

Jakarta, 13 Oktober 2023

Nomor : 01 / MA/ RSDN/ x / 2023
Perihal : Undangan Pelatihan Kompetensi Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien 2023

Kepada Yth :

Direksi
Para Manajer
Komite Mutu
PIC Data Mutu
Ka.Instalasi, Ka.Ruangan

Di Tempat

Dengan Hormat,

Bersama ini kami mengundang Bapak/Ibu untuk dapat hadir pada Pelatihan Kompetensi PMKP yang akan dilaksanakan :

Hari / Tanggal : Senin, 16 Oktober 2023
Jam : 08.00 WIB - Selesai
Tempat : Ruang Menur Lantai 3
Acara : Pelatihan Kompetensi PMKP
Pembimbing : dr. Nina Sekartina, MHA, FisQua

Demikianlah undangan ini kami sampaikan, di mohon kehadirannya. Atas perhatiannya kami ucapan terimakasih.

Hormat Kami,
Direktur,



Dharma Nugraha
Hospital Est.1996

drg. Purwanti Aminingsih, MARS, MPM, Ph.D.



**Dharma
Nugraha**
Hospital
Est.1996

Daftar Hadir

Jl. Balai Pustaka Baru No. 19
Rawamangun, Pulo Gadung
Jakarta Timur 13220
P. +62 21 4707433-37
F. +62 21 4707428
www.dharmanugraha.co.id

Tempat : Ruang Mewar / Lt. 3
Hari / Tanggal : Senin, 16 Oktober 2023
Acara : Pelatihan Kompetensi PMKP. dan PIC Data

NOTULEN RAPAT

Hari/Tanggal : Senin, 16 Oktober 2023
Pukul : 08.00 s/d selesai
Tempat : Ruang Menur Lantai III
Pimpinan Rapat : dr. Nina Sekartina, MHA, FisQua
Peserta : Terlampir
Agenda Rapat : Pelatihan PMKP

Hasil Rapat

NO	PEMBAHASAN	ARAHAN/PUTUSAN	PIC
MEMAHAMI TKRS			
	Peraturan KMK No.HK.01.07/Menkes/1128/2022 BAB TKRS 15 Standar -> corporate by law dan hospital by law; namun hanya ada 7 Standar TKRS yang mengarah ke PMKP Standar 1 : Hospital by law Standar 4 : Kebijakan PMKP di Rumah Sakit Standar 5 : Pemilihan prioritas Rumah Sakit Standar 6 : Kontrak klinis dan manajemen -> indikator mutu Standar 10 : Peningkatan Mutu Unit Standar 13 : Budaya keselamatan -> melakukan survey Standar 14 : Manajemen Risiko -> Peran komite mutu	Pelajari TKRS sebelum masuk ke PMKP Standar 1 : <ul style="list-style-type: none"> - Cek corporate by law apakah sudah diinput? - Harus punya program PMKP -> ajukan ke komite mutu -> harus disetujui - Tanggungjawab representative pemilik untuk menyetujui program PMKP Standar 4 : <ul style="list-style-type: none"> - Apa yang harus dikerjakan oleh pemilik/representative pemilik, direktur dan manajemen serta unit - Pelatihan mulai dari direktur, staff sampai unit Standar 5 : <ul style="list-style-type: none"> - Menentukan program mutu oleh dirut, komite, kepala unit - Setiap rapat harus memiliki Undangan, Materi, Absensi, Notulen (UMAN) Standar 6 : <ul style="list-style-type: none"> - Menentukan indikator mutu rumah sakit 	

		<p>Standar 10 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Peningkatan mutu di kepala unit masing-masing - kepala unit mengetahui indikator unit dan program-program prioritasnya <p>Standar 14 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - PMKP harus punya program manajemen risiko - Profil risiko tiap unit, komite mutu akan menyusun tingkat risiko tiap unit - Menentukan Risk Priority Number (RPN) 	
	<p>Kriteria pemilihan prioritas :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Masalah yang paling banyak di rumah sakit 2. Jumlah yang banyak (high volume) 3. Proses berisiko tinggi (high process) 4. Ketidakpuasan pasien dan staf 5. Kemudahan dalam pengukuran 6. Ketentuan pemerintah atau persyaratan eksternal 7. Sesuai dengan tujuan strategis rumah sakit 8. Memberikan pengalaman pasien lebih baik (patient experience) 		
	<p>RISK PROFILE :</p> <p>Hasil dari proses analisis risiko dapat digunakan untuk menghasilkan profil risiko yang memberikan peringkat signifikansi untuk setiap risiko dan menyediakan alat untuk memprioritaskan upaya penanganan risiko. Masing-masing peringkat risiko (RPN) diidentifikasi sehingga dapat memberikan gambaran risiko yang relative penting.</p>	<p>Proses ini memungkinkan risiko dipetakan ke area bisnis yang terpengaruh, menjelaskan prosedur pengendalian utama yang ada dan menunjukkan area dimana tingkat investasi pengendalian risiko dapat ditingkatkan, diturunkan atau dibagikan kembali</p>	
MEMAHAMI PMKP			
	<p>PMKP 1 : Komite mutu</p> <p>PMKP 2 : Pelaksanaan kegiatan komite mutu</p> <p>PMKP 3 : Pengumpulan data/PIC data</p> <p>PMKP 4 : Analisis dan Validasi data, kompetensi staff PIC data</p>	<p>PMKP 1 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Direktur menetapkan regulasi terkait peningkatan mutu dan keselamatan pasien serta menajemen risiko 	

	<p>PMKP 5 : Validasi data PMKP 6 : Pencapaian dan upaya mempertahankan mutu PMKP 7 : Evaluasi proses pelaksanaan standar, evaluasi PPK PMKP 8 : Sistem pelaporan keselamatan pasien PMKP 9 : Laporan dan analisis IKP PMKP 10 : Evaluasi budaya keselamatan PMKP 11 : Penerapan manajemen risiko</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Direktur telah membentuk tim komite mutu untuk mengelola kegiatan PMKP serta uraian tugasnya sesuai dengan peraturan perundang-undangan - Komite Mutu menyusun program PMKP rumah sakit <p>PMKP 2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Komite/Tim mutu terlihat dalam pemilihan indikator mutu prioritas baik ditingkat rumah sakit maupun tingkat unit layanan - Komite/Tim mutu mengintegrasikan laporan insiden keselamatan pasien, pengukuran budaya keselamatan, dan lainnya untuk mendapatkan solusi dan perbaikan integrasi <p>PMKP 3 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rumah sakit melakukan pengumpulan data mencakup profil indikator mutu - Indikator mutu prioritas rumah sakit (IMP-RS) dan indikator mutu prioritas unit (IMP-Unit) telah dibuat profil indikator <p>PMKP 4 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Analisa data menggunakan metode dan teknik statistic terhadap semua indikator mutu yang telah diukur oleh staf yang kompeten - Hasil analisis digunakan untuk membuat rekomendasi tindakan perbaikan dan serta menghasilkan efisiensi penggunaan sumber daya (berupa INM) <p>PMKP 5 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rumah sakit telah melakukan validasi yang berbasis bukti 	
--	--	---	--

	<ul style="list-style-type: none"> - Pimpinan rumah sakit bertanggung jawab atas validitas dan kualitas data serta hasil yang dipublikasikan <p>PMKP 6 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rumah sakit telah membuat rencana perbaikan dan melakukan uji coba menggunakan metode yang telah teruji dan menerapkannya untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien - Memiliki bukti perubahan regulasi dan perubahan proses yang diperlukan untuk mempertahankan perbaikan - Keberhasilan telah didokumentasikan dan dijadikan laporan PMKP <p>PMKP 7 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rumah sakit melakukan clinical pathway sesuai yang tercantum dalam maksud dan tujuan - Hasil evaluasi dapat menunjukkan adanya perbaikan terhadap kepatuhan dan mengurangi variasi dalam penerapan prioritas standar pelayanan kedokteran di rumah sakit - Rumah sakit telah melaksanakan audit klinis dan atau audit medis penerapan prioritas standar pelayanan kedokteran di rumah sakit <p>PMKP 8 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Direktur menetapkan sistem pelaporan dan pembelajaran keselamatan pasien rumah sakit, termasuk didalamnya definisi, jenis insiden keselamatan pasien meliputi kejadian sentinel, KTD, KNC, KTC dan KPCS - Komite/Tim mutu membentuk investigator sesegera mungkin untuk melakukan investigasi komprehensif/analisa akar masalah pada semua 	
--	--	--

	<p>kejadian sentinel dalam kurun waktu tidak melebihi 45 hari</p> <p>PMKP 9 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Proses pengumpulan data sesuai sampai pelaporan diterapkan untuk memastikan akurasi data - Analisis data mendalam dilakukan ketika terjadi tingkat, pola atau tren yang tak diharapkan yang digunakan untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien - Data luaran (outcome) dilaporkan kepada direktur dan representative pemilik/dewan pengawas sebagai bagian dari program peningkatan mutu dan keselamatan pasien <p>PMKP 10 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rumah sakit telah melaksanakan pengukuran budaya keselamatan pasien dengan survey budaya keselamatan pasien setiap tahun menggunakan metode yang telah terbukti - Hasil pengukuran budaya sebagai acuan dalam menyusun program peningkatan budaya keselamatan di rumah sakit <p>PMKP 11 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Komite/Tim mutu memandu penerapan program manajemen risiko yang ditetapkan oleh direktur - Komite/Tim mutu telah membuat daftar risiko rumah sakit berdasarkan daftar risiko unit-unit di rumah sakit - Komite/Tim mutu telah membuat profil risiko dan rencana penanganan 	
--	---	--

		<ul style="list-style-type: none"> - Komite/Tim mutu telah menyusun program manajemen risiko tingkat rumah sakit untuk ditetapkan direktur 	
	<p>Definisi jenis insiden :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kejadian tidak diharapkan (KTD) adalah insiden keselamatan pasien yang menyebabkan cidera pada pasien - Kejadian tidak cidera (KTC) adalah insiden keselamatan pasien yang sudah terpapar pada pasien namun tidak menyebabkan cidera - Kejadian nyaris cidera (KNC) insiden keselamatan pasien yang belum terpapar pada pasien - Kondisi potensial cidera signifikan (KPCS) adalah kondisi yang berpotensi menyebabkan terjadinya kejadian tidak diharapkan (KTD) cidera signifikan 		
	<p>Saat akreditasi nanti :</p> <p>Regulasi Dokumen Akan diserahkan H-7 melalui SIDOKAR Observasi Wawancara Simulasi Konfirmasi Akan di telusur langsung</p>	<p>New ReDOWSKo :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Merupakan aplikasi yang dapat diinstall di HP - Berisi check list yang digunakan pada waktu telusur - Ada 2 metode telusur berdasarkan standar dan EP yang ada di STARKES dan berdasarkan skenario 	
	<p>Presentasi direktur saat survey :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Profil rumah sakit - Program PMKP - Hasil capaian INM, IMP dan IMU dan rencana perbaikan - Laporan IKP dan analisis nya 		

Menyetujui,

Direktur



drg. Purwanti Aminingsih, MARS, Ph.D

Jakarta, 16 Oktober 2023

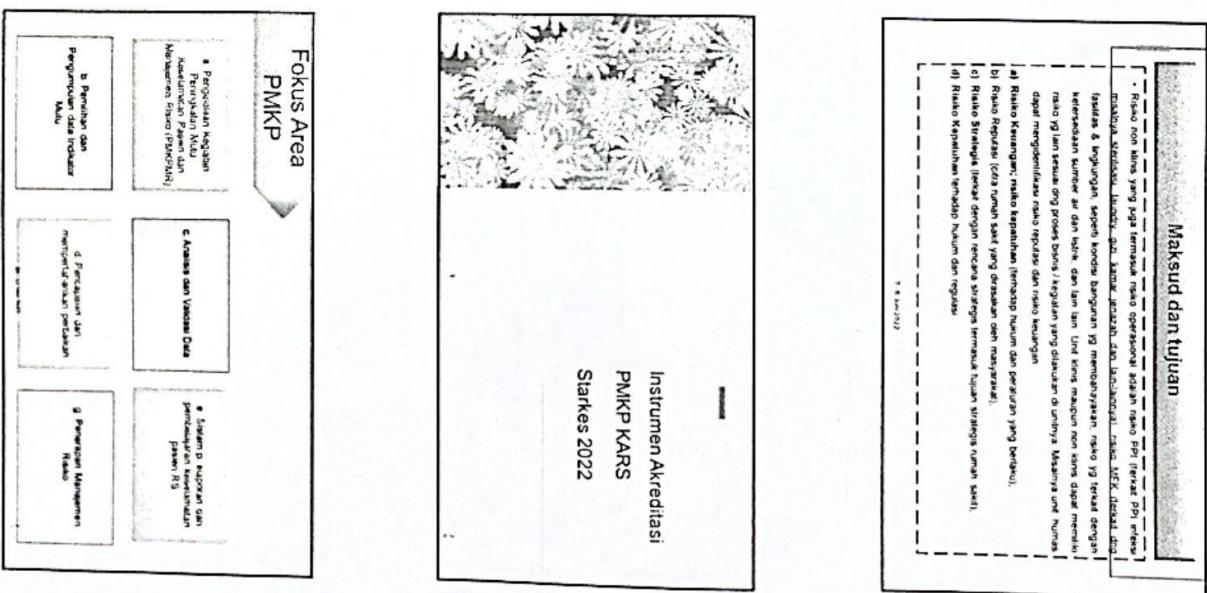
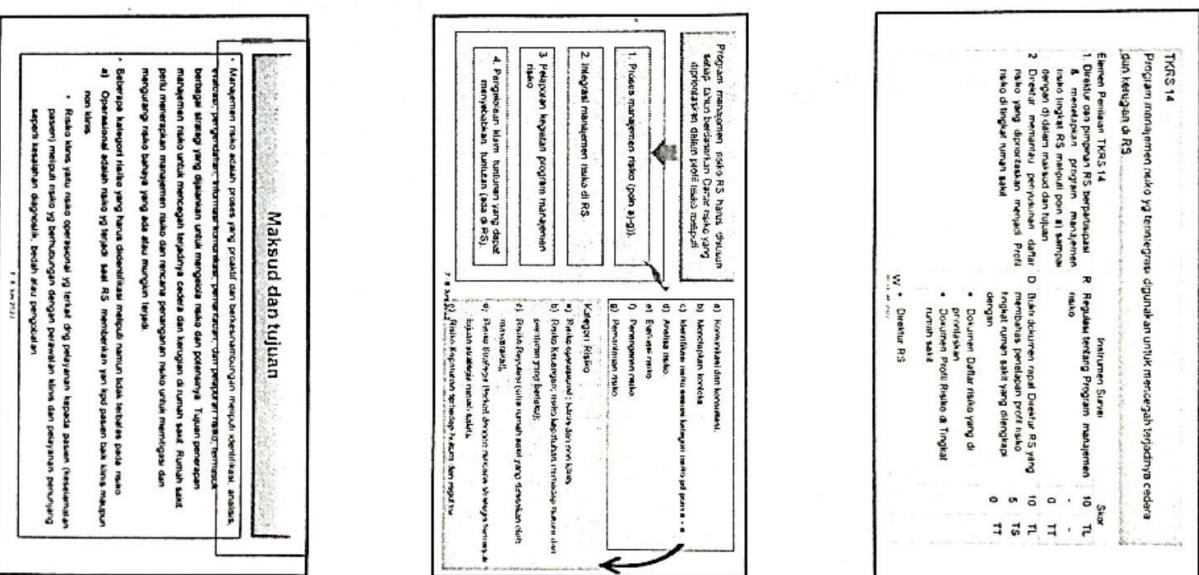
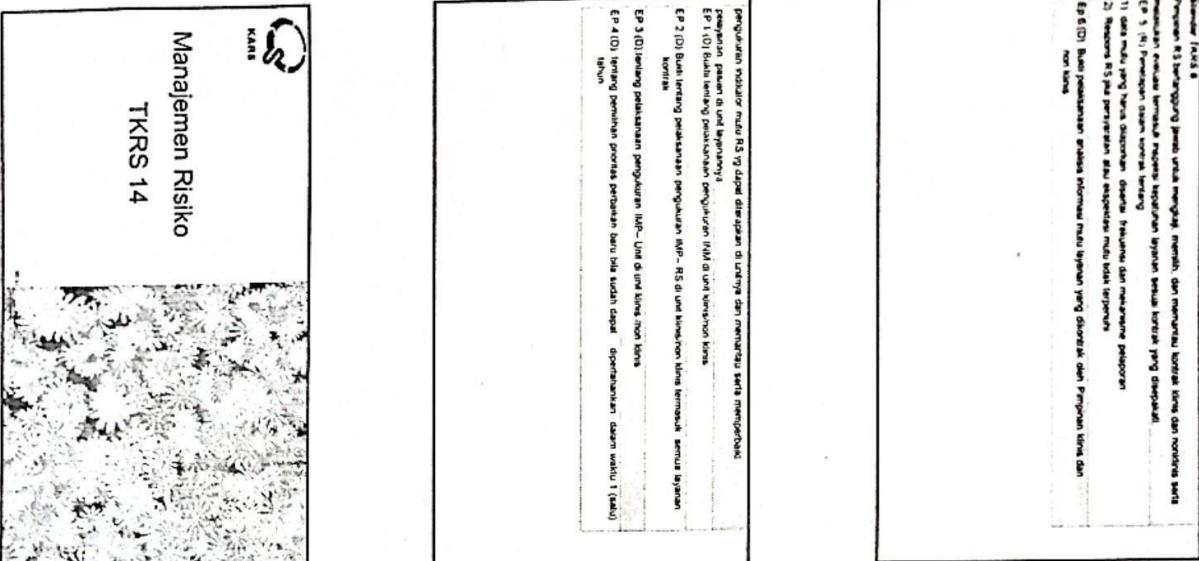
Notulen



dr.Bernand Gamaliel

Dokumentasi





Contoh sistematika : PEDOMAN MUTU, KESELAMATAN PASIENDAN MANAJEMEN RISIKO

11-01-2014

Susunan Batang Tubuh Peraturan Rumah Sakit

(Kepada Pemerintah)

Membabung :
Mengelolai :

AKSESARISAN

Mendukung: PERLAKUAN DIRECTUR UTAMA RS TEPANG PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN dan MANAJEMEN RISIKO

KETEPATAN JUMLAH

BAB I
Pendahuluan

BAB II
Pengaturan Organisasi

BAB III
Penetapan peran dan tugas & struktur organisasi

BAB IV
KEGAIATAN PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN DAN MANAJEMEN RISIKO

BAB V
PEMINGKATAN MUTU & KESELAMATAN RUMAH SAKIT DAN MANAJEMEN RISIKO

BAB VI
Pendukung

BAB VII
MONITORING DAN EVALUASI

Pend...

BAB VIII
PENUTUP

Pend...

BAB IX
LAMPIRAN

1. PEDOMAN PENINGKATAN MUTU
2. PEDOMAN KESELAMATAN PASIEN
3. PEDOMAN MANAJEMEN RISIKO
4. Panduan SISTEM MANAJEMEN DATA

11-01-2014

Susunan Batang Tubuh Peraturan Rumah Sakit

MONITORING DAN EVALUASI
Pend...

BAB VII
MONITORING DAN EVALUASI

Pend...

BAB VIII
PENUTUP

Pend...

BAB IX
LAMPIRAN

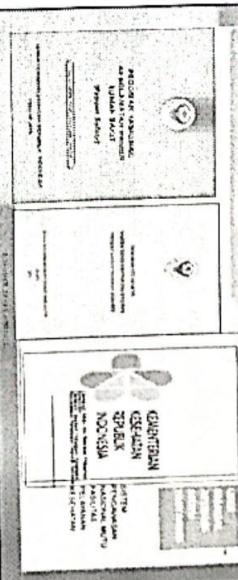
1. PEDOMAN PENINGKATAN MUTU
2. PEDOMAN KESELAMATAN PASIEN
3. PEDOMAN MANAJEMEN RISIKO
4. Panduan SISTEM MANAJEMEN DATA

11-01-2014

Pedoman Keselamatan Pasien RS

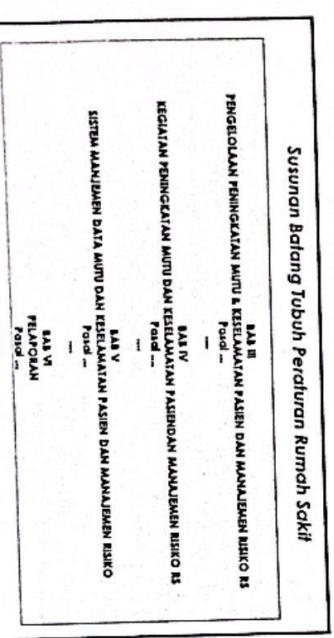


ACUAN REGULASI KESELAMATAN
PASIEN RS & LELAPORAN IKP



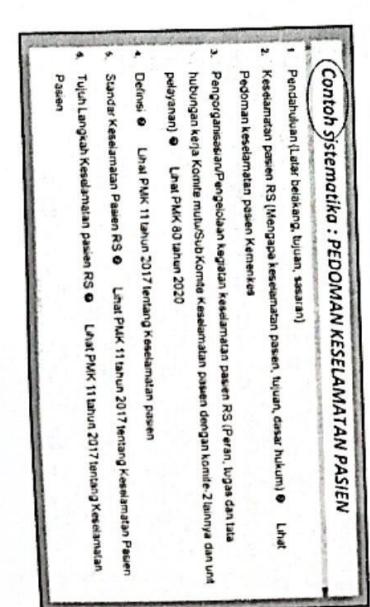
Contoh sistematika : PEDOMAN PENINGKATAN MUTU

- 1. Peningkatan mutu berdasarkan tujuan, sasaran
- 2. Pengaturan pemimpinan mutu
- 3. Penetapan organisasi ◉ Lihat PMK 80 tahun 2021 pasal 5 ayat 9
- 4. Pengaturan peran dan tugas & struktur organisasi ◉ Lihat di pasal 8 & tujuan TKRS 4: Tujuan RS yang komite medik, komite keperawatan, komite PPI, dan unit pen...
- 5. Pengungkatan mutu oleh komite medik → dapat pemilihan pelajariannya klinis priorititas → lihat miskud tujuan TKRS 5



Contoh sistematika : PEDOMAN KESELAMATAN PASIEN

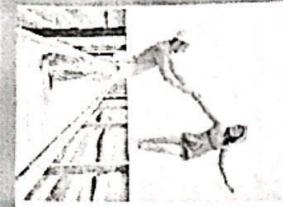
- 1. Pendahuluan,Latar belakang, tujuan, sasaran
- 2. Kesiadaman pasien RS (Mengapa keselamatan pasien, tujuan, dasar hukum) ◉ Lihat pedoman keselamatan pasien Kementerian
- 3. Pengorganisasian/Pengembangan segala keselamatan pasien RS (Peran, tujuan dan tata hubungan kerja Komite mutu/Sub Komite Keselamatan pasien dengan Komite 2 lainnya dan unit kerja) ◉ Lihat PMK 80 tahun 2020
- 4. Definisi ◉ Lihat PMK 11 tahun 2017 tentang Kesiadaman pasien
- 5. Standar Kesiadaman Pasien RS ◉ Lihat PMK 11 tahun 2017 tentang Kesiadaman Pasien
- 6. Tujuh Langkah Kesiadaman pasien RS ◉ Lihat PMK 11 tahun 2017 tentang Kesiadaman Pasien
- 7. Pendukung



Contoh Sistematika : PEDOMAN KESELAMATAN PASIEN

- Sistem Pedoman Pasien RS & Lint STARKE KELMEKS 2022
 Sistem Pedoman ini mencakup keperluan pasien dalam dan luar RS. Untuk Penerapan Pedoman
 ini perlu diketahui bahwa pada luar pasien, sendiri biasa lampu gelombang Matulip dan ARI
 disebutkan. Kegiatan keselamatan pasien di RS & Kegiatan-regulasi keselamatan pasien yang
 disusun oleh RS.
10. Perawatan & Pemeliharaan pasien
 11. Monitoring dan evaluasi kognisi pasien di RS
 12. Penulip

Pedoman Manajemen Risiko RS



1. **MANAJEMEN RISIKO**
1. Pendeklarasi (Latai, bukti kerja, tujuan, sasaran)
 2. Pengambilan manajemen risiko RS
 3. Pengelolaan Kegiatan manajemen risiko (Peran, Tugas dan tata hubungan kerja Komite miniatu/Subkomite manajemen Risiko RS dng k-3 RS Komite Pro Kontra penyia)
 4. Peran-Proses manajemen Risiko RS (11 orang Manajemen Risiko)
 5. Kerangka serta manajemen risiko RS (marke, komitmen, orientasi, verifikasi kerja untuk memungkinkan manajemen risiko, pengembangan manajemen risiko, pemantauan & tindakan kerjanya serta, pertukaran berkeberlanjutan untuk kerjanya)
 6. Proses manajemen Risiko & Penetrasi konteks (komite sel risiko, analisa risiko, evakuasi risiko, menganalisis risiko, monitoring dan review, komunikasi dan koordinasi)
 7. Pendeklarasi manajemen risiko RS
 8. Penerapan standar keselamatan keselamatan kerja dan analisa risiko
 9. Penulip

PROGRAM KERJA KOMITE/TIM MUTU	
• Setiap Komite/Tim wajib mempunyai program kerja	
• Program kerja komite/tim adalah susunan daftar kegiatan yang dimanfaatkan untuk dilaksanakan dalam satu periode kepengurusan Komite/Tim atau dalam kurun waktu 3 tahun (bila periode kepengurusan komite/tim tidak ada batas waktunya)	
• Sistematiska program kerja sama dengan sistematika program pada umumnya, yang membedakannya adalah pada skedul (jadwal) pelaksanaannya yang 1-3 tahun	

PROGRAM KERJA KOMITE MUTU RS

1. Pendeklarasi
2. Latai bektaing
3. Tujuan umum dan tujuan khusus
4. Kepala/pokok dan niatan kegiatan (Rencana Kegiatan)
5. Cara melaksanakan kegiatan
6. Sasaran
7. Jadwal pelaksanaan kegiatan
8. Evaluasi pelaksanaan kegiatan dan pengapalan
9. Pelaporan, perbaikan dan evaluasi kegiatan

Program kerja Komite
Mutu RS tidak perlu
dilengkapi anggaran

PEDOMAN KERJA DAN PROGRAM KERJA	
• Pedoman kerja Komite/Tim PMKP tidak sama dengan Pedoman PMKP	
• Pedoman kerja → formal buku belum ada bisa lihat contoh	
• Program kerja Komite PMKP tidak sama dng program PMKP RS	
• Formal program kerja = formal program, hanya di jadwal kegiatan di lengkap dengan jadwal kegiatan Komite/Tim PMKP	

Pedoman Kerja



PERATURAN MENTERI KESATUAN KEPERLUAN INDONESIA
NOMOR 27 TAHUN 2017
TENTANG
PERILAKU PENGETAHUAN DAN PENINJAUAN INFERNAL
DI FAKULTAS PELAYANAN KESATUAN

Pedoman Kerja

PEDOMAN KERJA DAN PROGRAM KERJA	
• Pedoman kerja Komite/Tim PMKP tidak sama dengan Pedoman PMKP	
• Pedoman kerja → formal buku belum ada bisa lihat contoh	
• Program kerja Komite PMKP tidak sama dng program PMKP RS	
• Formal program kerja = formal program, hanya di jadwal kegiatan di lengkap dengan jadwal kegiatan Komite/Tim PMKP	

• **Cara melaksanakan kgiatan** **O** untuk mutu, KP dan MR risiko

• **Sasaran** **O** ada uk mutu, untuk keselamatan pasien dan manajemen risiko

• **Skedul (jadwal) pelaksanaan kgiatan** **O** untuk mutu, KP dan MR

• **Evaluasi pelaksanaan kgiatan & pelaporannya** **O** untuk mutu, KP dan MR

• **Pencatatan, pelaporan & evaluasi kgiatan** **O** untuk mutu, KP dan MR

• **1. Pengujian & Penerapan kegiatan Penyelenggaraan Mutu RS**

- 1. Pengujian mutu nasional **O** evaluasi ke unit, penerapan PAPIC dasar pengujian mutu Nasional RS, RS yang tidak berstatus Nasional tetapi dilakukan pengujian mutu Nasional RS oleh Kementerian Kesehatan
- 2. Pengujian mutu penilaian Nasional RS, RS yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan
- 3. Pengujian mutu internal RS oleh Dinas Kesehatan
- 4. Pengujian mutu internal RS oleh KAM/KAM Dicor
- 5. Pengujian Sertifikasi
- 6. Audit internal dan external yang dilakukan oleh lembaga terkait
- 7. Pengujian mutu oleh komisi akreditasi dan sertifikasi
- 8. Pengujian

• **2. Pengujian & Penerapan kegiatan Pengembangan Mutu RS**

- 1. Pengembangan mutu internal **O** dilakukan oleh RS sendiri dengan tujuan meningkatkan mutu layanan dan memenuhi standart nasional dan internasional
- 2. Pengembangan mutu penilaian dan penilaian kinerja (namanya RS yg dilakukan oleh RS yg dilakukan oleh RS)
- 3. Pengembangan mutu penilaian oleh program Pendekatan kinerja
- 4. Pengembangan mutu oleh RS dengan tujuan meningkatkan mutu layanan dan memenuhi standart nasional dan internasional
- 5. Pengembangan mutu oleh RS dengan tujuan meningkatkan mutu layanan dan memenuhi standart nasional dan internasional
- 6. Pengembangan mutu oleh RS dengan tujuan meningkatkan mutu layanan dan memenuhi standart nasional dan internasional
- 7. Pengembangan mutu oleh RS dengan tujuan meningkatkan mutu layanan dan memenuhi standart nasional dan internasional
- 8. Pengembangan mutu oleh RS dengan tujuan meningkatkan mutu layanan dan memenuhi standart nasional dan internasional

1. Kegiatan & tindakan kognitif berorientasi akhir Mata RS	KSM
2. Analisa Risiko	Risiko berbahaya
3. Evaluasi Risiko	Risiko berbahaya
4. Mengelola Risiko	Risiko berbahaya
5. Kumpulkan dan Analisa	Risiko berbahaya
6. Identifikasi dan Analisa	Risiko berbahaya
7. Rencanakan dan Implementasi	Risiko berbahaya
8. Evaluasi dan Pengontrol	Risiko berbahaya
9. Implementasi data akhir penilaian	Risiko berbahaya
10. Evaluasi hasil implementasi penilaian	Risiko berbahaya
11. Laksanakan pengujian	Risiko berbahaya

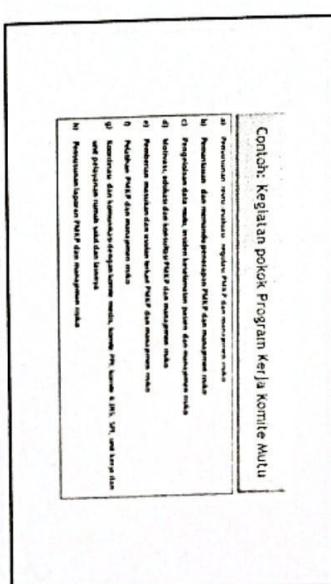
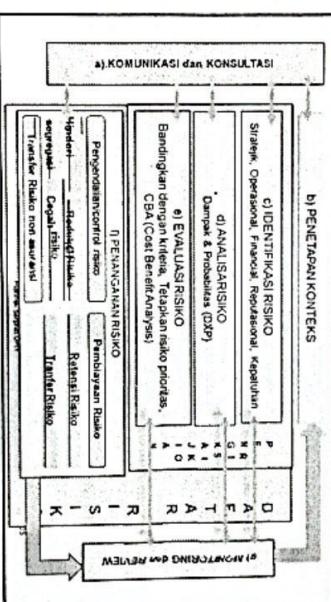
Sistematika program

1. Perencanaan
2. Lahan pembangunan
3. Rilis emisi dan Segera Masuk
4. Regulasi teknis dan teknik regulasi
5. Ciri mendeklariasi regulasi
6. Sistem
7. Analisis teknis klasifikasi
8. Evaluasi perbaikan regulasi dan pengaruh
9. Perbaikan, pengeluaran dan analisis regulasi

Proses manajemen risiko (point a S.d g) yang diterapkan di Rumah Sakit meliputi:

- a) Komunikasi dan konsultasi.
- b) Mengelola komiski.
- c) Identifikasi risiko serta kategori risiko pada point a-g
- d) Analisa risiko.
- e) Evaluasi risiko.
- f) Pengangguran risiko.
- g) Pemantauan risiko.

4. Kegiatan pokok program PdMK meliputi tipe tidak terstruktur	
a)	Pengelolaan risiko berdasarkan sifat risiko dan karakteristik risiko (Risiko klasifikasi, Risiko klasifikasi teknis, Risiko klasifikasi teknis dan karakteristik risiko)
b)	Komunikasi dan konsultasi
c)	Mengelola komiski
d)	Identifikasi risiko serta kategori risiko pada point a-g
e)	Analisa risiko
f)	Evaluasi risiko
g)	Pengangguran risiko
h)	Pemantauan risiko



4. Kegiatan pokok pelaksanaan Budaya Keselamatan di RS

- a) Kesiadatan dan mengerti masalah sekitar peristiwa yang tidak disengaja (overshoot).
- b) Evaluasi peristiwa secara berpasca dengan metode seperti konsorsium konsultasi (FOD).
- c) Mengelola kesiadatan dan mengerti sistem dalam mengelola dan budaya peristiwa yang akan.
- d) Mengelola peristiwa yang tidak disengaja pada semua saat pada semua peristiwa di rumah sakit, termasuk manajemen tali keranjang dan tali keranjang dalam praktek medis.
- e) Representasi dan wujud Ciri-ciri program.

4. Kegiatan pokok Program Manajemen Risiko

RS

- a) Proses manajemen risiko (point a-g).
- b) Integrasi manajemen risiko di rumah sakit.
- c) Pelaporan kegiatan program manajemen risiko.
- d) Pengelolaan klaim bantuan yang dapat menyebabkan bantuan (ada rumah sakit).

4. Kegiatan pokok pelaksanaan Budaya Keselamatan di RS

RS

- a) Perbaikan implementasi pelajaran yang belum berhasil berjalan ketika pada pelajaran berikutnya
- b) Perbaikan mutu para peduli untuk melaksanakan kesadaran dan rasa tanggung jawab diketahui bahwa tindakan dan operasi dilakukan secara solid (solid culture)
- c) Kerja sama tim dan koordinasi untuk memperbaiki masalah kesadaran dan rasa tanggung jawab para staf
- d) Komunitas pengajar rumah sakit dalam mendukung solid seperti rasa tanggung jawab para staf, pemotongan metode yang aman untuk mendukung misi dan tujuan untuk menyediakan masalah kesadaran

Catatan Sistematika Pedoman Kerja Komite Mutu

19/1

- a) Komunikasi dan mengerti masalah sekitar peristiwa yang tidak disengaja (overshoot)
- b) Komunikasi dan mengerti masalah sekitar peristiwa yang tidak disengaja (overshoot)
- c) Komunikasi dan mengerti masalah sekitar peristiwa yang tidak disengaja (overshoot)
- d) Komunikasi dan mengerti masalah sekitar peristiwa yang tidak disengaja (overshoot)
- e) Komunikasi dan mengerti masalah sekitar peristiwa yang tidak disengaja (overshoot)
- f) Komunikasi dan mengerti masalah sekitar peristiwa yang tidak disengaja (overshoot)
- g) Komunikasi dan mengerti masalah sekitar peristiwa yang tidak disengaja (overshoot)
- h) Komunikasi dan mengerti masalah sekitar peristiwa yang tidak disengaja (overshoot)
- i) Komunikasi dan mengerti masalah sekitar peristiwa yang tidak disengaja (overshoot)
- j) Komunikasi dan mengerti masalah sekitar peristiwa yang tidak disengaja (overshoot)
- k) Komunikasi dan mengerti masalah sekitar peristiwa yang tidak disengaja (overshoot)
- l) Komunikasi dan mengerti masalah sekitar peristiwa yang tidak disengaja (overshoot)

Program Kerja

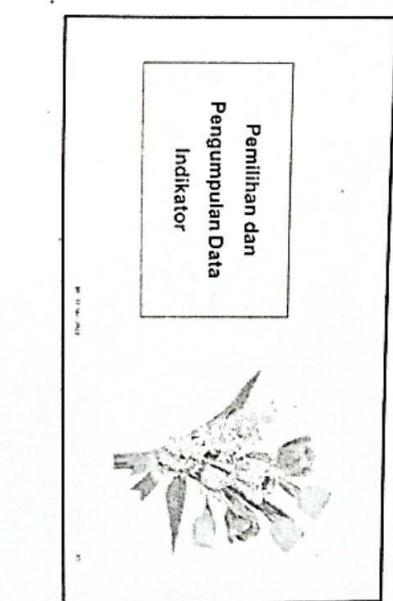
Unit



Pemilihan dan
Pengumpulan Data
Indikator



- INDIKATOR NASIONAL MUTU (INM)**
- Kepatuhan keberlilan tangan
 - Kepatuhan penggunaan APD
 - Kepatuhan identifikasi pasien
 - Vaktiu tanggap Operasi Seksi searea emergensi
 - Vaktiu tunggu rawat jalan
 - Penuindahan operasi elektif
 - Kepatuhan waktu visite Dokter
 - Laporan hasil kritis laboratorium
 - Kepatuhan penggunaan formulir national
 - Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh
 - Kecepatan waktu tanggap complain
 - Kepuasan pasien



Standar PKKP 2

Komite/Tim mutu mendukung proses pemilihan indikator dan melaksanakan koordinasi serta integrasi kegiatan pengukuran data indikator mutu dan keselamatan pasien di RS

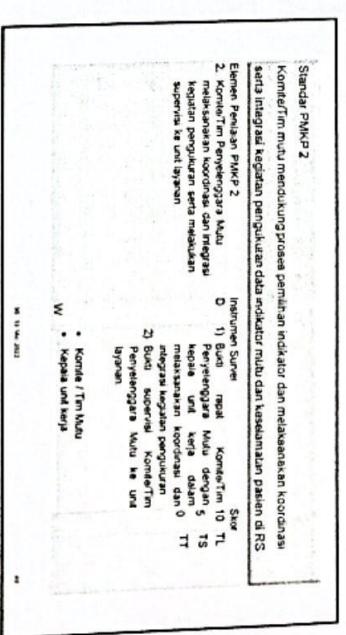
Elemen Penilaian PKKP 2

1. Komitmen Pengembangan Mutu
dalam pemilihan indikator mutu prioritas,
baik dilihat jumlah sakti maupun tingkat
untuk layanan

2. Buku petunjuk mutu tentang 10 TL
pemilihan indikator mutu prioritas, 5 TS
baik dilihat jumlah sakti maupun
tingkat untu layanan tingkat 0 TT

3.

- W • Komite / Tim Mutu
W • Pengelola RS
W • Kepala unit kerja



Standar PKKP 2

Komite/Tim mutu mendukung proses pemilihan indikator dan melaksanakan koordinasi serta integrasi kegiatan pengukuran data indikator mutu dan keselamatan pasien di RS

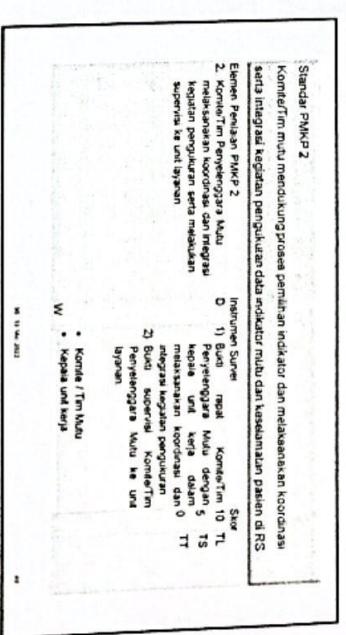
Elemen Penilaian PKKP 2

1. Komite/Tim Keamanan pasien mempunyai
kegiatan pengukuran serta melaksanakan
koordinasi ke unit kerja

2. Buku petunjuk mutu tentang 10 TL
pemilihan indikator mutu prioritas, 5 TS
baik dilihat jumlah sakti maupun
tingkat untu layanan tingkat 0 TT

3.

- W • Komite / Tim Mutu
W • Kepala unit kerja



Standar PKKP 2

Komite/Tim mutu mendukung proses pemilihan indikator dan melaksanakan koordinasi serta integrasi kegiatan pengukuran data indikator mutu dan keselamatan pasien di RS

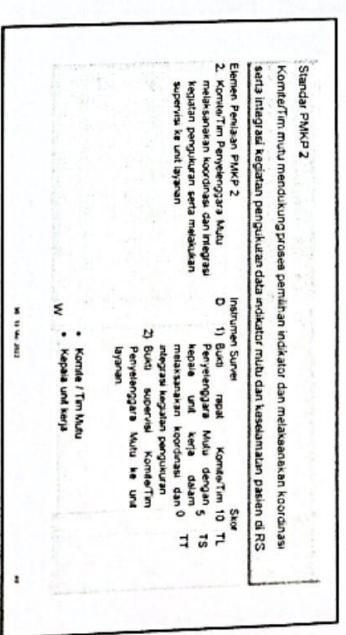
Elemen Penilaian PKKP 2

1. Komite/Tim Pengembangan Mutu
dalam pemilihan indikator mutu prioritas,
baik dilihat jumlah sakti maupun
tingkat untuk layanan

2. Buku petunjuk mutu tentang 10 TL
pemilihan indikator mutu prioritas, 5 TS
baik dilihat jumlah sakti maupun
tingkat untuk layanan tingkat 0 TT

3.

- W • Komite / Tim Mutu
W • Pengelola RS
W • Kepala unit kerja



Standar PKKP 2

Komite/Tim mutu mendukung proses pemilihan indikator dan melaksanakan koordinasi serta integrasi kegiatan pengukuran data indikator mutu dan keselamatan pasien di RS

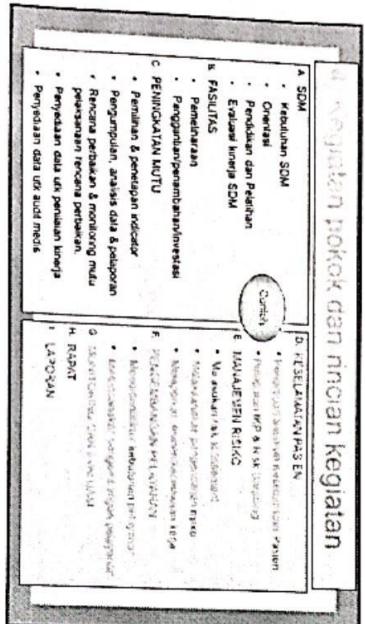
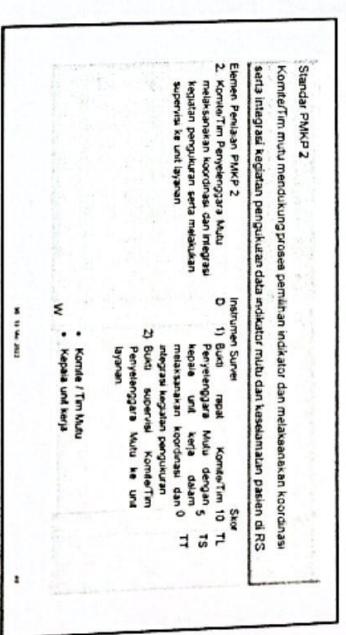
Elemen Penilaian PKKP 2

1. Komite/Tim Keamanan pasien mempunyai
kegiatan pengukuran serta melaksanakan
koordinasi ke unit kerja

2. Buku petunjuk mutu tentang 10 TL
pemilihan indikator mutu prioritas, 5 TS
baik dilihat jumlah sakti maupun
tingkat untuk layanan tingkat 0 TT

3.

- W • Komite / Tim Mutu
W • Pengelola RS
W • Kepala unit kerja



Pengumpulan data indicator mutu	
<p>a) INDIKATOR KASUS OLAH RUMTU (KOR) dan indikator mutu nasional yang web dukungan pengukuran sebagai informasi mutu secara nasional yang</p> <p>Dilengkapi dengan profil indikator</p>	
<p>b) INDIKATOR MUTU PRIORITAS RUMAH SAKIT (IMP-RS) mencakup:</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) Indikator Sistem Keamanan pasien minimal 1 indikator (2) Indikator pelayanan klinik prioritas minimal 1 indikator (3) Indikator sistem laporan klien minimal 1 indikator (4) Indikator teknik perbaikan sistem minimal 1 indikator (5) Indikator teknik manajemen risiko minimal 1 indikator (6) Indikator teknik penelitian klien dan program pendidikan kesehatan masyarakat minimal 1 indikator (7) Indikator teknik penerapan teknologi minimal 1 indikator <p>c) INDIKATOR PENGEMBANGAN INSTITUSI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pengelolaan & pemeliharaan institusi • Pengembangan analisis data & pelaporan • Rekrutmen pekerjaan & monitoring mutu • Penerapan dan evaluasi pertambahan • Pengembangan data dan penilaian klien • Pengelolaan data dan audit institusi <p>d) INDIKATOR PENGAMANAN UNIT (IMP-Unit) adalah indikator prioritas yang khusus dipilih kepada unit tertentu dan minimal 1 indikator</p>	

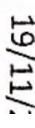
Profil Indikator	
a)	Jumlah indikator
b)	Dasar pemohonan
c)	Dimensi Mulu
d)	Tujuan
e)	Definisi Operational
f)	Jenis indikator
g)	Sumber pengumpulan
h)	Numerator (Pembang)
i)	Denominator (Penyebar)
j)	Tarif Pendapatan
k)	Target Pendapatan
l)	Kriteria mutu dan efisiensi
m)	Formula
n)	Metode pengumpulan data
o)	Sumber data
p)	Instrumen pengamatan data
q)	Populasi / Sampel (Besar sampel dan cara pengambilan sampel)
r)	Persentase pengumpulan data
s)	Perspektif analisis dan penilaian data
t)	Penilaian data
u)	Pengunggah jurnal

 <p>Komite Mutu</p>	<p>Terbatas dalam pemilihan indikator mutu prioritas baik dilihat RS maupun tingkat unit layanan</p>
<p>Koordinasi dan integrasi kegiatan pengukuran serta melakukan supervisi unit layanan.</p> <p>Mengingat aspek kinerja KIP, pengukuran butanya kesesuaian, dan lainnya untuk mendapatkan solusi dan pertambahan terintegrasi</p>	<p>+</p>

FORMAT PROFIL INDIKATOR RS	
Jenis Indikator	Output : untuk memastikan operasi perawatan kesehatan memiliki kinerjanya yang diinginkan dan memenuhi standar mutu Proses : untuk memastikan adanya pengelolaan dan pelaksanaan perawatan kesehatan dan beroperasional dengan efektivitas.
Kriteria Pengujian	Output untuk memastikan hasil dari proses yang dilaksanakan Output hasil perawatan kesehatan yang diberikan kepada pasien Hasil pasien dapat dikenali dengan baik Adanya penilaian kesehatan pasien yang akurat Jumlah pasien yang mendapat pelayanan yang memadai
Indikator Kinerja	Adanya penilaian kesehatan pasien yang akurat Jumlah pasien yang mendapat pelayanan yang memadai Ketersediaan fasilitas dan perlengkapan yang memadai Sekurangnya 95% pasien diberikan pelayanan dalam waktu yang ditentukan Ketersediaan fasilitas dan perlengkapan yang memadai
Permasalahan	Risiko terhadap kesehatan masyarakat

FORMAT PROFIL INDIKATOR RS	
Aspek Penilaian	Diketahui
Dimensi Profil	Jumlah bagian yang terdiri dari pengamatan indikator yang akan dihitung
Indikator	Catatan/tinjauan tentang pernyataan/pertanyaan yang akan dihitung
Skor	Skor nilai skala yang diberikan untuk mengukur tingkat kesesuaian dengan pernyataan/pertanyaan
Uraian	Keterangan tambahan mengenai pengamatan dan penilaian yang dilakukan
Analisis/Klasifikasi	Pengamatan dan penilaian dalam membandingkan pernyataan dengan hasil analisis/pengamatan (misal: berperbedaan, tidak berperbedaan, sama dengan, berperbedaan, tidak sama dengan)
Penilaian	Skor nilai skala yang diberikan untuk mengukur tingkat kesesuaian dengan pernyataan/pertanyaan
Detail Operasional	Batasan pengamatan yang diperlukan dalam melaksanakan pengamatan indikator untuk menghindari kesalahan

The image shows the cover page of a document. The title "Analisis dan Validasi Data Indikator Mutu" is centered in a large, bold, black font within a white rectangular box. Below the title is a decorative illustration of a plant with long, thin leaves and small flowers.



CONTOH : SISTEMATIKA LAPORAN PMKP
<ul style="list-style-type: none"> • Pendahuluan • Kegiatan yang dilaksanakan • Pengukuran DNM IMP-5, IMP-UNIT - Evaluasi kesiapan pelaksanaan standar pelayanan kedokteran di pelayanan klinik priorititas RS dan di Kelompok Satu Medis - Pelaporan hasil dari kesiapan dalam pasien • Hasil yang dicapai • Simpulan • Penutup

Soal		Jawaban		Penjelasan	
5.	Kemampuan PPKdA	D. Bahan pelajaran kemanan dan kerohanian pada 10 T.S	TS	keselamatan pasien serta mengelola partisipasi dalam pengembangan database sistem	Sumber
6.	Kemampuan PPKdA	D. Bahan pelajaran kemanan dan kerohanian pada 10 T.S	TS	dilengkapi dan analisa data disajikan untuk mendukung penerapan, peningkatan mutu dan	Analisa dan
7.	Teknik memperbaiki	D. Buktikan bahwa teknik memperbaiki sistem berfungsi dengan baik dan efisien pada 10 T.S	TS	keselamatan pasien serta mengelola partisipasi dalam pengembangan database sistem	keselamatan pasien serta mengelola partisipasi dalam pengembangan database sistem
8.	Konsepsi dan kewajiban	D. Buktikan bahwa teknik memperbaiki sistem berfungsi dengan baik dan efisien pada 10 T.S	TS	dilengkapi dan analisa data disajikan untuk mendukung penerapan, peningkatan mutu dan	Analisa dan
9.	W	D. Buktikan bahwa teknik memperbaiki sistem berfungsi dengan baik dan efisien pada 10 T.S	TS	keselamatan pasien serta mengelola partisipasi dalam pengembangan database sistem	keselamatan pasien serta mengelola partisipasi dalam pengembangan database sistem
10.	Konsepsi dan kewajiban	D. Buktikan bahwa teknik memperbaiki sistem berfungsi dengan baik dan efisien pada 10 T.S	TS	dilengkapi dan analisa data disajikan untuk mendukung penerapan, peningkatan mutu dan	Analisa dan
11.	(Lihat PPKdA)	D. Buktikan bahwa teknik memperbaiki sistem berfungsi dengan baik dan efisien pada 10 T.S	TS	keselamatan pasien serta mengelola partisipasi dalam pengembangan database sistem	keselamatan pasien serta mengelola partisipasi dalam pengembangan database sistem
12.	Konsepsi dan kewajiban	D. Buktikan bahwa teknik memperbaiki sistem berfungsi dengan baik dan efisien pada 10 T.S	TS	dilengkapi dan analisa data disajikan untuk mendukung penerapan, peningkatan mutu dan	Analisa dan

Standar PIHK4									
Aplikasi dan analisa data dalam strukturnya untuk mendukung pertumbuhan dan perkembangan dalam pengembangan mutu dan keterelastikan sistem informasi berdasarkan database eksternal									
Elemen Penilaian PIHK-4	(Instrumen Standar)								
5. Terapkan teknologi pemrosesan data D. Bantah pengetahuan, pemahaman, dan keterampilan dalam mengolah data dalam bentuk strukturnya, luaran database eksternal untuk tujuan pembangunan internal dan waktu ke waktunya, perbedaan dengan dunia nyata yang sejalan dengan praktik terbaik (best practices) dan ciri-ciri sumber ilmiah profesional yang objektif.	<table border="1"> <tr> <td>database eksternal untuk tujuan pembangunan internal dan waktu ke waktunya, perbedaan dengan dunia nyata yang sejalan dengan praktik terbaik (best practices) dan ciri-ciri sumber ilmiah profesional yang objektif</td> <td>meningkatkan keterampilan dan pengetahuan mengolah data dalam bentuk strukturnya, luaran database eksternal untuk tujuan pembangunan internal dan waktu ke waktunya, perbedaan dengan dunia nyata yang sejalan dengan praktik terbaik (best practices) dan ciri-ciri sumber ilmiah profesional yang objektif</td> </tr> <tr> <td>5</td><td>TS</td> </tr> <tr> <td>0</td><td>TT</td> </tr> <tr> <td>0</td><td>TT</td> </tr> </table>	database eksternal untuk tujuan pembangunan internal dan waktu ke waktunya, perbedaan dengan dunia nyata yang sejalan dengan praktik terbaik (best practices) dan ciri-ciri sumber ilmiah profesional yang objektif	meningkatkan keterampilan dan pengetahuan mengolah data dalam bentuk strukturnya, luaran database eksternal untuk tujuan pembangunan internal dan waktu ke waktunya, perbedaan dengan dunia nyata yang sejalan dengan praktik terbaik (best practices) dan ciri-ciri sumber ilmiah profesional yang objektif	5	TS	0	TT	0	TT
database eksternal untuk tujuan pembangunan internal dan waktu ke waktunya, perbedaan dengan dunia nyata yang sejalan dengan praktik terbaik (best practices) dan ciri-ciri sumber ilmiah profesional yang objektif	meningkatkan keterampilan dan pengetahuan mengolah data dalam bentuk strukturnya, luaran database eksternal untuk tujuan pembangunan internal dan waktu ke waktunya, perbedaan dengan dunia nyata yang sejalan dengan praktik terbaik (best practices) dan ciri-ciri sumber ilmiah profesional yang objektif								
5	TS								
0	TT								
0	TT								
(Bantah PIHK 4 EP. 1)									
<ul style="list-style-type: none"> W. Komite IT/MIAJU V. Kesisuaian dan relevansi P. Keberadaan dan data sekunder 									

Standar PKKP 5

Rumah sakit melakukan proses validasi data berdasarkan metode mutu yang diberikan.

Element Penilaian PKKP 5	Bukti kerjanya benar
• Rumah sakit menindaklanjuti saran dan pengaruh dari komite kualitas dan tim kualitas	Bukti bukti penilaian hasil audit dan pengaruh dari komite kualitas dan tim kualitas
2. Proses untuk mendukung proses atau wadah dan sarana data yang hasil pengelolaan	Bukti bukti penilaian hasil audit dan pengaruh dari komite kualitas dan tim kualitas
• Komite / Tim Kualitas	5
W	TS
• Pengaruh RS	0
• Komite / Tim kualitas	TT
W	TT

Standar PKKP 6

Rumah sakit mencapai perbaikan mutu dan diperbaiki.

Element Penilaian PKKP 6	Bukti kerjanya benar
• Rumah sakit mencapai perbaikan mutu dan diperbaiki	Bukti kerjanya benar
3. Kesiapan hasil penilaian regulasi dan D	Bukti kerjanya benar
• Perbaikan proses yang diperlukan untuk memperbaikannya	Bukti kerjanya benar
W	TT
• Komite / Tim Kualitas	0
• Pengaruh RS	10
• Komite / Tim kualitas	TS
W	TS

Pencapaian dan upaya mempertahankan perbaikan mutu**Standar PKKP 6**

Rumah sakit mencapai perbaikan mutu dan diperbaiki.

Element Penilaian PKKP 6	Bukti kerjanya benar
• Rumah sakit mencapai perbaikan mutu dan diperbaiki	Bukti kerjanya benar
3. Kesiapan hasil penilaian regulasi dan D	Bukti kerjanya benar
• Perbaikan proses yang diperlukan untuk memperbaikannya	Bukti kerjanya benar
W	TT
• Komite / Tim Kualitas	0
• Pengaruh RS	10
• Komite / Tim kualitas	TS
W	TS

Standar PKKP 7

Rumah sakit mencapai perbaikan mutu dan diperbaiki.

Element Penilaian PKKP 7	Bukti kerjanya benar
1. Rumah sakit melakukan evaluasi internal yang terkait dengan tujuan	Bukti kerjanya benar
2. Hasil evaluasi dapat meningkatkan adanya perbaikan terhadap kepatuhan dan pengaruh variabel dalam penerapan standar pelayanan kesehatan di RS	Bukti kerjanya benar
3. Komite Medis	0
W	TT
• Komite / Tim Kualitas	0
• Pengaruh RS	10
• Komite / Tim kualitas	TS
W	TS

Standar PKKP 7

Rumah sakit mencapai perbaikan mutu dan diperbaiki.

Element Penilaian PKKP 7	Bukti kerjanya benar
1. Rumah sakit melakukan evaluasi internal yang terkait dengan tujuan	Bukti kerjanya benar
2. Hasil evaluasi dapat meningkatkan adanya perbaikan terhadap kepatuhan dan pengaruh variabel dalam penerapan standar pelayanan kesehatan di RS	Bukti kerjanya benar
3. Komite Medis	0
W	TT
• Komite / Tim Kualitas	0
• Pengaruh RS	10
• Komite / Tim kualitas	TS
W	TS

Standar PKKP 7

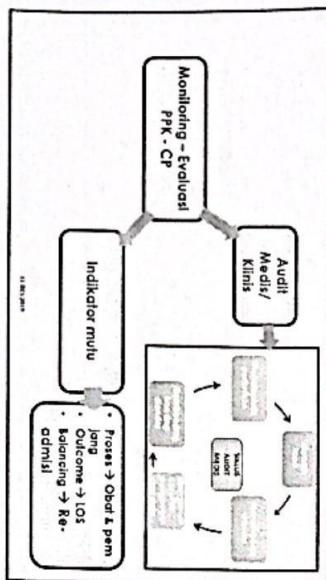
Rumah sakit mencapai perbaikan mutu dan diperbaiki.

Element Penilaian PKKP 7	Bukti kerjanya benar
1. Rumah sakit melakukan evaluasi internal yang terkait dengan tujuan	Bukti kerjanya benar
2. Hasil evaluasi dapat meningkatkan adanya perbaikan terhadap kepatuhan dan pengaruh variabel dalam penerapan standar pelayanan kesehatan di RS	Bukti kerjanya benar
3. Komite Medis	0
W	TT
• Komite / Tim Kualitas	0
• Pengaruh RS	10
• Komite / Tim kualitas	TS
W	TS

Element Penilaian PKKP 7	Bukti kerjanya benar
1. Rumah sakit melakukan evaluasi internal yang terkait dengan tujuan	Bukti kerjanya benar
2. Hasil evaluasi dapat meningkatkan adanya perbaikan terhadap kepatuhan dan pengaruh variabel dalam penerapan standar pelayanan kesehatan di RS	Bukti kerjanya benar
3. Komite Medis	0
W	TT
• Komite / Tim Kualitas	0
• Pengaruh RS	10
• Komite / Tim kualitas	TS
W	TS

Penjelasan: Pengukuran prioritas perbaikan

- Penugasan standar pelayanan kedokteran berdasarkan PPK dievaluasi dengan alur klinik / clinical pathway (CP).
 - Pengukuran prioritas pertamaan pelayanan klinik didepan Direktorat bersama pimpinan medis, ketua Komite medis dan KSM merupakan paling sedikit 5 (lima) evaluasi pelaksanaan prioritas standar pelayanan kedokteran.
 - Evaluasi pelaksanaan prioritas standar pelayanan kedokteran dilakukan sampai terjadi pengurangan variasi dan data awal ke target yang ditetapkan ketertuaan RS.



Insiden Keseleamtan Pasien (IKP)

Kategori	Pengertian	Contoh
1)	Kegelisahan pada dominasi IKPT adalah rasa takut/takut/takut pasien (IKPT) yg mempengaruhi cedera pada pasien.	
2)	Kegelisahan tidak cederai (NTC) adalah rasa takut/takut/ganjaran pasien tentang situasi sekitar yang tidak menguntungkan cedera.	
3)	Kegelisahan tidak cederai (NTC) adalah rasa takut/takut/ganjaran pasien tentang situasi sekitar yang tidak menguntungkan cedera.	
4)	Kegelisahan kultural (kultural cederai) adalah rasa ketakutan dalam dunia praktek pengobatan atau konsultasi pasien terhadap pengobatan yang berbeda dengan kebiasaan pengobatan pasien atau keluarga yang miskaitarisme yang dialami pada pasien. Kegelisahan kultural mengakibatkan rasa takut atau rasa takut keberadaan pasien yang miskaitarisme yang beroperasi berjalan pada hasil akhir.	<ul style="list-style-type: none"> - Kultural. - Cederai pemain. - Cedera pasien yang berada di luar lingkungan seorang pasien.

Standar P
Data laporan

Standar PKMPK 9		
Data laporan risiden keselamatan pamer teknologi bulan untuk memenuhi kebutuhan masyarakat dan bersifat yang tidak diringankan		
Evaluasi Penilaian PKMPK 9	Kriteria Siswa	
1. Tujuan pengembangan dasar wajib 1) D dari makna dan tujuan, teknologi dan pengembangan dalam meningkatkan kualitas data.	Bahan pelajaran kelembaban pertama kali penerapan 1-1 kisi-kisi pelajaran sekolah	10 8 6 11
W 2. Analisis data menggunakan teknik survei interview, polemik dan pengambilan keputusan untuk menyelesaikan masalah kebutuhan peserta.	<ul style="list-style-type: none"> • Kritisitas/makali • Kepribadian dan kepuasannya <p>Bahan pelajaran teknik survei interview, polemik dan pengambilan keputusan untuk menyelesaikan masalah kebutuhan peserta.</p>	10 10 6 11
W 3. Kesiapan untuk mengikuti kemampuan dan keterampilan yang diperlukan untuk mengikuti kegiatan teknologi dan keselamatan pamer.	<ul style="list-style-type: none"> • Kritisitas/makali 	10 10 6 11

Sistem pelaporan dan



Standar PMK
Rumah sakit m

Sistem pelaporan dan

pasien RS (SP2KP-RS)

卷之三

```

graph TD
    A[Monitoring - Evaluasi  
PPK - CP] --- B[In]
    A --- C[Out]
    A --- D[An  
Mer  
Kini]
  
```

Standar PMK

Rumah sakit mengembangkan Sistem pelaporan dan pembelajaran keselamatan pasien di rumah sakit

Standar PMK P

Rumah sakit mengintegrasikan Sistem pelaporan dan pembelajaran keselamatan pasien di

Rumah sakit (SPKRS)	
Elemen Penilaian PISA 9	
6. Pengaruh tareas sedi miskin pada kesehatan pertumbuhan dan perkembangan perilaku anak dan mengalami kondisi yang berdampak buruk	D
7. Pengaruh tareas sedi miskin pada kesehatan pertumbuhan dan perkembangan perilaku anak dan mengalami kondisi yang berdampak buruk	D
8. Pengaruh tareas sedi miskin pada kesehatan pertumbuhan dan perkembangan perilaku anak dan mengalami kondisi yang berdampak buruk	D
9. Pengaruh tareas sedi miskin pada kesehatan pertumbuhan dan perkembangan perilaku anak dan mengalami kondisi yang berdampak buruk	D
10. Pengaruh tareas sedi miskin pada kesehatan pertumbuhan dan perkembangan perilaku anak dan mengalami kondisi yang berdampak buruk	D
11. Pengaruh tareas sedi miskin pada kesehatan pertumbuhan dan perkembangan perilaku anak dan mengalami kondisi yang berdampak buruk	D
12. Pengaruh tareas sedi miskin pada kesehatan pertumbuhan dan perkembangan perilaku anak dan mengalami kondisi yang berdampak buruk	D
13. Pengaruh tareas sedi miskin pada kesehatan pertumbuhan dan perkembangan perilaku anak dan mengalami kondisi yang berdampak buruk	D
14. Pengaruh tareas sedi miskin pada kesehatan pertumbuhan dan perkembangan perilaku anak dan mengalami kondisi yang berdampak buruk	D
15. Pengaruh tareas sedi miskin pada kesehatan pertumbuhan dan perkembangan perilaku anak dan mengalami kondisi yang berdampak buruk	D
16. Pengaruh tareas sedi miskin pada kesehatan pertumbuhan dan perkembangan perilaku anak dan mengalami kondisi yang berdampak buruk	D
17. Pengaruh tareas sedi miskin pada kesehatan pertumbuhan dan perkembangan perilaku anak dan mengalami kondisi yang berdampak buruk	D
18. Pengaruh tareas sedi miskin pada kesehatan pertumbuhan dan perkembangan perilaku anak dan mengalami kondisi yang berdampak buruk	D
19. Pengaruh tareas sedi miskin pada kesehatan pertumbuhan dan perkembangan perilaku anak dan mengalami kondisi yang berdampak buruk	D
20. Pengaruh tareas sedi miskin pada kesehatan pertumbuhan dan perkembangan perilaku anak dan mengalami kondisi yang berdampak buruk	D

Sunder PUKP 8

Dit document is een gedownload bestand van deelname.com. Deelname.com is een bedrijf van deelname.com B.V.

Nomor Poin dan Penjelasan		Pertanyaan Baru	
2.	Dapat bantu instalasi disposisi hukum terhadap dan mengintegrasikan penitentiary dengan penegakan hukum bagi para pelaku kejahatan melalui tindakan pencegahan.	D	Bantuan terhadap disposisi hukum terhadap dan mengintegrasikan penitentiary dengan penegakan hukum bagi para pelaku kejahatan melalui tindakan pencegahan.
			10 11 12 13 14 15 16 17
W	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reparasi ▪ Dukungan ▪ Komunikasi ▪ Kepatuhan hukum 		0

4) Banyaknya objek patroli yang bertugas ditemui, diobservasi, memerlukan perjanjian dan waktunya yang setuju namun saat sebenarnya bantuan atau alat bantu yang dibutuhkan tidak tersedia

5) Kesiapan tim dalam melaksanakan tugas yang dilakukan

6) Bayar dengan cepat bukan yang bisa diambil.

7) Pencarian pelaku yang sedang menyeberang jalan, bisa dilakukan dengan patroli.

8) Perintah kerja (misal: patroli jarak jauh dan berwaktu yang tetap) dapat diberikan saat pelaksanaan patroli dan berlaku selama masa pelaksanaan (jangka waktu).

9) Pemakaian senjata api dalam pelaksanaan patroli, selain memberikan dampak buruk bagi orang lain, juga berpotensi membahayakan diri sendiri.

10) Resiko kerugian finansial yang mungkin terjadi saat ada proses dilaksanakan dengan intervensi pihak ketiga.

14. Banyak dulu pesan yang sanggup, segera berikan momen rehat di kantor. Jika ada waktu luang, bersantai dan buka buku atau main game.

15. Pada hari pertama, pesan yang mungkin perlu dilakukan, yaitu mengirim pesan singkat, cek pesanan, dan cek surat dari pelanggan. Hal ini penting untuk memudahkan pelanggan dalam mengetahui status pesanan mereka.

16. Selanjutnya, pesan yang mungkin perlu dilakukan, yaitu mengirim pesan singkat, cek pesanan, dan cek surat dari pelanggan. Hal ini penting untuk memudahkan pelanggan dalam mengetahui status pesanan mereka.

17. Selanjutnya, pesan yang mungkin perlu dilakukan, yaitu mengirim pesan singkat, cek pesanan, dan cek surat dari pelanggan. Hal ini penting untuk memudahkan pelanggan dalam mengetahui status pesanan mereka.

18. Selanjutnya, pesan yang mungkin perlu dilakukan, yaitu mengirim pesan singkat, cek pesanan, dan cek surat dari pelanggan. Hal ini penting untuk memudahkan pelanggan dalam mengetahui status pesanan mereka.

19. Selanjutnya, pesan yang mungkin perlu dilakukan, yaitu mengirim pesan singkat, cek pesanan, dan cek surat dari pelanggan. Hal ini penting untuk memudahkan pelanggan dalam mengetahui status pesanan mereka.

20. Selanjutnya, pesan yang mungkin perlu dilakukan, yaitu mengirim pesan singkat, cek pesanan, dan cek surat dari pelanggan. Hal ini penting untuk memudahkan pelanggan dalam mengetahui status pesanan mereka.

DEFINISI JENIS INSIDI

卷之三

- Dua laporan ini tidak konsisten karena salah satu pasangannya dituliskan sebagaimana bukti untuk memantau kelebihan muncul (dan atau variasi) yang tidak dinyatakan

a) Proses pengumpulan data sesuai (e-h) di makalah dan tulisan, analisa, dan disajikan dengan jelas dan akurat.

b) Analisa data mendalam diketahui ketika terjadi singgah, pola atau tren yang tak diharapkan yang digunakan untuk meningkatkan mutu dan kewajiban penelitian.

c) Data hasil (outcome) dilaporkan kepada Direktorat dan Representatif Pemda/Dewan

KEJADIAN SENTINEL

PENJELASAN

PENJELASAN
<p>INSIEN KESALAMATAN PISAE (IKP), kejadian yang tidak diinginkan ketika memberikan asuhan kepada pasien (care management problem (CMP) atau kondisi yang berhubungan dengan fungsi RS terhadap kesehatan dan/atau pelayanan (service delivery problem (SDP)), yang dapat berpotensi atau telah menyebabkan banya rugi pasien.</p> <p>Dari hasil riset sebelumnya menunjukkan (e.g.) dan dapat mengakibatkan kejadian lainnya seperti yang disebutkan dalam perihalnya atau dampak setelah oleh RS untuk dikembangkan ke dalam dalam kejadian sensitif.</p> <p>Tidak semua kejadian menyebabkan kejadian sensitif, dan tidak semua kejadian sensitif akibat suatu kejadian.</p>

Kejadian sentinel jika terjadi salah satu dari sbb:

- 1) Hipertensionnya membaik (penurun = 20 mmHg).
- 2) Fluoroskop pemeriksaan dengan dosis cumatuk > 1.000 mSv pada pasien tunggal atau peningkatan dosis radiasi pasien ke atas batas yang sah atau peningkatan radiasi > 25% melebihi dosis maksimum yang direkomendasikan.
- 3) Kehilangan kewaspadaan atau kesadaran atau perubahan tingkah laku akibat pengaruh obat-obatan atau zat-zat kimia lainnya.
- 4) Semua kerusakan atau gangguan berat dengan durasi permanen.
- 5) Kematian atau sakit berat (mengakibatkan kerusakan dengan durasi permanen dan tidak dapat dihindari atau mengakibatkan kerusakan permanen dan tidak dapat diobati).
- 6) Kerusakan umum mendekati kerusakan permanen dan menyebabkan orang tidak mampu untuk bertahan hidup.

- Kepada Semua Siswa kelas yang ikut berpartisipasi dengan berdiskusi dengan teman atau pengajar
pada mendekati yang terjadi pada proses
Kepada seluruh guru dan karyawan yang turut dihadirkan yg memperhatikan implementasi NKT2 termasuk m. al
Kamidu, b.I Cederia Permata, c.I Cederia bertaqabiq berdiskusi dengan
Cederia permanent - diterima yang selanjutnya dalam yg bersifat kewajiban adalah seluruh pengajar dan
kepala sekolah, ketua OSIS, ktp.

- Cederia bertaqabiq berdiskusi dengan cederia yang bersifat kritis dan dapat mengantarkan opini yg
berlangsung dalam kelas kurang lebih kepada berdiskusi permanent / grup diskusi, namun kondisi terkait
mengakui permasalahan pasca ke tragedi peristiwa yg belum tuntas penyelesaian untuk peng
anggaran yang lama pemerkosaan pasca ke tragedi peristiwa yg belum tuntas penyelesaian untuk peng
anggaran yg dibutuhkan yg bersifat kritis. Tidaklah alasan yg tidak ada untuk membangun dan
memperbaiki yg bersifat kritis.

Penjelasan

<p>Data laporan insiden keselamatan pasien selalu ditulis setiap tiga bulan untuk memantau ketika muncul tren atau varia yang tidak diinginkan</p>
<p>a) Proses pengumpulan data sesuai (p-1) di makalah dan tulisan, artikel, dan pengaruh diterapkan untuk memperbaiki sistem data.</p>
<p>b) Analisis data mendalam dilakukan ketika terjadi singkat, pola atau tren yang tak diharapkan yang dipengaruhi oleh meningkatnya minat dan kesadaran publik.</p>
<p>c) Data laporan (outcome) disampaikan kepada Direktor dan Representatif pemilik/ Dewas sebagai bagian dari program PHKG</p>

KEJADIAN SENTINEL
<ul style="list-style-type: none"> - Kepada Santriwati mulai regulasi yang lebih berlengkap dengan perbaikan penyajian pakan atau penyajian makanan yang terlalu keras pada pasien - Kebutuhan santriwati akan air minum yang harus diupayakan yg memenuhi standart (sejauhnya H2O bersih m= 8) - Kesehatan Cendera Permata (Cendera) tidak yg berdampak berarti terhadap pasien
<ul style="list-style-type: none"> - Cendera permata , santriwati yang akhirnya keperluan untuk obat-obatan yang diketahui masuk ke dalam klasifikasi obat-obatan
<ul style="list-style-type: none"> - Cendera yang berhasil sembuh : cendera yang berhasil kritis dan akut mengingatannya nyawa yang berbahaya sehingga seluruh suster wanita terlalu terjaga cendera permata (Obat-obatan rumah kondisi tersebut mengingatkan perawatan pasien yg tinggi perawatan yg ketika ini suster wanita berada kondisi yang berbahaya yang belum mendapatkan pasien yg tinggi perawatan yg ketika ini suster wanita berada kondisi yang berbahaya)
11

Sunder PUKP 8

Dit document is een voorbeeld van een gedownload document. Deze pagina's zijn niet te gebruiken.

Nomor Poin dan Penjelasan		Pertanyaan Bantuan	
2.	Dapat bantu instalasi disposisi kebutuhan obat dan perlengkapan pentol di rumah dengan mengajukan bantuan program pengembangan untuk dana kesehatan pokok.	D	Bantuan untuk instalasi disposisi kebutuhan obat dan perlengkapan pentol di rumah dengan mengajukan bantuan program pengembangan untuk dana kesehatan pokok.
W	<ul style="list-style-type: none"> - Rumah sakit - Dinas - Komunitas - Koperasi dan koperasi 		

4) Banyaknya objek patroli yang bertugas ditemui, diobservasi, memerlukan perjanjian dan waktunya yang setuju namun saat sebenarnya bantuan atau alat bantu yang dibutuhkan tidak tersedia

5) Kesiapan tim dalam melaksanakan tugas yang dilakukan

6) Bayar dengan cepat bukan yang bisa diambil.

7) Pencarian pelaku yang sedang menyeberang jalan, bisa dilakukan dengan patroli.

8) Perintah kerja (misal: patroli jarak jauh dan berwaktu yang tetap) dapat diberikan saat pelaksanaan patroli dan berlaku selama masa pelaksanaan (jangka waktu).

9) Pemakaian kereta api, pesawat udara, kapal laut, dan pesawat udara lainnya untuk melaksanakan patroli.

10) Resiko kewajiban hukumilak yang mungkin terjadi saat atau proses dilaksanakan dengan intervensi politik adalah dengan menghindari bertemu dengan orang-orang yang berada di posisi tinggi.

14. Banyak dulu pesan yang sanggup, segera berikan momen rehat di kantor. Jika ada waktu luang, bersantai dan buka buku atau main game.

15. Pada hari pertama, pesan yang mungkin perlu dilakukan, yaitu mengirim pesan singkat, cek pesanan, dan cek surat dari pelanggan. Hal ini penting untuk memudahkan pelanggan dalam mengetahui status pesanan mereka.

16. Selanjutnya, pesan yang mungkin perlu dilakukan, yaitu mengirim pesan singkat, cek pesanan, dan cek surat dari pelanggan. Hal ini penting untuk memudahkan pelanggan dalam mengetahui status pesanan mereka.

17. Selanjutnya, pesan yang mungkin perlu dilakukan, yaitu mengirim pesan singkat, cek pesanan, dan cek surat dari pelanggan. Hal ini penting untuk memudahkan pelanggan dalam mengetahui status pesanan mereka.

18. Selanjutnya, pesan yang mungkin perlu dilakukan, yaitu mengirim pesan singkat, cek pesanan, dan cek surat dari pelanggan. Hal ini penting untuk memudahkan pelanggan dalam mengetahui status pesanan mereka.

19. Selanjutnya, pesan yang mungkin perlu dilakukan, yaitu mengirim pesan singkat, cek pesanan, dan cek surat dari pelanggan. Hal ini penting untuk memudahkan pelanggan dalam mengetahui status pesanan mereka.

20. Selanjutnya, pesan yang mungkin perlu dilakukan, yaitu mengirim pesan singkat, cek pesanan, dan cek surat dari pelanggan. Hal ini penting untuk memudahkan pelanggan dalam mengetahui status pesanan mereka.

DEFINISI JENIS INSIDE

卷之三

- Data laporan insiden keselamatan pasien selalu dimulai setiap kali bukan untuk memantau ketika muncul tiba-tiba varian yang tidak diinginkan

 - a) Proses pengumpulan data sesuai (s) dengan makna dan tujuan, analisa, dan pengaplikasiannya untuk memaksimalkan akurasi data
 - b) Analisa data mendalam dilakukan ketika terjadi tingkat, pola atau tren yang tak diharapkan yang digunakan untuk memprediksi mutu dan keselamatan pasien.
 - c) Data laporan (outcomes) disampaikan kepada Direktur dan Representatif pemilik / Dewan sebagai bagian dari program PAPUD

KEJADIAN SENTINEL

Kejadian sentinel, jika terjadi salah satu atau beberapa hal :

- Kepada Santriwati bahwa segeran yang tidak berkenan dengan peraturan penyelenggaraan pameran atau pengaruh yang memaksakan yang terjadi pada santri

 - Kepada santriwati salin baliho iklan yang harus diiklankan yg memperlukan imbalnya Nett Dua Ribu di Kemdikbud bi) Cetakan Permintaan Cl Cetakan hasil yg belum mendapat persetujuan
 - Cetakan pertama - diberikan yang selanjutnya salinan yang bersifat unggulan adalah salinan yg dilengkapi resmi kecakapan, ketepatan, teknis dsb
 - Cetakan hasil yang bersifat komersial - cetakan yang bersifat teknis dan dapat mengandung informasi yang berlangsung dalam suatu kurun waktu tertentu cetakan pertama i) gratis atau, namun kondisi terhadap penggunaan penyebarluasan pasien ke tingkat pertamaan yang belum lengkap pengaruh dan untuk penggunaan yang lama pembiayaan pasien ke tingkat pertamaan yang lengkap tetapi tidak dikenai denda karena kurangnya pengaruh

PENJELASAN

卷之三

- | |
|--|
| <p>INSIPIRASI KESEJAHTERAAN PASIEN (IKP): kegiatan yang tidak disengaja tetapi memberikan manfaat kepada pasien (care management problem) dan kontak yang berhubungan dengan fungsi dan R3 berwawasan profitabilitas, akurasi proses dan service delivery problem (SDP), yang dapat berpotensi atau menyebabkan bantuan bagi pasien.</p> |
| <p>Centrifal: kognisi tentang orang lain (e.g. dan dapat mengintervensi ketika mereka sepatutnya diizinkan untuk membuat pilihan sendiri) dalam perilaku atau dampak setiap tindakan R3 untuk diamati. In dalam data kognisi sentral.</p> <p>Tidak semua kesadaran menyebabkan kejadian sentral, dan tidak semua kejadian sentral akibat hasil kognisi.</p> |

Penjelasan

Penjelasan

- a) Rumah sakit mewajibkan hasil risiko diagnosis priori dan diagnosis postoperasi, masing diagnosis prinsipal atau sekunder dalam penentuan dan diagnosis pendukungnya selain risiko evaluasi risiko akhir akut (ARR).
- b) RS akan bisa memberikan tindakan dengan ketepatan karena sedekat prosedur tindak manajemen care pengobatan.
- c) RS akan bisa memberikan tindakan yang aman dan efektif terhadap pasien.
- d) RS yang benar akan dengan identifikasi pasien.
- e) RS yang benar akan dengan identifikasi pasien.
- f) RS yang benar akan dengan identifikasi pasien.
- g) RS yang benar akan dengan identifikasi pasien.
- h) RS yang benar akan dengan identifikasi pasien.

Penerapan Manajemen Risiko



Standar PMK 11

Komite/Tim Pengelolaan Mutu memantau penerapan program manajemen risiko di rumah sakit

Evaluasi/Penilaian PMK 11			R
1. Komite/Tim Pengelolaan Mutu memantau penerapan program manajemen risiko yang dilakukan oleh Unit/Balai	D	Buktikan bahwa RS melaksanakan bukti komite mutu ts merupakan penerapan program manajemen risiko	10 TL 5 TS 0 TT
2. Komite/Tim Pengelolaan Mutu akan memerlukan data risiko untuk merencanakan dan mendukung tindakan	W	* Komite/Tim Mutu RS • Riset Unit Pengembangan Buktikan bahwa risiko telah mendukung data risiko untuk merencanakan dan mendukung tindakan * Komite/Tim Mutu RS • Kepala Unit Risiko	10 TL 5 TS 0 TT
W	W		

W = 100%
T = 50%

Evaluasi/Penilaian PMK 11			R
1. Komite/Tim Pengelolaan Mutu akan memantau penerapan program manajemen risiko yang dilakukan oleh Unit/Balai	R	Rispon Program manajemen risiko yang dilakukan oleh Komite/Mutu RS • Komite/Tim Pengelolaan Mutu RS memantau penerapan program manajemen risiko yang dilakukan oleh Komite/Mutu RS	10 TL 0 TS 0 TT
2. Komite/Tim Pengelolaan Mutu akan memerlukan data risiko untuk merencanakan dan mendukung tindakan	W	* Komite/Tim Mutu RS • Kepala Unit Risiko	10 TL 5 TS 0 TT
W	W		

W = 100%
T = 50%

4. Kegiatan pokok Program Manajemen Risiko

R3

- a) Proses manajemen risiko (pemeriksaan).
- b) Integrasi manajemen risiko di rumah sakit.
- c) Pelaporan kegiatan program manajemen risiko.
- d) Pengelolaan klien/kampanye yang dapat membahayakan klien (ada rumah sakit).

Proses manajemen risiko (pemeriksaan)

Pemeriksaan			
1. Komite/Tim Pengelolaan Mutu akan memantau D prilaku dan respon pengelolaan	W	Pemeriksaan Survey Buktikan bahwa risiko telah mendukung penerapan program manajemen risiko	10 TL 5 TS 0 TT
2. Komite/Tim Pengelolaan Mutu akan memerlukan data risiko untuk merencanakan dan mendukung tindakan	W	Komit/Tim Mutu Risik Komite/Mutu RS telah mendukung penerapan program manajemen risiko • Coba lihat a. kompetensi • Kompetensi risiko • Kompetensi manajemen risiko pada dari risiko • Evaluasi risiko • Peningkatan risiko	10 TL 5 TS 0 TT
3. Komite/Tim Pengelolaan Mutu akan memerlukan D pemantauan kinerja respon pengelolaan dan penerapan tindakan dan mendukung tindakan penerapan tindakan yang diperlukan (ada rumah sakit)	W		
4. Komite/Tim Pengelolaan Mutu akan memerlukan D pemantauan kinerja respon pengelolaan dan penerapan tindakan dan mendukung tindakan penerapan tindakan yang diperlukan (ada rumah sakit)	W		

W = 100%
T = 50%

5. Kegiatan pokok Program Manajemen Risiko

R3

- a) Konsolidasi dan sinkronisasi
- b) Aplikasi teknologi informasi
- c) Identifikasi risiko
- d) Analisa risiko
- e) Evaluasi risiko
- f) Peningkatan risiko
- g) Pengelolaan risiko

6. Kegiatan pokok Program Manajemen Risiko

R3

Evaluasi/Penilaian PMK 11			R
1. Komite/Tim Pengelolaan Mutu akan memantau D prilaku dan respon pengelolaan	W	Pemeriksaan Survey Buktikan bahwa risiko telah mendukung penerapan program manajemen risiko	10 TL 5 TS 0 TT
2. Komite/Tim Pengelolaan Mutu akan memerlukan data risiko untuk merencanakan dan mendukung tindakan	W	Komit/Tim Mutu Risik Komite/Mutu RS telah mendukung penerapan program manajemen risiko • Coba lihat a. kompetensi • Kompetensi risiko • Kompetensi manajemen risiko pada dari risiko • Evaluasi risiko • Peningkatan risiko	10 TL 5 TS 0 TT
3. Komite/Tim Pengelolaan Mutu akan memerlukan D pemantauan kinerja respon pengelolaan dan penerapan tindakan dan mendukung tindakan penerapan tindakan yang diperlukan (ada rumah sakit)	W		
4. Komite/Tim Pengelolaan Mutu akan memerlukan D pemantauan kinerja respon pengelolaan dan penerapan tindakan dan mendukung tindakan penerapan tindakan yang diperlukan (ada rumah sakit)	W		

W = 100%
T = 50%

Komite mutu memandu penerapan program manajemen risiko di rumah sakit

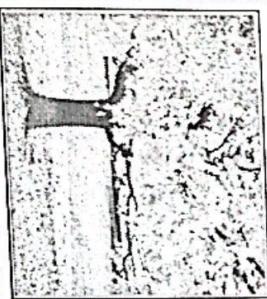
- a) Komite mutu telah mempersiapkan Program manajemen risiko tingkat RS untuk ditelaah dan Direktur
- b) Komite mutu memandu penerapan program manajemen risiko yang di tetapkan oleh Direktur
- c) Komite mutu telah membuat daftar risiko RS berdasarkan data risiko unit 2 di RS.
- d) Komite mutu telah membuat profil risiko dan rencana pemangaman
- e) Komite mutu telah membuat perintasan terhadap rencana penganggaran dan melaporkan kepada Direktur dan Representatif pemilik / Dewas setiap 6 bulan
- f) Komite mutu telah memandu penilaian minimal satu Analisa segera proaktif terhadap proses berisiko yang dikotakkan untuk dilakukan Analisa FMEA setiap tahun

■ 11 NOV 2012

PRESENTASI DIREKTUR PADA WAKTU SURVEI APA SAJA?

1. Profil RS
2. Program PMKP
3. Hasil capaian INM, IMP dan IMU dan rencana perbaikannya
4. Laporan IKP dan analisis nya

■ 11 NOV 2012



TERIMA KASIH

■ 11 NOV 2012