



PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN

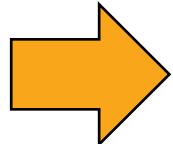
dr. Rachmat Setiarsa, SpJP

π

PROGRAM DIKLAT PMKP (INTERNAL & EKSTERNAL)

- › **Direksi**
- › **Para Pimpinan RS**
- › **Komite Mutu dan Keselamatan Pasien RS**
- › **PIC/PJ pengumpul data di unit kerja**

Setiap Rumah Sakit harus menyelenggarakan **tata kelola Rumah Sakit dan tata kelola klinis** yang baik.



**Akreditasi
Rumah Sakit**

Akreditasi :

Pengakuan yang diberikan oleh Pemerintah
kepada rumah sakit karena telah
memenuhi standar yang telah ditentukan

DASAR HUKUM AKREDITASI

π

UU RS PASAL 40

- › 1) Dalam upaya peningkatan mutu pelayanan Rumah Sakit wajib dilakukan akreditasi secara berkala menimal 3 (tiga) tahun sekali
- › 2) Akreditasi Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh suatu lembaga independen baik dari dalam maupun dari luar negeri berdasarkan standar akreditasi yang berlaku.
- › 3) Lembaga independen sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ditetapkan oleh Menteri.

1. Lembaga independen sebagai pelaksana akreditasi di indonesia adalah : **KARS (komisi akreditasi rumah sakit) dasar hukum**
 - a. Permenkes R.I. Nomor 417/menkes/PER/II/2011 tentang komisi akreditasi RS
 - b. Kepmenkes R.I no 418/MENKES/ SK/II/2011 tentang susunan keanggotaan komisi akreditasi rumah sakit (KARS) masa bakti tahun 2011-2014

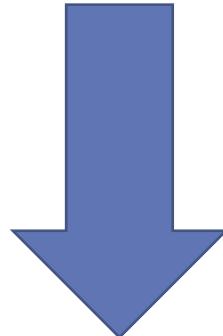
UU RS Pasal 13

- › (3) Setiap tenaga kesehatan yang bekerja di Rumah Sakit harus bekerja sesuai dengan
 - **Standar profesi**
 - **Standar pelayanan rumah sakit**
 - **Standar prosedur operasional yang berlaku**
 - **Etika profesi**
 - **Menghormati hak pasien dan**
 - **Mengutamakan keselamatan pasien**

Kewajiban Bekerja Sesuai Standar, Menghormati Hak Pasien Dan Mengutamakan Keselamatan Pasien

π

Akreditasi RS



MUTU

MUTU

π

Crosby :

Mutu adalah **kepatuhan terhadap standar yang telah ditetapkan**

Deming :

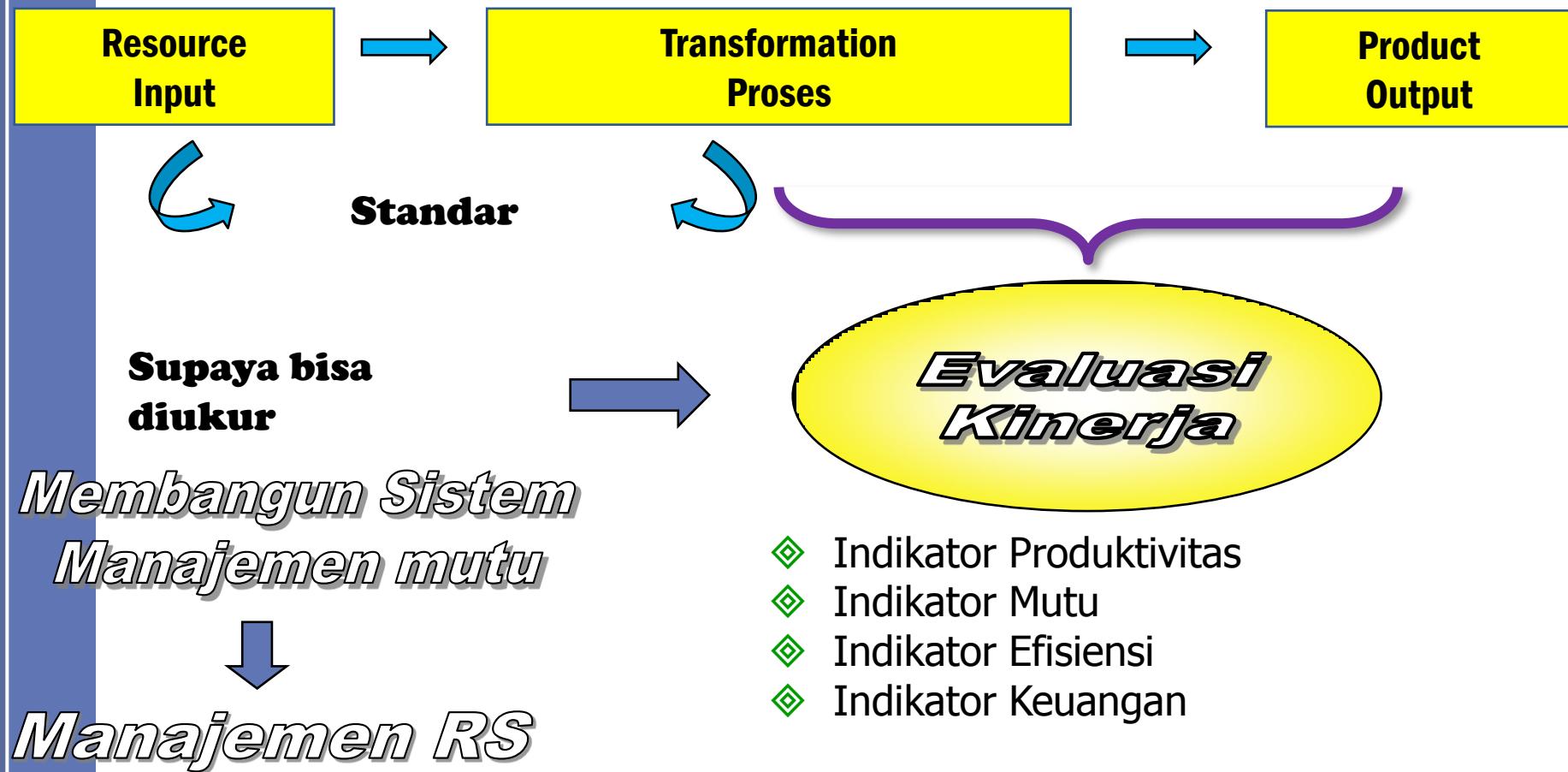
Mutu adalah apapun yang menjadi **kebutuhan dan keinginan konsumen**



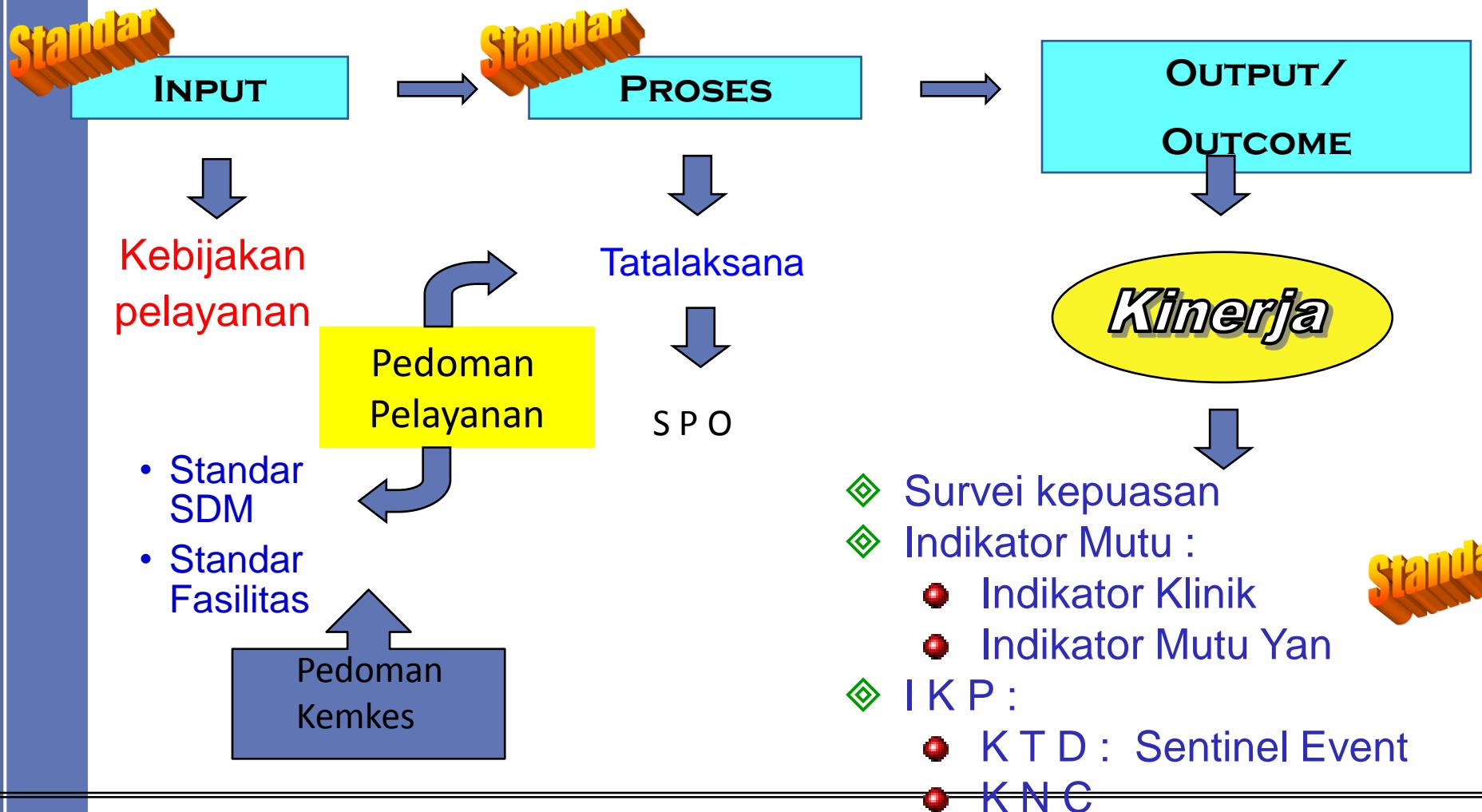
Hati Nurani

How an organization operates as an open system

π



Persiapan Unit Kerja



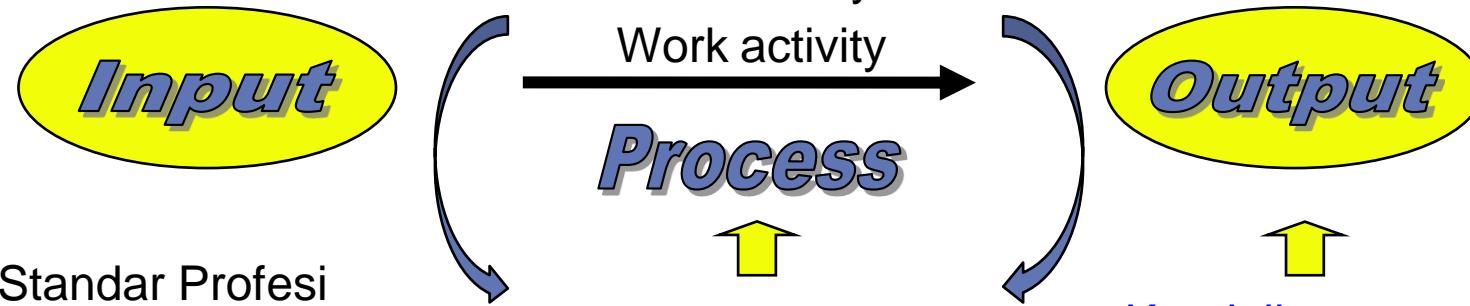
STANDAR PELAYANAN DALAM PROFESI KEDOKTERAN

π

Standar Pelayanan Kedokteran
(Pasal 44)

Permenkes 1438/2010

Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran



- Standar Profesi
- Standar Fasilitas

Standar Prosedur
Operasional
(Pasal 50, 51)

Audit Medis

Organisasi Profesi

**PENINGKATAN MUTU
& KESELAMATAN
PASIEN**



Meningkatkan mutu secara keseluruhan dng terus menerus mengurangi risiko terhadap pasien & staf baik dalam proses klinis maupun lingkungan fisik

DEFINISI MUTU



- Tetapkan definisi mutu yang akan digunakan
- Sesuaikan dengan prinsip/falsafah RS
- Sifatnya aplikatif
- Contoh:

Prinsip Perusahaan → Memberikan pelayanan kepada pasien dengan kualitas tertinggi melalui berbagai sumber daya yang tersedia di RS.

Definisi Mutu → Bagi RS, mutu pelayanan kesehatan adalah memberikan pelayanan kepada pasien dengan benar melalui cara dan teknis benar oleh orang yang kompeten, dengan komunikasi yang baik, dengan sistem pengambilan keputusan dua arah, dan mempertimbangkan sensitivitas budaya.

MUTU (JCI)

:

Mutu dan keselamatan pasien merupakan pekerjaan sehari-hari

Dalam rangka mengurangi risiko terhadap pasien, maka perlu dilakukan upaya yang terus menerus

merencanakan, merancang, mengukur, menganalisis dan meningkatkan proses klinis dan manajerial dalam sebuah kerangka kerja yang terstruktur dan dipantau oleh kelompok/panitia pengawasan mutu....

NILAI DASAR

1. Kualitas atau mutu rumah sakit yang rendah dapat membahayakan konsumen pengguna jasa
2. Kualitas atau mutu yang rendah menimbulkan invektifitas, baik bagi pemberi pelayanan ataupun konsumen pengguna jasa
3. Kualitas atau mutu pelayanan rumah sakit yang rendah dapat pula berdampak terhadap makin mahalnya biaya yang harus ditanggung konsumen pengguna jasa
4. Upaya menjaga dan meningkatkan kualitas atau mutu pelayanan rumah sakit yang baik merupakan kebanggaan setiap SDM rumah sakit yang menjunjung profesionalisme
5. Upaya menjaga dan meningkatkan kualitas atau mutu pelayanan rumah sakit merupakan kewajiban dan tugas pokok setiap petugas kesehatan

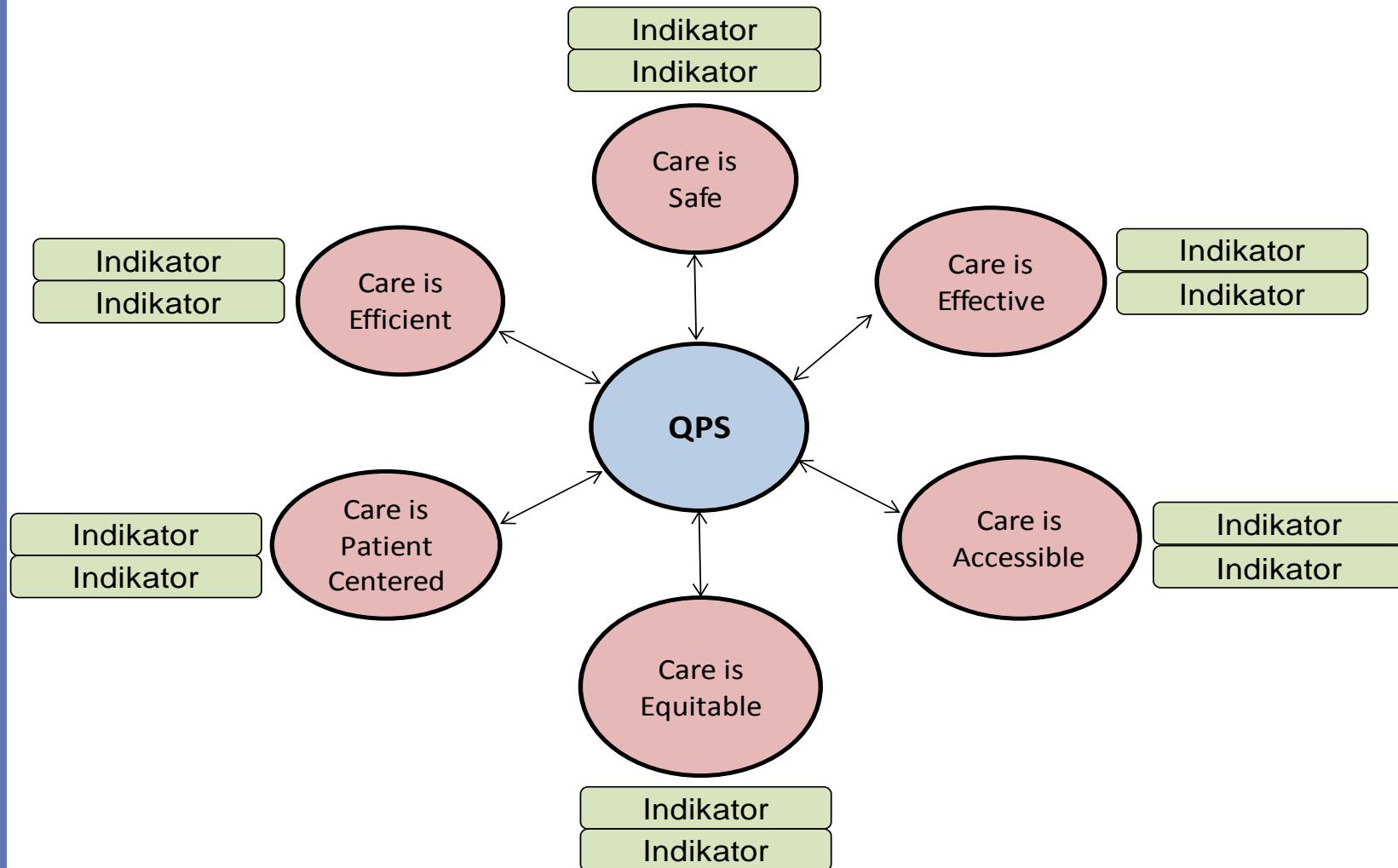
Mutu dalam Yan Kes

six dimension of quality

1. Safety : perawatan yg diberikan tidak mencederai pasien
2. Effectiveness : perawatan berbasis pengetahuan yang terbukti dan manfaat (overuse,underuse,misuse)
3. Efficiency : tidak boros (alat,waktu,ide,energi)
4. Patient centeredness: respon dan menghormati hak pasien,kebutuhan dan nilai-nilai
5. Timeliness : pelayanan tepat waktu
6. Equity : tidak membedakan ras,umur,sex,finansial dan demografi
Quality : memahami dan memenuhi keinginan pelanggan →
berubah → always manage and improve → SYSTEMATIC QUALITY
MANAGEMENT PROCESS

π

Dimensi mutu.....contoh



Safety

- › Adalah mengurangi resiko cidera, infeksi atau bahaya lain yang berkaitan dengan pelayanan.
Keamanan pelayanan melibatkan petugas dan pasien



Effectiveness

- › Adalah kualitas pelayanan kesehatan tergantung dari efektivitas yang menyangkut norma pelayanan kesehatan dan petunjuk klinis sesuai standart yang ada.



π

Access

- › Adalah pelayanan kesehatan tidak terhalang oleh keadaan geografis, sosial, ekonomi, budaya, organisasi atau hambatan bahasa.

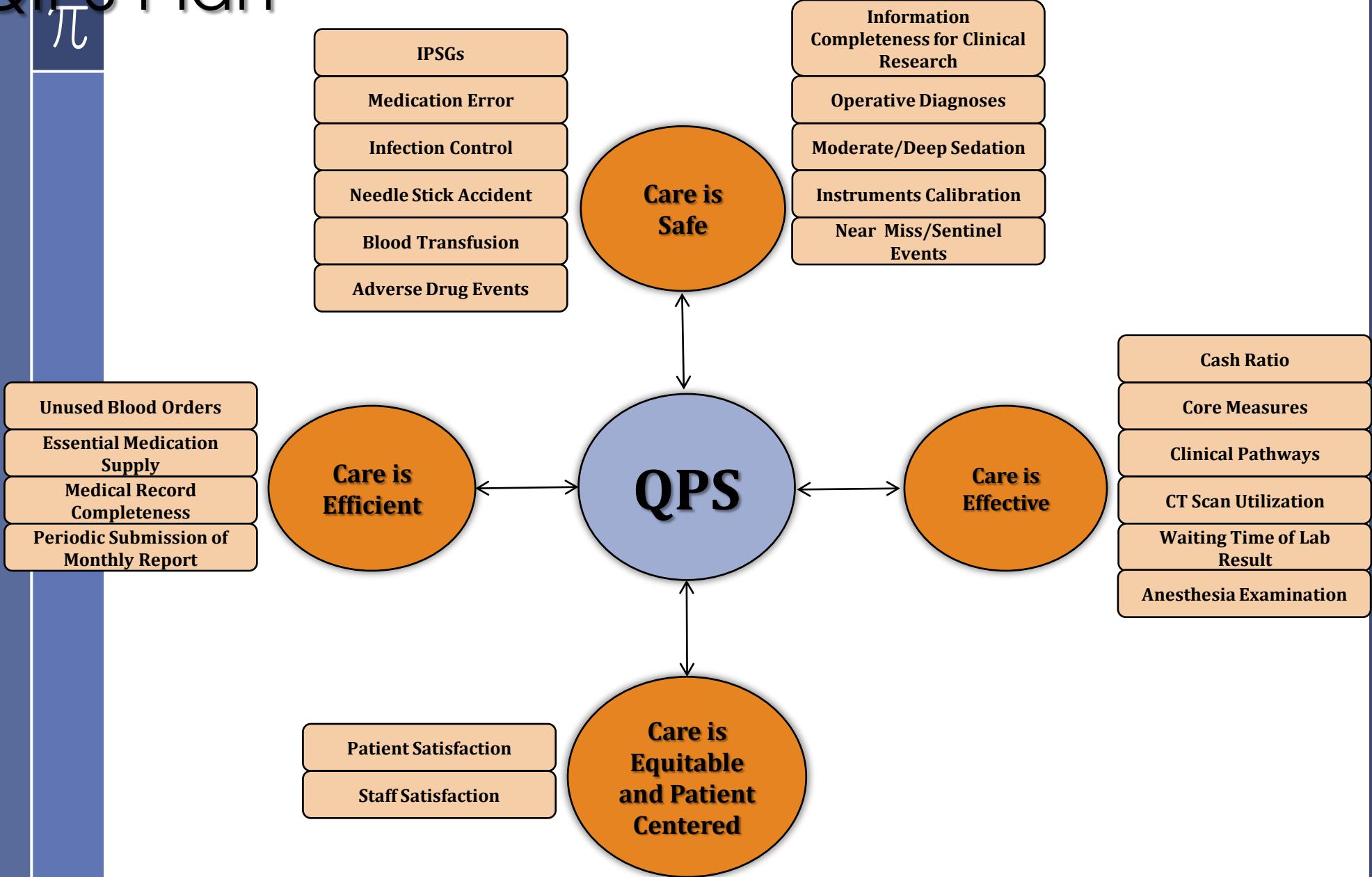


Efficiency

- › Dimensi yang penting dari kualitas karena efisiensi akan mempengaruhi hasil pelayanan kesehatan, apalagi sumberdaya pelayanan kesehatan pada umumnya terbatas. Pelayanan yang efisien pada umumnya akan memberikan perhatian yang optimal kepada pasien dan masyarakat. Petugas akan memberikan pelayanan yang terbaik dengan sumber daya yang dimiliki.



QIPS Plan



SYSTEMATIC QUALITY MANAGEMENT PROCESS

- Upaya untuk secara terus menerus dan sistematis untuk memperbaiki produk atau pelayanan agar mencapai hasil yang lebih baik.
- Tujuan utama quality management : mencapai kepuasan pelanggan yang maksimal dengan biaya yang serendah-rendahnya.
- Agar biaya rendah : overuse,underuses dan misuse
- 3 kegiatan utama SQM : **Pengukuran- Penilaian- Perbaikan (measurement- Assesment – Improvement)**

Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien

Pendekatan meliputi bagaimana :

- ❖ Memimpin dan merencanakan program PMKP
- ❖ Merancang proses klinis & manajerial yg baru dng baik
- ❖ Mengukur seberapa baiknya proses berjalan melalui pengumpulan data
- ❖ Menganalisis data
- ❖ Menerapkan & mempertahankan perubahan yg ditimbulkan dlm proses peningkatkan mutu



- Perlu mendapat dorongan pimpinan
- Bertujuan mengubah budaya RS
- Secara proaktif mengidentifikasi & mengurangi risiko & penyimpangannya
- Menggunakan data utk memfokuskan diri pd masalah-2 yg menjadi prioritas
- Bertujuan mempertunjukkan terjadinya perbaikan berkelanjutan

MATERI

- 1. PENINGKATAN MUTU LAYANAN RS**
- 2. RISK MANAJEMEN – PATIENT SAFETY**

RISK MANAJEMEN & QUALITY IMPROVEMENT

DAHULU

- Fungsi risk manajemen & quality improvement di rumah sakit sering kali dilaksanakan secara terpisah dan ada penanggung jawabnya di masing-masing fungsi
- Mempunyai jalur pelaporan yang berbeda
- Struktur risk manajemen dan quality improvement terpisah

SEKARANG

Upaya risk manajemen dan quality improvement di RS adalah untuk mendukung keselamatan pasien dan mencari jalan untuk bekerja sama lebih efektif dan efisien, untuk menjamin asuhan pasien yg diberikanan aman dan bermutu tinggi.

BAB I

PENINGKATAN MUTU & KESELAMATAN PASIEN

FOKUS AREA	STANDAR PMKP
Kepemimpinan dan perencanaan	1; 1.1; 1.2; 1.3; 1.4; 1.5
Rancangan proses klinik & manajemen	2; 2.1
Pemilihan indikator & pengumpulan data	3; 3.1; 3.2; 3.3)
Validasi dan analisis dari indikator penilaian	4; 4.1; 4.2; 5; 5.1; 6; 7; 8)
Mencapai dan mempertahankan peningkatan	9; 10; 11

KEPEMIMPINAN DAN PERENCANAAN

KEPEMIMPINAN DAN PERENCANAAN

Standar PMKP.1

Mereka yang bertanggung jawab memimpin & menjalankan RS (Pemilik & Dir RS) berpartisipasi dlm perencanaan & evaluasi keberhasilan program PMKP.

Standar PMKP.1.1.

Pimpinan RS berkolaborasi dalam melaksanakan program PMKP. → KOMITE /PANITIA/TIM MUTU & KP

Standar PMKP.1.2

Pimpinan menetapkan proses yang dijadikan prioritas untuk dilakukan evaluasi dan kegiatan PMKP yang harus dilaksanakan.

KEPEMIMPINAN DAN PERENCANAAN

Standar PMKP.1.3.

Pimpinan memberikan bantuan teknologi dan dukungan lainnya untuk mendukung program PMKP.

Standar PMKP.1.4.

PMKP di informasikan ke staf → buletin, papan pengumuman, rapat staf, kegiatan unit SDM

Standar PMKP.1.5.

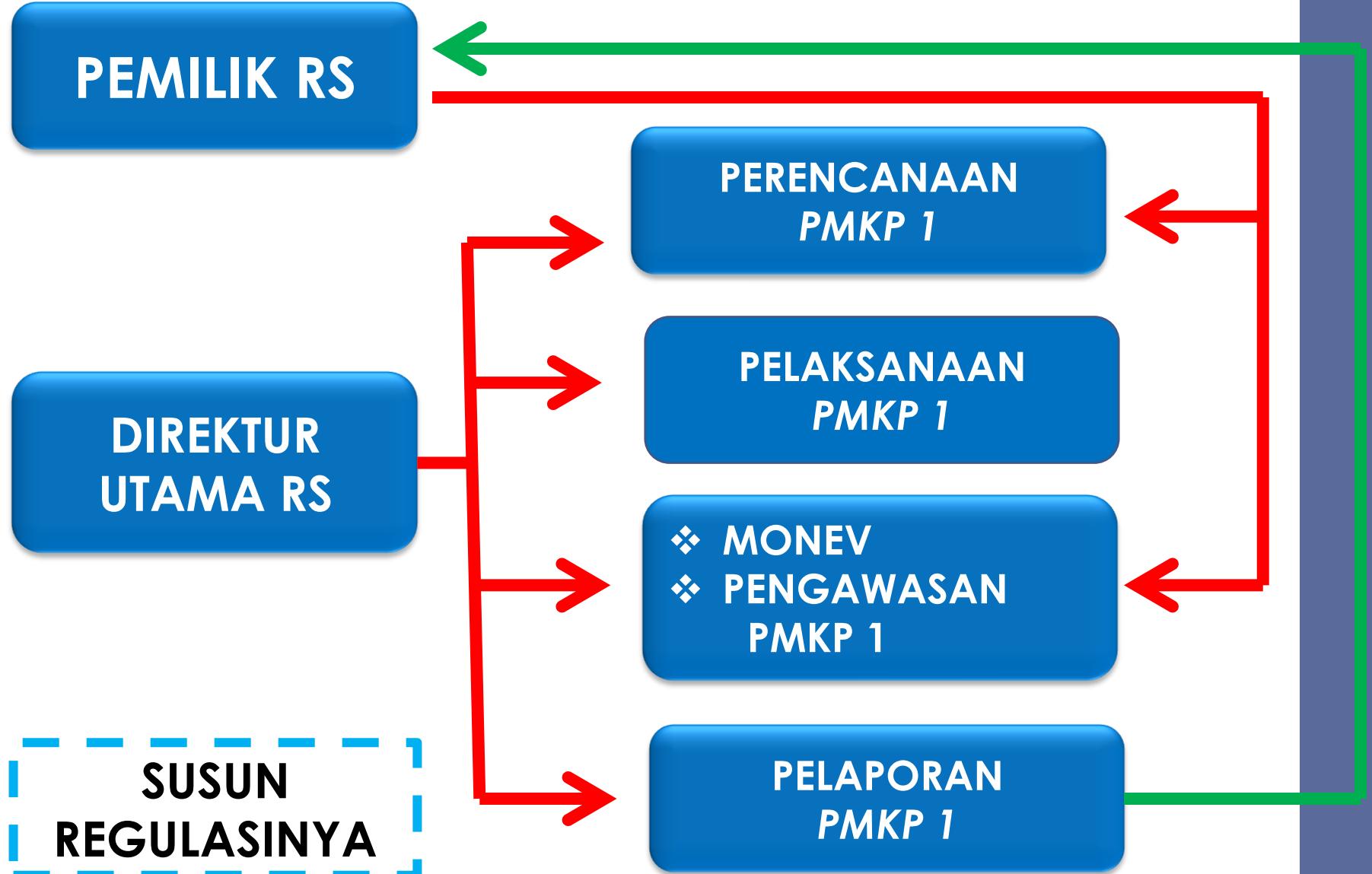
Staf diberi pelatihan untuk ikut serta dalam program.

KEPEMIMPINAN & PERENCANAAN

PIMPINAN
RS



- berpartisipasi dalam perencanaan & evaluasi keberhasilan program PMKP
- berkolaborasi dalam melaksanakan program PMKP
- menetapkan proses yg dijadikan prioritas utk dilakukan evaluasi & kegiatan PMKP yg harus dilaksanakan
- memberikan bantuan teknologi & dukungan lainnya utk mendukung program PMKP
- Menginformasikan hasil program PMKP ke staf
- Melaksanakan diklat PMKP → *Direksi RS, Para manajer & Ka Unit, Tim Mutu & KP, PJ/PIC Pengumpul Data*



PELAKSANAAN PMKP 1.1

BENTUK KOMITE/TIM
MUTU

PANDUAN PMKP & Program
PMKP/Quality Plan

SETIAP UNIT ADA
PROGRAM MUTU & KP

PENETAPAN PRIORITAS
PMKP 1.2

HASIL KEG DI INFO KAN KE
STAF
PMKP 1.4

- ❖ PERLU BANTUAN TEKNOLOGI (PMKP 1.3)
- ❖ DIKLAT MUTU → Direksi, para pimp RS, Komite Mutu, PJ pengumpul data (PMKP 1.5)

RANCANGAN PROSES KLINIS DAN MANAJERIAL

RANCANGAN PROSES KLINIS DAN MANAJERIAL



RANCANGAN PROSES KLINIS DAN MANAJERIAL

Standar PMKP.2.

RS membuat rancangan baru dan melakukan modifikasi dari sistem dan proses sesuai prinsip peningkatan mutu → **Pedoman/Panduan mutu & KP/Manual mutu & keselamatan pasien**

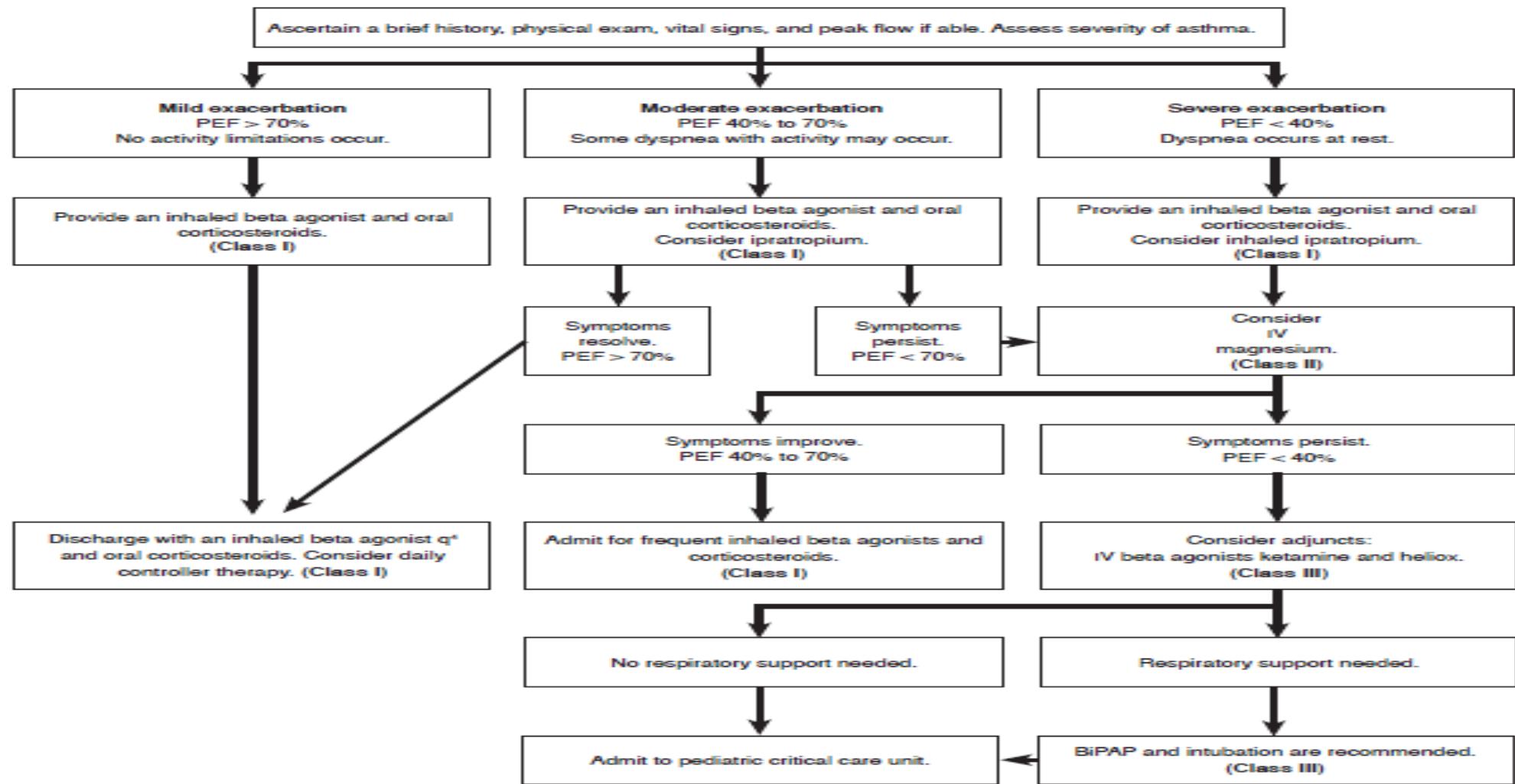
Standar PMKP.2.1.

Pedoman praktek klinis dan clinical pathway dan atau protokol klinis digunakan sebagai pedoman dalam memberikan asuhan klinis

KEGIATAN PMKP

- › **Clinical Pathway**
- › **Indikator Mutu (klinis, Manajemen, Sasaran keselamatan Pasien, unit kerja, surveillance PPI)**
- › **Keselamatan Pasien (IKP, Risk Manajemen, FMEA)**
- › **Penilaian kinerja (RS, Unit kerja, Para Pimpinan RS, Tenaga profesi, Staf)**
- › **Evaluasi kontrak & perjanjian lainnya**
- › **Diklat PMKP**
- › **Program PMKP di unit kerja**
- › **Pencatatan & pelaporan**
- › **Monitoring dan evaluasi kegiatan PMKP**

Clinical Pathway For Management Of Acute Asthma



The evidence for recommendations is graded using the following scale. For complete definitions, see back page. **Class I:** Definitely recommended. Definitive, excellent evidence provides support. **Class II:** Acceptable and useful. Good evidence provides support. **Class III:** May be acceptable, possibly useful. Fair-to-good evidence provides support. **Indeterminate:** Continuing area of research.

This clinical pathway is intended to supplement, rather than substitute for, professional judgment and may be changed depending upon a patient's individual needs. Failure to comply with this pathway does not represent a breach of the standard of care.

Copyright © 2008 EB Practice, LLC. 1-800-249-5770. No part of this publication may be reproduced in any format without written consent of EB Practice, LLC.

CLINICAL PATHWAY

- › Acuan : PMK 1438 tahun 2010 tentang standar pelayanan kedokteran
- › Standar pelayanan kedokteran adalah pedoman yang harus diikuti bagi dokter dan dokter gigi dalam menyelenggarakan praktik kedokteran → terdiri dari Pedoman Nasional Praktik Kedokteran (PNPK) dan SPO/PPK
- › PNPK sebagai acuan penyusunan SPO di RS
- › SPO disusun dalam bentuk panduan praktik klinis (clinical practice guidelines), yg dpt dilengkapi alur klinis (clinical pathway), algoritma, protokol, prosedur, standing order

CLINICAL PATHWAY

(PMK 1438/2010 ttg standar pelayanan kedokteran)

STANDAR PELAYANAN KEDOKTERAN



**PANDUAN NASIONAL PRAKTIK
KEDOKTERAN & SPO**



STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL RS



**PANDUAN PRAKTIK KLINIS & ALUR
KLINIS**

RANCANGAN PROSES KLINIS & MANAJERIAL

PMKP
2.1

Lima Clinical Pathway
(Prosedur tindakan or penyakit)



Ada proses penyusunan



Implementasi di Rekam Medis



Telah dilakukan audit CP → varian
berkurang

PEMILIHAN INDIKATOR DAN PENGUMPULAN DATA

PEMILIHAN INDIKATOR DAN PENGUMPULAN DATA

π

Standar PMKP.3.

Pimpinan rumah sakit menetapkan **indikator kunci dalam struktur rumah sakit, proses-proses, dan hasil (outcome)** untuk diterapkan di seluruh rumah sakit dalam rangka peningkatan mutu dan rencana keselamatan pasien.

Standar PMKP.3.1

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

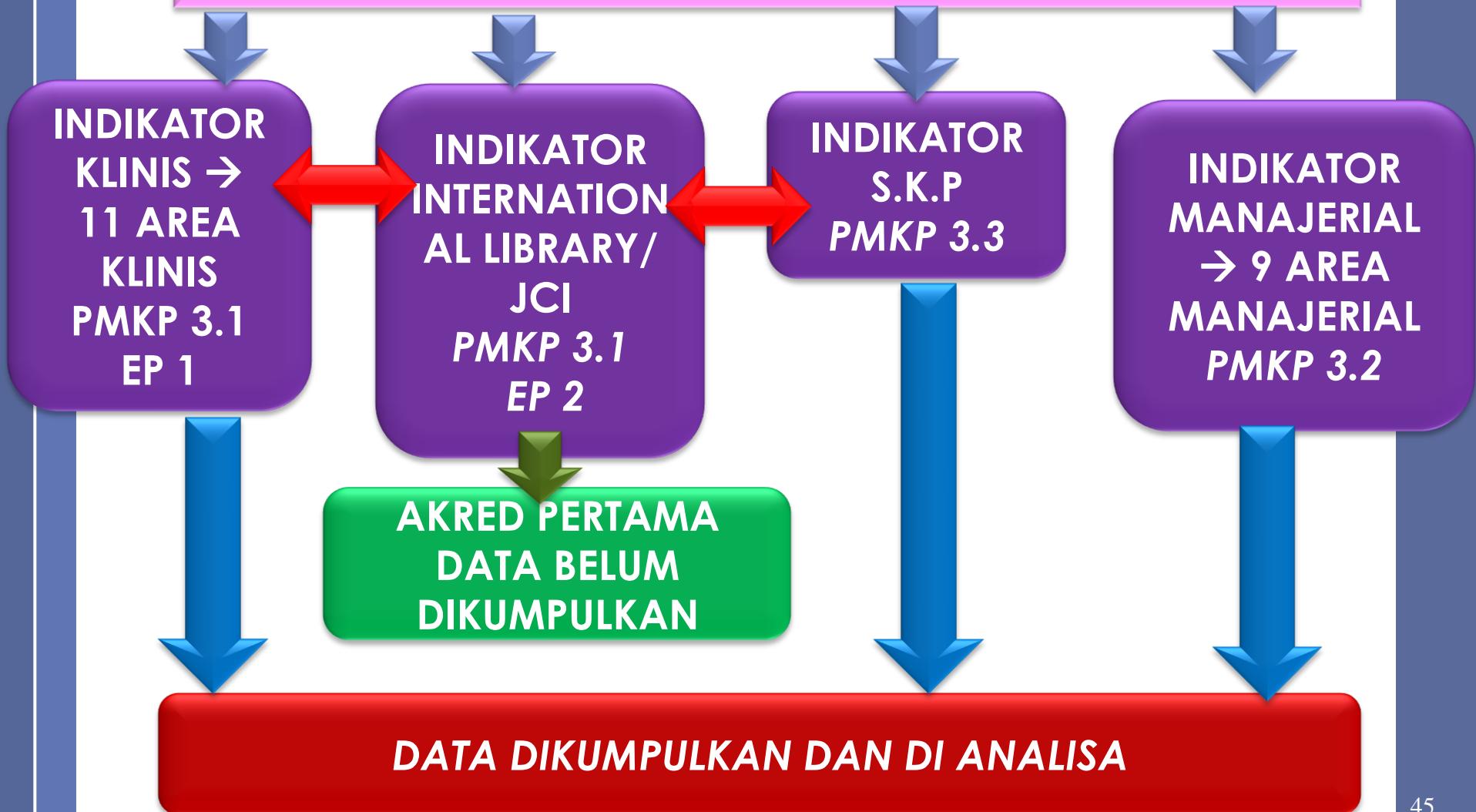
Standar PMKP.3.2.

Pimpinan rumah sakit menetapkan indikator kunci untuk masing-masing struktur, proses-proses dan hasil **manajerial**.

Standar PMKP.3.3.

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

PEMILIHAN INDIKATOR DAN PENGUMPULAN DATA



PEMILIHAN INDIKATOR DAN PENGUMPULAN DATA

π

Pemilihan indikator yang terkait dengan area klinis yang penting meliputi :

- 1. asesmen pasien;**
- 2. pelayanan laboratorium → mis : Waktu tunggu**
- 3. pelayanan radiologi dan diagnostic imaging;**
- 4. prosedur bedah;**
- 5. penggunaan antibiotika dan obat lainnya;**
- 6. kesalahan medikasi (*medication error*) dan Kejadian Nyaris Cedera (KNC);**
- 7. penggunaan anestesi dan sedasi; Mis : komplikasi anestesi**
- 8. penggunaan darah dan produk darah;**
- 9. ketersediaan, isi dan penggunaan rekam medis pasien;**
- 10.pencegahan dan pengendalian infeksi, surveilans dan pelaporan;**
- 11.riset klinis;**

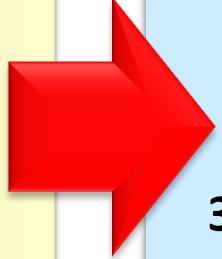
International Library of Measures- Measure Sets

- 1) ***Acute Myocardial Infarction (AMI)*** → aspirin on arrival
- 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)

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 pengendalian infeksi, surveilans dan pelaporan;
→ ILO, ILI, Phlebitis, dll
11. riset klinis;

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 Indikator sebanyak 16 yi 11 indikator klinis + 5 indikator international library

INDIKATOR INTERNATIONAL LIBRARY

- ❖ Pilih dari buku International library
- ❖ Jumlah 5 indikator klinis
- ❖ Untuk akreditasi tahap pertama hanya dibuatkan **profil indikator** → tidak perlu dilakukan pengumpulan data dan analisis data

PEMILIHAN INDIKATOR DAN PENGUMPULAN DATA

π

Indikator yg dipilih terkait dengan upaya manajemen meliputi :

- a. **pengadaan rutin** peralatan kesehatan 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.

SASARAN KESELAMATAN PASIEN

- I. Ketetapan identifikasi pasien
- II. Peningkatan Komunikasi yang efektif
- III. Peningkatan Keamanan Obat yang perlu diwaspadai
- IV. Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi
- V. Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan
- VI. Pengurangan risiko jatuh

PROFIL INDIKATOR

π	
JUDUL	
DIMENSI MUTU	
TUJUAN	
DEFINISI OPERASIONAL	
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	
PERIODE ANALISA	
NUMERATOR	
DENOMINATOR	
SUMBER DATA (inklusi & eksklusi)	
STANDAR	
PJ PENGUMPUL DATA/PIC	

VALIDASI DAN ANALISIS DARI DATA PENILAIAN

VALIDASI DAN ANALISIS DARI DATA PENILAIAN

π

Standar PMKP.4.

Petugas dengan pengalaman, pengetahuan dan keterampilan cukup mengumpulkan dan menganalisis data secara sistematis

Standar PMKP.4.1

Frekuensi dari analisis data disesuaikan dengan proses yang sedang dikaji dan sesuai dengan ketentuan rumah sakit.

Standar PMKP.4.2.

Proses analisis dilakukan dengan membandingkan secara internal, membandingkan dengan rumah sakit lain bila tersedia, dan membandingkan dengan standar keilmuan serta membandingkan dengan praktek yang baik.

VALIDASI DAN ANALISIS DARI DATA PENILAIAN

π

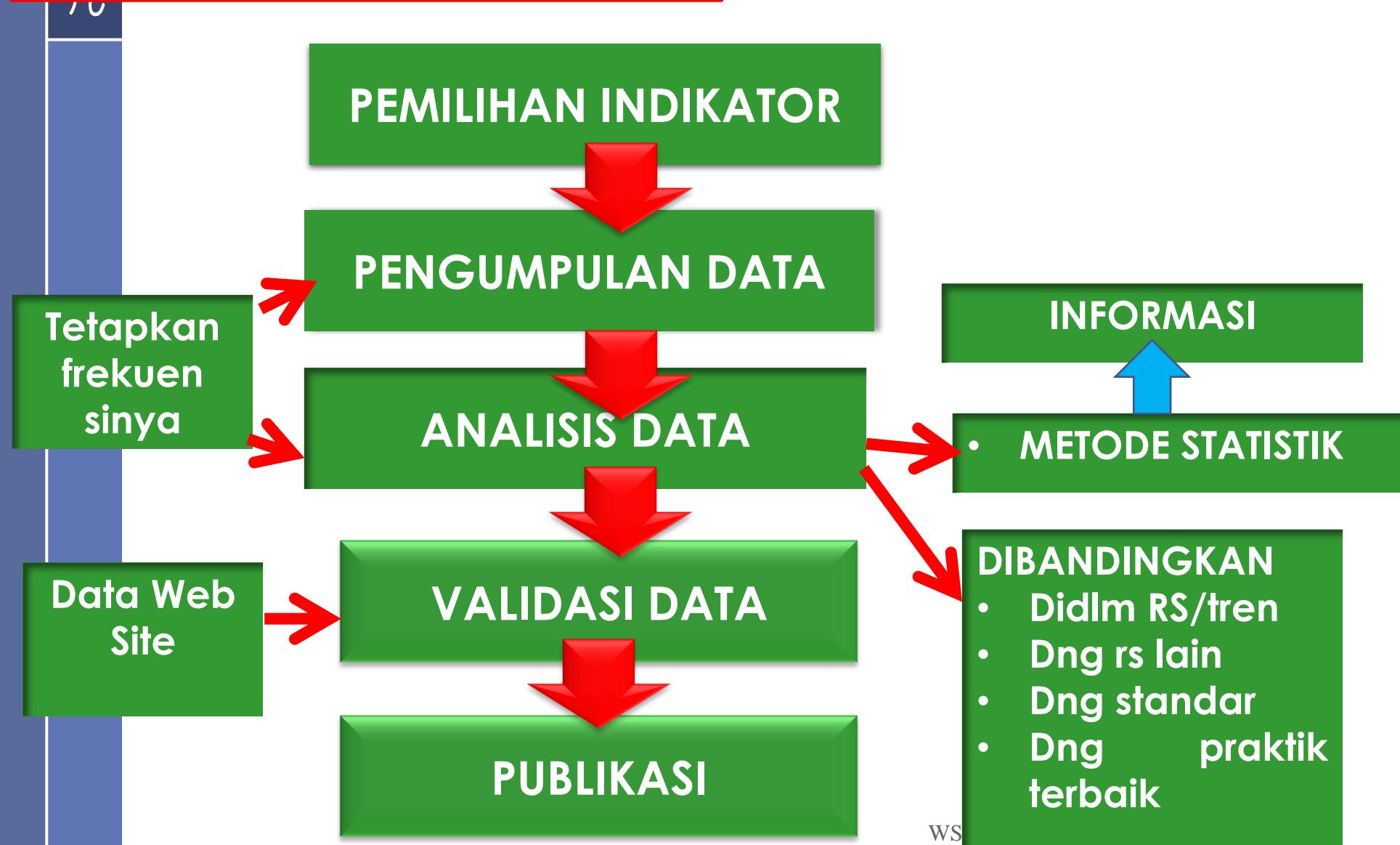
Standar PMKP.5.

Rumah sakit menggunakan proses internal untuk melakukan validasi data

Standar PMKP.5.1.

Bila rumah sakit mempublikasikan data atau menempatkan data di web site publik, pimpinan rumah sakit menjamin reliabilitas data

INDIKATOR KLINIS



INDIKATOR MANAJERIAL

Tetapkan
frekuensinya

PEMILIHAN INDIKATOR

PENGUMPULAN DATA

ANALISIS DATA

VALIDASI DAN ANALISIS DARI DATA PENILAIAN

π

Standar PMKP.6.

RS menggunakan proses yang ditetapkan untuk melakukan identifikasi dan pengelolaan kejadian sentinel.

Standar PMKP.7.

Data dianalisis bila ternyata ada kecenderungan yang tidak diinginkan maupun variasi dari data tersebut → data KTD

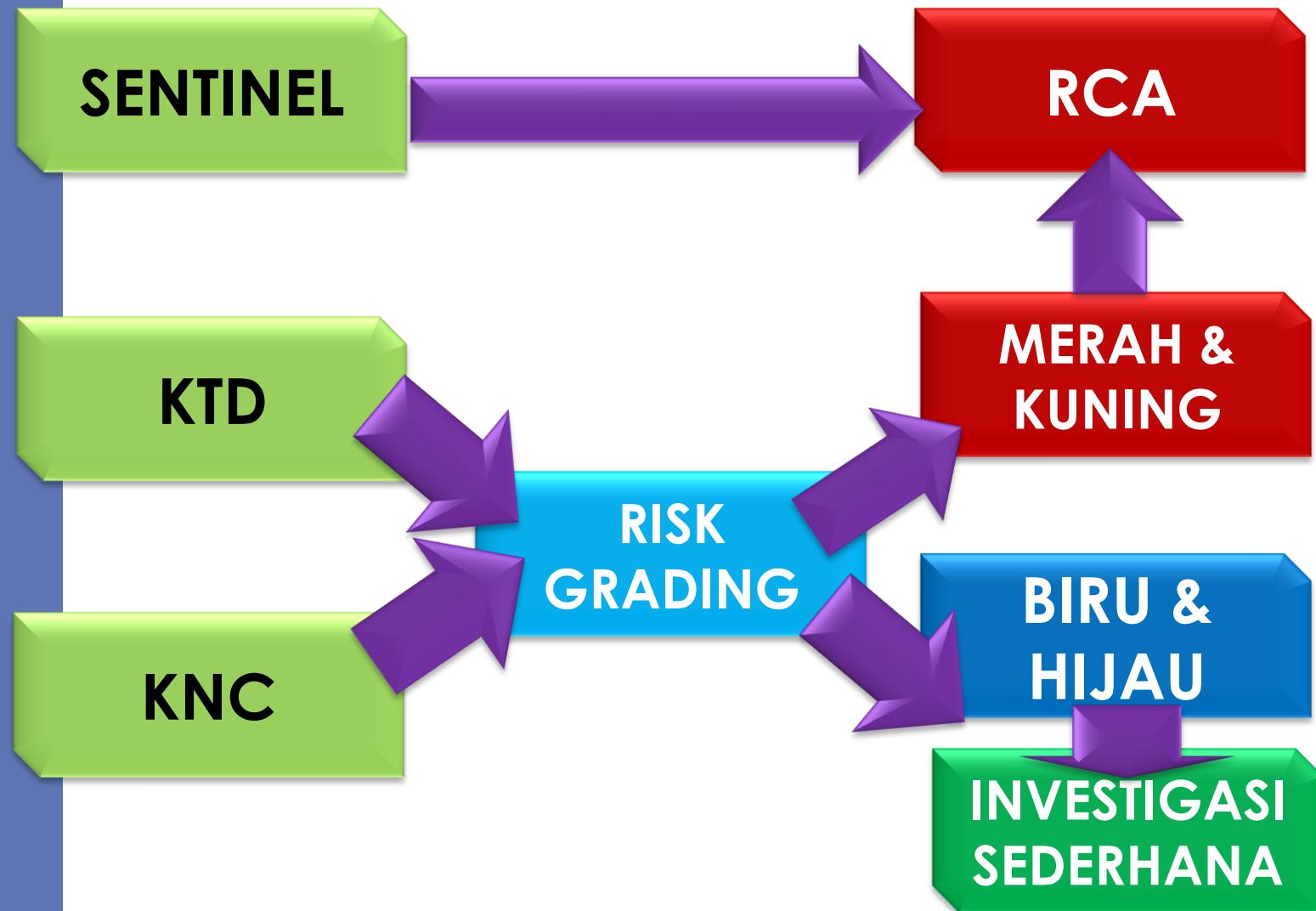
Standar PMKP.8 → Telusur data

Rumah sakit menggunakan proses yang ditetapkan untuk melakukan identifikasi dan analisis kejadian nyaris cedera / KNC (*near-miss events*)

VALIDASI DAN ANALISIS DARI DATA PENILAIAN

π

PMKP
6, 7, 8



PENILAIAN DAMPAK KLINIS/KONSEKUENSI/SEVERITY (1)

TK RIKS	Deskripsi	Dampak
1	Tdk significant	Tidak ada cedera
2	Minor	<ul style="list-style-type: none"> Cedera ringan , mis luka lecet Dapat diatasi dng P3K
3	Moderat	<ul style="list-style-type: none"> Cedera sedang, mis : luka robek Berkurangnya fungsi motorik/sensorik/psikologis atau intelektual (reversibel. Tdk berhubungan dng penyakit Setiap kasus yg meperpanjang perawatan
4	Mayor	<ul style="list-style-type: none"> Cedera luas/berat, mis : cacat, lumpuh Kehilangan fungsi motorik/sensorik/ psikologis atau intelektual (ireversibel), tdk berhubungan dng penyakit
5	Katastropik	Kematian yg tdk berhubungan dng perjalanan penyakit

PENILAIAN PROBABILITAS/FREKUENSI

TINGKAT RISIKO	DESKRIPSI
1	Sangat jarang/ rare (> 5 tahun/kali)
2	Jarang/unlikely (> 2 – 5 tahun/kali)
3	Mungkin/ Possible (1 -2 tahun/kali)
4	Sering/Likely (beberapa kali/tahun)
5	Sangat sering/ almost certain (tiap minggu/bulan)

SKOR RISIKO = DAMPAK X PROBABILITY

MATRIKS GRADING RISIKO

Probabilitas	Tak Significant 1	MINOR 2	Moderat 3	Mayor 4	Katatrosik 5
Sangat sering terjadi (Tiap minggu/bulan) 5	Moderat	Moderat	Tinggi	Ekstrim	Ekstrim
Sering terjadi (bbrp kali/tahun) 4	Moderat	Moderat	Tinggi	Ekstrim	Ekstrim
Mungkin terjadi (1 - < 2 tahun/kali) 3	Rendah	Moderat	Tinggi	Ekstrim	Ekstrim
Jarang terjadi 2	Rendah	Rendah	Moderat	Tinggi	Ekstrim
Sangat jarang terjadi 1	Rendah	Rendah	Moderat	Tinggi	Ekstrim

Tindakan sesuai Tingkat & Band Risiko

LEVEL/BANDS	TINDAKAN
EKSTREM (SANGAT TINGGI)	Risiko ekstrem, dilakukan RCA paling lama 45 hari, membutuhkan tindakan segera, perhatian sampai ke Direktur RS
HIGH (TINGGI)	Risiko tinggi, dilakukan RCA paling lama 45 hari, kaji dng detail & perlu tindakan segera, serta membutuhkan tindakan top manajemen
MODERATE (SEDANG)	Risiko sedang dilakukan investigasi sederhana paling lama 2 minggu. Manajer/pimpinan klinis sebaiknya menilai dampak terhadap bahaya & kelola risiko
LOW (RENDAH)	Risiko rendah dilakukan investigasi sederhana paling lama 1 minggu diselesaikan dng prosedur rutin

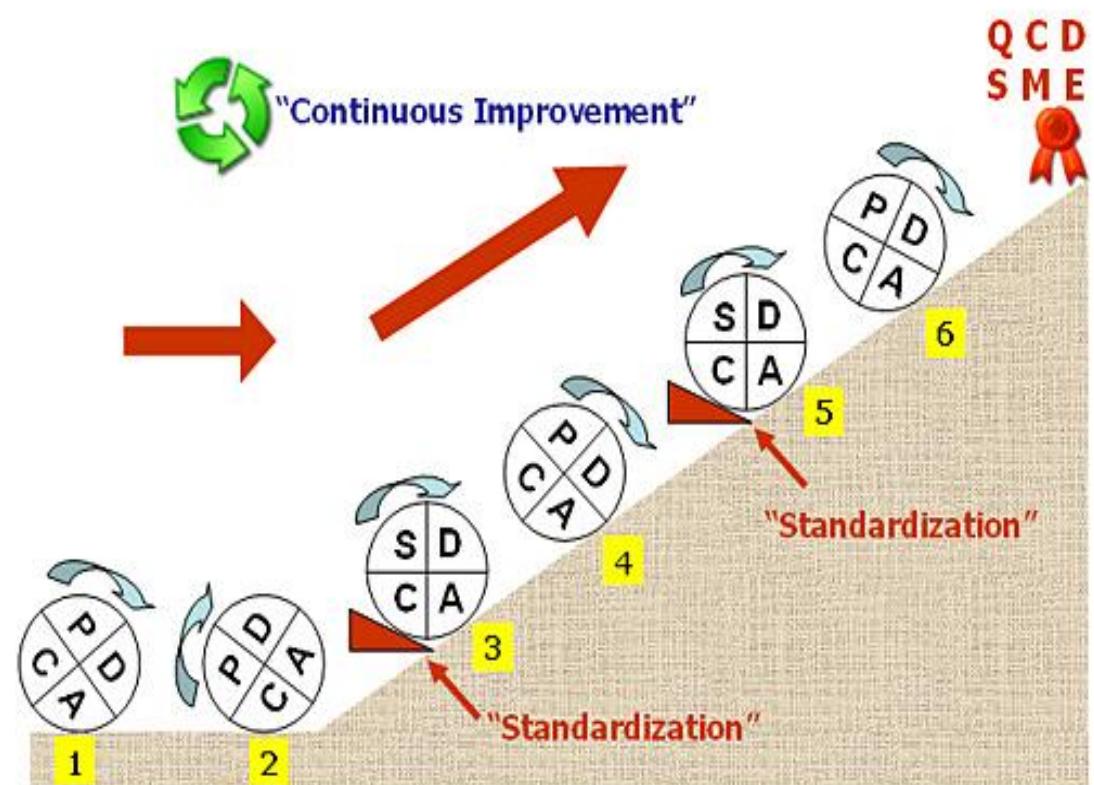
CONTOH

- > Di RS X pasien jatuh dari tempat tidur dan meninggal, kejadian seperti ini pernah terjadi kurang dari 2 tahun yang lalu
- > Nilai dampak : 5 (katastropik), karena pasien meninggal
- > Nilai probabilitas : 3 (mungkin terjadi) karena pernah terjadi kurang 2 tahun yang lalu
- > Skoring risiko : $5 \times 3 = 15$
- > Warna Bands : Merah (ekstrim)

MENCAPAI DAN MEMPERTAHANKAN PENINGKATAN



The Road to Quality



MENCAPAI DAN MEMPERTAHANKAN PENINGKATAN

Standar PMKP.9.

Peningkatan mutu dan keselamatan pasien tercapai dan dipertahankan.

Standar PMKP.10.

Kegiatan perbaikan mutu dan keselamatan pasien dilakukan untuk area prioritas sebagaimana yang ditetapkan pimpinan rumah sakit.

Standar PMKP.11.

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

PERBEDAAN FMEA & RCA

FMEA

- › **Proaktif**
 - **Proses** spesifik
- › Diagram **alur proses**
- › “Apa yang **bisa** terjadi?”
- › Fokus pada **potensi kegagalan proses** suatu sistem
- › Mencegah **kegagalan sebelum terjadi**

RCA

- › **Reaktif**
 - **Kejadian** spesifik
- › Diagram **kronologis**
- › “Apa yang **telah** terjadi?”
- › Fokus pada **kegagalan sistem**
- › Mencegah **kegagalan muncul kembali**

PROSES MANAJEMEN RISIKO

1. Identifikasi risiko PMKP 11
2. Pelaporan risiko (**Laporan Insiden**)
3. Prioritas risiko (*Risk Grading Matrix*)
4. Investigasi kejadian tidak diharapkan:
 - a. Investigasi Sederhana
 - b. Investigasi Komprehensif (*Root Cause Analysis/ RCA*)
5. Manajemen risiko

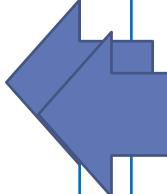
FMEA

1. Select a high-risk process.
2. Assemble a team.
3. Diagram the process and brainstorm potential failure modes and their effects.
4. Prioritize failure modes.
5. Identify root causes of failure modes.
6. Redesign the process.
7. Analyze and test the new process.
8. Implement and monitor the redesigned process.

- › Penilaian kinerja para pimpinan RS
- › Penilaian kinerja RS
- › Program PMKP unit kerja
- › Evaluasi kinerja tenaga profesi
- › Penilaian kinerja staf
- › Evaluasi kontrak & perjanjian lainnya
- › Laporan mutu unit kerja
- › Diklat PMKP untuk para pimpinan

**IDENTIFIKASI
KEGIATAN
PMKP-TKP**

- › Evaluasi praktik profesional staf medis
- › Evaluasi partisipasi & kinerja perawat dalam program PMKP
- › Evaluasi partisipasi & kinerja tenaga kesehatan profesional lainnya dalam program PMKP



**IDENTIFIKASI
KEGIATAN
PMKP -
KPS**

PENILAIAN KINERJA

- › **Penyusunan Panduan Penilaian Kinerja**
 - **Penilaian kinerja RS**
 - **Penilaian kinerja Direktur RS**
 - **Penilaian kinerja unit kerja**
 - **Penilaian kinerja para pimpinan RS**
 - **Penilaian kinerja (Praktik profesional) staf medis**
 - **Penilaian kinerja perawat & tenaga profesional lainnya**
 - **Penilaian kinerja staf**
- › **Monitoring penilaian kinerja di RS**

EVALUASI KONTRAK & PERJANJIAN LAINNYA

- › **Penyusunan Panduan kontrak dan perjanjian lainnya**
- › **Monitoring kontrak dan perjanjian lainnya.**

PROGRAM PMKP

- › Program PMKP RS
- › Program PMKP unit kerja di RS

UNIT KERJA

Program Mutu & Keselamatan Pasien Unit Kerja RS

- › **Sasaran mutu/Indikator mutu/Quality Objective**
- › **Pencatatan & pelaporan sasaran mutu**
- › **Pencatatan & pelaporan indikator mutu Pencatatan dan pelaporan insiden & insiden KP**
- › **Penilaian kinerja individu/staf → tenaga profesi dan non profesi**
- › **Penilaian kinerja unit**

PROGRAM PMKP UNIT KERJA

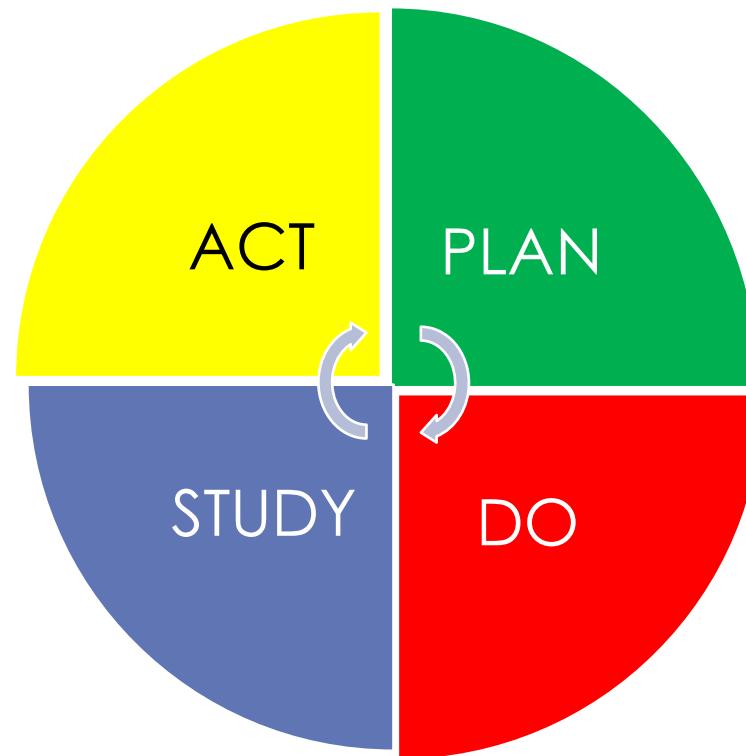
4. Kegiatan pokok & Rincian kegiatan :

- > **Penyusunan indikator mutu unit kerja (standar pelayanan minimal)**
- > **Pencatatan & pelaporan**
 - o **indikator mutu unit kerja,**
 - o **indikator mutu area klinis**
 - o **sasaran keselamatan pasien**
 - o **Insiden keselamatan pasien**
 - o **Insiden lainnya (kecelakaan kerja)**
- > **Penilaian kinerja staf**
- > **Penilaian kinerja unit**

PROGRAM PMKP UNIT KERJA

5. Cara melaksanakan kegiatan :

→ dengan menggunakan metode siklus PDSA



PROGRAM PMKP UNIT KERJA

6. Sasaran :

- Area klinis,**
- Area manajerial dan**
- Sasaran Keselamatan Pasien**

7. Skedul (jadwal) pelaksanaan kegiatan

→ Jan – Des 2013 → buat tabel

7. SKEDUL (JADWAL) PELAKSANAAN KEGIATAN PROGRAM PMKP UNIT KERJA

PROGRAM PMKP UNIT KERJA

8. Evaluasi pelaksanaan kegiatan & pelaporannya

- dilakukan evaluasi pelaksanaan kegiatan secara berkala

9. Pencatatan, pelaporan & evaluasi kegiatan

- Dilakukan sensus harian indikator mutu & pelaporan setiap bulan
- Pencatatan pelaporan IKP unit kerja

π

**TERIMA
KASIH**

