

MODUL 9

AKREDITASI RUMAH SAKIT DI INDONESIA

Siswati, AMd.PerKes, SKM,MKM

PENGANTAR

Dengan semakin meningkatnya jumlah rumah sakit di Indonesia, pelayanan kesehatan masyarakat semakin terjangkau. Rumah sakit berupaya untuk terus meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien. Dalam rangka meningkatkan mutu dan keselamatan pasien, maka rumah sakit perlu mempunyai program peningkatan mutu dan keselamatan pasien (PMKP) yang menjangkau seluruh unit kerja di rumah sakit, termasuk unit rekam medis dan informasi kesehatan.

Melaksanakan program tersebut tidaklah mudah karena memerlukan koordinasi dan komunikasi yang baik antar kepala bagian/divisi medis, keperawatan, penunjang medis, administrasi dan lainnya termasuk kepala unit rekam medis dan informasi kesehatan. Kepala unit rekam medis akan terlibat dalam program mutu dan keselamatan pasien secara berkesinambungan, khususnya mutu pelayanan rekam medis dan informasi kesehatan. Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) Edisi 1 menetapkan pada bab PMKP yang masuk dalam kelompok standar manajemen rumah sakit.

Agar dapat memahami materi ini dengan baik, mahasiswa diharapkan mempelajari modul ini tidak hanya berdasarkan teks pada modul tetapi juga mempelajari contoh, mengikuti latihan yang ada. Selain itu mencoba mengerjakan tes yang diberikan sehingga dapat mengetahui seberapa jauh telah memahami. Mahasiswa juga diharapkan tidak hanya berpatokan pada modul semata, tetapi juga dapat mempelajarinya dari sumber-sumber lain seperti yang terdapat dalam daftar pustaka atau buku-buku lain yang berhubungan dengan bahasan ini.

Secara umum, tujuan dari modul ini adalah untuk menjelaskan standar nasional akreditasi rumah sakit di Indonesia. Secara khusus setelah mempelajari modul ini, Anda diharapkan dapat menjelaskan tentang standar peningkatan mutu dan keselamatan pasien dan dokumen yang harus disusun.

Agar Anda berhasil menguasai materi-materi sebagaimana dikemukakan di atas, ikutilah petunjuk belajar berikut ini.

1. Baca pendahuluan dengan cermat sebelum membaca materi topik
2. Baca topik dengan cermat
3. Kerjakan latihan sesuai petunjuk/rambu-rambu yang diberikan. Jika tersedia kunci latihan, janganlah melihat kunci sebelum mengerjakan latihan !
4. Baca rangkuman, kemudian kerjakan tes secara jujur tanpa terlebih dahulu melihat kunci jawaban !
5. Laksanakan tindak lanjut sesuai dengan prestasi yang Anda peroleh dalam mempelajari setiap topik !

Jika petunjuk tersebut Anda ikuti dengan disiplin, Anda akan berhasil.
Selamat belajar !

TOPIK 1 STANDAR PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN (PMKP)

Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) telah menetapkan standar peningkatan mutu dan keselamatan pasien. Standar ini menjelaskan pendekatan yang komprehensif untuk peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang berdampak pada semua aspek pelayanan. Pendekatan ini mencakup :

1. setiap unit terlibat dalam program peningkatan mutu dan keselamatan pasien
2. rumah sakit menetapkan tujuan, mengukur seberapa baik proses kerja dilaksanakan, dan validasi datanya
3. menggunakan data secara efektif dan fokus pada tolok ukur program
4. bagaimana menerapkan dan mempertahankan perubahan yang telah menghasilkan perbaikan

Mengingat pentingnya program peningkatan mutu dan keselamatan pasien, dan agar program tersebut dapat berjalan dengan baik seluruh unit kerja di rumah sakit dari pimpinan rumah sakit sampai pelaksana wajib:

1. Mendorong pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien (PMKP)
2. Berupaya mendorong pelaksanaan budaya mutu dan keselamatan (*quality and safety culture*)
3. Secara proaktif melakukan identifikasi dan menurunkan variasi
4. Menggunakan data agar fokus pada prioritas isu
5. Berupaya menunjukkan perbaikan yang berkelanjutan

Standar PMKP memberikan arahan bagaimana melakukan peningkatan nyata dalam memberikan asuhan pasien dan menurunkan risiko. Standar PMKP juga dapat diterapkan dalam kegiatan sehari-hari bagaimana suatu proses dapat lebih efisien, sumbu daya dapat digunakan lebih bijaksana dan risiko fisik dapat dikurangi.

Fokus area standar PMKP pasien adalah:

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

Pada standar peningkatan mutu dan keselamatan pasien (PMKP) terdiri dari 19 standar dan 80 elemen penilaian. Untuk lebih rinci dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

NO	AREA	STANDAR	ELEMEN PENILAIAN
1	Pengelolaan kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien	1, 2, 2.1, 3	14
2	Pemilihan, pengumpulan, analisis dan	4,5,5.1,	36

	validasi data indikator mutu	6,7,7.1, 7.2, 8	
3	Pelaporan dan analisis insiden keselamatan pasien	9, 9.1, 9.2, 9.3, 10	19
4	Pencapaian dan mempertahankan perbaikan	11	6
5	Manajemen risiko	12	5
JUMLAH		19	80

Rincian standar

1. Pengelolaan kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien

Maksud dan Tujuan PMKP 1

Peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang selanjutnya disingkat PMKP merupakan proses kegiatan yang berkesinambungan (*never ending process*). Kegiatan PMKP harus dilaksanakan di setiap unit kerja yang memerlukan mekanisme koordinasi antar unit dan juga antar kepala unit kerja termasuk dengan komite medis dan komite keperawatan sehingga kegiatan PMKP tetap sesuai dengan program PMKP yang sudah disetujui oleh pemilik atau representasi pemilik. Lihat TKRS 11.2.

Rumah sakit perlu menetapkan organisasi yang mengelola kegiatan PMKP yang dapat berbentuk komite atau tim PMKP atau bentuk organisasi lain sesuai dengan peraturan perundangan-undangan.

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

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

Komite/Tim PMKP mempunyai tugas sebagai berikut:

- a) sebagai motor penggerak penyusunan program PMKP rumah sakit
- b) melakukan monitoring dan memandu penerapan program PMKP di unit kerja
- c) membantu dan melakukan koordinasi dengan pimpinan unit pelayanan dalam memilih prioritas perbaikan, pengukuran mutu/indikator mutu, dan menindaklanjuti hasil capaian indikator (lihat juga TKRS 11 dan TKRS 11.2)
- d) melakukan koordinasi dan pengorganisasian pemilihan prioritas program di tingkat unit kerja serta menggabungkan menjadi prioritas rumah sakit secara keseluruhan. Prioritas program rumah sakit ini harus terkoordinasi dengan

- baik dalam pelaksanaannya
- e) menentukan profil indikator mutu, metode analisis, dan validasi data dari data indikator mutu yang dikumpulkan dari seluruh unit kerja di rumah sakit
 - f) menyusun formulir untuk mengumpulkan data, menentukan jenis data, serta bagaimana alur data dan pelaporan dilaksanakan
 - g) menjalin komunikasi yang baik dengan semua pihak terkait serta menyampaikan masalah terkait pelaksanaan program mutu dan keselamatan pasien
 - h) terlibat secara penuh dalam kegiatan pendidikan dan pelatihan PMKP
 - i) bertanggung jawab untuk mengomunikasikan masalah-masalah mutu secara rutin kepada semua staf
 - j) menyusun regulasi terkait dengan pengawasan dan penerapan program PMKP.

Komite/Tim PMKP dan juga penanggung jawab data di unit kerja perlu mendapat pelatihan terkait manajemen data rumah sakit, yaitu pengumpulan data, analisis, dan rencana perbaikan. Selain itu, agar komite/tim PMKP dapat melakukan koordinasi dan pengorganisasian yang baik, maka diperlukan pelatihan manajemen komunikasi yang dapat dilakukan di rumah sakit.

Elemen Penilaian PMKP 1

1. Direktur rumah sakit telah membentuk komite/tim PMKP atau bentuk organisasi lainnya untuk mengelola kegiatan sesuai dengan peraturan perundangan-undangan termasuk uraian tugas yang meliputi butir a) sampai dengan j) yang ada dimaksud dan tujuan (R)
2. Direktur rumah sakit menetapkan penanggung jawab data di tiap-tiap unit kerja (R)
3. Individu dalam komite/tim PMKP atau bentuk organisasi lainnya dan penanggung jawab data telah dilatih serta kompeten (D)
4. Komite/tim PMKP atau bentuk organisasi lainnya telah melaksanakan kegiatannya (D,W)

Standar PMKP 2

Rumah sakit mempunyai referensi terkini tentang peningkatan mutu dan keselamatan pasien berdasar atas ilmu pengetahuan dan informasi terkini serta perkembangan konsep peningkatan mutu dan keselamatan pasien

Maksud dan Tujuan PMKP 2

Kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien memerlukan regulasi yang didasarkan atas referensi ilmiah terkini. Karena ilmu pengetahuan terus berkembang, maka rumah sakit wajib menyediakan referensi yang sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi yang dapat dipergunakan untuk mendukung pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien. Referensi yang harus disediakan oleh rumah sakit dapat berupa literatur ilmiah terkait asuhan pasien dan manajemen, *international clinical guidelines*, pedoman nasional praktik kedokteran, pedoman praktik klinis (*clinical practice guidelines*), temuan penelitian dan metodologi pendidikan,

fasilitas internet, bahan cetak di perpustakaan, sumber-sumber pencarian online, bahan-bahan pribadi, serta peraturan perundangan-undangan adalah sumber informasi terkini yang berharga. (lihat juga TKRS 7).

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

- a) Literatur ilmiah dan informasi lainnya yang dapat dipergunakan untuk mendukung asuhan pasien terkini, misalnya pedoman nasional pelayanan kedokteran dan *international clinical guidelines*.
- b) Literatur ilmiah dan informasi lainnya yang dapat dipergunakan untuk mendukung penelitian (khusus untuk rumah sakit pendidikan)
- c) Literatur ilmiah dan informasi lainnya yang dapat dipergunakan untuk mendukung terselenggaranya manajemen yang baik
- d) Informasi lainnya sesuai dengan kebutuhan rumah sakit, misalnya data indikator mutu di tingkat nasional atau internasional
- e) Peraturan perundangan-undangan terkait dengan mutu dan keselamatan pasien di rumah sakit termasuk pedoman-pedoman yang dikeluarkan oleh pemerintah.

Untuk melaksanakan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien, maka rumah sakit mempunyai regulasi peningkatan mutu dan keselamatan pasien sebagai acuan dalam meningkatkan mutu dan keselamatan pasien rumah sakit yang dapat dilengkapi dengan SPO sesuai kebutuhan.

Elemen Penilaian PMKP 2

1. Rumah sakit mempunyai pedoman peningkatan mutu dan keselamatan pasien sesuai dengan referensi terkini (lihat juga TKRS 4 EP 1) (R)
2. Rumah sakit mempunyai referensi yang dipergunakan untuk meningkatkan mutu asuhan klinis dan proses kegiatan manajemen lebih baik, antara lain meliputi butir a) sampai dengan e) yang ada dimaksud dan tujuan untuk rumah sakit pendidikan dan kecuali butir b) untuk rumah sakit non pendidikan (D,W)
3. Komite medis dan komite keperawatan mempunyai referensi peningkatan mutu asuhan klinis terkini (D,W).

Standar PMKP 2.1

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

Maksud dan Tujuan PMKP 2.1

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

mutu.

- a) Karena itu rumah sakit mempunyai sistem manajemen data yang didukung dengan teknologi informasi yang mulai dari pengumpulan, pelaporan, analisis, validasi, serta publikasi data untuk internal rumah sakit dan eksternal rumah sakit. Publikasi data tetap harus memperhatikan kerahasiaan pasien sesuai dengan peraturan perundangan-undangan
- b) Data yang dimaksud meliputi data dari indikator mutu unit dan indicator mutu prioritas rumah sakit
- c) Data dari pelaporan insiden keselamatan pasien
- d) Data hasil monitoring kinerja kinerja staf klinis (bila monitoring kinerja menggunakan indikator mutu)
- e) Data hasil pengukuran budaya keselamatan
- f) Integrasi seluruh data di atas bak di tingkat rumah sakit dan unit kerja meliputi:
 - Pengumpulan
 - Pelaporan
 - Analisis
 - Validasi
 - Publikasi indikator mutu

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

Elemen Penilaian PMKP 2.1

1. Rumah sakit mempunyai regulasi sistem manajemen data program PMKP yang terintegrasi meliputi data butir 1 sampai dengan 6 pada maksud dan tujuan (R)
2. Rumah sakit menyediakan teknologi, fasilitas, dan dukungan lain untuk menerapkan sistem manajemen data di rumah sakit sesuai dengan sumber daya yang ada di rumah sakit (D,O,W)
3. Ada bukti pelaksanaan program PMKP yang meliputi data butir a) sampai dengan f) pada maksud dan tujuan (D,O).

Standar PMKP 3

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

Maksud dan Tujuan PMKP 3

Staf yang berada di unit kerja maupun di komite/tim PMKP yang bertugas dalam mengumpulkan data akan menentukan jenis data, validasi, serta analisis data memerlukan peningkatan pengetahuan dan ketrampilan. Pelatihan staf perlu direncanakan dan dilaksanakan sesuai dengan peran staf dalam program PMKP. Rumah sakit mengidentifikasi dan menyediakan pelatih kompeten untuk pendidikan dan pelatihan ini. Kompetensi di sini yaitu pelatih tersebut pernah mengikuti pelatihan/workshop peningkatan mutu serta keselamatan pasien dan atau telah mendapat pendidikan tentang peningkatan mutu dan keselamatan pasien. Disisi lainnya pelatihan juga diperlukan untuk pimpinan termasuk komite

medis dan komite keperawatan karena perlu memahami konsep dan program peningkatan mutu serta keselamatan pasien rumah sakit sehingga dapat melaksanakan perbaikan sesuai bidang tugasnya menjadi lebih baik.

Elemen Penilaian PMKP 3

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

2. Pemilihan, pengumpulan, analisis, dan validasi data indikator mutu

Standar PMKP 4

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

Maksud dan Tujuan PMKP 4

Pemilihan indikator menjadi tanggung jawab pimpinan program. Standar TKRS 5 menjelaskan bagaimana rumah sakit menetapkan daerah (lokasi) prioritas untuk diukur di tingkat rumah sakit, sedangkan standar TKRS 11 menjelaskan proses pemilihan indikator di tingkat unit pelayanan. Pemilihan indikator di unit pelayanan klinis maupun manajemen dipilih berdasar atas prioritasnya. Jika prioritas indikator yang dipilih berdasar atas prioritasnya. Jika prioritas indikator yang dipilih pelayanan sama oleh beberapa unit pelayanan maka diperlukan koordinasi dan integrasi dalam pengumpulan data. Integrasi semua sistem ukuran akan memberikan kesempatan penyelesaian dan perbaikan terintegrasi (lihat TKRS 4).

Integrasi indikator oleh beberapa unit pelayanan dapat dilaksanakan di rumah sakit besar seperti kegiatan pengurangan penggunaan antibiotik di rumah sakit yang merupakan integrasi pelayanan farmasi serta pencegahan pengendalian infeksi termasuk integrasi dengan indikator sasaran keselamatan pasien.

Komite/tim PMKP terlibat dalam pemilihan pengukuran prioritas rumah sakit serta melakukan koordinasi dan integrasi pengukuran mutu di unit pelayanan serta melakukan supervisi dalam proses pengumpulan data.

Elemen Penilaian PMKP 4

1. Komite/tim PMKP atau bentuk organisasi lainnya memfasilitasi pemilihan prioritas pengukuran pelayanan klinis yang akan dievaluasi (R)
2. Komite/tim PMKP atau bentuk organisasi lainnya melakukan koordinasi dan integrasi kegiatan pengukuran mutu di unit pelayanan serta pelaporannya (D,W)
3. Komite/tim PMKP atau bentuk organisasi lainnya melaksanakan supervisi terhadap progress pengumpulan data sesuai dengan yang direncanakan (D,W).

Standar PMKP 5

Rumah sakit memilih dan menetapkan prioritas pengukuran mutu pelayanan klinis yang akan dievaluasi dan indikator-indikator berdasarkan atas prioritas tersebut.

Maksud dan Tujuan PMKP 5

Peningkatan mutu dan keselamatan pasien dilakukan berdasarkan atas tersedianya data. Penggunaan data secara efektif dapat dilakukan berdasar atas *evidence-based* praktik klinis dan *evidence based* praktik manajemen.

Setiap tahun rumah sakit harus memilih focus perbaikan, proses serta hasil praktik klinis dan manajemen mengacu pada misi rumah sakit, kebutuhan pasien, dan jenis pelayanan. Pemilihan ini didasarkan atas proses yang berimplikasi risiko tinggi, diberikan dalam volume besar, atau cenderung menimbulkan masalah. Fokus perbaikan praktik klinis melibatkan komite medis dan kelompok staf medis terkait.

Direktur rumah sakit bersama-sama dengan pelayanan dan manajemen memilih dan menetapkan pengukuran mutu pelayanan klinis yang prioritas untuk dilakukan evaluasi. Pengukuran mutu prioritas tersebut dilakukan menggunakan indikator-indikator mutu sebagai berikut:

- 1) Indikator mutu area klinis (IAK) yaitu indikator mutu yang bersumber dari area pelayanan
- 2) Indikator mutu area manajemen (IAM) yaitu indikator mutu yang bersumber dari area manajemen
- 3) Indikator mutu sasaran keselamatan pasien (ISKP) yaitu indikator mutu yang mengukur kepatuhan staf dalam penerapan sasaran keselamatan pasien dan budaya keselamatan

Setiap indikator agar dibuat profilnya atau gambaran singkat tentang indikator tersebut, namun tidak terbatas meliputi:

- a) Judul indikator
- b) Definisi operasional
- c) Tujuan dan dimensi mutu
- d) Dasar pemikiran/alasan pemilihan indikator
- e) Numerator, denominator, dan formula pengukuran
- f) Metodologi pengumpulan data
- g) Cakupan data
- h) Frekuensi pengumpulan data
- i) Frekuensi analisis data
- j) Metodologi analisis data
- k) Sumber data
- l) Penanggung jawab pengumpul data
- m) Publikasi data

Indikator mutu yang sudah dipilih bila sudah tercapai terus menerus selama setahun tidak bermanfaat untuk melakukan perbaikan karena sudah tidak ada

lagi yang perlu diperbaiki, dengan demikian sebaiknya diganti dengan indikator mutu baru.

Elemen Penilaian PMKP 5

1. Direktur rumah sakit mempunyai berkoordinasi dengan para kepala bidang/divisi dalam memilih dan menetapkan prioritas pengukuran mutu pelayanan klinis yang akan dievaluasi (R)
2. Berdasar atas prioritas tersebut ditetapkan pengukuran mutu menggunakan indikator area klinis (D,W)
3. Berdasar atas prioritas tersebut ditetapkan pengukuran mutu menggunakan indikator area manajemen (D,W).
4. Berdasar atas prioritas tersebut ditetapkan pengukuran mutu menggunakan indikator sasaran keselamatan pasien (D,W)
5. Setiap indikator yang ditetapkan dilengkapi dengan profil indikator yang meliputi butir a) sampai dengan m) pada maksud dan tujuan (lihat juga TKRS 5) (D)
6. Direktur rumah sakit dan Komite/tim PMKP melakukan supervisi terhadap proses pengumpulan data (D,W)

Standar PMKP 5.1

Dilakukan evaluasi proses pelaksanaan panduan praktik klinis, alur klinis (*clinical pathway*), dan/atau protokol klinis, dan/atau prosedur, dan/atau *standing order* di prioritas pengukuran mutu pelayanan klinis.

Maksud dan Tujuan PMKP 5.1

Ketua kelompok staf medis telah menetapkan paling sedikit 5(lima) prioritas panduan praktik klinis-alur klinis dan/atau protokol klinis, dan/atau prosedur, dan/atau *standing order* sebagai panduan standarisasi proses asuhan klinis yang dimonitor oleh Komite Medik dengan tujuan sebagai berikut:

- 1) Melakukan standarisasi proses asuhan klinis
- 2) Mengurangi risiko dalam proses asuhan terutama yang berkaitan asuhan kritis
- 3) Memanfaatkan sumber daya yang tersedia dengan efisien dalam memberikan asuhan klinis tepat waktu dan efektif
- 4) Memanfaatkan indikator prioritas sebagai indikator dalam penilaian kepatuhan penerapan alur klinis di area yang akan diperbaiki di tingkat rumah sakit
- 5) Secara konsisten menggunakan praktik berbasis bukti ("*evidence based practices*") dalam memberikan asuhan bermutu tinggi.

Penerapan panduan praktik klinis-*clinical pathway* dipilih oleh tiap-tiap kelompok staf medis adalah unit-unit pelayanan di tempat DPJP memberikan asuhan. Mengacu pada prioritas pengukuran mutu pelayanan klinis yang akan dievaluasi maka selain ditetapkan indikator mutu, juga diperlukan standarisasi proses asuhan klinis pada prioritas pengukuran mutu di rumah sakit.

Karena itu, pimpinan medis bersama-sama dengan komite medis dan kelompok staf medis agar memilih dan menetapkan 5(lima) panduan praktik klinis, alur

klinis (*clinical pathway*) dan/atau protokol klinis, dan/atau prosedur, dan/atau *standing order* yang dipergunakan untuk pengukuran mutu prioritas rumah sakit dengan mengacu pada panduan praktik klinis, alur klinis (*clinical pathway*) yang sudah diterapkan oleh kelompok staf medis di unit-unit pelayanan.

Evaluasi dapat dilakukan melalui audit medis dan/atau audit klinis untuk menilai efektifitas penerapan panduan praktik klinis, alur klinis (*clinical pathway*) sehingga dapat dibuktikan bahwa penggunaan panduan praktik klinis, alur klinis (*clinical pathway*) telah mengurangi variasi proses dan hasil (TKRS 11.2). Indikator mutu area klinis (IAK), Indikator mutu area manajemen (IAM) dan Indikator mutu sasaran keselamatan pasien (ISKP) dapat digunakan sebagai indikator audit medis dan atau audit klinis sesuai dengan dimensi mutu WHO.

Sesuai peraturan dan perundangan panduan praktik klinis (PPK) adalah istilah teknis sebagai pengganti standar prosedur operasional (SPO) yang merupakan istilah administratif. Penggantian ini perlu untuk menghindari kesalahpahaman yang mungkin terjadi bahwa “standar” merupakan hal yang harus dilakukan pada semua keadaan. Jadi secara teknis SPO dibuat berupa PPK yang dapat berupa atau disertai dengan salah satu atau lebih: alur klinis (*clinical pathway*), protokol, prosedur, algoritme dan *standing order*.

Dalam PPK mungkin terdapat hal-hal yang memerlukan rincian langkah demi langkah. Untuk ini, sesuai dengan karakteristik permasalahan serta kebutuhan dapat dibuat alur klinis (*clinical pathway*), protokol, prosedur, algoritme dan *standing order*.

Contoh:

- Dalam PPK dinyatakan bahwa tata laksana stroke nonhemoragik harus dilakukan secara multidisiplin dan dengan pemeriksaan serta intervensi dari hari ke hari dengan urutan tertentu. Karakteristik penyakit stroke nonhemoragik sesuai untuk dibuat alur klinis (*clinical pathway*), sehingga perlu dibuat CP untuk stroke nonhemoragik.
- Dalam PPK dinyatakan bahwa pada pasien gagal ginjal kronik perlu dilakukan hemodialisis. Uraian rinci tentang hemodialisis dimuat dalam protokol hemodialisis pada dokumen terpisah.
- Dalam PPK dinyatakan bahwa pada anak dengan kejang demam kompleks perlu dilakukan pungsi lumbal. Uraian pelaksanaan pungsi lumbal tidak dimuat dalam PPK melainkan dalam prosedur pungsi lumbal dalam dokumen terpisah.
- Dalam tatalaksana kejang demam diperlukan pemberian diazepam rectal dengan dosis tertentu yang harus diberikan oleh perawat bila dokter tidak ada, hal ini diatur dalam *standing order*.

Elemen Penilaian PMKP 5.1

1. Rumah sakit menetapkan evaluasi pelayanan kedokteran dengan PPK, alur klinis, atau protokol (R)
2. Hasil evaluasi dapat menunjukkan perbaikan variasi dalam lima *focus area* pada pemberian pelayanan (D,W)
3. Rumah sakit telah melaksanakan audit klinis dan atau audit medis pada PPK/alur klinis prioritas di tingkat rumah sakit (D,W).

Standar PMKP 6

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

Maksud dan Tujuan PMKP 6

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

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

Indikator mutu di unit pelayanan/kerja dipergunakan untuk menilai mutu unit pelayanan/kerja. Komite/Tim PMKP melakukan koordinasi dan mengorganisasi pemilihan indikator mutu di unit tersebut, sehingga indikator yang dipilih tersebut *valid, reliable, sensitive*, dan spesifik. Pengukuran mutu perlu juga memperhatikan dimensi mutu dari WHO, yaitu *effective, efficient, accessible, accepted (patient centred), equity and safe*.

Pimpinan unit kerja terlibat langsung dalam pemilihan dan penetapan yang ingin diukur di unit kerja. Indikator mutu unit kerja dapat menggunakan indikator mutu yang tercantum di dalam standar pelayanan minimal. Indikator mutu di unit pelayanan dapat meliputi indikator IAK, IAM, ISKP, dan indikator mutu unit kerja (non pelayanan) minimal meliputi indikator area manajemen.

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

- a. Prioritas pengukuran mutu pelayanan klinis di rumah sakit.
- b. Indikator mutu yang dipergunakan untuk mengukur mutu di prioritas pengukuran mutu rumah sakit,
- c. sumber data pasti dari unit, dan menjadi indikator mutu unit;
- d. fokus mengukur hal-hal yang ingin diperbaiki;
- e. melakukan koordinasi dengan komite medik bila evaluasi penerapan PPK dan evaluasi kinerja dokter menggunakan indikator mutu.

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

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

Elemen Penilaian PMKP 6

1. Rumah sakit mempunyai regulasi pengukuran mutu dan cara pemilihan indikator mutu di unit kerja yang antara lain meliputi butir a) sampai dengan

- c) yang ada pada maksud dan tujuan (R)
2. Setiap unit kerja dan pelayanan telah memilih dan menetapkan indikator mutu unit (lihat juga TKRS 11 EP 1) (D,W)
 3. Setiap indikator mutu telah dilengkapi dengan profil indikator meliputi a) sampai dengan m) yang ada pada maksud dan tujuan PMKP 5 (D,W).
 4. Setiap unit kerja melaksanakan proses pengumpulan data dan pelaporan (D,W)
 5. Pimpinan unit kerja melakukan supervisi terhadap proses pengumpulan data dan pelaporan serta melakukan perbaikan mutu berdasar atas hasil capaian indikator mutu (D,W)

Standar PMKP 7

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

Maksud dan Tujuan PMKP 7

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

Profil rumah sakit dapat dilihat dari data yang terkumpul. Kumpulan data ini perlu dianalisis dan dibanding dengan rumah sakit lain yang sejenis. Jadi pengumpulan data merupakan bagian penting dari kegiatan meningkatkan perbaikan kinerja yang dimaksud adalah sesuai dengan butir 1 sampai dengan 7 yang ada pada maksud dan tujuan PMKP 2.1.

Pengumpulan data dari manajemen risiko, manajemen sistem utilitas, pencegahan dan pengendalian infeksi dapat membantu rumah sakit memahami kinerja rumah sakit saat ini, apa yang masih menjadi masalah dan perlu dilakukan perbaikan. Bank data dari luar juga berharga untuk memonitor praktik profesional yang dijelaskan di KKS 11.

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

Bank data dari luar banyak bentuknya mulai bank data asuransi sampai perkumpulan profesional dan dapat juga indikator-indikator mutu yang diwajibkan oleh pemerintah. Sesuai dengan peraturan perundangan mungkin ada rumah sakit yang diharuskan ikut sebagai peserta bank data. Dalam semua kasus, seharusnya keamanan dan kerahasiaan data serta informasi dijaga.

Berdasar atas hal tersebut di atas rumah sakit agar mempunyai regulasi tentang:

- a) sistem manajemen data yang meliputi pengumpulan, pelaporan, analisis, *feedback*, dan publikasi (PMKP 2.1)
- b) menetapkan data-data yang akan dibandingkan dengan rumah sakit lain atau menggunakan *database eksternal*

c) menjamin keamanan dan kerahasiaan data dalam berkontribusi dengan *databased eksternal*.

Elemen Penilaian PMKP 7

1. Rumah sakit mempunyai regulasi manajemen data yang meliputi butir a) sampai dengan c) pada maksud dan tujuan PMKP 2.1 (R)
2. Komite/Tim PMKP atau bentuk organisasi lainnya melakukan koordinasi dengan unit pelayanan dalam pengumpulan data (D,W)
3. Rumah sakit telah melakukan pengumpulan data dan informasi untuk mendukung asuhan pasien, manajemen rumah sakit, pengkajian praktik profesional, serta program mutu dan keselamatan pasien secara menyeluruh (D,W)
4. Kumpulan data dan informasi disampaikan kepada badan di luar rumah sakit sesuai dengan peraturan perundang-undangan (D,W)
5. Rumah sakit berkontribusi terhadap *databased eksternal* dengan menjamin keamanan dan kerahasiaan (D,W)

Standar PMKP 7.1

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

Maksud dan Tujuan PMKP 7.1

Untuk mencapai simpulan dan membuat keputusan maka data harus digabungkan, dianalisis, dan diubah menjadi informasi yang berguna. Analisis data melibatkan individu di dalam komite/tim PMKP yang memahami manajemen informasi, mempunyai keterampilan dalam metode pengumpulan data, dan mengetahui cara menggunakan berbagai alat statistik. Hasil analisis data harus dilaporkan kepada para pimpinan yang bertanggung jawab akan proses atau hasil yang diukur dan yang mampu menindaklanjuti. Dengan demikian, data menyediakan masukan berkesinambungan yang membantu individu itu mengambil keputusan dan terus menerus memperbaiki proses klinis serta manajerial.

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

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

Tujuan analisis data adalah dapat membandingkan rumah sakit dalam 4(empat) hal:

- 1) dengan rumah sakit tersebut sendiri dari waktu ke waktu, misalnya dari bulan ke bulan atau dari tahun ke tahun
- 2) dengan rumah sakit sejenis seperti melalui *databased referensi*
- 3) dengan standar-standar seperti yang ditentukan oleh badan akreditasi atau organisasi profesional ataupun standar-standar yang ditentukan oleh undang-undang atau peraturan
- 4) dengan praktik-praktik yang diinginkan yang dalam literatur digolongkan sebagai *best practice* (praktik terbaik) atau *better practice* (praktik yang lebih baik) atau *practice guidelines* (PPK).

Perbandingan tersebut membantu rumah sakit dalam memahami perubahan dan penyebab perubahan yang tidak diinginkan serta membantu memfokuskan upaya perbaikan (lihat juga TKRS 5). Oleh karena itu, rumah sakit agar menyusun regulasi analisis data yang meliputi:

a) penggunaan statistik dalam melakukan analisis data

b) analisis yang harus dilakukan, yaitu:

- membandingkan data di rumah sakit dari waktu ke waktu (*analisis trend*), misalnya dari bulan ke bulan atau dari tahun ke tahun
- membandingkan dengan rumah sakit lain bila mungkin yang sejenis seperti melalui *databased* eksternal baik nasional maupun internasional
- membandingkan dengan standar seperti yang ditentukan oleh badan akreditasi atau organisasi profesional ataupun standar yang ditentukan oleh peraturan perundang-undangan
- membandingkan dengan praktik yang diinginkan yang dalam literatur digolongkan sebagai *best practice* (praktik terbaik) atau *better practice* (praktik yang lebih baik) atau *practice guidelines* (PPK).

Elemen Penilaian PMKP 7.1

1. Rumah sakit mempunyai regulasi analisis data yang meliputi butir a) sampai dengan b) yang ada pada maksud dan tujuan (R)
2. Rumah sakit telah melakukan pengumpulan data, analisis dan menyediakan informasi yang berguna untuk mengidentifikasi kebutuhan perbaikan (D,W)
3. Analisis data telah dilakukan dengan menggunakan metode dan teknik statistik yang sesuai dengan kebutuhan (D,W)
4. Analisis data telah dilakukan dengan membandingkan dari waktu ke waktu di dalam rumah sakit, dengan melakukan perbandingan *databased eksternal* dari rumah sakit sejenis atau data nasional/internasional, dan melakukan perbandingan dengan standar serta pratik terbaik berdasar atas referensi terkini (D,W).
5. Pelaksana analisis data yaitu staf komite /tim PMKP dan penanggung jawab data di unit pelayanan/kerja sudah mempunyai pengalaman, pengetahuan, dan keterampilan yang tepat sehingga dapat berpartisipasi dalam proses tersebut dengan baik (D,W)
6. Hasil analisis data telah disampaikan kepada direktur, para kepala bidang/divisi, dan kepala unit untuk ditindaklanjuti (D,W).

Standar PMKP 7.2

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

Maksud dan Tujuan PMKP 7.2

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

Program mutu dan keselamatan pasien mencakup analisis atas dampak prioritas perbaikan yang didukung oleh pimpinan (lihat juga TKRS 5, EP4) Staf program mutu dan keselamatan pasien menyusun sarana untuk mengevaluasi penggunaan sumber daya untuk proses yang telah diperbaiki. Sumber daya dapat sumber daya manusia (sebagai contoh, waktu yang dipakai untuk setiap langkah dalam proses tersebut) atau dapat pula melibatkan penggunaan teknologi dan sumber daya lainnya. Analisis ini memberikan informasi yang berguna atas perbaikan mana yang berdampak terhadap efisiensi dan biaya.

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

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

Direktur rumah sakit mengukur keberhasilan program PMKP prioritas melalui:

- a) pengukuran capaian-capaian IAK dan IAM
- b) pengukuran kepatuhan penerapan sasaran keselamatan pasien
- c) pengukuran kepatuhan pelaksanaan PPK-CP sehingga mengurangi variasi dalam pemberian pelayanan
- d) pengukuran penggunaan sumber daya termasuk biaya yang dipergunakan untuk perbaikan di program prioritas rumah sakit tersebut.

Melalui pengukuran-pengukuran tersebut di atas dapat diketahui dampak perbaikan di rumah sakit secara keseluruhan termasuk efisiensi penggunaan sumber daya.

Elemen Penilaian PMKP 7.2

1. Komite/Tim PMKP atau bentuk organisasi lainnya telah mengumpulkan dan menganalisis data program PMKP prioritas yang meliputi butir a) sampai dengan d) yang ada pada maksud dan tujuan (lihat juga PMKP 5) (D,W)
2. Ada bukti direktur rumah sakit telah menindaklanjuti hasil analisis data yang meliputi butir a) sampai dengan d) yang ada pada maksud dan tujuan (D,W)
3. Ada bukti program PMKP prioritas telah menghasilkan perbaikan di rumah sakit secara keseluruhan (D,W).
4. Ada bukti program PMKP prioritas telah menghasilkan efisiensi penggunaan sumber daya (D,W).

Standar PMKP 8

Rumah sakit mempunyai regulasi validasi data IAK yang baru atau mengalami perubahan dan data yang akan dipublikasikan. Regulasi ini diterapkan menggunakan proses internal validasi data.

Maksud dan Tujuan PMKP 8

Validasi data adalah alat penting untuk memahami mutu data dan untuk menetapkan tingkat kepercayaan (*confidence level*) para pengambil keputusan terhadap data itu sendiri. Validasi data menjadi salah satu langkah dalam proses menetapkan prioritas penilaian, memilih apa yang harus dinilai, memilih dan mengetes indikator, mengumpulkan data, validasi data, serta menggunakan data untuk peningkatan. Keabsahan dan kepercayaan pengukuran adalah inti dari semua perbaikan dalam program peningkatan mutu. Proses validasi data secara internal perlu dilakukan karena mutu dianggap valid jika data yang dikumpulkan sudah sesuai, benar, dan bermanfaat.

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

Rumah sakit agar menetapkan regulasi validasi data antara lain meliputi:

1. Regulasi data yang harus divalidasi, yaitu:

- merupakan area klinis baru
- bila ada perubahan sistem pencatatan pasien dari manual ke elektronik sehingga sumber data berubah
- bila data dipublikasi ke masyarakat baik melalui web site rumah sakit atau media lain
- bila ada perubahan pengukuran
- bila ada perubahan data pengukuran tanpa diketahui sebabnya
- bila ada perubahan subjek data seperti perubahan umur rata-rata pasien, protokol riset diubah, PPK baru diberlakukan, serta terdapat teknologi dan metodologi pengobatan baru.

2. Proses validasi data mencakup, namun tidak terbatas sebagai berikut:

- mengumpulkan ulang data oleh orang kedua yang tidak terlibat dalam proses pengumpulan data sebelumnya (data asli)
- menggunakan sampel tercatat, kasus, dan data lainnya yang sah secara statistik. Sampel 100% hanya dibutuhkan jika jumlah pencatatan, kasus, atau data lainnya sangat kecil jumlahnya
- membandingkan data asli dengan data yang dikumpulkan ulang
- menghitung keakuratan dengan membagi jumlah elemen data yang ditemukan dengan total jumlah data elemen dikalikan dengan 100. Tingkat akurasi 90% adalah patokan yang baik.
- Jika elemen data yang diketemukan ternyata tidak sama dengan catatan alasannya (misalnya data tidak jelas definisinya) dan dilakukan tindakan koreksi.
- Koleksi sampel baru setelah semua tindakan koreksi dilakukan untuk memastikan tindakan menghasilkan tingkat akurasi yang diharapkan.

(lihat juga KKS 11,EP4)

3. proses validasi data yang akan dipublikasi di *website* atau media lainnya agar diatur tersendiri dan dapat menjamin kerahasiaan pasien serta keakuratan data.

Elemen Penilaian PMKP 8

1. Rumah sakit mempunyai regulasi validasi data sesuai dengan butir a) sampai dengan c) yang ada pada maksud dan tujuan (R)
2. Rumah sakit telah melakukan validasi data pada pengukuran mutu area klinis yang baru dan bila terjadi perubahan sesuai dengan regulasi (D,W)
3. Rumah sakit telah melakukan validasi data yang akan dipublikasi di *website* atau media lainnya termasuk kerahasiaan pasien dan keakuratan sesuai dengan regulasi (D,W).
4. Rumah sakit telah melakukan perbaikan berdasarkan hasil validasi data (D,W)

3. Pelaporan dan analisis insiden keselamatan pasien

Standar PMKP 9

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

Maksud dan Tujuan PMKP 9

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

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

Rumah sakit perlu menetapkan sistem pelaporan insiden antara lain meliputi:

- a) regulasi
- b) alur pelaporan
- c) formulir pelaporan
- d) insiden yang harus dilaporkan, yaitu kejadian yang sudah terjadi, potensial terjadi, atau yang nyaris terjadi
- e) siapa saja yang membuat laporan
- f) batas waktu pelaporan

Selain laporan internal, rumah sakit juga wajib membuat laporan ke Komite Nasional Keselamatan Pasien sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan dijamin kemananannya, bersifat rahasia, anonym (tanpa identitas) serta

tidak mudah diakses oleh yang tidak berhak.

Dengan pelaporan eksternal tersebut maka berarti rumah sakit telah ikut berpartisipasi dalam penyediaan data nasional angka insiden keselamatan pasien bagi rumah sakit lain, dan ditetapkannya langkah-langkah praktis keselamatan pasien untuk rumah sakit di Indonesia.

Elemen Penilaian PMKP 9

1. Rumah sakit menetapkan regulasi sistem pelaporan insiden internal dan eksternal sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang meliputi butir a) sampai dengan g) pada maksud dan tujuan (R)
2. Ada bukti unit kerja telah melaporkan insiden keselamatan pasien (D,W)
3. Rumah sakit mengintegrasikan pelaporan kejadian dan pengukuran mutu agar solusi serta perbaikan yang dilakukan terintegrasi (D,W)
4. Ada bukti rumah sakit telah melaporkan insiden keselamatan pasien setiap 6(enam) bulan kepada representasi pemilik dan bila ada kejadian sentinel telah dilaporkan di setiap kejadian (lihat juga TKRS 4.1) (D,W)
5. Ada bukti rumah sakit telah melaporkan insiden keselamatan pasien kepada komite nasional keselamatan pasien sesuai dengan peraturan perundang-undangan (D,W)

Standar PMKP 9.1

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

Maksud dan Tujuan PMKP 9.1

Kejadian sentinel ialah suatu kejadian tidak diharapkan (KTD) yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius. Setiap rumah sakit menetapkan definisi operasional kejadian sentinel paling sedikit meliputi:

- a) kematian yang tidak diduga, termasuk, dan tidak terbatas hanya:
 - kematian yang tidak berhubungan dengan perjalanan penyakit pasien atau kondisi pasien (contoh, kematian setelah infeksi pascaoperasi atau emboli paru-paru)
 - kematian bayi aterm
 - bunuh diri
- b) kehilangan permanen fungsi yang tidak terkait dengan penyakit pasien atau kondisi pasien
- c) operasi salah tempat, salah prosedur, dan salah pasien
- d) terjangkit penyakit kronis atau penyakit fatal akibat transfuse darah atau produk darah atau transplantasi organ atau jaringan
- e) penculikan anak termasuk bayi atau anak termasuk bayi dikirim ke rumah bukan rumah orang tuannya
- f) perkosaan, kekejaman di tempat kerja seperti penyerangan (berakibat kematian atau kehilangan fungsi secara permanen), atau pembunuhan yang disengaja atas pasien, anggota staf, dokter, mahasiswa kedokteran, siswa latihan, serta pengunjung atau vendor/pihak ketiga ketika berada dalam lingkungan rumah sakit (lihat juga KKS 8.2).

Definisi kejadian sentinel termasuk yang ditetapkan seperti diuraikan mulai dari butir 1 sampai huruf 6 dapat ditambahkan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang ada atau kejadian yang menurut pandangan rumah sakit harus ditambahkan sebagai kejadian sentinel. Semua kejadian yang sesuai dengan definisi harus dilakukan analisis akar masalah (RCA=*root cause analysis*). Analisis dan rencana tindakan selesai dalam waktu 45 hari setelah kejadian. Tujuan AAM (analisis akar masalah) adalah agar rumah sakit dapat mengerti dengan baik dan komprehensif asal kejadian. Apabila AAM menunjukkan perbaikan sistem atau tindakan lain dapat mengurangi risiko seperti itu terjadi lagi, rumah sakit merancang ulang proses dan mengambil tindakan yang perlu dilakukan. Kejadian sentinel bukan indikator terkait dengan pelanggaran hukum (lihat juga TKRS 4.1). Penting diperhatikan bahwa kejadian sentinel tidak selalu mengarah pada kepada kekeliruan (*error*) atau kesalahan (*mistake*) maupun member kesan pertanggungjawaban legal (*liability*) tertentu.

Elemen Penilaian PMKP 9.1

1. Pimpinan rumah sakit menetapkan regulasi jenis kejadian sentinel sekurang-kurangnya seperti diuraikan pada butir a) sampai dengan f) pada maksud dan tujuan (lihat juga PMKP 9 EP 1) (R)
2. Rumah sakit telah melakukan RCA/AAM setiap ada kejadian sentinel di rumah sakit dan tidak melewati waktu 45 hari terhitung sejak terjadi kejadian atau sejak diberi tahu tentang terdapat kejadian (D,W)
3. Ada bukti rencana tindak lanjut dan pelaksanaan langkah-langkah sesuai dengan hasil RCA/AAM (D,O,W)

Standar PMKP 9.2

Rumah sakit telah menetapkan regulasi untuk melakukan analisis data KTD dan mengambil langkah tindak lanjut.

Maksud dan Tujuan PMKP 9.2

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

- apa yang diharapkan
- apa yang ada di rumah sakit
- standar-standar yang diakui

Analisis dilakukan untuk semua hal berikut ini:

- a) semua rekasi transfuse yang sudah dikonfirmasi jika sesuai untuk rumah sakit (lihat AP 5.11)
- b) Semua kejadian serius akibat efek samping obat jika sesuai dan sebagaimana yang didefinisikan oleh rumah sakit
- c) semua kesalahan pengobatan yang signifikan jika sesuai dan sebagaimana

- yang didefinisikan oleh rumah sakit
- d) semua perbedaan besar anatar diagnosis praoperasi dan diagnosis pascaoperasi
 - e) Efek samping atau pola efek samping selama sedasi moderat atau mendalam dan pemakaian anestesi
 - f) kejadian-kejadian lain:
 - infeksi yang berkaitan dengan pelayanankesehatan atau wabah penyakit menular
 - pasien jiwa yangmelarikan diri dari ruang perawatan keluar lingkungan rumah sakit yang tidak meninggal/tidak cedera serius. (khusus untuk RS jiwa dan RS umum yang mempunyai ruang perawatan jiwa)

Elemen Penilaian PMKP 9.2

1. Rumah sakit mempunyai regulasi jenis kejadian yang tidak diharapkan, proses pelaporan, dan analisisnya (lihat juga PMKP 9 EP 1) (R)
2. Semua reaksi transfusi yang sudah dikonfirmasi jika sesuai yang didefinisikan untuk rumah sakit, sudah dianalisis (lihat juga PAP 3.3) (D,W)
3. Semua kejadian serius akibat efek samping obat (*adverse drug event*) jika sesuai dan sebagaimana yang didefinisikan oleh rumah sakit sudah dianalisis (lihat juga PKPO 7) (D,W)
4. Semua kesalahan pengobatan (*medication error*) yang signifikan jika sesuai dan sebagaimana yang didefinisikan oleh rumah sakit dianalisis (lihat juga PKPO 7.1 (D,W)
5. Semua perbedaan besar (*discrepancy*) anatar diagnosis preoperasi dan diagnosis pascaoperasi sudah dianalisis (lihat juga PAB 7.2) (D,W)
6. Efek samping atau pola efek samping selam sedasi moderat atau mendalam dan pemakaian anestesi sudah dianalisis (lihat juga PAB 3.2 dan PAB 5) (D,W)
7. Semua kejadian lain yang ditetapkan oleh rumah sakit sesuai dengan butir f) pada maksud dan tujuan sudah dianalisis (D,W)

Standar PMKP 9.3

Rumah sakit menetapkan regulasi untuk melakukan analisis kejadian nyaris cedera (KNC) dan kejadian tidak cedera (KTC).

Maksud dan Tujuan PMKP 9.3

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

Elemen Penilaian PMKP 9.3

1. Rumah sakit menetapkan definisi,jenis yang dilaporkan, dan sistem pelaporan KNC dan KTC (lihat juga PMKP 9 EP 1) (R)
2. Ada analisis data KNC dan KTC (D,W)

Standar PMKP 10

Ada pengukuran dan evaluasi budaya keselamatan pasien.
<p>Maksud dan Tujuan PMKP 10</p> <p>Pengukuran budaya keselamatan pasien juga perlu dilakukan oleh rumah sakit. Budaya keselamatan juga dikenal sebagai budaya yang aman, yakni sebuah budaya organisasi yang mendorong setiap individu anggota staf (klinis atau administratif) melaporkan hal-hal yang mengawatirkan tentang keselamatan atau mutu pelayanan tanpa imbal jasa dari rumah sakit. Direktur rumah sakit melakukan evaluasi rutin sesuai jadwal yang tetap dengan menggunakan beberapa metode, survei resmi, wawancara staf, analisis data dan diskusi kelompok.</p>
<p>Elemen Penilaian PMKP 10</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ada regulasi pengukuran budaya keselamatan (lihat juga TKRS 13) (R) 2. Direktur rumah sakit telah melaksanakan pengukuran budaya keselamatan (D,W)

4. Pencapaian dan mempertahankan perbaikan

<p>Standar PMKP 11</p> <p>Peningkatan mutu dan keselamatan pasien dicapai dan dipertahankan.</p>
<p>Maksud dan Tujuan PMKP 11</p> <p>Informasi dari analisis data yang digunakan untuk mengidentifikasi potensi perbaikan atau untuk mengurangi atau mencegah kejadian yang merugikan. Data pengukuran rutin dan data penilaian intensif memberikan kontribusi untuk pemahaman dimana perbaikan harus direncanakan dan prioritas apa yang harus diberikan untuk peningkatan/perbaikan. Khususnya perbaikan yang direncanakan untuk area/daerah prioritas pengumpulan data yang sudah diidentifikasi oleh pimpinan rumah sakit. Setelah perbaikan direncanakan, dilakukan uji perubahan dengan mengumpulkan data lagi selama masa uji yang ditentukan dan dilakukan re-evaluasi untuk membuktikan bahwa perubahan adalah benar menghasilkan perbaikan. Hal ini untuk memastikan bahwa ada perbaikan berkelanjutan dan ada pengumpulan data analisis berkelanjutan. Perubahan yang efektif dimasukkan ke dalam standar prosedur operasional, prosedur operasi, dan e dalam setiap pendidikan staf yang perlu dilakukan. Perbaikan-perbaikan yang dicapai dan dipertahankan oleh rumah sakit didokumentasikan sebagai bagian dari manajemen peningkatan mutu dan keselamatan pasien dan program perbaikan (TKRS 11, EP2).</p>
<p>Elemen Penilaian PMKP 11</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rumah sakit telah membuat rencana perbaikan terhadap mutu dan keselamatan berdasarkan atas hasil capaian mutu (D,W) 2. Rumah sakit telah melakukan uji coba rencana perbaikan terhadap mutu dan keselamatan pasien (D,W) 3. Rumah sakit telah menerapkan/melaksanakan rencana perbaikan terhadap mutu dan keselamatan pasien (D,W) 4. Tersedia data yang menunjukkan bahwa perbaikan bersifat efektif dan

- berkesinambungan (lihat juga TKRS 11, EP 2) (D,W)
5. Ada bukti perubahan-perubahan regulasi yang diperlukan dalam membuat rencana, melaksanakan, dan mempertahankan perbaikan (D,W)
 6. Keberhasilan telah didokumentasikan dan dijadikan laporan PMKP (D,W)

5. Manajemen Risiko

Standar PMKP 12

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

Maksud dan Tujuan PMKP 12

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

- strategi (terkait dengan tujuan organisai)
- operasional (rencana pengembangan untuk mencapai tujuan organisasi)
- keuangan (menjaga asset)
- kepatuhan (kepatuhan terhadap hukum dan peraturan)
- reputasi (image yang dirasakan oleh masyarakat)

Rumah sakit perlu memakai pendekatan proaktif untuk manajemen risiko. Salah satu caranya adalah dengan program manajemen risiko formal yang komponen-komponen pentingnya meliputi:

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

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

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

Dalam menerapkan manajemen risiko rumah sakit perlu memperhatikan proses-

proses berisiko yang dapat terjadi pada pasien, antara lain:

- manajemen pengobatan
- risiko jatuh
- pengendalian infeksi
- gizi
- risiko peralatan
- risiko sebagai akibat kondisi yang sudah lama berlangsung

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

- a) pasien
- b) staf medis
- c) tenaga kesehatan dan tenaga lainnya yang bekerja di rumah sakit
- d) fasilitas rumah sakit
- e) lingkungan rumah sakit
- f) bisnis rumah sakit

Elemen Penilaian PMKP 12

1. Rumah sakit mempunyai program manajemen risiko rumah sakit yang meliputi butir 1) sampai dengan 6) yang ada pada maksud dan tujuan (R)
2. Rumah sakit mempunyai daftar risiko di tingkat rumah sakit yang sekurang-kurangnya meliputi risiko yang ada di butir a) sampai f) yang ada pada maksud dan tujuan (D,W)
3. Rumah sakit telah membuat strategi untuk mengurangi risiko yang ada di butir a) sampai dengan f) (D,W)
4. Ada bukti rumah sakit telah melakukan *failure mode effect analysis* (analisis efek modus kegagalan) setahun sekali pada proses berisiko tinggi yang diprioritaskan (D,W)
5. Rumah sakit telah melaksanakan tindak lanjut hasil analisis modus dampak kegagalan (FMEA) (D,W)

LATIHAN

Untuk dapat memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah Latihan berikut!

- 1) Setiap rumah sakit wajib melaksanakan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien. Jelaskan menurut Saudara unit kerja manakah yang wajib melaksanakan program tersebut ?
- 2) Jelaskan dengan singkat 5(lima) peranan direktur rumah sakit dalam program peningkatan mutu dan keselamatan pasien ?
- 3) Sebutkan 5(lima) fokus area program peningkatan mutu dan keselamatan pasien di rumah sakit.
- 4) Jelaskan dengan singkat meliputi apa sajakah integrasi seluruh data di rumah sakit dan unit kerja ?
- 5) Pengukuran mutu prioritas dilakukan menggunakan indikator-indikator. Indikator mutu apa saja yang saudara ketahui ?

Petunjuk Jawaban Latihan

- 1) Baca pengantar modul yang akan memberikan gambaran
- 2) Baca pengantar modul yang akan memberikan gambaran
- 3) Baca pengantar modul yang akan memberikan gambaran
- 4) Baca standar PMKP 1 tentang dukungan teknologi dalam manajemen data pengukuran mutu terintegrasi.
- 5) Baca PMKP 5 tentang rumah sakit menetapkan indikator sebagai pengukuran mutu.

RINGKASAN

- 1) Standar peningkatan mutu dan keselamatan pasien (PMKP) terdiri dari 19 standar dan 80 elemen penilaian yang dikelompokkan menjadi 5(lima) fokus area yaitu: Pengelolaan kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien; Pemilihan, pengumpulan, analisis, dan validasi data indikator mutu; Pelaporan dan analisis insiden keselamatan pasien; Pencapaian dan mempertahankan perbaikan; dan Manajemen risiko.
- 2) Untuk lancarnya pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien perlu dibentuk komite/tim atau bentuk organisasi lain yang kompeten untuk mengelola kegiatan PMKP.
- 3) Dalam mengukur mutu menggunakan indikator sebagai alat ukur yang meliputi; indikator area klinik, indikator area manajemen dan indikator sasaran keselamatan pasien. Setiap indikator wajib dibuat profil indikator atau gambaran singkat.
- 4) Rumah sakit wajib menetapkan sistem pelaporan insiden keselamatan pasien baik internal maupun eksternal yang mengakibatkan atau potensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien yang terdiri dari KTD, KNC, KTC, KPC dan sentinel.
- 5) Rumah sakit dalam menerapkan manajemen risiko yang terdiri komponen-komponen penting yang meliputi: identitas risiko, prioritas risiko, pelaporan risiko, manajemen risiko, investigasi kejadian yang tidak diharapkan, dan manajemen terkait tuntutan (klaim).

KEPUSTAKAAN:

Undang-Undang RI No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan, Bandung: Citra Umbara.

Undang-Undang RI No. 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit, Bandung: Citra Umbara.

Kementerian Kesehatan, Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 147 Tahun 2010 Tentang Perizinan Rumah Sakit

Kementerian Kesehatan, Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 340 Tahun 2010 Tentang Klasifikasi Rumah Sakit

Kerjasama Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Dengan Komisi Akreditasi Rumah Sakit, Standar Akreditasi Rumah Sakit, September 2011

Kementerian Kesehatan, Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 34 Tahun 2017 Tentang Akreditasi Rumah Sakit

Kementerian Kesehatan, Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien

Komisi Akreditasi Rumah Sakit, Dokumen Rekam Medis Dalam Konteks Akreditasi Rumah Sakit Versi 2012, Edisi 1 Tahun 2016

Kementerian Kesehatan RI, Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit, Edisi 1 Tahun 2017