakukan perbuatan tercela;
b. sehat jasmani & jiwa;
c. memiliki pengetahuan dan/atau pengalaman bekerja dlm penyelenggaraan mutu RS;
d. bersedia bekerja sebagai anggota Komite Mutu;
e. memiliki komitmen terhadap peningkatan mutu, keselamatan pasien, & manajemen risiko di RS

PEMBERHENTIAN

a. tidak melaksanakan tugas dengan baik;
b. melanggar etika;
c. terlibat dalam tindakan yang merugikan RS;
d. dipidana karena melakukan tindak pidana kejahatan berdasarkan putusan pengadilan yang telahmemperoleh kekuatan hukum tetap.


KETUA
dr. Ike Rahayu, Sp.M
SEKRETARIS
Surya Zeni Leli, S.ST
SUB MUTU
dr. Eko Wahyudi, Sp. THT-KL
SUB KESELAMATAN PASIEN
dr. Natasya Febriyani
SUB MANAJEMEN RISIKO
drg. Nesa Perdana Putri
Yelly Hasan, S.Kep
Yossi Sofina, Amd.Kep
Fetti Ariswati, S.SIT
PJ DATA
TIM PENGUMPUL DATA

DALAM PROSES PENGUMPULAN DATA, DIREKTUR MENETAPKAN

a. KARU sebagai PJ PMKP di tingkat unit
b. Staf pengumpul data
c. Staf validasi data

RS yang memiliki tenaga cukup, proses pebgukuran data dilakukan oleh (a-c), namun dalam hal keterbatasan tenaga , validasi dapat dilakukan oleh PJ PMKP di unit kerja (KARU)

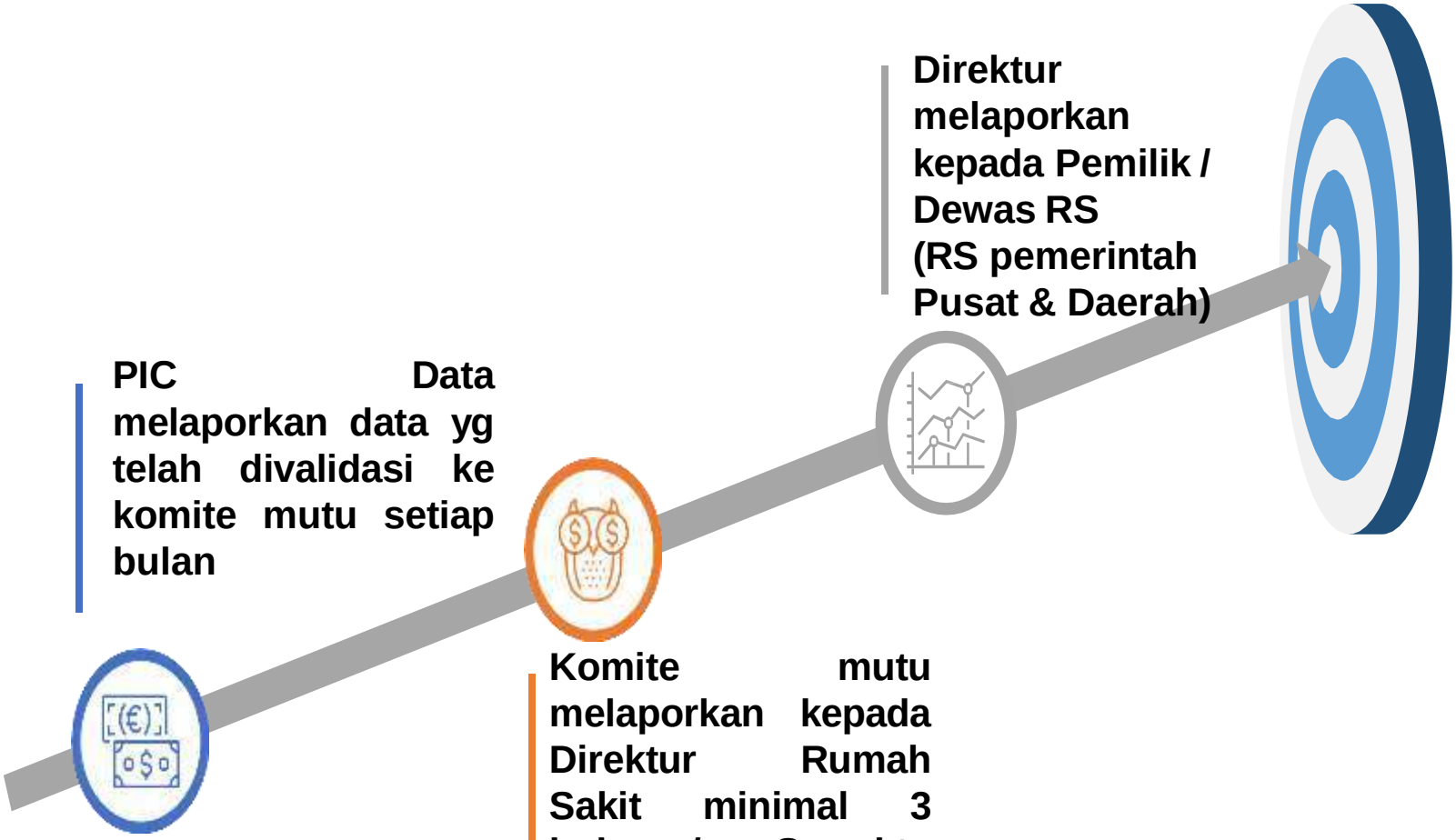
FOKUS AREA MUTU

1. Pengelolaan kegiatan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien
2. Pemilihan, pengumpulan, validasi, analisis data indikator mutu
3. Pelaporan dan analisis insiden keselamatan pasien
4. Pencapaian dan mempertahankan, perbaikan
5. Manajemen Resiko

INDIKATOR MUTU 2022

- INDIKATOR MUTU NASIONAL : 13
- INDIKATOR MUTU PRIORITAS : 10
- INDIKATOR YANG DIPERSYARATKAN BAB : 9
- INDIKATOR MUTU UNIT : 30
- INDIKATOR MUTU KINERJA PPA : 7
- TOTAL : 69

LAPORAN


Direktur melaporkan kepada Pemilik / Dewas RS (RS pemerintah Pusat & Daerah)
PIC Data melaporkan data yg telah divalidasi ke komite mutu setiap bulan
Komite mutu melaporkan kepada Direktur Rumah Sakit minimal 3 bulan / Sewaktu diperlukan (dan Rekomendasi)

TERIMAKASIH.....

Komisi Akreditasi Rumah Sakit

PEMILIHAN INDIKATOR MUTU, ANALISA DAN VALIDASI DATA

Dr.
Luwiharsih,MSc

dr Luwiharsih, MSc

JABATAN SEKARANG :

Ka Bidang Diklat KARS

Ka Divisi Mutu PERSI 2012 - 2015

PENDIDIKAN

- SI Fakultas Kedokteran Unair
- SII Pasca Sarjana UI, Manajemen Rumah Sakit

PENGALAMAN KERJA

- Surveior & Pembimbing Akreditasi RS (1995 - sekarang)
- Direktur RSK Sitanala Tangerang (2007 - 2010)
- Ka Sub Dit RS Pendidikan (2005 – 2007)
- Ka Sub Dit RS Swasta (2001 - 2005)
- Ka Sub Dit Akreditasi RS (1995 - 2001)

Komisi Akreditasi Rumah Sakit

PEMILIHAN INDIKATOR MUTU, ANALISA DAN VALIDASI DATA

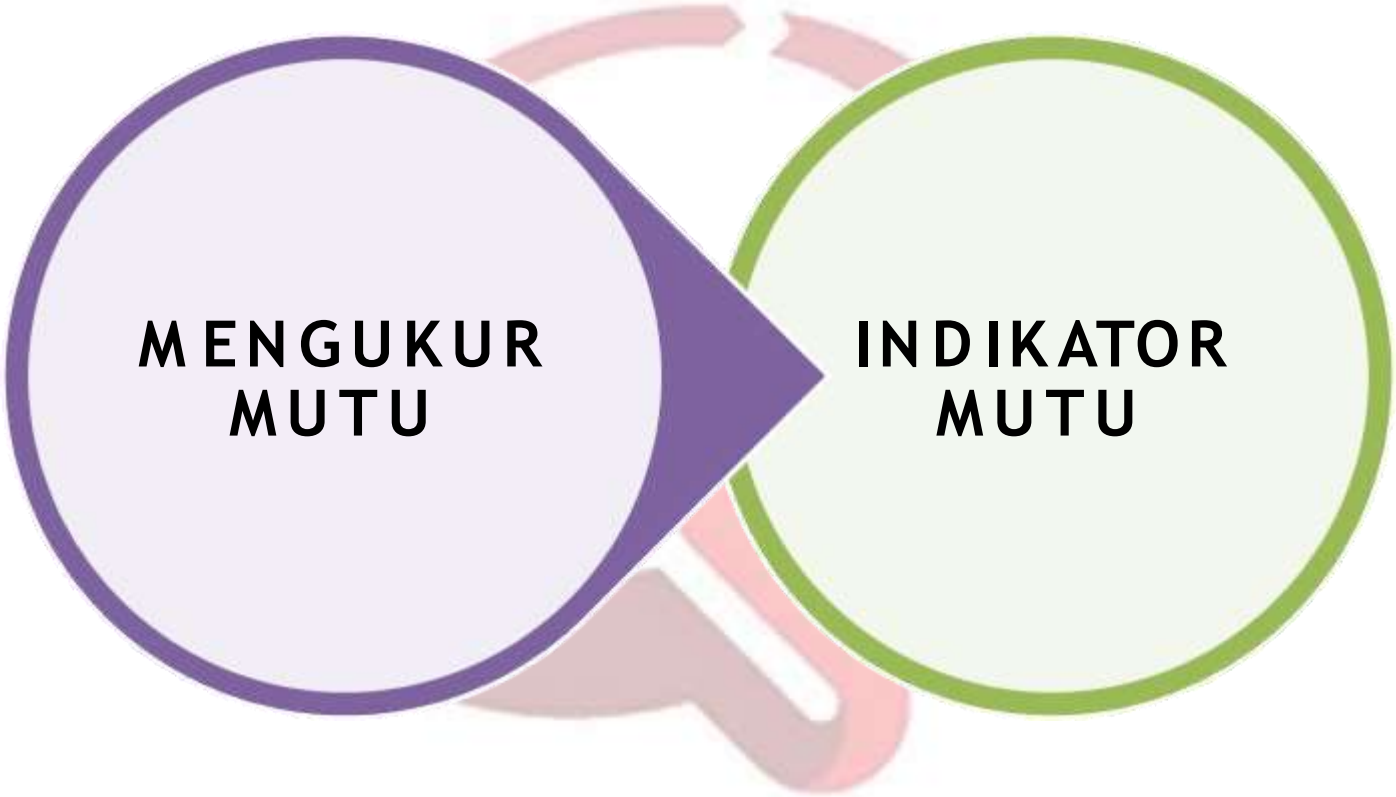
Dr. Luwiharsih,MSc

What is Quality?

1. Mutu bersifat persepsi dan dipahami berbeda oleh orang yang berbeda namun berimplikasi pada superioritas sesuatu hal.

2. Pengukuran mutu melalui indikator mutu dapat digunakan untuk menilai mutu pada berbagai kondisi.

3. Salah satu cara untuk mengukur mutu pelayanan RS adalah dng menggunakan indikator mutu berdasarkan pada kebijakan pemerintah terbaru


MENGUKUR MUTU
INDIKATOR MUTU

Indikator mutu adalah

- suatu cara utk mengukur mutu dari suatu kegiatan
- merupakan variabel yg digunakan utk menilai perubahan

KRITERIA INDIKATOR YANG BAIK :

1. Sahih (valid) yi benar-2 dpt dipakai utk mengukur aspek yg akan dinilai
2. Dapat dipercaya (reliable), yi mampu menunjukkan hasil yg sama pada saat berulang kali, utk waktu sekarang maupun yg akan datang
3. Sensitif yi cukup peka utk mengukur, sehingga jml nya tidak perlu banyak
4. Spesifik, yaitu memberikan gambaran perubahan ukuran yg jelas, tidak bertumpang tindih

ISTILAH YG DIGUNAKAN DAPAT SEBAGAI BERIKUT :

- Indikator mutu
- Indikator kinerja
- Standar Pelayanan Minimum
- Quality Obyective
- Sasaran Mutu

INDIKATOR MUTU DALAM STANDAR AKREDITASI VERSI 2012

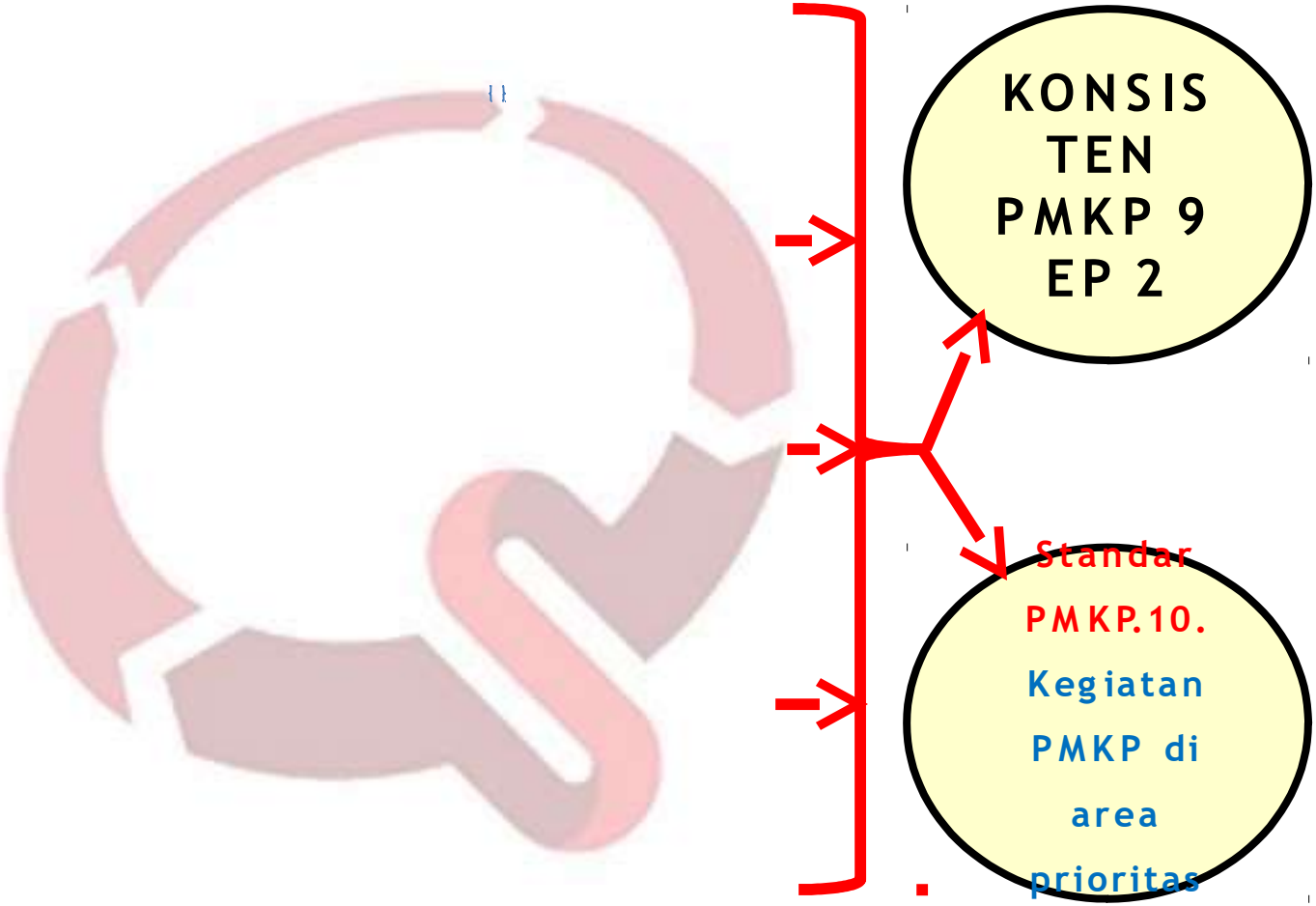
Standar PMKP.1.2

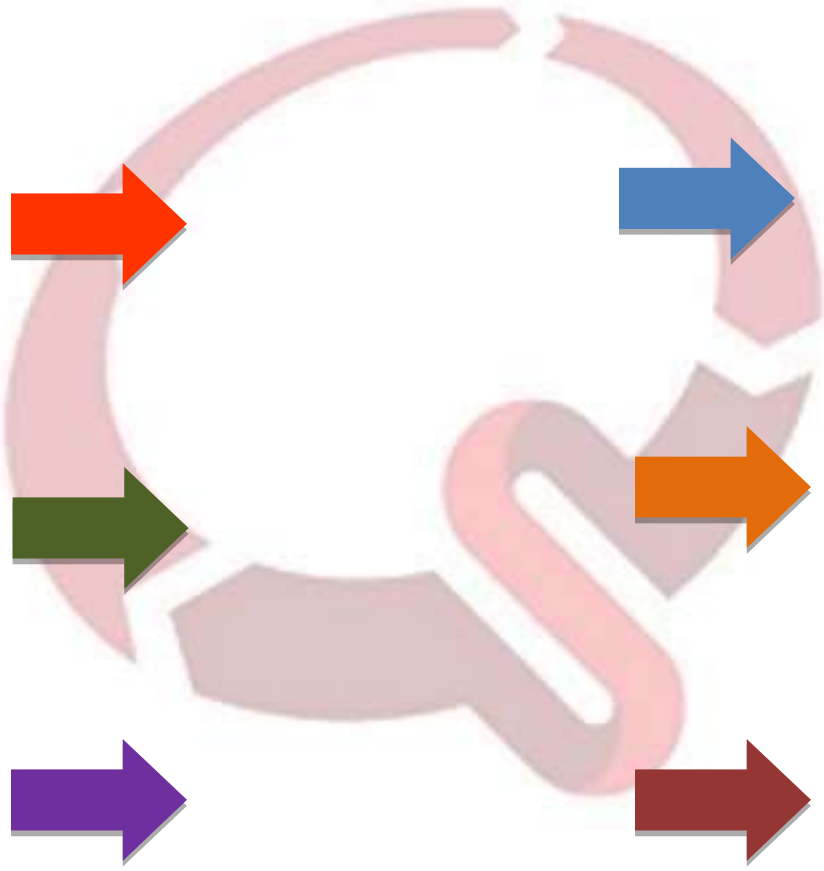
Pimpinan menetapkan proses yg dijadikan **prioritas** utk dilakukan evaluasi dan kegiatan PMKP yang harus dilaksanakan.

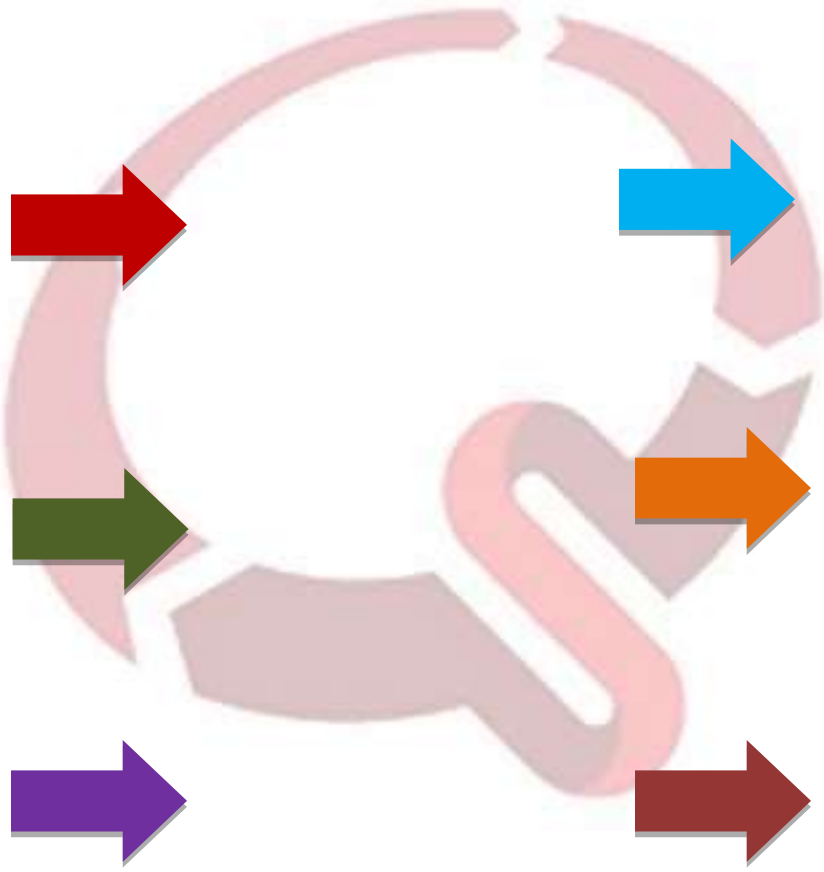
Elemen Penilaian PMKP.1.2.

1. Pimpinan menetapkan **prioritas RS dalam kegiatan evaluasi**
2. Pimp. **menetapkan prioritas RS dlm kegiatan PMKP**
3. **Penerapan SKP** di tetapkan sebagai salah satu prioritas

PENETAPAN PRIORITAS DALAM BAB PMKP







PEMILIHAN INDIKATOR DAN PENGUMPULAN DATA

Standar PMKP.3.1

Pimpinan RS menetapkan indikator kunci untuk masing-masing struktur, proses dan hasil *(outcome)* setiap upaya klinis.

Elemen Penilaian PMKP.3.1.

1. Pimpinan klinis menetapkan **indikator kunci untuk setiap ~~di~~ area klinis** yang disebut **di 1) sampai 11) di Maksud dan Tujuan.**
2. Paling sedikit **5 dari 11 indikator klinis harus dipilih (Sesuai dng International library)**
3. Pimpinan RS **memperhatikan muatan "ilmu" *(science)* dan 'bukti' *(evidence)*** untuk mendukung setiap indikator yg dipilih.
4. Penilaian mencakup **struktur, proses & hasil (outcome)**
5. **Cakupan, metodologi & frekuensi ditetapkan utk setiap indikator**
6. Data penilaian klinis dikumpulkan dan digunakan untuk melakukan evaluasi terhadap efektivitas dari peningkatan

INDIKATOR AREA KLINIS (IAK)

1. **asesmen** pasien;
2. pelayanan **laboratorium**
3. pelayanan **radiologi d**an diagnostic imaging;
4. prosedur **bedah;**
5. **penggunaan antibiotika** dan obat lainnya;
6. kesalahan medikasi ***(medication error)*** **&** KNC;
7. penggunaan **anestesi dan sedasi**;
8. penggunaan darah dan produk darah;
9. ketersediaan, isi dan penggunaan RM pasien;
10. PPI, surveilans dan pelaporan;
11. riset klinis;

PEMILIHAN INDIKATOR DAN PENGUMPULAN DATA

Standar PMKP.3.2.

Pimpinan RS menetapkan indikator kunci untuk masing-masing struktur, proses-proses dan hasil manajerial.

Elemen Penilaian PMKP.3.2.

1. Pimpinan manj menetapkan indikator kunci untuk setiap area manajerial yang diuraikan di a) sp i) dari Maksud dan Tujuan.
2. Pimpinan menggunakan landasan **"ilmu" dan "bukti" (evidence)** untuk mendukung masing-masing indicator yang dipilih
3. Penilaian meliputi **struktur, proses dan hasil (outcome)**
4. Cakupan, metodologi & frekuensi ditetapkan untuk setiap penilaian
5. Data penilaian manajerial dikumpulkan dan digunakan untuk mengevaluasi efektivitas dari peningkatan

INDIKATOR AREA MANAJEMEN

a. **pengadaan rutin alkes** dan obat penting untuk memenuhi kebutuhan pasien;

b. **pelaporan** aktivitas yang diwajibkan oleh peraturan perundang-undangan;

c. **manajemen risiko;**

d. manejemen penggunaan sumber daya;

e. harapan dan **kepuasan pasien** dan keluarga;

f. harapan dan **kepuasan staf**;

g. demografi pasien dan diagnosis klinis;

h. manajemen keuangan;

i. pencegahan dan pengendalian dari kejadian yang dapat menimbulkan masalah bagi keselamatan pasien, keluarga pasien dan staf.

PEMILIHAN INDIKATOR DAN PENGUMPULAN DATA

Standar PMKP.3.3.

Pimpinan rumah sakit menetapkan indikator kunci untuk masing-masing sasaran keselamatan pasien (lihat Kelompok III)

Elemen Penilaian PMKP. 3.3.

1. Pimpinan manajerial dan klinis menetapkan indikator kunci untuk menilai setiap Sasaran Keselamatan Pasien.
2. Penilaian Sasaran Keselamatan Pasien termasuk area-area yang ditetapkan di Sasaran Keselamatan Pasien I sampai VI
3. Data penilaian digunakan untuk menilai efektivitas dari peningkatan

1. Ketetapan identifikasi pasien
2. Peningkatan Komunikasi yang efektif
3. Peningkatan Keamanan Obat yang perlu diwaspadai
4. Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi
5. Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan
6. Pengurangan risiko jatuh

INDIKATOR MUTU DI PMKP

KEPEMIMPINAN RUMAH SAKIT

Standar TKP.3.3.1.

Kontrak dan perjanjian lainnya dimasukkan sebagai bagian dari program PMKP RS.

Elemen Penilaian TKP.3.3.1.

1. Kontrak dan perjanjian lainnya dievaluasi, terkait sifat kontrak, sebagai bagian dari program PMKP RS. (lihat juga AP.5.8, EP 6)
2. Pimpinan klinis dan manajerial terkait berpartisipasi dalam program peningkatan mutu dalam analisis informasi mutu dan keselamatan yang berasal dari kontrak dengan pihak luar. (lihat juga AP.5.8, EP 5)
3. Bila pelayanan yang dikontrakkan tidak memenuhi harapan mutu dan keselamatan, diambil tindakan.

Standar TKP.5.5.

Pimpinan melakukan evaluasi kinerja departemen atau pelayanan dan kinerja stafnya. ☐ Indikat mutu unit kerja

Elemen Penilaian TKP.5.5.

1. Pimp. melaksanakan pengukuran mutu *(quality measures)* yg mengatur pelayanan yg diberikan dalam departemen atau pelayanan termasuk kriteria a) sampai d) di Maksud dan Tujuan yang sesuai dengan departemen pelayanan tersebut
2. Pimp. melaksanakan pengukuran mutu terkait dng kinerja staf dlm menjalankan tanggung jawab mereka di dep /yan
3. Pimpinan melaksanakan program pengendalian mutu apabila dibutuhkan
4. Pimp. Dep. atau yan diberikan data & informasi yg dibutuhkan utk mengelola dan meningkatkan asuhan dan pelayanan
5. Kegiatan pengukuran dan peningkatan mutu di departemen dan di pelayanan dilaporkan secara berkala dalam mekanisme pengawasan mutu di RS.

Seleksi tingkat pengukuran di departemen atau pelayanan dipengaruhi oleh :

a. prioritas rumah sakit dalam hal pengukuran dan peningkatan terkait dengan departemen atau pelayanan;

b. evaluasi terhadap pelayanan yang diberikan melalui berbagai sumber termasuk survei dan keluhan pasien;

c. kebutuhan untuk memahami efisiensi dan efektivitas biaya *(cost effectiveness)* dari pelayanan yang diberikan;

d. evaluasi atas pelayanan yang diberikan menurut penetapan kontrak. (lihat juga TKP.3.3)

INDIKATOR MUTU DI PMKP

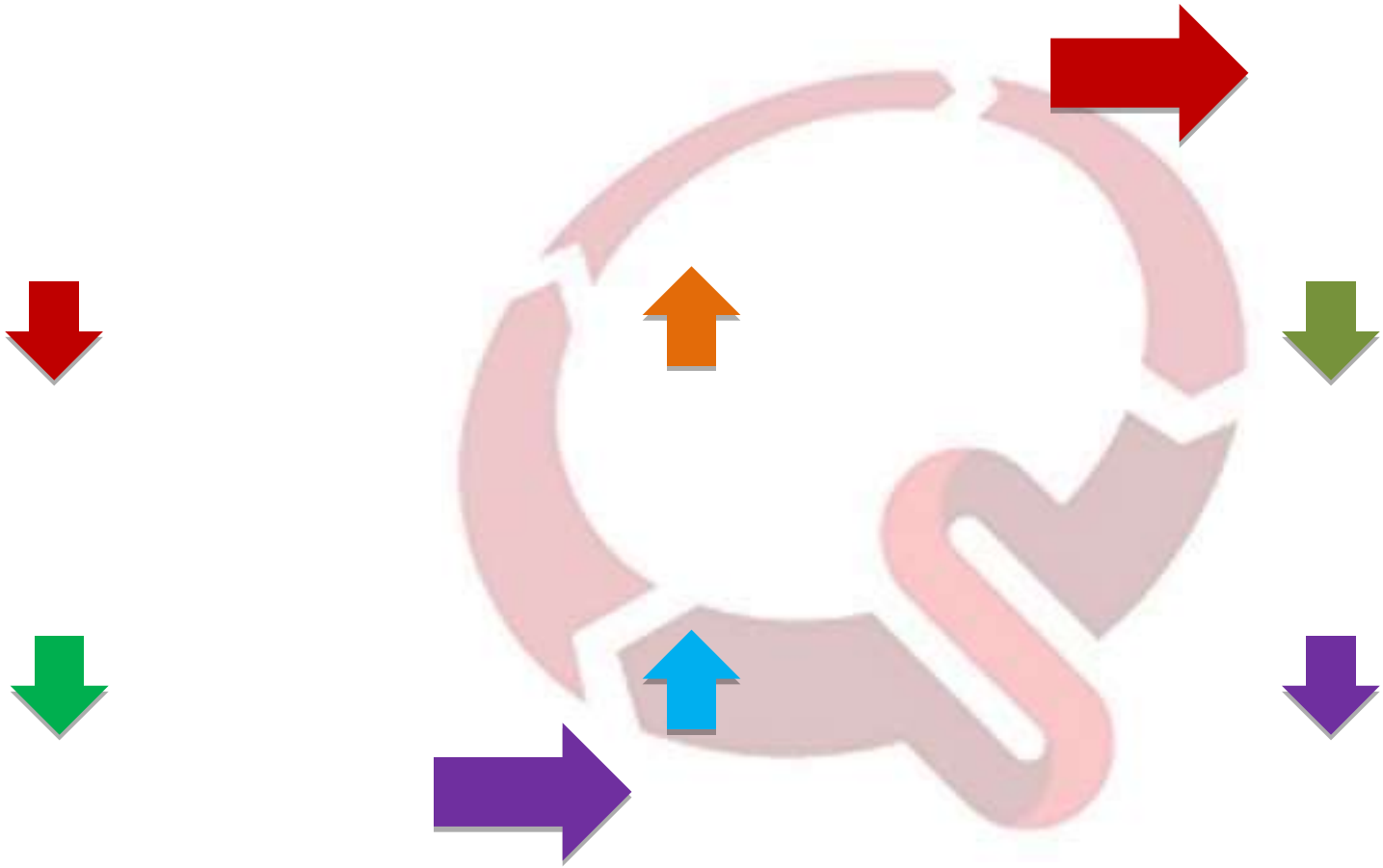
- IAK PMKP 3.1)
- IIL (PMKP 3.1)
- IAM (PMKP 3.2)
- ISKP (PMKP 3.3)
- Indikator mutu di Program Prioritas (PMKP 1.2)

INDIKATOR MUTU DI TKP

- Indikator mutu pelayanan yg di outsourcing
- Indikator mutu unit kerja/pelayanan

BAGAIMANA MEMILIH INDIKATOR MUTU ?

LANGKAH MEMILIH INDIKATOR



No	INDIKATOR AREA KLINIK	BAB DI STD AKREDITASI
1.	asesmen pasien	AP
2.	pelayanan laboratorium	AP
3.	pelayanan radiologi dan diagnostic imaging;	AP
4.		PAB
5.	penggunaan antibiotika dan obat lainnya;	MPO, PPI
6.		MPO
7.	penggunaan anestesi dan sedasi;	PAB
8		PP
9.	ketersediaan, isi dan penggunaan RM pasien;	MKI
10		PPI
11	riset klinis	HPK

CONTOH PEMILIHAN INDIKATOR ASESMEN PASIEN

1. Masalah di AP □ Asesmen awal RJ (-), Asemen IGD (-), Asesmen awal medis RI (-)
2. Prioritas perbaikan yg diinginkan □ Asesmen awal medis RI
3. SPM □ std (-); Std akred □ AP 1.4.1
4. Indikator yg dipilih : Asesmen awal medis lengkap dalam waktu 24 jam
5. Buat Profil indikator

CONTOH PEMILIHAN INDIKATOR ASESMEN PASIEN

6. Uji coba pengumpulan data selama 1 minggu di Ruang RI Anggrek
7. Masalah uji coba (-) □ data bisa / mudah dikumpulkan
8. Indikator mutu untuk asesmen pasien yang ditetapkan adalah : Asesmen awal medis lengkap dalam waktu 24 jam
9. Tunjuk PIC data di ruangan, latih dan mulai tg 1 bulan berikutnya, lakukan pengumpulan data

INDIKATOR AREA KLINIS (IAK)

INDIKATOR AREA KLINIS (IAK)

1. **asesmen** pasien;
2. pelayanan **laboratorium**
3. pelayanan **radiologi d**an diagnostic imaging;
4. prosedur **bedah;**
5. **penggunaan antibiotika** dan obat lainnya;
6. kesalahan medikasi ***(medication error)*** **&** KNC;
7. penggunaan **anestesi dan sedasi**;
8. penggunaan darah dan produk darah;
9. ketersediaan, isi dan penggunaan RM pasien;
10. PPI, surveilans dan pelaporan;
11. riset klinis;

INDIKATOR AREA KLINIS (IAK)

1. Pimpinan RS **mengidentifikasi indikator kunci** untuk setiap area klinis
2. Minimal setiap area klinis ada 1 indikator sehingga **jumlah IAK minimal = 11 IAK**
3. Untuk **RS non pendidikan atau RS tidak sbg lahan pendidikan** mk IAK untuk riset klinis tdk diperlukan sehingga **jumlah IAK minimal menjadi = 10**

INDIKATOR AREA KLINIS (IAK)

4. Setidaknya **5 dari 11 indikator** yang dipilih diambil dari Indikator international Library
5. Bila dari **11 indikator klinis tsb tdk ada yg menggunakan indikator klinis dari international** library maka RS harus mengumpulkan Indikator sebanyak 16 yi **11 indikator klinis + 5 indikator international library**

INDIKATOR AREA KLINIS (IAK)

6. Dalam memilih indikator harus berdasarkan ilmiah dan bukti
7. Indikator meliputi struktur, proses dan outcome □ agar dijelaskan untuk setiap indikator
8. Cakupan/skope, metodologi dan frekuensi harus ada untuk setiap indikator
9. IAK dikumpulkan dan digunakan untuk melakukan evaluasi efektifitas perbaikan.

CONTOH-CONTOH INDIKATOR AREA KLINIS

INDIKATOR ASESMEN PASIEN (IAK 1)

No	INDIKATOR	STANDAR
1.	Asesmen awal medis lengkap dalam 24 jam pada pasien RI	100 %
2.	Asesmen awal keperawatan lengkap dalam 24 jam pada pasien RI	100 %
3.	Asesmen medis pasien bedah sebelum operasi	100 %
4.	Asesmen medis anestesi sebelum operasi	100 %
5.	Pelaksanaan skrining nutrisional	100 %

INDIKATOR ASESMEN PASIEN (IAK 1)

No	INDIKATOR	STANDAR
6.	Asesmen nyeri pada pasien rawat inap	100 %
7.	Asesmen risiko jatuh pada pasien rawat inap	100 %
8.	Pre visit anestesi	
9.	Pasien stroke yang dilakukan assesmen rehabilitasi medis (International Library)	
10.	Asesmen awal pasien emergency	

PELAYANAN LABORATORIUM (IAK 2)

No	INDIKATOR	STANDAR
1.	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium.	≤ 140 menit Kimia darah & darah rutin.
2.	Pelaksana ekspertisi	Dokter Spesialis Patologi Klinik
3.	Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium.	100 %
4.	Waktu tunggu pem. lab cito	

PELAYANAN LABORATORIUM (IAK 2)

No	INDIKATOR	STANDAR
5.	Angka keterlambatan penyerahan hasil pemeriksaan	
6.	Angka kerusakan sampel darah	
7.	Angka kesalahan pengambilan sampel	
8.	Angka kesalahan pasien	
9.	Pelaporan nilai kritis laboratorium	

PELAYANAN RADIOLOGI (IAK 3)

No.	INDIKATOR	STANDAR
1.	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto.	≤ 3 jam
2.	Pelaksana ekspertisi	Dr Spes Ro
3.	Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen	Kerusakan foto ≤ 2%
4.	Waktu tunggu pemeriksaan Radiologi cito	-
5.	Angka pemeriksaan ulang	
6.	Angka penolakan expertise	

PELAYANAN RADIOLOGI (IAK 3)

No.	INDIKATOR	STANDAR
7.	Angka keterlambatan penyerahan hasil	
8.	Angka kesalahan posisi pemeriksaan	
9.	Angka reaksi obat kontras	
10.	Penyampaian hasil radiologis kristis kepada dokter pengirim	
11.	Respon time pem cito dari IGD	
12.	Respon time USG cito dari IGD non obsgyn	
13.	Respon time thorax konvensional	

PROSEDUR BEDAH (IAK 4)

No	INDIKATOR	STANDAE
1.	Waktu tunggu operasi elektif	≤ 2 hari
2.	Kejadian Kematian di meja operasi	≤ 1 %
3.	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100 %
4.	Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100 %
5.	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100 %
6.	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing / lain pada tubuh pasien setelah operasi.	100 %

PROSEDUR BEDAH (IAK 4)

No	INDIKATOR	STANDAR
7.	Angka penundaan operasi	
8.	Angka keterlambatan dimulainya operasi	
9..	Angka infeksi luka/daerah operasi	
10.	Angka ketidak lengkapan informed concent	
11	Angka ketidak lengkapan laporan operasi	
12	Angka ketidak lengkapan laporan anestesi	
13	Kepatuhan melaksanakan proses time out pada pasien pre operasi	
14	Ketidaksesuaian Diagnosis pra dan pasca bedah	
15	Marking	

International Library Measures-Measure Sets

Surgical Care Improvement Project (SCIP)

1. Prophylactic antibiotics received one hour prior to surgical incision for hip arthroplasty patients
2. Prophylactic antibiotics received one hour prior to surgical incision for knee arthroplasty patients
3. Surgical patients (hip arthroplasty) who received prophylactic antibiotics consistent with current guidelines

International Library Measures-Measure Sets

Surgical Care Improvement Project (SCIP)

4. Surgical patients (knee arthoplasty) who received prophylactic antibiotics consistent with current guidelines
5. Surgical patients (hip arthroplasty) whose prophylactic antibiotics were discontinued within 24 hours after anesthesia end time
6. Surgical patients (knee arthroplasty) whose prophylactic antibiotics were discontinued within 24 hours after anesthesia end time

International Library Measures-Measure Sets

Surgical Care Improvement Project (SCIP)

6. Surgical patients (knee arthroplasty) whose prophylactic antibiotics were discontinued within 24 hours after anesthesia end time
7. Surgical patients (hip/knee arthroplasty) with recommended venous thromboembolism (VTE) prophylaxis ordered anytime from hospital arrival to 24 hours after Anesthesia End Time

International Library Measures-Measure Sets

Surgical Care Improvement Project (SCIP)

8. Surgical patients who received appropriate venous thromboembolism (VTE) prophylaxis within 24 hours prior to anesthesia start time to 24 hours after anesthesia end time

PENGGUNAAN ANTIBIOTIKA & OBAT LAINNYA (IAK 5)

No	INDIKATOR	STANDAR
1.	Operasi bersih tanpa pemberian profilaxis antibiotik	
2.	Penulisan resep sesuai formularium	
3.	Penggunaan antibiotika di ICU sesuai dng hasil resistensi test	
4.	Pemberian aspirin pada pasien AMI (IIL)	
5.	Patients with ischemic stroke prescribed antithrombotic therapy at discharge (IIL)	
6.	Patients with atrial fibrillation/flutter receiving anticoagulation therapy (IIL)	

PENGGUNAAN ANTIBIOTIKA & OBAT LAINNYA (IAK 5)

No	INDIKATOR	STANDAR
7.	Pediatric asthma patients who received systemic corticosteroids during hospitalization	
8.	Patients who received VTE (Venous thrombo embolism) prophylaxis (or reasons of why this was not done) on the day of or day after hospital admission or surgery	
9	ICU patients who received VTE prophylaxis (or reasons of why this was not done) on the day of or day after hospital admission or surgery	

KESALAHAN MEDIKASI *(MEDICATION ERROR)* DAN KEJADIAN NYARIS CEDERA (KNC); (IAK 6)

1. Ketepatan waktu pemberian antibiotika
2. Ketetapkan waktu pemberian injectie antibiotik pada pasien rawat inap.
3. Kejadian Nyaris Cedera Peresepan Obat
4. Kesalahan dan Kejadian Nyaris

PENGGUNAAN ANESTESI DAN SEDASI; (IAK 7)

1. Kelengkapan asesmen pre anestesia
2. Pasien paska pembiusan di transfer dari recorvery room IBS ke ruang rawat inap sesuai dengan aldrette score
3. Efek samping anestesi pada pasien SC
4. Efek samping sedasi pada pasien endoscopy
5. Komplikasi anastesi karena overdosis,
6. Reaksi anastesi,
7. Salah penempatan endotracheal tube

PENGGUNAAN DARAH DAN PRODUK DARAH; (IAK 8)

1. Angka keterlambatan penyediaan darah untuk operasi elektif
2. Angka kesalahan golongan darah
3. Angka kesalahan jenis darah
4. Angka reaksi transfusi darah
5. Angka perbedaan hasil skrining
6. Efektifitas penggunaan darah

PENGGUNAAN DARAH DAN PRODUK DARAH; (IAK 8)

Kejadian reaksi tranfusi	≤ 0,01 %

KETERSEDIAAN, ISI DAN PENGGUNAAN REKAM MEDIS PASIEN; (IAK 9)

- Kelengkapan catatan laporan operasi
- Tingkat kelengkapan RM ☐ pilih 1 form yang dilakukan evaluasi ☐ lihat form telaah RM tertutup

KETERSEDIAAN, ISI DAN PENGGUNAAN REKAM MEDIS PASIEN; (IAK 9)

Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100%
Kelengkapan Informed Concent setelah mendapatkan informasi yang jelas.	100%
Waktu penyediaan dokomen rekam medik pelayanan rawat jalan	≤ 10 menit
Waktu penyediaan dokumen rekam medik rawat Inap	≤ 15 menit

10. Pencegahan dan pengendalian infeksi, surveilans dan pelaporan; (IAK 10)

- Infeksi Aliran Darah Primer (IADP)
- Ventilator Associated Pneumonia (VAP)
- Infeksi Luka Operasi (ILO)
- Infeksi Saluran Kemih (ISK)
- Angka Phlebitis
- HAP/ *Hospital Acquired Pneumonia*
- IDO/ Infeksi Daerah Operasi Bersih

10. Pencegahan dan pengendalian infeksi, surveilans dan pelaporan; (IAK 10)

- Patients that have hospital-acquired (nosocomial) pressure ulcer(s) (category/stage II) on the day of the prevalence study ☐ Indikator International Library

21	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)	Adanya anggota tim PPI yang terlatih	≥ 75 %
		Tersedia APD disetiap instalasi / departement	≥ 60 %
		Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial / HAI (health care associated infections) di rumah sakit (minimum 1 parameter)	≥ 75 %

11. Riset Klinis (IAK 11)

- Penelitian dengan ethical clearance
- Jumlah penelitian yang sudah selesai
- Penelitian klinis dng inform consent

INDIKATOR INTERNATIONAL LIBRARY

Apakah International Library of Measures?

- International Library of Measures terdiri dari 10 grup populasi penyakit spesifik yang diidentifikasi sebagai kumpulan indikator.

- Setiap kumpulan indikator terdiri dari 2 sampai 8 indikator proses dan outcome.

International Library of Measures-Measure Sets

1) Acute Myocardial Infarction (AMI)
2) Heart Failure (HF)
3) Stroke (STK)
4) Children's Asthma Care (CAC)
5) Hospital-Based Inpatient Psychiatric Service (HBIPS)
6) Nursing-Sensitive Care (NSC)
7) Perinatal Care (PC)
8) Pneumonia (PN)
9) Surgical Care Improvement Project (SCIP)
10) Venous Thromboembolism (VTE)

I. Acute Myocardial Infarction (AMI)

1. Aspirin received within 24 hours of arrival to the hospital for patients having an acute myocardial infarction (AMI).
2. Aspirin prescribed at discharge for patients who had an acute myocardial infarction.
3. ACEI (angiotensin converting enzyme inhibitor) or ARB (angiotensin receptor blocker) for patients who have LVSD (Left Ventricular Systolic Dysfunction) after having an acute myocardial infarction.
4. Adult smoking cessation advice/counseling given to patients who had an acute myocardial infarction.
5. Beta-blocker prescribed at discharge for patients who had an acute myocardial Infarction
6. Acute myocardial infarction (AMI) patients who expire

Measure Code	Measure Description
Acute Myocardial Infarction (AMI)	
Originally developed through a collaborative effort between The Joint Commission and the Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS)	
I-AMI-1	Aspirin received within 24 hours of arrival to the hospital for patients having an acute myocardial infarction (AMI).
I-AMI-2	Aspirin prescribed at discharge for patients who had an acute myocardial infarction.
I-AMI-3	ACEI (angiotensin converting enzyme inhibitor) or ARB (angiotensin receptor blocker) for patients who have LVSD (Left Ventricular Systolic Dysfunction) after having an acute myocardial infarction.
I-AMI-4	Adult smoking cessation advice/counseling given to patients who had an acute myocardial infarction.
I-AMI-5	Beta-blocker prescribed at discharge for patients who had an acute myocardial infarction.
I-AMI-9	Acute myocardial infarction (AMI) patients who expire during the hospital stay

II. Heart Failure (HF)

1. Heart failure patients with documentation in the hospital record that left ventricular systolic (LVS) function was evaluated before arrival, during hospitalization, or is planned for after discharge

2. ACEI (angiotensin converting enzyme inhibitor) or ARB (angiotensin receptor blocker) or heart failure patients who have LVSD (Left Ventricular Systolic Dysfunction)

3. Adult smoking cessation advice/counseling given to heart failure patients

Heart Failure (HF)	
Originally developed through a collaborative effort between The Joint Commission and the Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS)	
I-HF-2	Heart failure patients with documentation in the hospital record that left ventricular systolic (LVS) function was evaluated before arrival, during hospitalization, or is planned for after discharge

Measure Code	Measure Description
I-HF-3	ACEI (angiotensin converting enzyme inhibitor) or ARB (angiotensin receptor blocker) for heart failure patients who have LVSD (Left Ventricular Systolic Dysfunction)
I-HF-4	Adult smoking cessation advice/counseling given to heart failure patients

III. Stroke (STK)

1. Patients with ischemic stroke prescribed antithrombotic therapy at discharge
2. Patients with atrial fibrillation/flutter receiving anticoagulation therapy
3. Stroke patients who were given stroke education during their hospital stay
4. Ischemic or hemorrhagic stroke patients who were assessed for rehabilitation services

Stroke (STK)	
Originally developed through a collaborative effort between The Joint Commission and the Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS)	
I-STK-2	Patients with ischemic stroke prescribed antithrombotic therapy at discharge
I-STK-3	Patients with atrial fibrillation/flutter receiving anticoagulation therapy
I-STK-8	Stroke patients who were given stroke education during their hospital stay
I-STK-10	Ischemic or hemorrhagic stroke patients who were assessed for rehabilitation services

IV. Children's Asthma Care (CAC)

1. Pediatric asthma patients who received relievers during this hospitalization

2. Pediatric asthma patients who received systemic corticosteroids during hospitalization

Children's Asthma Care (CAC)	
I-CAC-1	Pediatric asthma patients who received relievers during this hospitalization
I-CAC-2	Pediatric asthma patients who received systemic corticosteroids during hospitalization

V. Hospital-Based Inpatient Psychiatric Service (HBIPS)

1. Psychiatric patients who were placed in physical restraints during their inpatient hospitalization. This measure will determine the total number of hours that patients were maintained in physical restraints for those admitted to a hospital-based inpatient psychiatric setting

2. Psychiatric patients who were placed in seclusion during their inpatient hospitalization. This measure will determine the total number of hours that all patients were maintained in seclusion for those admitted to a hospital-based inpatient psychiatric

Hospital-Based Inpatient Psychiatric Service (HBIPS)	
Originally developed through a collaborative effort between The Joint Commission and the Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS)	
I-HBIPS-2	Psychiatric patients who were placed in physical restraints during their inpatient hospitalization. This measure will determine the total number of hours that patients were maintained in physical restraints for those admitted to a hospital-based inpatient psychiatric setting
I-HBIPS-3	Psychiatric patients who were placed in seclusion during their inpatient hospitalization. This measure will determine the total number of hours that all patients were maintained in seclusion for those admitted to a hospital-based inpatient psychiatric setting.

VI. Nursing-Sensitive Care (NSC)

1. Patients that have hospital-acquired (nosocomial) pressure ulcer(s) (category/stage II) on the day of the prevalence study

2. All documented falls with or without injury, experienced by patients in a calendar month. All documented falls by a patient with an injury level of minor (2) or greater.

Measure Code	Measure Description
Nursing-Sensitive Care (NSC)	
Originally developed by the National Quality Forum (NQF)	
I-NSC-2	Patients that have hospital-acquired (nosocomial) pressure ulcer(s) (category/stage II) on the day of the prevalence study. Note: Please see Appendix E for details on how to collect this measure.
I-NSC-4	All documented falls with or without injury, experienced by patients in a calendar month.
I-NSC-5	All documented falls by a patient with an injury level of minor (2) or greater.

VII. Perinatal Care (PC)

1. Patients with elective vaginal deliveries or elective cesarean sections at >= 37 and < 39 weeks of gestation completed

2. Nulliparous women with a term, singleton baby in a vertex position delivered by cesarean section

3. Exclusive breast milk feeding during the newborn's entire hospitalization

Perinatal Care (PC)	
Originally developed through a collaborative effort between The Joint Commission and the Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS)	
I-PC-01	Patients with elective vaginal deliveries or elective cesarean sections at >= 37 and < 39 weeks of gestation completed
I-PC-02	Nulliparous women with a term, singleton baby in a vertex position delivered by cesarean section
I-PC-05	Exclusive breast milk feeding during the newborn's entire hospitalization

VIII. Pneumonia (PN)

1. Pneumonia patients, aged 65 and older, who were screened for pneumococcal vaccine status and were administered the vaccine prior to discharge, if indicated
2. Adult smoking cessation advice/counseling given to patients who smoke cigarettes and who are hospitalized for pneumonia
3. Pneumonia patients, aged 50 and older, who during the flu season, were screened for influenza vaccine status and were vaccinated prior to discharge, if indicated

Pneumonia (PN)	
Originally developed through a collaborative effort between The Joint Commission and the Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS)	
I-PN-2	*Pneumonia patients, aged 65 and older, who were screened for pneumococcal vaccine status and were administered the vaccine prior to discharge, if indicated*
I-PN-4	Adult smoking cessation advice/counseling given to patients who smoke cigarettes and who are hospitalized for pneumonia

Measure Code	Measure Description
I-PN-7	Pneumonia patients, aged 50 and older, who during the flu season, were screened for influenza vaccine status and were vaccinated prior to discharge, if indicated

IX. Surgical Care Improvement Project (SCIP)

1. Prophylactic antibiotics received one hour prior to surgical incision for hip arthroplasty patients
2. Prophylactic antibiotics received one hour prior to surgical incision for knee arthroplasty patients
3. Surgical patients (hip arthroplasty) who received prophylactic antibiotics consistent with current guidelines
4. Surgical patients (knee arthoplasty) who received prophylactic antibiotics consistent with current guidelines
5. Surgical patients (hip arthroplasty) whose prophylactic antibiotics were discontinued within 24 hours after anesthesia end time
6. Surgical patients (knee arthroplasty) whose prophylactic antibiotics were discontinued within 24 hours after anesthesia end time
7. Surgical patients (hip/knee arthroplasty) with recommended venous thromboembolism (VTE) prophylaxis ordered anytime from hospital arrival to 24 hours after Anesthesia End Time
8. Surgical patients who received appropriate venous thromboembolism (VTE) prophylaxis within 24 hours prior to anesthesia start time to 24 hours after anesthesia end time

Surgical Care Improvement Project (SCIP)	
Originally developed through a collaborative effort between The Joint Commission and the Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS)	
I-SCIP-Inf-1d	Prophylactic antibiotics received one hour prior to surgical incision for hip arthroplasty patients
I-SCIP-Inf-1e	Prophylactic antibiotics received one hour prior to surgical incision for knee arthroplasty patients
I-SCIP-Inf-2d	Surgical patients (hip arthroplasty) who received prophylactic antibiotics consistent with current guidelines
I-SCIP-Inf-2e	Surgical patients (knee arthoplasty) who received prophylactic antibiotics consistent with current guidelines
I-SCIP-Inf-3d	Surgical patients (hip arthroplasty) whose prophylactic antibiotics were discontinued within 24 hours after anesthesia end time
I-SCIP-Inf-3e	Surgical patients (knee arthroplasty) whose prophylactic antibiotics were discontinued within 24 hours after anesthesia end time
I-SCIP-VTE-1	Surgical patients (hip/knee arthroplasty) with recommended venous thromboembolism (VTE) prophylaxis ordered anytime from hospital arrival to 24 hours after Anesthesia End Time
I-SCIP-VTE-2	Surgical patients who received appropriate venous thromboembolism (VTE) prophylaxis within 24 hours prior to anesthesia start time to 24 hours after anesthesia end time

X. Venous Thromboembolism (VTE)

1. Patients who received VTE prophylaxis (or reasons of why this was not done) on the day of or day after hospital admission or surgery.
Note: This measure applies to medical and surgical cases that are not included in the SCIP measure population

2. ICU patients who received VTE prophylaxis (or reasons of why this was not done) on the day of or day after hospital admission or surgery.
Note: This measure applies to all ICU cases except those included in the SCIP measure population (knee/hip arthroplasty) who had surgery on the day of or the day after ICU admission or transfer

Measure Code	Measure Description
Venous Thromboembolism (VTE)	
Originally developed through a collaborative effort between The Joint Commission and the Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS)	
I-VTE-1	Patients who received VTE prophylaxis (or reasons of why this was not done) on the day of or day after hospital admission or surgery. Note: This measure applies to medical and surgical cases that are not included in the SCIP measure population
I-VTE-2	ICU patients who received VTE prophylaxis (or reasons of why this was not done) on the day of or day after hospital admission or surgery. Note: This measure applies to all ICU cases except those included in the SCIP measure population (knee/hip arthroplasty) who had surgery on the day of or the day after ICU admission or transfer

INDIKATOR AREA MANAJEMEN (IAM)

INDIKATOR AREA MANAJEMEN (IAM)

1. Pimpinan RS **mengidentifikasi indikator kunci** untuk setiap area manajemen
2. Minimal setiap area manajemen ada 1 indikator sehingga **jumlah IAM minimal = 9 IAM**
3. **Dalam memilih indikator harus berdasarkan ilmiah dan bukti**

INDIKATOR AREA MANAJEMEN (IAM)

4. Indikator meliputi struktur, proses dan outcome ☐ agar dijelaskan untuk setiap indikator
5. Cakupan/skope, metodologi dan frekuensi harus ada untuk setiap indikator
6. IAK dikumpulkan dan digunakan untuk melakukan evaluasi efektifitas

CONTOH-2 INDIKATOR AREA MANAJEMEN

a. Pengadaan rutin alkes dan obat penting untuk memenuhi kebutuhan pasien; (IAM 1)

- Ketersediaan obat & alkes emergensi di ruang resusitasi IGD
- Ketersediaan obat di RS
- Ketersediaan obat kemoterapi di RS

b. Pelaporan aktivitas yang diwajibkan oleh peraturan perundang-undangan; (IAM 2)

- Ketepatan waktu penyampaian keuangan sesuai Pedoman Akutansi RS (PARS)
- Ketepatan waktu laporan insiden keselamatan pasien
- Ketepatan waktu laporan dari unit kerja
- Ketepatan waktu laporan RS (RL)
- Kelengkapan laporan HIV
- Laporan KPRS paling lambat 2 X 14 jam

c. Manajemen risiko; (IAM 3)

- Kejadian tertusuk limbah benda tajam infeksius
- Kejadian tertusuk jarum suntik
- Kejadian pasien pulang APS
- Dilakukan FMEA setahun sekali
- Pengadaan Barang beracun berbahaya (B-3) yang dilengkapi MSDS (Material Safety Data Sheet)

d. Manajemen penggunaan sumber daya; (IAM 4)

- Utilisasi MRI
- Utilisasi spine endoskopi
- Utilitasi ruang VVIP
- Utilisasi peralatan kedokteran canggih
  - ☐ Pilih alat yang bermasalah : over atau under utilisasi. Formula: angka penggunaan sebenarnya/ angka penggunaan seharusnya.

e. Harapan dan kepuasan pasien dan keluarga; (IAM 5)

- Tingkat kepuasan pasien RJ, IGD, RI
- Survei kepuasan pasien menggunakan Index Kepuasan Masyarakat (IKM)
- Prosentase pasien yang mengisi formulir angket pasien
- Survei kepuasan pasien satu bulan sekali

f. Harapan dan kepuasan staf; (IAM 6)

- Tingkat kepuasan karyawan
- Tingkat kepuasan dokter
- Tingkat kepuasan perawat

g. Demografi pasien dan diagnosis klinis; (IAM 7)

- Laporan 10 besar penyakit (demografi pasien)
- Demografi pasien dengan diagnosis klinik DHF

h. Manajemen keuangan; (IAM 8)

- Cost recovery rate
- Current Ratio
- Return of Invesment (ROI)

i. Pencegahan dan pengendalian dari kejadian yang dapat menimbulkan masalah bagi keselamatan pasien, keluarga pasien dan staf. (IAM 9)

- Edukasi hand hygiene
- Ketaatan cuci tangan pengunjung
- Ketaatan penggunaan Alat Pelindung Diri

INDIKATOR SASARAN KESELAMATAN PASIEN

SKP 1	
SKP 2	Ketepatan melakukan TBaK saat menerima instruksi verbal melalui telpun
SKP 3	
SKP 4	Marking, surgical check list
SKP 5	Kepatuhan cuci tangan
SKP	Angka pasien jatuh di IGD/ruang

INTERNATIONAL LIBRARY OF MEASURES (35 INDIKATOR)

EP 2 . Paling sedikit 5 dari 11 indikator klinis harus dipilih (Sesuai dng international library)

INDIKATOR AREA KLINIS

1. ~~asesmen pasien;~~
2. pelayanan laboratorium
3. pelayanan radiologi dan diagnostic imaging;
4. prosedur bedah;
5. penggunaan antib & obat lain
6. kesalahan medikasi (medication error) & KNC;
7. penggunaan anestesi & sedasi;
8. penggunaan darah & produk darah;
9. ketersediaan, isi & penggunaan RM pasien;
10. pencegahan dan

PENJELASAN

1. Masing-2 area klinis minimal ada 1 indikator □ minimal ada 11 indikator klinis
2. Dari 11 indikator klinis 5 indikator menggunakan indikator klinis dari International Library
3. Bila dari 11 indikator klinis tsb tdk ada yg menggunakan indikator klinis dari international library maka RS harus mengumpulkan

INTEGRASI INDIKATOR INTERNATIONAL LIBRARY KE INDIKATOR AREA KLINIS

I-AMI – 1
Aspirin on Arrival

Domains of Performance	QPS Standards	CCPC	IPSG
■ Appropriateness ■ Availability ■ Continuity ■ Effectiveness ■ Timeliness	QPS.3 – patient assessments QPS.3 – antibiotic and other medication use	■ AMI	■ Goal 1

QPS = QUALITY AND PATIENT SAFETY = PMKP
CCPC = Clinical care program certififation

I-AMI – 2
Aspirin Prescribed at Discharge

Domains of Performance	QPS Standards	CCPC	IPSG
■ Appropriateness ■ Continuity ■ Effectiveness ■ Prevention/Early Detection	QPS.3 – patient assessments QPS.3 – antibiotic and other medication use	■ AMI	■ Goal 1

I-AMI – 3
ACEI or ARB for LVSD

Domains of Performance	QPS Standards	CCPC	IPSG
■ Appropriateness ■ Continuity ■ Effectiveness	QPS.3 – patient assessments QPS.3 – radiology and diagnostic imaging services QPS.3 – antibiotic and other medication use	■ AMI	■ Goal 1

I-AMI – 4
Adult Smoking Counseling

Domains of Performance	QPS Standards	CCPC	IPSG
▪ Appropriateness ▪ Continuity ▪ Effectiveness ▪ Prevention/Early Detection	QPS.3 – patient assessments	▪ AMI	

I-AMI – 5
Beta Blocker Prescribed at Discharge

Domains of Performance	QPS Standards	CCPC	IPSG
■ Appropriateness ■ Continuity ■ Effectiveness ■ Prevention/Early Detection	QPS.3 – patient assessments QPS.3 – antibiotic and other medication use	■ AMI	■ Goal 1

I-AMI – 9
Inpatient AMI Mortality

Domains of Performance	QPS Standards	CCPC	IPSG
■ Effectiveness		■ AMI	

INDIKATOR SASARAN KESELAMATAN PASIEN

BAGAIMANA MEMILIH INDIKATOR ?

SASARAN KESELAMATAN PASIEN	CONTOH-2 INDIKATOR
	• Jumlah pasien tanpa gelang identitas • Specimen tidak diberi label dng 2 tanda pengenal
Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi.	
	• Angka kepatuhan hand hygiene

MENGAPA PERLU PRIORITAS PENGUKURAN

Sumber daya di RS terbatas

RS tidak dapat mengumpulkan data untuk menilai semua hal yg diinginkan

RS harus memilih proses dan hasil praktik klinis dan manj yg paling penting dinilai dng mengacu :

- misi RS
- kebutuhan pasien & pelayanan

Penilaian sering terfokus pada proses yang berimplikasi risiko tinggi, diberikan dalam volume besar atau cenderung menimbulkan masalah.

BAGAIMANA MEMILIH INDIKATOR ?

PEMILIHAN INDIKATOR

1. Sahih (valid)
2. Dapat dipercaya (reliable),
3. Sensitif
4. Spesifik,

Fokus pd :

- proses berisiko tinggi,
- Volume besar
- Cenderung menimbulkan masalah

Pertimbangan dalam memilih indikator yang prioritas untuk menilai mutu pelayanan

- Dipersyaratkan dalam standar akreditasi.
- Dipersyaratkan oleh pemilik (pertanggung jawaban)
- Ketersediaan data
- High risk, high cost, high volume, problem prone
- Konsensus
-

PEMILIHAN INDIKATOR MUTU BERDASARKAN *HIGH RISK, HIGH VOLUME, PROBLEM PRONE*

HIGH RISK

- Merujuk pada area yg rawan atau tidak stabil
- Mempertimbangkan risiko-2 perawatan pada populasi tertentu, potensial dampak kegagalan pemberian tindakan/pengobatan yg salah
- Kategori ini termasuk pasien eksperimental atau intervensi khusus yg berisiko

HIGH VOLUME

- Yaitu pelayanan yg frekuensinya besar
- Demografis pasien berperan dalam hal ini
- Pasien apa yg paling sering dilayani di RS?
- Apakah RS mempunyai target kelompok usia tertentu ? Apakah RS memberikan spesialiasi dalam jenis pelayanan (pediatri, bedah, obsgyn) ?

PEMILIHAN INDIKATOR MUTU BERDASARKAN *HIGH RISK, HIGH VOLUME, PROBLEM PRONE*

PROBLEM PRONE

- Prosedur atau proses yg dapat menghasilkan outcome yg tidak diharapkan Misalnya : pasien jatuh dua kali di unit Alzheimer.
- Berikan perhatian khusus pada area dimana proses tidak berjalan baik atau outcome tidak konsisten

Contoh

HIGH RISK, HIGH VOLUME, PROBLEM PRONE POPULATIONS AND PROCESSES

HIGH RISK	HIGH VOLUME	PROBLEM-PRONE
Pasien Acut Myocard Infarct		Continuum of care planning betwwen settings or organization
Neonatal, khususnya BBLR		Posttransplant care
Pasien onkologi	Pasien yg menerima nutrisi parenteral	Infeksi daerah operasi dan perawatan luka
Donasi organ & transplantasi		Timeliness if diagnostic testing result

Contoh

HIGH RISK, HIGH VOLUME, PROBLEM PRONE POPULATIONS AND PROCESSES

HIGH RISK	HIGH VOLUME	PROBLEM-PRONE
Substance abuse patients	Patient with flu or pnemonia	Treatment of bipolar or attention -deficit disorder
	Postsurgical rehabilitation services	
	Substance abuse treatment	
Trauma care	Wound care	
Use of anti psychotic medications	X-rays	
Use of restrain on violent individuals		

KRITERIA UTK MENENTUKAN PRIORITAS AREA

1. Dampak pasien
2. Area yg memerlukan perbaikan performa
3. Level diperlukan perbaikan
4. Hubungan dng strategi plan RS
5. Frekunsi kejadian/isu
6. Peluang keberhasilan
7. Dampak keuangan
8. Fokus pimpinan
9. Dampak outcome pasien
10. Kepuasan karyawan/dokter
11. Statutory requirement

Tools/Alat utk menentukan prioritas perbaikan mutu/kinerja

- Brainstorming
- Pareto Chart
- Prioritazion Matrixes
- Cause and Effect Diagram
- Concept Mapping
- Causal Loop Diagram
- Affinity Diagram
- Mock Tracer
- Multi Voting

Cek lis proses identifikasi kebutuhan pengukuran atau perbaikan

No		Y/T
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.	Apakah terkait Sasaran Keselamatan Pasien ?	
9.	Pernahkah menerima kompalain pasien atau staf dalam/di area ini ?	

Cek lis proses identifikasi kebutuhan pengukuran atau perbaikan

No		Y/T
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		

INDIKATOR UNIT KERJA

- Bila di unit kerja sudah ada indikator mutunya ▪ lanjutkan saja. Tetapi bila sudah tercapai semua, maka agar ditambah dengan indikator baru
- Indikator unit kerja bisa merujuk/mengambil indikator-2 yang ada di Standar Pelayanan Minimum RS

PEMILIHAN INDIKATOR KLINIK

- Prioritas tinggi
- Sederhana
- Mulai dengan sedikit indikator
- Data tersedia
- Ditingkatkan secara bertahap
- Dampak terhadap pengguna dan pelayanan
- Mengukur berbagai dimensi mutu

ALTERNATIF I ☐ PEMILIHAN INDIKATOR KUNCI

1. Dapat merujuk/mengambil indikator yang ada di Standar Pelayanan Minimal RS · pilih mana yang belum tercapai, angkat menjadi indikator kunci . Karena indikator kunci adalah indikator yang harus dipantau langsung oleh Direktur RS, jadi pilih yang masih menjadi masalah sehingga Direktur dapat mengetahui adanya permasalahan tsb & mengupayakan langkah-langkah perbaikannya.
2. Indikator yg sudah dipilih, agar ditetapkan oleh Direktur dan dilengkapi dengan profil/kamus indikator, form-2 pencatatan harian, form utk rekapitulasi data

ALTERNATIF I : PEMILIHAN INDIKATOR KUNCI

3. Buat SPO untuk pencatatan, pengumpulan, validasi, analisa, pelaporan dan feedback data
4. Tetapkan PJ untuk pengumpul data dan lakukan edukasi untuk pengumpul data

ALTERNATIF II : PEMILIHAN INDIKATOR KUNCI

Lakukan identifikasi dari prosedur, proses dan hasil yang ingin diukur

- Proses yg berisiko
- Prosedur yg sering menimbulkan masalah
- Prosedur yg sering dilakukan (Volume tinggi)
- Hasil yg dapat diketahui masih di dalam kendali RS

- Prosedur bedah tertentu (misalnya : bibir sumbing)
- Prosedur tindakan kelompok bedah tertentu (misal : bedah orthopedi)

- Proses dalam memilih prosedur operasi bibir sumbing
- Proses pemasangan protesis pada bedah pinggul

JOINT REPLACEMENT

1.	**Asesmen pasien**	**Asesmen medis pasien bedah sebelum operasi**
2.	Pelayanan Laboratorium	Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium.
3.	Pelayanan Radiologi	Tidak terjadi kesalahan pemberian label
4.	Prosedur bedah	Marking, surgical cek list
5.	Penggunaan obat & obat lainnya	Pemberian antibiotika 1 jam sbl operasi
6.	Kesalahan medikasi & KNC	Tidak terjadi kesalahan pemberian obat

JOINT REPLACEMENT

7.	Penggunaan anestesi & bedah	Pre visit anestesi
8.	Penggunaan darah & produk darah	Reaksi transfusi darah
9.	Ketersediaan, isi & penggunaan RM pasien	Kelengkapan inform consent
10	PPI, surveilans & pelaporan	Infeksi daerah operasi
11	Riset klinis	Ethical clearence

DIMENSI MUTU	PMKP	INDIKATOR KLINIS	SKP
•Appropriateness •Availability •Continuity •Effectiveness •Prevention/ Early Detection	PMKP .3.1 – Prosedur op PMKP 3.1 – antibiotik & penggunaan obat lain PMKP 3.1 – infection, prevention and control, surveillance and reporting	Joint Replacement	❑ SKP 1 ❑ SKP 4 ❑ SKP 5

Pertimbangan dalam memilih indikator yang prioritas untuk menilai kinerja pelayanan

- Diwajibkan/dipersyaratkan oleh peraturan perundangan
- Diwajibkan/dipersyaratkan oleh standar akreditasi
- Dipersyaratkan oleh pemilik (pertanggung jawaban)
- Ketersediaan data
- High risk, high cost, high volume, problem prone
- Konsensus
- Dipersyaratkan oleh customer

Cara menyusun indikator

- Ada kejelasan tujuan dan latar belakang dari tiap-tiap indikator, mengapa indikator tersebut penting dan dapat menunjukkan tingkat kinerja organisasi/bagian/unit kerja
- Kejelasan terminologi yang digunakan
- Kapan pengumpulan data (kapan indikator harus di update), kapan harus dianalisis, cara analisis, dan interpertasinya
- Numerator dan denominator
- Threshold (target)
- Dari mana data diperoleh (sistem informasi untuk mendukung perolehan data)

Langkah penyusunan indikator kinerja

- Menciptakan lingkungan yang menyadari perlunya mengukur kinerja (klinis):
  - Memahami konteks/latar belakang penyusunan indikator (apa yang ingin dikerjakan, mengapa, bagaimana, sebaik apa, dan problem apa yang mungkin dijumpai)
  - Kejelasan tujuan penyusunan indikator
  - Identifikasi pendukung dan penghambat dan bagaimana mengatasinya
  - Membentuk tim penyusun
  - Pelajari sistem mutu yang ada
  - Tentukan sumber informasi yang dibutuhkan untuk menyusun indikator

Langkah penyusunan indikator kinerja

- Penyusunan indikator:
  - Review indikator-indikator yang ada dari literatur maupun dari DepKes
  - Review indikator-indikator yang selama ini digunakan
  - Identifikasi unit-unit terkait
  - Identifikasi indikator-indikator yang dapat dimonitor
  - Susun indikator dan buat kamus indikator nya
  - Tetapkan metoda pengumpulan data dan sumber informasi
  - Tentukan metoda analisis
  - Sosialisasi
  - Tetapkan cara pelaporan indikator

Langkah penyusunan indikator kinerja

- Penerapan indikator:
  - Monitor proses pengumpulan data
  - Monitor analisis terhadap indikator dan pelaporannya
  - Monitor penggunaan hasil analisis indikator
  - Hitung biaya implementasi
- Review:
  - Kaji ulang terhadap indikator, cara pengumpulan data, analisis dan hasil analisis, pemanfaatan indikator untuk perbaikan, tindak lanjut perbaikan
  - Perbaikan/penambahan/pengurangan indikator
- Evaluasi dan ongoing monitoring

Cara menetapkan threshold

(Katz & Green, 1997)

- Sentinel event (kejadian luar biasa, a serious, undesirable, and often avoidable process or outcome) indicator: target = 0, misalnya pembedahan pada sisi yang salah
- Rate based indicator:
  - Kumpulkan data untuk periode waktu tertentu
  - Hitung mean dan standard deviasi
  - Tetapkan simpangan yang bisa diterima
  - Ingat rate-based indicator tidak pernah 100 %

Cara menetapkan threshold

(Katz & Green, 1997)

- Rujukan (referensi) sebagai konsensus nasional atau konsensus profesi
- Jika rate based indicator belum dapat ditentukan, dapat ditetapkan threshold secara konsensus pada tahun pertama.
- Adakalanya threshold tidak dapat ditetapkan, penilaian terhadap indikator berdasarkan trend naik atau turun.

CONTOH KAMUS INDIKATOR LAINNYA

1.	Nama indikator	Marking sebelum dilakukan tindakan operasi
2.	Program	Keselamatan Pasien
3.	Dimensi mutu	Keselamatan
4.		
5.		
6.		
7.		
	a. Inklusi	
	b. Eksklusi	Semua pasien yg tidak perlu ditandai lokasi operasi, misal : organ tunggal

8.	Type indikator	Struktur **Proses V** Outcome Proses dan outcome
9.	Jenis indikator	Rate based Sentinel event **Persentase V** Lainnya
10.		
11.		
12.		
13.		
14.	Sumber data	
15.	Wilayah pengamatan	
16.	Metode pengumpulan data	concurrent

17	Pengumpul data	Perawat OK
18.	Frekuensi pengumpul data	bulanan
19.	Periode waktu laporan	
20		
21.		
22.		

KESIMPULAN

- Indikator RS terdiri dari 2 kelompok besar yaitu : indikator unit kerja dan indikator kunci
- Indikator kunci dapat diambil dari indikator unit kerja
- Indikator kunci juga dapat dng cara memilih topik yg ingin ditingkatkan dng mengacu visi & misi RS tsb ▪ semua IAK, IAM & ISKP merujuk topik yg ingin ditingkatkan tsb
- Indikator bukanlah hal yg statis, tetapi dinamis, dapat berubah sesuai kebutuhan penilaian yg ingin dikembangkan oleh RS
- Karena itu jangan takut memilih indikator ▪ Profil/kamus indikator sangat membantu dalam menetapkan sumber data, fkekuensi pengumpulan dan analisa data.

TERIMA KASIH

Komisi Akreditasi Rumah Sakit

ANALISA DAN VALIDASI INDIKATOR MUTU

Dr.
Luwiharsih,MSc

PENGERTIAN

- **Validasi** adalah suatu tindakan pembuktian
- **Analisa data** adalah kegiatan mengubah data hasil penelitian/survei menjadi informasi yg dapat digunakan untuk mengambil kesimpulan dan

PENGUMPULAN DATA

- **Pengumpulan data tujuannya utk perbaikan dan pembelajaran, bukan digunakan untuk mencari kekurangan seseorang/menghukum**
- **Tunjuk penanggung jawab pengumpul data di setiap unit/ruangan**
- **Lakukan pelatihan untuk penanggung jawab pengumpul data**

LANGKAH-LANGKAH PENGUMPULAN DATA

1. Penanggung jawab pengumpul data mencatat data kedalam formulir sensus harian atau input data ke dalam Sistem IT (bila RS sudah mempunyai sistem IT untuk data indikator)
2. Data direkapitulasi dan di analisa dalam bentuk grafik melalui sistem IT
3. Interpretasi data
4. Lakukan perbaikan untuk peningkatan mutu
5. Buat laporan dari unit ke pimpinan/komite PMKP sesuai SPO di RS

VALIDASI DATA

VALIDASI DATA

Tujuan

- **Monitoring akurasi data yg dikumpulkan**
- **Verifikasi bahwa pengambilan data adalah konsisten dan reproducible**
- **Verifikasi ekspektasi tentang volume data yang dikumpulkan.**

MEKANISME VALIDASI DATA

- **Siapa yang melakukan**
  - **Komite/Panitia/Tim PMKP**
  - **Ka Instalasi pelayanan/Ka Unit Pelayanan Prinsip :**
  - **validator adalah bukan pengumpul data (orang ke dua)**

Kapan dilakukan :

- **Bila indikator klinik baru saja dikumpulkan (indikator baru)**
- **Bila ada perubahan sumber data, numerator, denumerator, definisi operasional, subyek pengumpulan data dirubah & PIC pengumpul data**

PROSEDUR VALIDASI DATA

a) Mengumpulkan ulang data oleh **orang kedua** yang tidak terlibat dalam pengumpulan data sebelumnya

b) Menggunakan **sample statistik sahih**

dari catatan, kasus dan data lain. Sample 100 % dibutuhkan hanya jika jumlah pencatatan, kasus atau data lainnya sangat kecil jumlahnya

c).**Membandingkan data** asli dengan data yg di kumpul ulang

TABEL PENENTUAN JUMLAH SAMPEL DARI POPULASI TERTENTU
DENGAN TARAF KESALAHAN, 1, 5, DAN 10 %

	Siginifikasi				Siginifikasi		
N	1%	5%	10%	N	1%	5%	10%
10	10	10	10	280	197	155	138
15	15	14	14	290	202	158	140
20	19	19	19	300	207	161	143
25	24	23	23	320	216	167	147
30	29	28	28	340	225	172	151
35	33	32	32	360	234	177	155
40	38	36	36	380	242	182	158
45	42	40	39	400	250	186	162
50	47	44	42	420	257	191	165
55	51	48	46	440	265	195	168
60	55	51	49	460	272	198	171
65	59	55	53	480	279	202	173
70	63	58	56	500	285	205	176
75	67	62	59	550	301	213	182
80	71	65	62	600	315	221	187
85	75	68	65	650	329	227	191
90	79	72	68	700	341	233	195
95	83	75	71	750	352	238	199
100	87	78	73	800	363	243	202
110	94	84	78	850	373	247	205
120	102	89	83	900	382	251	208
130	109	95	88	950	391	255	211
140	116	100	92	1000	399	258	213
150	122	105	97	1100	414	265	217
160	129	110	101	1200	427	270	221
170	135	114	105	1300	440	275	224
180	142	119	108	1400	450	279	227
190	148	123	112	1500	460	283	229
200	154	127	115	1600	469	286	232
210	160	131	118	1700	477	289	234
220	165	135	122	1800	485	292	235
230	171	139	125	1900	492	294	237
240	176	142	127	2000	498	297	238
250	182	146	130	2200	510	301	241
260	187	149	133	2400	520	304	243
270	192	152	135	2600	529	307	245

CONTOH :
LAPORAN VALIDASI DATA

JUDUL INDIKATOR	Kelengkapan asesmen awal medis dalam waktu 24 jam di RI
NUMERATOR	Jml asesmen awal medis lengkap dlm waktu 24 jam di RI
DENOMINATOR	Jumlah pasien masuk di RI
SUMBER DATA	Rekam Medis
CAPAIAN INDIKATOR	70 % pada bulan Oktober 2014
JML PASIEN RI BULAN OKT 2013	1000 pasien
JUSTIFIKASI PERLU VALIDASI	Data baru pertama kali dikumpulkan
METODE VALIDASI	1. Menggunakan metode sampling 1000 RM dilakukan sampling menjadi 100 RM
	2. Melakukan telaah RM di data yg disampling tsb

CONTOH :
LAPORAN VALIDASI DATA BULAN OKT 2014

HASIL VALIDASI	Kelengkapan asesmen awal medis harus lengkap dalam waktu 24 jam setelah pasien masuk RI = 35 %
HASIL ANALISA	35/70 X 100 % = 50 % □ < 90 %
KESIMPULAN	Data kelengkapan asesmen medis bulan Oktober : belum akurat
RENCANA TINDAK LANJUT	1. Tetapkan bahwa capaian indikator asesmen pasien pada bulan Oktober 2013 = 35 % □ revisi data capaian indikator 2. Edukasi untuk PIC pengumpul data 3. Edukasi ke medis untuk peningkatan kelengkapan asesmen 4. Karena validitas data masih diragukan maka data bulan November perlu dilakukan validasi lagi

ANALISA DATA

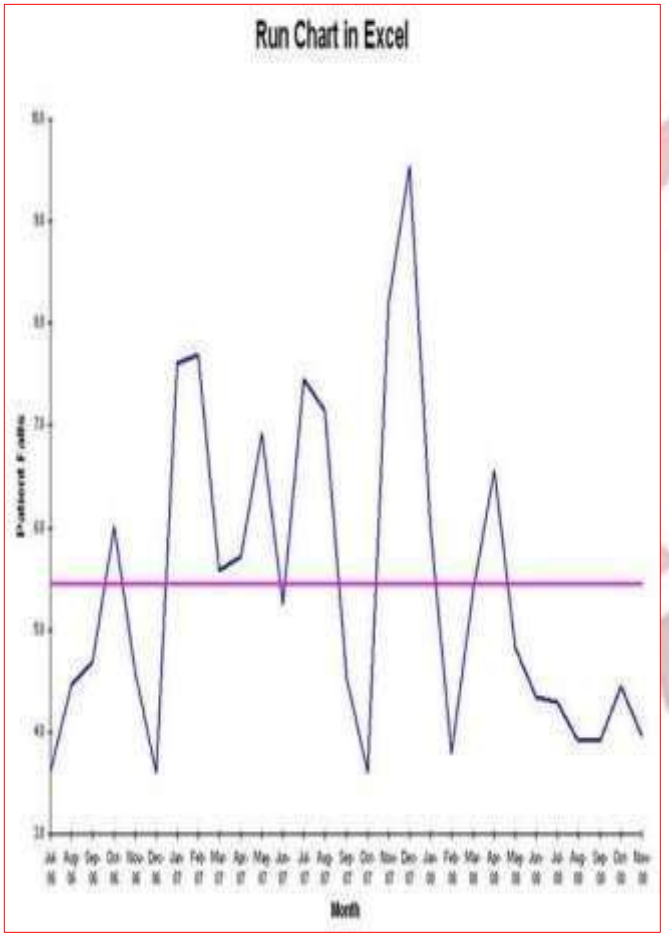
ANALISIS DATA

- **Hasil analisa melalui grafik sangat membantu memperlihatkan perubahan apakah menuju perbaikan sesuai yang diharapkan**
- **Gunakan alat statistik :**
  - **Run charts**
  - **Control charts**
  - **Histograms**
  - **Pareto charts**

ANALISIS DATA

- Run chart sangat bermanfaat tergantung berapa banyak data yang dikumpulkan, sangat sederhana dan mudah diinterpretasikan
- Control chart merupakan cara analisa hasil yang lebih rumit dan memerlukan data lebih banyak

RUN CHART



- Run chart juga dikenal sebagai grafik garis adalah grafik sederhana yang menggambarkan data darai waktu ke waktu
- Sumbu Y : peristiwa/event; sumbu X periode waktu
- Digunakan untuk

  - memahami gambaran umum suatu proses
  - trend dan shift/pergeseran dalam proses
  - variasi dari waktu ke waktu
  - untuk mengidentifikasi penurunan atau peningkatan

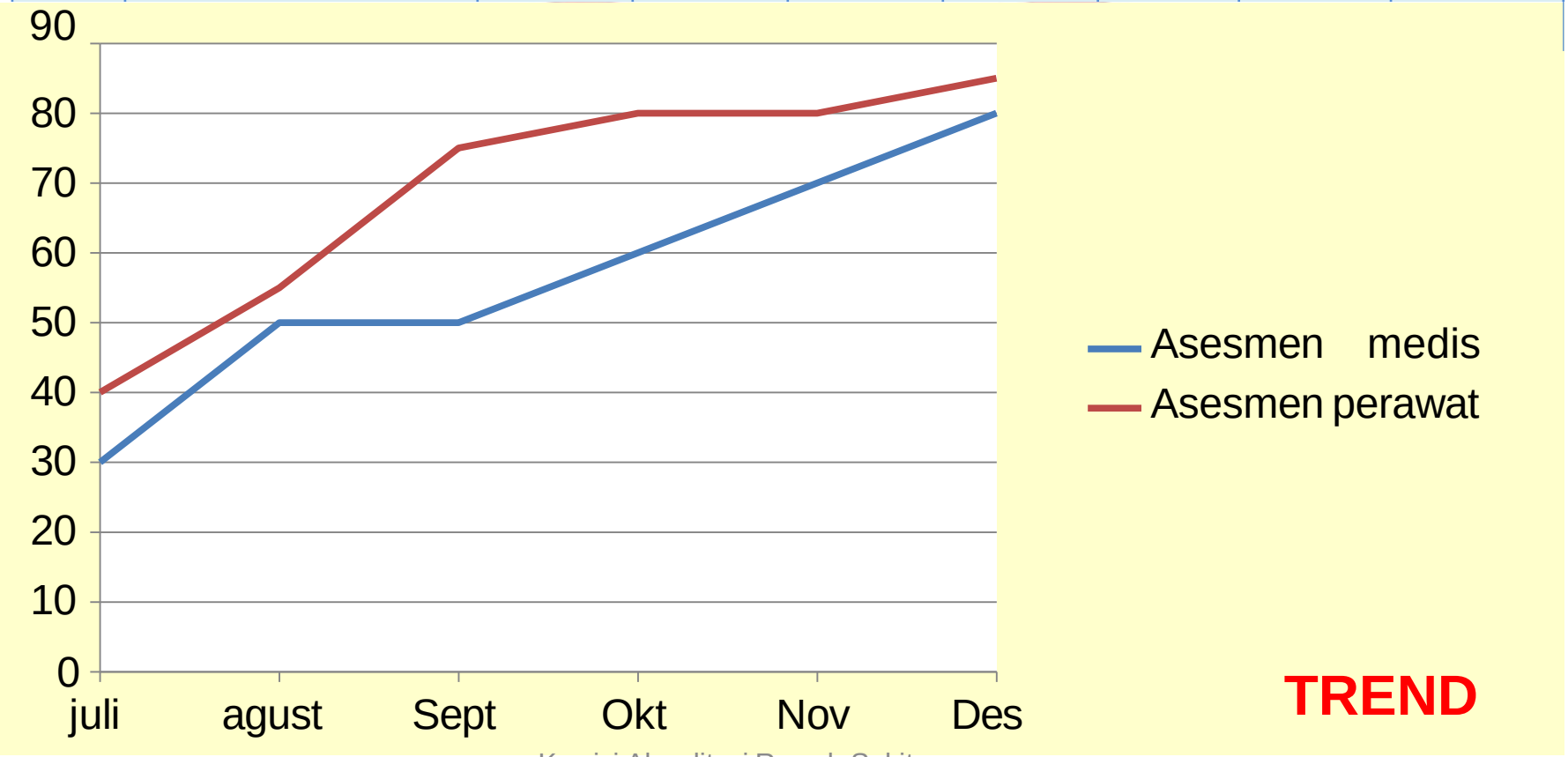
ANALISIS DATA

Sasaran dari analisis data adalah agar dapat dilakukan **PERBANDINGAN** bagi rumah sakit melalui empat cara :

1. Dengan **diri sendiri** dalam waktu tertentu, seperti dari bulan ke bulan atau satu tahun ke tahun berikutnya.
2. Dengan **rumah sakit lain** yang sama seperti menggunakan *data base* referensi (lihat juga MKI.20.2, EP 3)
3. Dengan **standar**, seperti ditetapkan oleh badan akreditasi, ikatan profesional atau menggunakan ketentuan yang ditetapkan dalam undang-undang atau peraturan.
4. Dengan **praktek-praktek yang diak**ui di kepustakaan sebagai pedoman praktek yang lebih baik atau paling baik

Perbandingan ini membantu rumah sakit **memahami sumber** dan sifat perubahan yang tidak dikehendaki serta membantu fokus pada upaya perbaikan.

No	Indikator	J	A	S	O	N	D	
1.	Asesmen medis	30	50	50	60	70	80	
2.	Asesmen prwt	40	55	75	80	80	85	



Dng Std

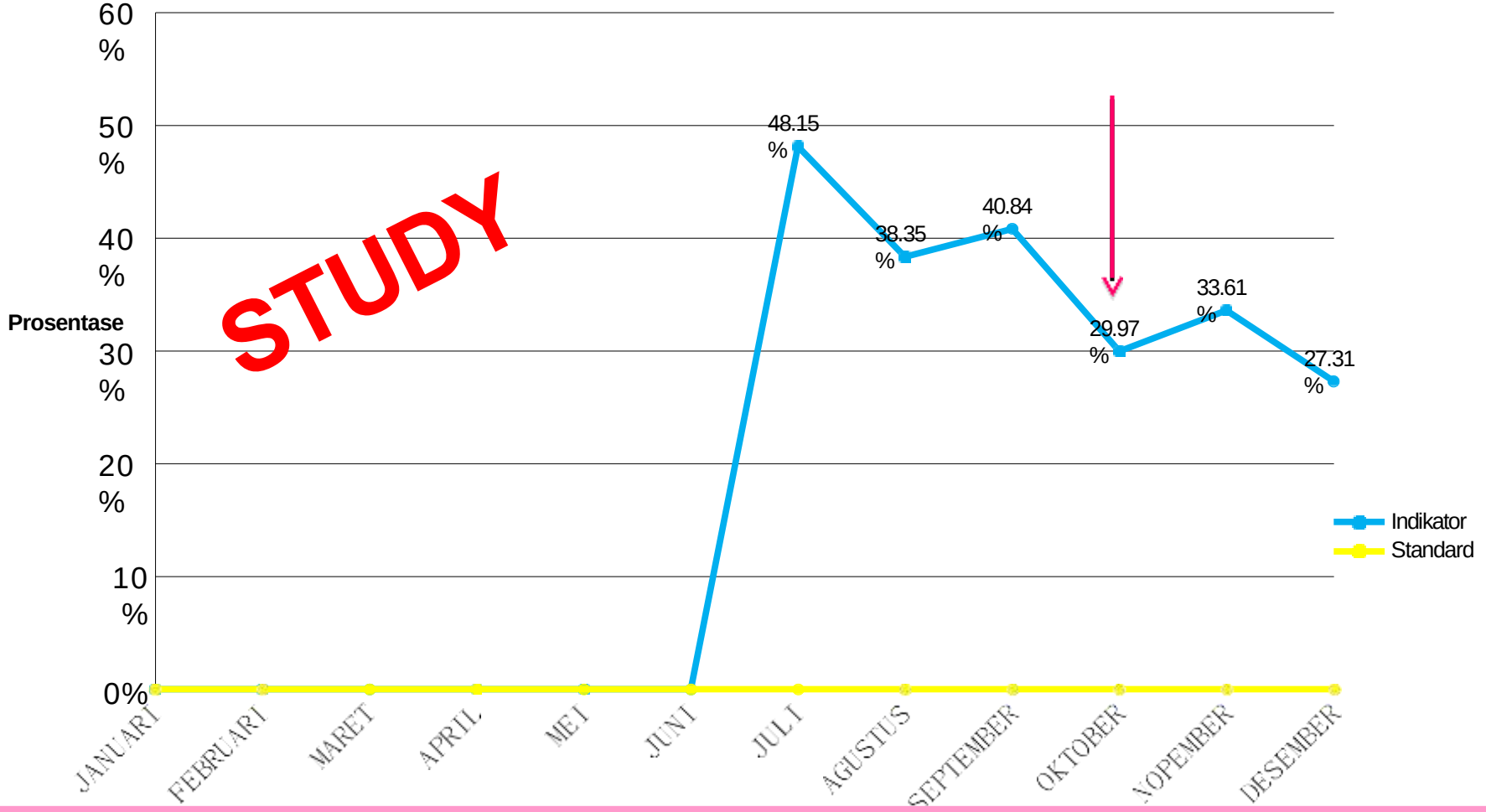
IAK bulan Desember 2014

No	INDIKATOR	STANDAR	CAPAIAN	RTL
1.	Asesmen medis	100 %	80 %	Edukasi ke dokter ditingkatkan
2.	Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	100 %	98 %	Risk grading RCA/ investigasi
3.	Tidak ada kesalahan pemberian label	100 %	100 %	-
4.	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100 %	100 %	-
5.	Operasi eletif tidak menggu nakan antibiotika profilaksis	100 %	60 %	Lakukan RCA, shg diketahui

CONTOH

INDIKATOR
ANGKA KETIDAKLENGKAPAN
ASESMEN PRE OPERASI

CAPAIAN INDIKATOR KETIDAKLENGKAPAN ASESMEN PRE OPERASI BULAN JULI – DESEMBER 2014 (STUDY)



Kisaran capaian indikator ketidaklengkapan asesmen pre operasi tahun 2014 berkisar 30,62% tiap bulannya. Dalam arti pada 100 asesmen pre operasi terdapat 31 asesmen pre operasi yang diisi tidak lengkap

PENDEKATAN SISTEM	ANALISIS	REKOMENDASI
Struktur	Form harian pengumpulan data sudah tersedia	-
	SPO yang mengatur pengisian asesmen pre operasi belum dibuat	Membuat SPO pengisian asesmen pre operasi
	Panduan pengisian asesmen pre operasi belum dibuat	Membuat panduan pengisian asesmen pre operasi
	Petugas yang mengisi asesmen pre operasi belum ditunjuk	Menunjuk dan menetapkan petugas yang bertugas mengisi asesmen pre operasi

PENDEKATAN SISTEM	ANALISIS	REKOMENDASI
Proses	Petugas kurang patuh dalam pengisian asesmen pre operasi	1. Mengadakan sosialisasi yang lebih intensif ke Instalasi Bedah Sentral mengenai asesmen pre operasi 2. Meningkatkan peran aktif fasilitator akreditasi Instalasi Bedah Sentral, terutama mengenai asesmen pre operasi
	Petugas kurang paham akan pentingnya pengisian asesmen pre operasi secara lengkap	

STUDY

PENDEKATAN SISTEM	ANALISIS	REKOMENDASI
Outcome STUDY	Kisaran capaian indikator ketidaklengkapan asesmen pre operasi tahun 2014 berkisar 30,62% tiap bulannya. Dalam arti pada 100 asesmen pre operasi terdapat 31 asesmen pre operasi yang diisi tidak lengkap dan berpotensi IKP dan SKP IV(salah lokasi,salah prosedur)	Pimpinan membuat surat edaran kepada staf medis bedah dan anestesi untuk melengkapi asesmen pre operasi

ACTION

TINDAK LANJUT

- Pembuatan SPO asesmen pre operasi
- Pembuatan panduan asesmen pre operasi
- Mengadakan sosialisasi ke, SMF BEDAH – ANESTESI , IBS secara intensif mengenai Asesmen Pre Operasi
- Pemantauan kegiatan pengisian asesmen pre operasi oleh fasilitator akreditasi di RUANG RAWAT INAP.

KESIMPULAN

- **Validasi data dilakukan untuk indikator klinis baru dan bila ada perubahan dari profil/kamus indikator serta sistem pengumpulan data yang berubah dari manual ke elektronik sistem**
- **Analisis dilakukan dengan melihat trend didalam RS, membandingkan dng standar, membandingkan dng praktik terbaik dan membandingkan dng RS lain.**
- **Mengingat beberapa indikator juga merupakan insiden keselamatan pasien maka perlu dilakukan analisa dng risk grading.**

TERIMA KASIH

IMPLEMENTASI SASARAN KESELAMATAN PASIEN

Serious errors such as operating on wrong patient still occurring in NHS

Figures show almost 1,200 'never events' in England in last four years - such as removing the wrong organ or leaving scalpel blades inside a body

Hampir 1.200 terjadi KTD peristiwa serius di rumah sakit di Inggris selama empat tahun terakhir,

April 2012 dan Maret 2013,	**290 kasus**
Tahun 2013/14	**338, kasus**
Tahun 2014/15	**306 kasus**

Pada 2014/15

- **27 kasus gigi yang salah diekstraksi,**
- **kasus operasi ke mata yang salah**
- **102 kasus di mana benda asing tertinggal di dalam tubuh ketika luka dijahit.**
- **4 kasus kesalahan identifikasi pasien.**

MENGIDENTIFIKASI PASIEN DENGAN BENAR

Standar
SKP 1

Rumah sakit menetapkan regulasi untuk menjamin ketepatan (akurasi) identifikasi pasien

TELUSUR REGULASI SKP

	Sasaran Keselamatan Pasien	
SKP 1	Panduan identifikasi pasien	
SKP 2	Pedoman komunikasi efektif (MKE 1), tentang teknik komunikasi antar staf klinis termasuk PPA	
SKP 2.1	Penetapan nilai kritis (AP 5.3.2)	
SKP 3	Panduan pengelolaan obat yang perlu diwaspadai, termasuk upaya mencegah kekurang hati-hatian dalam pengelolaan elektrolit konsentrat (SKP 3.1)	
SKP 4	Panduan penandaan lokasi operasi	
SKP 4.1	Pedoman pelayanan unit kamar operasi (TKRS 10), tentang pelaksanaan surgical safety check list	
SKP 5	Pedoman PPI, tentang teknik cuci tangan (PPI 9)	
SKP 6	Panduan upaya mengurangi risiko cedera akibat pasien jatuh, meliputi asesmen dan monitoringnya (AP 1.4.1)	

SPO CARA IDENTIFIKASI PASIEN

1. Secara verbal: Tanyakan nama dan tgl lahir pasien, untuk pasien yg tidak menggunakan gelang identitias misal pasien rawat jalan

2. Secara visual: Lihat ke gelang pasien dua dari empat identitas, (nama dan tgl lahir) cocokkan dengan perintah dokter, untuk pasien yg bergelang identitas, contoh pasien rawat inap.

MENINGKATKAN KOMUNIKASI YANG EFEKTIF

- Standar SKP 2

•Rumah sakit menetapkan regulasi untuk melaksanakan proses meningkatkan **efektivitas komunikasi verbal dan atau komunikasi melalui telpon** antar profesional pemberi asuhan (PPA).

Komunikasi dianggap efektif bila:

- tepat waktu
- akurat
- lengkap
- tidak mendua (*ambiguous*)
- diterima oleh penerima informasi yang bertujuan mengurangi kesalahan-kesalahan dan meningkatkan keselamatan pasien.

BENTUK KOMUNIKASI

1. Verbal
2. Elektronik
3. Tertulis.

- Komunikasi yang jelek dapat membahayakan pasien.
- Komunikasi yang rentan terjadi kesalahan adalah saat perintah lisan atau perintah melalui telepon, komunikasi verbal, saat menyampaikan hasil pemeriksaan kritis yang harus disampaikan lewat telpon.

KOMUNIKASI EFEKTIF DALAM ANTAR PEMBERI PELAYANAN DIDALAM RS(SKP 2)

1. Melakukan "Read Back (TULBAKON)" Terhadap Instruksi Yang Diterima Secara Lisan Maupun Melalui Telpon Atau Melaporkan Hasil Pemeriksaan Kritis
2. Buat Standar : Singkatan, Akronim, Simbol Yang Berlaku Di RS dan singkatan yang dilarang
3. Buat Standar Komunikasi Pada Saat Operan / Hand Overs Communication (SBAR/ISOBAR/ISOBAR3)
4. Ketepatan Membuat Laporan

KOMUNIKASI YG SERING SALAH DAN MEMBAHAYAKAN PASIEN: LISAN/LEWAT TELEPON

Dr DPJP

LAPORAN KONDISI PASIEN TERKINI
(dapat dgn SBAR/ISOBAR.SOAP)

Memberikan perintah
pengobatan/tindakan

TULBAKON

Dr Jaga/Prwt

SINGKATAN

- **Harus dibuatkan standarisasi daftar singkatan yang dilarang dan yang diperbolehkan.**
- **Satu singkatan hanya diperbolehkan punya satu pengertian.**
- **Daftar singkatan harus tersedia di setiap unit pelayanan,** disosialisasikan kepada seluruh unit

DAFTAR SINGKATAN YANG DILARANG

A "minimum list" of dangerous abbreviations, acronyms and symbols

Beginning January 1, 2004, the following items must be included on each accredited organization's "Do not use" list:

Set	Item	Abbreviation	Potential Problem	Preferred Term
1.	1.	U (for unit)	Mistaken as zero, four or cc.	Write "unit"
2.	2.	IU (for international unit)	Mistaken as IV (intravenous) or 10 (ten)	Write "international unit"
3.	3. 4.	Q.D., Q.O.D. (Latin abbreviation for once daily and every other day)	Mistaken for each other. The period after the Q can be mistaken for an "I" and the "O" can be mistaken for "I"	Write "daily" and "every other day"
4.	5. 6.	Trailing zero (X.0 mg), Lack of leading zero (.X mg)	Decimal point is missed	Never write a zero by itself after a decimal point (X mg), and always use a zero before a decimal point (0.X mg)
5.	7. 8. 9.	MS MSO_4 $MgSO_4$	Confused for one another Can mean morphine sulfate or magnesium sulfate	Write "morphine sulfate" or "magnesium sulfate"

CONTOH DAFTAR SINGKATAN

Satu singkatan hanya diperbolehkan punya satu pengertian

ABN	Alat Bantu Napas
ACLS	Advanced Cardiac Life Support
AGD	Analisa Gas Darah
ALS	Advanced Life Support
ARDS	Acute Respiratory Distress Syndrome
BE	Base Excess
BLS	Basic Life Support
BTLS	Basic Trauma Life Support
BUN	Blood Urea Nitrogen
CAVH	Continuous Arterial Venous Hemofiltration
COC	Cardiac Output Computer
CPAP	Continuous Positif Airway Pressure
CRRT	Continuous Renal Replacement Treatment
CVP	Central Venous Pressure
CVVH	Continuous Venous Venous Hemofiltration
EKG/ECG	Elektro Kardio Gram / Electro Cardio Gram
ETT	Endo Tracheal Tube
Fi02	Fraksi 02
GCS	Glasgow Coma Scale
IABP	Intra Aortic Balloon Pump
ICU	Intensive Care Unit
IPPB	Intermitten Positive Pressure Breathing
MAP	Mean Arterial Pressure
NTT/OTT/TT	Nasotracheal Tube / Orotracheal Tube / Tracheal Tube
OPA	Oro Pharingeal Airway
PaCO2	Tekanan Parsial C02
PaO2	Tekanan Parsial Oksigen
PEEP	Positive End Expiratory Pressure
REC	Renal Ekstra Coorporal
RJP	Resusitasi Jantung Paru
Sa02	Saturasi Oksigen
SiMV	Syncronize Intermitten Mandatory Ventilation
TIK	Tekanan Intra Kranial
TV	Tidal Volume

Standar SKP 2.1

Rumah sakit menetapkan **regulasi untuk proses pelaporan hasil pemeriksaaan diagnostik kritis.**

HASIL PEMERIKSAAN DIAGNOSTIK KRITIS

- ANGKA KRITIS (HASIL LABORAT, HASIL PEMERIKSAAN TANDA VITAL)
- HASIL PEMERIKSAAN (EXPERTISE) KRITIS:
  - FOTO RONSEN/CT SCAN/MRI
  - HASIL P.A
  - HASIL KRITIS PEMBACAAN EKG/EEG/EMG DLL

Standar SKP 2.2

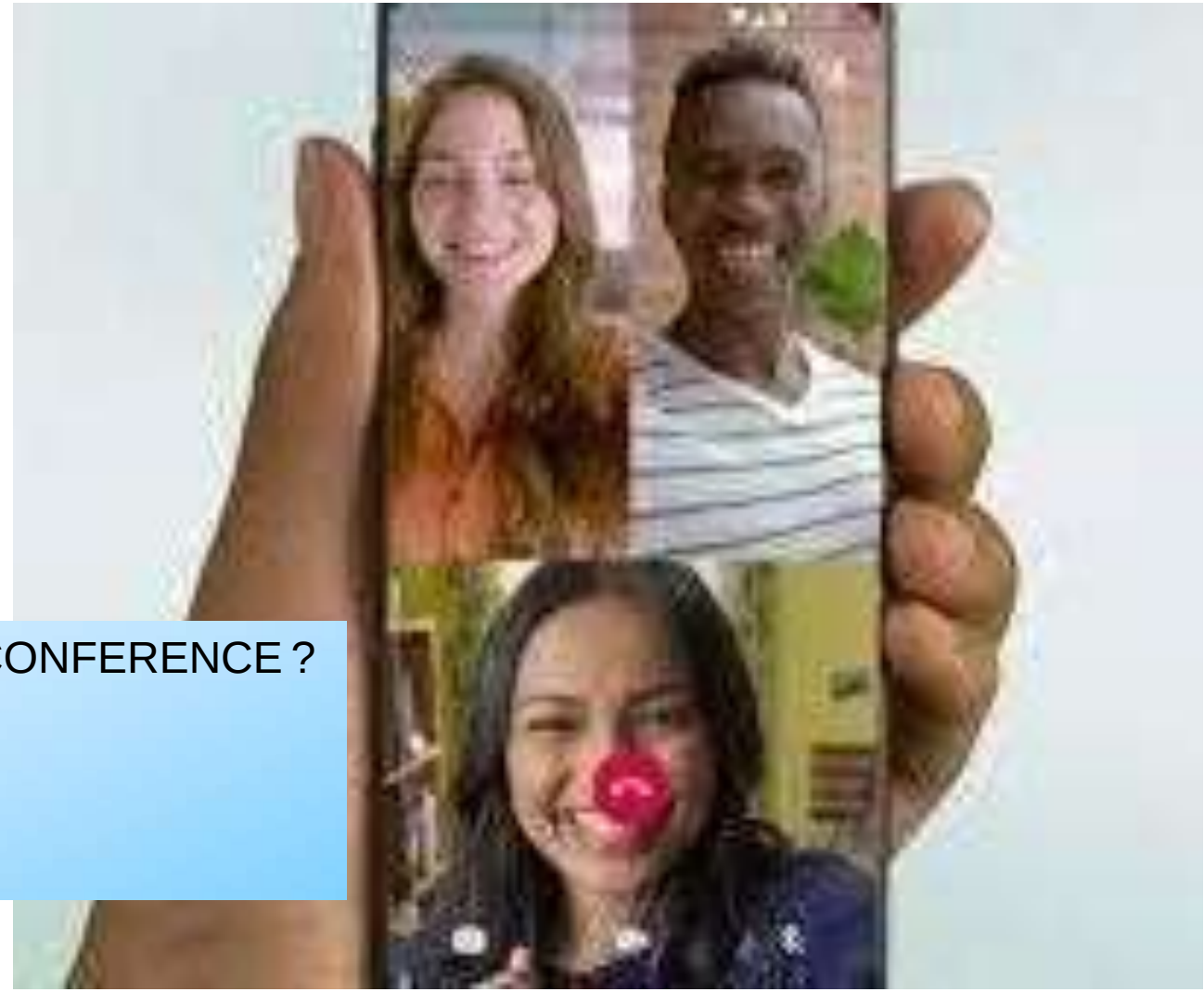
Rumah sakit menetapkan dan melakanakan **proses komunikasi "Serah Terima" (*hand over*).**

METODA HAND OVER

1. Verbal Handover
2. Bedside handover
3. Recorded Handover
4. Writen handover

WA VIDEO CONFERENCE ?

1. VERBAL
2. VISUAL



CONTOH FORMULIR HAND OVER

Trauma Checklist

Team leader must read aloud and completed for every trauma patient before leaving ED Resus.

Date: Time:

Tx
- ☐ Analgesia adequate
- ☐ CD book signed
- ☐ IV Cannula x2
- ☐ Temperature Management
- ☐☐ Abx/Tetanus given
- ☐☐ Urinary Catheter
- ☐☐ Tranexamic Acid
- ☐☐ Fluids given (L)
- ☐☐ Blood given (Units)

Transfer
- Monitoring
- ☐ SpO2
- ☐ EtCO2
- ☐ ECG
- ☐ BP
- ☐ CT/XR Request
- ☐ Notes Printed +/- completed
- ☐ ID Bracelet x2
- ☐ Suction & Oxygen checked
- ☐ Transfer Bag
- ☐ Transfer drugs & Fluids
- ☐☐ Cross match ..... (units)
- Location .....
- ☐☐ Group & Save

Destination
- Planned destination is: (and has been notified)
- ☐ C level CT
- ☐ B level CT
- ☐ Theatre
- ☐ Neuro ICU
- ☐ GICU
- ☐ Other .....

Issues/ Concerns
- Areas that need addressing
- ☐ Equipment .....
- ☐ Staffing .....
- ☐ Other .....

Signed and printed Trauma Leader Trauma Nurse

HUNTSMAN ADMISSION/TRANSFER RN REPORT SHEET

HCH4 Fax #5-2935 ext. 1-2436 HCH5 Fax # 5-2940 ext. 7-4448

TIME FAXED:

S (Situation)
- *Patient Name: *MRN:
- Room # *Date: / / *Accepting Fellow/MD:
- Admitting From: *Admitting MD:
- *RN: *phone # or pager #:
- *Reason for Admission:

B (Background)
- Brief Cancer Hx:
- Last chemo:
- Other relevant Med/Surg Hx:
- Allergies: no/yes (list):
- Anyone accompanying patient (Family/Social Support):

A (Assessment)
- *Vital Signs: BP: / HR: RR: Temp: SaO2:
- *02 Requirement: Home 02?: y/n
- *PAIN (1-10): *Where?: Nausea: y/n
- *Medications given and time:
- *IV access:
- *Hydration/Fluids going:
- *Antibiotics given and time:
- Any procedures/scans done in clinic (Bone Marrow Bx, xrays, blood cx):
- Labs drawn and any significant results:
- Location of wounds/dressings/ostomies/drains:
- *Fall Risk?: y/n *LOC: alert/oriented confused (circle one)
- *Ambulatory status: w/c ambulatory walker cane stretcher (circle one)

R (Recommendations)
- To-do List (any orders):
- Other comments/Plan of Care:
- Red Flags:

*required information

**NURSE WILL CALL FLOOR 10-15 MINUTES AFTER REPORT IS FAXED TO CONFIRM ACCEPTING NURSE RECEIVED THE FAX AND WILL ANSWER ANY QUESTIONS BEFORE TRANSFERRING PATIENT TO ASSIGNED BED.

ISBAR COMMUNICATION TOOL

I (Identity)
- Patient:
  - name,
  - position,
  - location
- Receiver: Confirm who you are talking to
- Patient: name, age, sex, location

S (Situation)
- State purpose: "The reason I am calling is....."
- If urgent – SAY SO. Make it clear from the start
- May not have a summary of Assessment and Requirement

B (Background)
- Tell the story
- Relevant information only:
  - history,
  - examination,
  - lab results,
  - management
- If urgent: Relevant vital signs, current management

A (Assessment)
- State what you think is going on, your interpretation
- Use ABCDE approach
  - Airway
  - Breathing
  - Circulation
  - Disability
  - Exposure
- Share any interventions e.g. applied oxygen

R (Requirement)
- What you want from them – BE CLEAR
- State your request or requirement
  - Urgent review (state time frame)
  - Give approval / recommendation for further course of action while awaiting admission or eg. ECG, bloods
- Give reason an appropriate management

Modified from Marlborough Health

PATIENT DETERIORATION COMMUNICATION TOOL FOR CALLING

I — IDENTIFICATION

DATE: ____/____/____ TIME: _____

- Hello It's _____ (Name) calling from _____ (Ward)
- I'm calling about patient _____ (Patient Name) who was admitted with...
- _____ (Name presenting diagnosis)

S — SITUATION

- The problem I am calling about is _____ (Name Problem) which has changed over the last hours from _____ to _____
- I have just assessed his/her vital signs and they are:
  - BP: _____
  - HR & Rhythm: _____
  - RR: _____
  - Temp: _____
  - Urine Output: _____
  - Fluid Balance Status: _____
  - ECG: _____

DOES THIS PATIENT MEET MET CALL CRITERIA IF YES CALL A MET CALL

O — OBSERVATIONS

Neurologically the patient is:
- ☐ Alert & Orientated to TPP
- ☐ Pupils are equal and reactive
- ☐ Obeying command
- ☐ Agitated & Combative
- ☐ Lethargic but rousable
- ☐ Stuporous & not talking clearly
- ☐ Aphasic / Dysphasic
- ☐ Obtunded (less than full mental capacity)
- ☐ Not responsive to painful stimuli
- ☐ Flexing / Extending to painful stimuli

The patient's skin is:
- ☐ Warm & dry
- ☐ Hot to touch
- ☐ Pale
- ☐ Mottled
- ☐ Diaphoretic/Clammy
- ☐ Extremities are cold
- ☐ Extremities are warm
- ☐ Pulses Present/Absent/Thready
- ☐ Capillary refill time is:
- ☐ Capillary return is < 3sec

- Does the patient look generally unwell Y / N
- The patient has been on _____L of Oxygen via mask / NP for _____ (Time) and SpO_2 is _____
- I am having difficulty detecting a good reading & trace from the probe
- I have auscultated the pt's chest and it sounds _____
- The patient appears to have an increased work of breathing

OBSERVATIONS SHOULD BE DONE ½ HOURLY UNTIL SITUATION IS RESOLVED

B — BACKGROUND

- The patient has a relevant past history of _____
- State any Allergies the patient may have
- The patient is on _____ (State Current Medications) and currently has _____ (State what Fluids) running

A — ASSESSMENT

- The problem appears to be _____ (e.g. Cardiac, Respiratory, Neuro, Renal)
- I think the patient is experiencing _____ (Name the Problem)
- The patient is deteriorating and unstable

R — REQUEST

I would like you to: (say what you want & why)
- Review the patient
- Help identify the problem to aid in calling consultant

MENINGKATKAN KEAMANAN OBAT YANG PERLU DIWASPADAI (HIGH ALERT MEDICATIONS)

Nurse Gives Patient Paralytic Instead of Antacid

Nov. 21, 2011

By CHRISTINA CARON via **WORLD NEWS**

Richard Smith died after receiving a paralytic drug instead of an antacid at North Shore Medical Center in Miami, Fla.

Courtesy Marc Smith

AUTO START: ON | OFF

- Paralytic agent vs antacid

Pancuronium (Pavulon) vs Pantoprazole

- Paralytic agent vs antacid

MENINGKATKAN KEAMANAN OBAT YANG PERLU DIWASPADAI (HIGH ALERT MEDICATIONS)

Standar SKP 3

Rumah sakit menetapkan regulasi untuk melaksanakan **proses meningkatkan keamanan terhadap obat-obat yang perlu diwaspadai.**

OBAT YANG PERLU DIWASPADAI:

Obat yang perlu diwaspadai terdiri atas:

1. **Obat risiko tinggi,** yaitu obat yang bila terjadi kesalahan (*error*) dapat menimbulkan kematian atau kecacatan seperti, **insulin, heparin, atau kemoterapeutik;**

2. **Obat yang nama, kemasan, label, penggunaan klinis tampak/kelihatan sama (*look alike*), bunyi ucapan sama (*sound alike*),** seperti Xanax dan Zantac atau *hydralazine* dan *hydroxyzine* atau disebut juga nama obat rupa ucapan mirip (NORUM);

3. **Elektrolit konsentrat**: *potasium* fosfat dengan konsentrasi sama atau lebih besar dari 3 mmol/ml dan natrium klorida dengan konsentrasi lebih dari 0,9% dan magnesium sulfat dengan konsentrasi 50% atau lebih

4. **Elektrolit dengan konsentrasi tertentu**: *potasium* klorida dengan konsentrasi 1 mEq/ml atau lebih dan magnesium sulfat dengan konsentrasi 20%, 40%, atau lebih.

CONTOH
KEBIJAKAN PENANGANAN OBAT HIGH ALERT

- **DEFINISI:**
  - **Obat berisiko tinggi yang menyebabkan bahaya yang bermakna bila digunakan secara salah**
- **KETENTUAN :**
  1. **Setiap unit yan obat harus tersedia daftar obat high alert, Obat LASA, Elektrolit Konsentrat, Elektrolit dg konsentrasi tertentu serta panduan penata laksanaan obat high alert**
  2. **Setiap staf klinis terkait harus tahu penata laksanaan obat high alert**
  3. **Obat high alert harus disimpan DIBAWAH TANGGUNG JAWAB FARMASIS , terpisah, akses terbatas, diberi label yang jelas**
  4. **Instruksi lisan obat high alert hanya boleh dalam keadaan emergensi, atau nama obat harus di eja perhuruf**
  5. **Sebelum menyuntikkan obat high alert setelah cek 5 tepat, lanjutkan dengan double check.**

HIGH ALERT

Look Alike Sound Alike (LASA)

LOOK ALIKE

LASA

LASA

LASA
DOSIS BERTINGKAT

Standar SKP
3.1

Rumah sakit menetapkan **regulasi untuk melaksanakan proses mengelola penggunaan elektrolit konsentrat.**

ELEKTROLIT KONSENTRAT

1. Kalium/potasium klorida = > 2 mEq/ml
2. Kalium/potasium fosfat => 3 mmol/ml
3. Natrium/sodium klorida > 0.9%
4. Magnesium sulfat : => 50% atau lebih pekat

ELEKTROLIT DENGAN KONSENTRASI TERTENTU

1. Kalium/potasium klorida < 2 mEq/ml
2. magnesium sulfat : 20 sd 40 %

TERLAKSANANYA PROSES TEPAT-LOKASI, TEPAT-LOKASI, TEPAT-PROSEDUR, TEPAT-PASIEN YANG MENJALANI TINDAKAN DAN PROSEDUR

Standar SKP 4

Rumah sakit menetapkan regulasi untuk melaksanakan proses memastikan Tepat-Lokasi, Tepat-Prosedur dan Tepat-Pasien yang menjalani tindakan dan prosedur.

Standar SKP 4.1

Rumah sakit **menetapkan regulasi untuk melaksanakan proses Time-out yang dijalankan di kamar operasi sebelum operasi dimulai.** dilakukan untuk memastikan Tepat-Lokasi, Tepat-Prosedur, Tepat-Pasien yang menjalani tindakan dan prosedur.

Tujuan surgery safety checklist

mencegah Operasi jangan sampai :

1. salah orang
2. salah prosedur
3. salah lokasi

Surgical Safety Checklist

World Health Organization | Patient Safety
A World Alliance for Safer Health Care

SIGN IN

Before induction of anaesthesia

(with at least nurse and anaesthetist)

Has the patient confirmed his/her identity, site, procedure, and consent?
- ☐ Yes

Is the site marked?
- ☐ Yes
- ☐ Not applicable

Is the anaesthesia machine and medication check complete?
- ☐ Yes

Is the pulse oximeter on the patient and functioning?
- ☐ Yes

Does the patient have a:

Known allergy?
- ☐ No
- ☐ Yes

Difficult airway or aspiration risk?
- ☐ No
- ☐ Yes, and equipment/assistance available

Risk of >500ml blood loss (7ml/kg in children)?
- ☐ No
- ☐ Yes, and two IVs/central access and fluids planned

TIME OUT

Before skin incision

(with nurse, anaesthetist and surgeon)

- ☐ **Confirm all team members have introduced themselves by name and role.**
- ☐ **Confirm the patient's name, procedure, and where the incision will be made.**

Has antibiotic prophylaxis been given within the last 60 minutes?
- ☐ Yes
- ☐ Not applicable

Anticipated Critical Events

To Surgeon:
- ☐ What are the critical or non-routine steps?
- ☐ How long will the case take?
- ☐ What is the anticipated blood loss?

To Anaesthetist:
- ☐ Are there any patient-specific concerns?

To Nursing Team:
- ☐ Has sterility (including indicator results) been confirmed?
- ☐ Are there equipment issues or any concerns?

Is essential imaging displayed?
- ☐ Yes
- ☐ Not applicable

SIGN OUT

Before patient leaves operating room

(with nurse, anaesthetist and surgeon)

Nurse Verbally Confirms:
- ☐ The name of the procedure
- ☐ Completion of instrument, sponge and needle counts
- ☐ Specimen labelling (read specimen labels aloud, including patient name)
- ☐ Whether there are any equipment problems to be addressed

To Surgeon, Anaesthetist and Nurse:
- ☐ What are the key concerns for recovery and management of this patient?

This checklist is not intended to be comprehensive. Additions and modifications to fit local practice are encouraged.

Revised 1 / 2009

© WHO, 2009

DIKURANGINYA RISIKO INFEKSI TERKAIT PELAYANAN KESEHATAN

Standar SKP 5

Rumah sakit menetapkan **regulasi untuk menggunakan dan melaksanakan *"evidence- based hand hygiene guidelines"* untuk menurunkan risiko infeksi terkait layanan kesehatan.**

TELUSUR CUCI TANGAN:

- **Apakah tersedia pedoman hand hygine (R) terkait penanganan pasien covid 19**
- **Apakah staf sudah dilatih ulang untuk handhygine dan penggunaan APD di era covid 19**
- **Apakah hand rub tersedia satu tempat tidur satu hand rub ? (O)**
- **Apakah staf dapat cuci tangan dengan benar ? (S)**
- **Apakah staf mematuhi 5 saat cuci tangan ? (O)**
- **survei kepatuhan staf terhadap 5 moment for hand hygine**

CUCI TANGAN DAN PENGGUNAAN SARUNG TANGAN

- **Penggunaan sarung tangan tidak menggantikan cuci tangan.**
- **Cuci tangan harus dilakukan pada saat yang tepat tanpa harus ada indikasi untuk pemakaian sarung tangan.**
- **Lepaskan sarung tangan untuk cuci tangan, ketika indikasi terjadi saat mengenakan sarung tangan.**
- **Buang sarung tangan setelah setiap selesai tugas dan cuci tangan karena sarung tangan dapat membawa kuman.**
- **Pemakaian sarung tangan hanya bila diindikasikan menurut Standard dan Precaution contact jika tidak anda menjadi berisiko tertular kuman.**

(Sumber : WHO. Hand hygine WHY,HOW , WHEN?)

PEMAKAIAN SARUNG TANGAN STERIL

- Prosedur bedah
- Pemeriksaan vagina
- prosedur radiologi invasif
- melakukan akses vaskular dan prosedur (central line)
- Menyiapkan/mencampur total parenteral nutrition
- Menyiapkan/mencampur kemoterapi.

(Sumber : WHO.Hand hygine WHY,HOW , WHEN?)

KARSH

PEMAKAIAN
SARUNG TANGAN PEMERIKSAAN (BERSIH)

DALAM SITUASI KLINIK

Potensi menyentuh darah, cairan tubuh, sekresi, ekskresi dan item yang terlihat kotor oleh cairan tubuh.

DIRECT PATIENTS EXPOSURE:

Kontak dengan darah; kontak dengan selaput lendir dan kulit yang tidak utuh; potensi adanya organisme sangat menular dan berbahaya; situasi darurat atau epidemi, memasang dan melepas infus, mengambil darah; menghentian venous line; Pemeriksaan panggul dan vagina; suctioning non-closed systems of endotracheal tubes.

INDIRECT PATIENT EXPOSURE:

Mengosongkan pot tumpahan; Menangani dan mencuci instrumen; penanganan limbah; membersihkan tumpahan cairan tubuh.

(Sumber : WHO.Hand hygine WHY,HOW , WHEN?)

MENGURANGI RISIKO CEDERA KARENA PASIEN JATUH

Standar SKP 6

Rumah sakit **menetapkan regulasi untuk melaksanakan proses mengurangi risiko pasien cedera karena jatuh**

Orang Jatuh di RS Tempat Plt Walkot Medan Dirawat Adalah Pasien COVID-19

Datuk Haris Molana - detikNews

Rabu, 05 Agu 2020 17:54 WIB

0 komentar

SHARE

Foto: Suasana di RS Royal Prima (Datuk Haris Molana-detikcom)

Medan - Seorang diduga jatuh dari lantai atas Rumah Sakit Royal Prima Medan. Satgas COVID-19 Sumut mengatakan orang jatuh tersebut adalah wanita dan merupakan pasien positif Corona.

"Dia perempuan, warga Medan. Positif," kata Jubir Satgas COVID-19 Sumut, Aris Yudhariansyah, saat dimintai konfirmasi, Rabu (5/8/2020).

CARPETSHOP .CO.ID

FAKTOR RISIKO	SKALA	SKOR	
Riwayat jatuh	Tidak	0	
	Ya	25	
Diagnosa Sekunder	Tidak	0	
	Ya	15	
Menggunakan alat-alat bantu	Tidak ada/ Bedrest/ Dibantu perawat	0	
	Kruk/ Tongkat	15	
	Kursi/ Perabot	30	
Menggunakan Infus/ Heparin lock/ Pengencer darah	Tidak	0	
	Ya	20	
Gaya Berjalan	Normal/ Bedrest/ kursi roda	0	
	Lemah	10	
	Terganggu	20	
Status Mental	Menyadari Kemampuan	0	
	Lupa akan keterbatasan/ Pelupa	15	
Skor Total			
Kategori:			

MFS: Morse Fall Scale

TERIMA KASIH

PEMERINTAH KABUPATEN PESISIR SELATAN
RSUD Dr. MUHAMMAD ZEIN
Jalan Dr. A. Rivai Painan (Kode Pos 25611)
Telp. (0756) 21428 – 21518. Fax. (0756) 21398, Email. rsudpainan @ ymail.com

DAFTAR HADIR

Hari / Tanggal : Kamis / 24 November 2022
Waktu : 08.30 s/d 16.30 WIB
Tempat : Aula RSUD M.Zein Painan
Acara : Pelatihan Penanggung Jawab Data Mutu dan Tim Pengumpul Data

NO	NAMA	JABATAN/PANGKAT	TANDA TANGAN		KET
1	Anfebrianita	Kabid Penurjang	1		
2	Junaidi	Karuhang	2		
3	dr. Ike Rahayu Sr	Ket Med	3		
4	eko w	Auditor	4		
5	UL Muliani	Kasi pembakuan & Akt	5		
6	Fefni Faldian	Kasubag PKP	6		
7	Zaulyar Efrith	Kasi Lyp.	7		
8	Winda Hervina	Poneh	8		
9	Kurnia Rahmadani	PAP	9		
10	Tiara Rahmi R.Z	Mutu	10		
11	Surya Zeni Ifti	Komite Mutu	11		
12	MARDALENA		12		
13	Iris cs		13		
14	Oktria Putri	Labor	14		
15	Lusiyasmi	kainst non rawatan	15		
16	Allafi	Kasi Pely	16		
17	Yenita Fitriyanti	Pemunjang	17		
18	Indra	Labor P.II	18		
19	Mindy Karneta	IT	19		

NO	NAMA	JABATAN/PANGKAT	TANDA TANGAN	KET
20	SRI ASMONI	Team Fisioterapi	20	
21	DELSI ERFIANA	Fisioterapi	21	
22	Nadia Elvadina	UTD-RS	22	
23	SRI AFRI-YENI	UTD-RS	23	
24	SRI WAHYUNI	KARU RADIOLOGI	24	
25	Diana Afriyani	Staf Radiologi	25	
26	Yola Safitri	Apoteker	26	
27	Mutiara Sanoer	Casemix	27	
28	Wira Fitri Ningsih	"	28	
29	drg. Nesa Ardana Putri	K3RS / SUB. MENRS	29	
30	FANNY OLIVIA	STAFF PELAPORAN	30	
31	Resta Fryi Indra.	Pendaftaran	31	
32	Citra Liliman	--	32	
33	Fitri Yulianti	Kasir Penyimpan	33	
34	Novri MEGAWATI	STAF PELAPORAN	34	
35	SRI Reski Wahyuni	IPSRS	35	
36	Febri Melta M	Peralatan	36	
37	Elza Yunita	SIZI	37	
38	Elfina Roza	Laundry	38	
39	Lalan Hermaliyanti-p	Gizi	39	
40	Febriana Wulandari	S. Perencanaan	40	
41	Febriani	Staf CSSD	41	
42	Andi Kasianto	Humas	42	
43	Dewi M. Agus	Diklat	43	
44	Citra Wulan	pendaftaran	44	
45			45	
46			46	

PEMERINTAH KABUPATEN PESISIR SELATAN
RSUD Dr. MUHAMMAD ZEIN
Jalan Dr. A. Rivai Painan (Kode Pos 25611)
Telp. (0756) 21428 – 21518. Fax. (0756) 21398, Email. rsudpainan @ ymail.com

DAFTAR HADIR

Hari / Tanggal : Jum'at / 25 November 2022
Waktu : 08.30 s/d 16.30 WIB
Tempat : Aula RSUD Dr. Muhammad Zein Painan
Acara : Pelatihan Penanggung Jawab Data Mutu dan Tim Pengumpulan Data Mutu.

NO	NAMA	JABATAN/PANGKAT	TANDA TANGAN	KET
1	TETI NOVRIANTI	Anastasi	1	
2	Sibilia Intan Juita	Staf anastasi	2	
3	DELNI DESASTRI	OK	3	
4	R.S.N. EKA PUTRI	STAF OK.	4	
5	NURWIS MALIAN	Perawat Poliklinik	5	
6	Gulnasri	Karu poliklinik	6	
7	MARTA ALDEVIA PUTRI	KEBIDANAN	7	
8	Tutsi sarnengsih	KB	8	
9	Hanifa Hafza	Perina	9	
10	Nelva Rosa	---	10	
11	Gina afi maruzha	Paru	11	
12	Sylfina musta	Paru	12	
13	Witnoyora	ka. Inst Panap B	13	
14	EKA PUTRA SUSANTO	BEDAH	14	
15	NELDA OKTRIYANTI	Karu HD	15	
16	DARMAYANTI	Staf HD	16	
17	Fella Febnur Agus	Interne	17	
18	A.R. Aulia Sunarti	ICU	18	
19	Syardika Madha	Prnty	19	

NO	NAMA	JABATAN/PANGKAT	TANDA TANGAN		KET
20	Isniarni	Wp	20		
21	Vivien Anggraeni	Bedah		21	
22	Elpisusyanti	ICU	22		
23	Satria Putri C	Ka. Inst IGD + R. Jln		23	
24	Mauri Yurindo	IGD	24		
25	Rin Afriani	Neuro		25	
26	Ratih Dermo Karsi C	Neuro	26		
27	Yesi Yuciaroza	Interne		27	
28	Santi Anggraini	Anak	28		
29	Ruccy Febrinal	Anak		29	
30	Widya Sapta pg	Kelas 3 Tarpan	30		
31	Sartika Rahmadani	-11-		31	
32	Sakdiyah Zulva	Keuangan	32		
33	Sri Aria Putri	Kasi Keuangan		33	
34	Yanti Kusnita	Kabid Keuangan	34		
35	Gustin Yulia Roza	Kepegawaian		35	
36	Nindy Karneta	IT	36		
37	Tiara Rahmi R.Z	Mutu		37	
38	MARDALENA		38		
39	HIS cs			39	
40	Surya Zeni Ieli	Komite Mutu	40		
41	ADHIL	KEPEG		41	
42	Yelly Hasra	Mutu	42		
43	drg. Nesra Perdana Putri	KSRS/Sub. Men Ris		43	
44	Lina Nelpiati	PARU	44		
45	~~Widya Sapta pg~~	~~Kelas 3 Tarpan~~		45	
46			46		

NOTULEN KEGIATAN PELATIHAN PENANGGUNG JAWAB DATA MUTU DAN TIM PEGUMPUL DATA MUTU

Hari/Tanggal : Kamis - Jumat/ 24- 25 November 2022
Waktu : 08.30 s.d 16.30 Wib
Tempat : Aula RSUD Dr.M.Zein Painan

1. Kegiatan pelatihan dilaksanakan selama 2 (dua) hari
2. Kegiatan pelatihan diikuti oleh penanggung jawab data mutu dan pengumpul data mutu di tiap-tiap unit/ruangan
3. Materi pelatihan yang diberikan sebagai berikut
   - Overview PMKP STARKES
   - Pemilihan dan pengumpulan data mutu
   - Indikator nasional mutu pelayanan di Rumah Sakit
   - Analisis dan Validasi data
   - IKP
   - Sidokar
   - Implementasi SKP
   - Menyusun Risk Register

Painan, 25 November 2022
Sekretaris Komite Mutu

Surya Zeni Leli, S. ST
NIP: 19790113 01 200501 2 008

KOMITE MUTU RSUD Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN