

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

Jakarta, 13 Oktober 2023

: 01 / MA/ RSDN/ x / 2023 Nomor

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 ucapkan terimakasih.

Hormat Kami,

Direktur,

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

harma Nugraha



Daftar Hadir

Jl. Balal 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 Menur/Lt.3

Hari / Tanggal

: Servin, 16 Oktober 2023

Acara

: Pelatihan Kompetensi PMKP. lan PIC Data

No	Nama	· Bagian/Jabatan	Paraf
1	dr. Anum Nurlatifals	Dokter UGD/Mutu	an
2.	dr Anugeran Ariestiany	Parter VED PPIC date	(h
3.	Zr s"Hosnah	PIC muh	84
4.	2r. Deunita mai za	Poli / Pic data.	mus
		Mutu	des.
5.	21- lan puspisa	mutu	Alus
	2r-l-Icristanti-s	Muter	1/1
7	dr. Bernand Gamaliel	PIE Kebidanan	0
	80. Long Schowals. w		. 01
ð.	de Fahrulia Karmonita	Las / Muh	97
b	2 Poniann Comit	Cry/	- A
11	Sarah Nurul Izah	6iti /MC	9.1K
12	Sarah Norul Izah	Digital marketing.	/440
3	Firman. S. Hutabarat	Adm/Kasir	Status
4.	Rester Hongrum	Padiologi/P1C	Potra
5	dr Yave t	167/Komail	O all
16.	Meri C.N	Farman / Pic	.cul
17	Rasyidah	pos 4 3/911	Pull.
18	Bime ry	pro data sin	July 1
11.	busmadto	laundry.	- Jun
50.	tsmarl	Laundri / PIC	1 Study
_			
-			
-			

Care For Better Life

Unie Tui Detter Lie

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
ME	MAHAMI 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: - 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: - Apa yang harus dikerjakan oleh pemilik/representative pemilik, direktur dan manajemen serta unit - Pelatihan mulai dari direktur, staff sampai unit Standar 5: - Menentukan program mutu oleh dirut, komite, kepala unit - Setiap rapat harus memiliki Undangan, Materi, Absensi, Notulen (UMAN) Standar 6: - Menentukan indikator mutu rumah sakit	

	Standar 10: - Peningkatan mutu di kepala unit masingmasing - kepala unit mengetahui indikator unit dan program-program prioritasnya Standar 14: - PMKP harus punya program manajemen risiko - Profil risiko tiap unit, komite mutu akan menyusun tingkat risiko tiap unit - Menentukan Risk Priority Number (RPN)
Kriteria pemilihan prioritas: 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)	
RISK PROFILE: 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.	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
MEMAHAMI PMKP PMKP 1 : Komite mutu PMKP 2 : Pelaksanaan kegiatan komite mutu PMKP 3 : Pengumpulan data/PIC data PMKP 4 : Analisis dan Validasi data, kompetensi staff PIC data	PMKP 1 : - Direktur menetapkan regulasi terkait peningkatan mutu dan keselamatan pasien serta menajemen risiko

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

- Direktur telah membentuk tim komite mutu untuk mengelola kegiatan PMKP serta uraian tugasnya sesuai dengan peraturan perundangundangan
- Komite Mutu menyusun program PMKP rumah sakit

PMKP 2:

- 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, dann lainnya untuk mendapatkan solusi dan perbaikan integrasi

PMKP 3:

- 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

PMKP 4:

- 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)

PMKP 5:

- Rumah sakit telah melakukan validasi yang berbasis bukti

- Pimpinan rumah sakit bertanggung jawab atas validitas dan kualitas data serta hasil yang dipublikasikan

PMKP 6:

- 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

PMKP 7:

- 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

PMKP 8:

- 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

kejadian sentinel dalam kurun waktu tidak melebihi 45 hari

PMKP 9:

- 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

PMKP 10:

- 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

PMKP 11:

- 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

Definisi jenis insid - Kejadian	len : tidak diharapkan (KTD) adalah insiden	- Komite/Tim mutu telah menyusun program manajemen risiko tingkat rumah sakit untuk ditetapkan direktur	
keselamata pasien - Kejadian ti pasien yar menyebabl - Kejadian n pasien yan - Kondisi po kondisi y	in pasien yang menyebabkan cidera pada dak cidera (KTC) adalah insiden keselamatan ng sudah terpapar pada pasien namun tidak kan cidera yaris cidera (KNC) insiden keselamatan g belum terpapar pada pasien petensial cidera signifikan (KPCS) adalah yang berpotensi menyebabkan terjadinya dak diharapkan (KTD) cidera signifikan		
Saat akreditasi nar Regulasi Dokumen Akan diserahkan I Observasi Wawancara Simulasi Konfirmasi Akan di telusur lar	H-7 melalui SIDOKAR	 New ReDOWSKo: 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 	
Presentasi direktur - Profil ruma - Program P - Hasil capai	saat survey : ah sakit		

Menyetujui,

Direktur

Charma Nugraha

drg. Purwanti Aminingsih, MARS, Ph.D

Jakarta, 16 Oktober 2023

Notulen

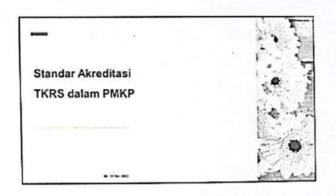
dr.Bernand Gamaliel

Dokumentasi





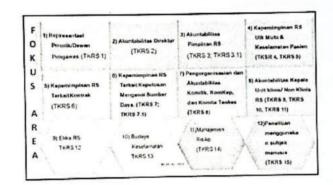


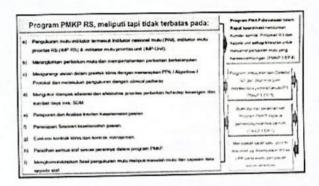


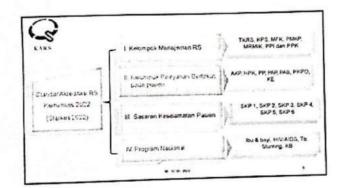
Pimpinan RS merencanakan, mengembangkan, dan menerapkan program PMKP
EP I (DiBurd Derdut dan Pimpinan rumah sakit berpansepan dasa menercanakan mengembangka
dan mentrabaha program peningkatan mutu dan keselamatan pasaren 6 ingsungan rumah
sakit, berupa

1) Program PMKP yang telah derlapkan oreh Deretur RS - → PMKP 1 EP 3
2) Buda teporan pesasanan Program PMKP kepada pemikikrepresentasi pemilikik
EP 2(D), buda repat untuk memilih dan menetapkan prokes pengukuran pengkajan data, rencanal
perbatkan dan mempertamintan pennyikatan mutu dan keselamatan pesken meliput undangan
jimen rapat Jabansi, roduen
EP 3
1) (D) Buda pelaksanaan program PMKP berupa Laporan Program PMKP (that juga TKRS 4 EP 1)
2) Buda datar invertanis hatifware dan software! aptikasi salam manajemen data destromic di RS,
misahnya SISAMDAK
3) Buda pelaksana tali ferlang peningkatan mutu dan keselamatan pasen (TOR, Mater, Presensi, Pre S
post test, senfalat)
EP 4 Rejulasa tertang mekanisme pementakan dan koordinasi program peningkatan mutu dan keselamatan pasen









STANDAR TKRS TERKAIT PMKP Standar TKRS I Struktur organisasi serta wewenang pemilik/representasi pemilik djelaskan di dalam aluran memul. RS (Hot by laws) yang distapkan cieh pemilik RS EP 2 Tanggung jawas dan wewenang representasi pemila melipuli pon ay sampai dengan hiyang tertera di daram maksud dan tujuan sertal dijelaskan di daram peraturan internal ruman sake INSTRIKARS Regulasi tentang tanggung jawab dan wewenang representasi pemilik ineliputi poin at sampai dengan hi --> f) Mendukung peningkatan mutu dan keselamatan pasieri dengan menyelujui program peningkatan mutu dan keselamatan passen. gittolusia an penghapan laporan hasil pelaksanaan program PMKP setiap 3 (oga) bulan sekali sersa memberikan sempan halik perbaikan yang harus dilaksanakan dan hasinya di esaksasi kembak pada pertempan berakutnya secara terluis. hjilderak-aan genghupan lagaran Manayemen Rigita sattap 6 (anam) h-itan sakab dan member kan umpan balis perbaikan yang harus dilaksanakan dan hasilnya is evaluara kembair paida perfermuan benkutnya secara tertuits

Standar TARS 8

Direbtur dan Pingman RS berpartupasi didam menelajikan prioritas pertakan di brijusir. RS yg menujukan prioritas pertakan di brijusir. RS yg menujukan prioritas pertakan petun kesatamatan pasun akita analisa dangan dari pertakan iyi telah didakukan.

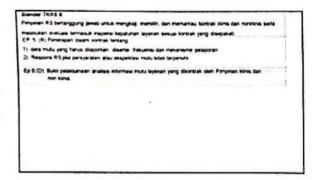
EP 1 (C) Suko ada didusmen kajan daam menerapkanindukatar proritas RS yg melgun ai- f) yg direngkapi digi didusman untuk melasukan kajan.

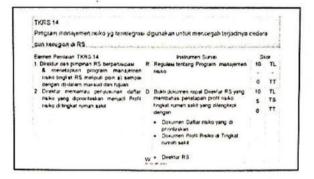
EP 2 (C) Suko ada disusmen kajan daam mensih prioritas pertakan di brijusir RS dig. mengggunikan interes proritas meliputi poin aj – fi) yg direngkapi dengan daftar pesenta ying tersitas.

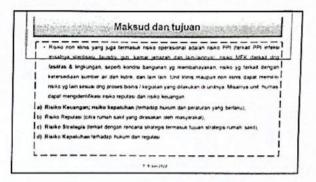
EP 3 (C) Suko ada dikumen kajan dampak pertakan primer dan dampak pertakan isekunder pada.

EP 3 (C) Suko ada dikumen kajan dampak pertakkan primer dan dampak pertakan isekunder pada.

e indikador mulai proritas numah akita.







penguhuran nakairan mutu RS yg dapel diterapan di unitnye dan memartau serta memperbasi: pewparan passan di unitnye dan memartau serta memperbasi: pewparan penguhuran IrAM di unit kimanson kima.

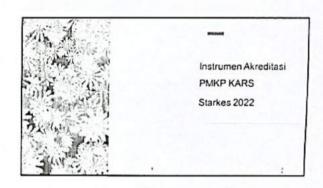
EP 1 (D) Bukhi tertang pelaksanaan penguhuran IMP – RS di unit kimainon kima termasuk semua layanan kontras.

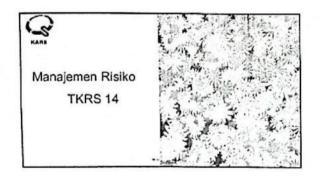
EP 3 (D) terdang pelaksanaan penguhuran IMP – Unit di unit kimainon kima termasuk semua layanan kontras.

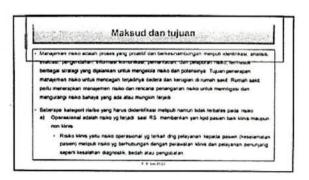
EP 4 (D) terdang pelaksanaan penguhuran IMP – Unit di unit kima mon kima.

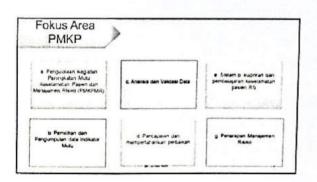
EP 4 (D) terdang pemirihan proritas perbahan baru bila sudah dapat dipertahankan dalam waktu ti (salu) tahun











Contoh sistematika: PEDOMAN MUTU, KESELAMATAN PASIENDAN MANAJEMEN RISIKO

......

Susunan Batang Tubuh Peraturan Rumah Sakit

BAS VII MONITORING DAN EVALUASI Potol _

BAS VIII

LAMPIRAN

- PEDOMAN PENINGKATAN MUTU RS
 PEDOMAN KESELAMATAN PASIEN
- SPEDOMAN MANAJEMEN RISIKO
- 1. Ponduan SISTEM MANAJEMEN DATA



Susunan Batang Tubuh Peraturan Rumah Sakit

Manala Peroberan

Menimbang:

Menchant

MEMUTUSKAN

Menetopkon: Peraturah direktur utama es Tentang peningkatah mutu dan Keselahatan Pasen don manasemen esiko

> EAS / ETERTIAN UMUM

PENENGKATAN MUTU A KESELAMATAN RUMAN EAKIT DAN MANAJEMEN EISIKO

-

Contoh sistematika: PEDOMAN PENINGKATAN MUTU

- t Pendahuluan (Latar belakang, tujuan, sasaran)
- 2 Pengerban peningkatan mutu
- 3 Penetapan organisasi ♥ Lihat PMK 80 tahun 2021 pasal 5 sd 9
- e. Pengaturan peran dan tugas & tata hubungan k e r j a Ø khat di makud & tujuan TKRS 4. Tata hub dng komise medik, komise keperawatan, komise PPI, dng unit yan & unit kerja dan PMK 80 tahun 2020 (pasal 14 dan 15
- Peningkatan mutu pelayanan kiinis poontas->dasar pemikhan pelayanan kiinis poortas->iinat maksud tujuan TKRS 5

Pedoman Keselamatan Pasien RS

Susunan Batang Tubuh Peraturan Rumah Sakit

PENGELOLAAN PENINGKATAN MUTU E KESELAMATAN PASIEN DAN MANAJEMEN RISIKO RS

BAB IV KEGIATAN PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIENDAN MANAJEMEN BISIKO RS

Food ...

SAR V

SISTEM MANJEMEN DATA MUTU DAN RESELAMATAN PASIEN DAN MANAJEMEN RISIKO
FOOD ...

FELAPORAN

11.001.004

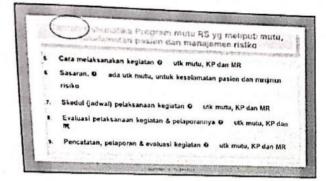
Contoh sistematika: PEDOMAN PENINGKATAN MUTU

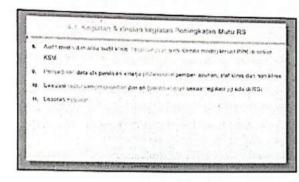
- Peningkatan mulu pelayanan olunt + lihat maksud tujun TKRS 10 dan TKRS 11
- 2 Sistem manajemen data © proses pengumpulan, anaksa, feedback 6 pupiikasi data serta akur petaporan dan panduan 11 nya © bisa merupakan buku sendri (Panduan manajemen data RS, lehat MRM 1) © bis disusun sendiri, panduan many data merupakan lampiran peraluran Dir RS tentang mutu, keselanuatan pasen dan manajemen neko.
- Montoring dan Evaruasi program peningkatan mulu @ pengaturan bagaimana mentai realisasi program dan capaliannya
- Laporan peningkalan mutu RS
- 7 Penulup

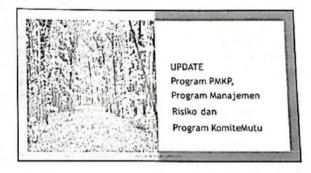
Pendup

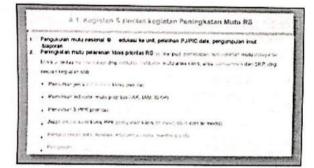
(Contoh sistematika: PEDOMAN KESELAMATAN PASIEN

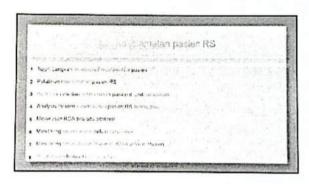
- Pendahuluan (Latar belakang, tujuan, sasaran)
- Keselamatan pasien RS (Mengapa keselamatan pasien, tujuan, dasar hukum)
 Lihat Pedoman keselamatan pasien Kemenkes
- Pengorganisasian/Pengelolaan kegatan keselamatan pasien RS (Peran, tugas dan tata hubungan kega Komite mutu/Sub Komite Keselamatan pasien dengan komite-Zlainnya dan unt pelayanan) Q Lihat PMK 80 tahun 2020
- Definisi 9 Lihal PMK 11 tahun 2017 teritang Keselamatan payen
- Standar Keselamatan Pasien RS 9 Lihat PMK 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien
- Tujuh Lengkah Kesidamatan pasien RS Lihat PMK 11 tahun 2017 tentang Kesidamatan



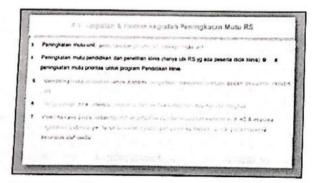


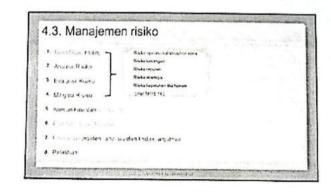


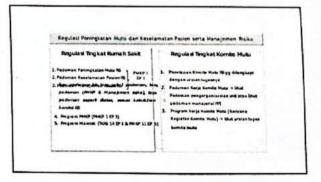












Sistematika program

- I. Personner
- 2 Later belokung
- 3 Repartment den beson Masses
- 4. Register policit dan recian legisten
- 5. Cam problemnation legisten
- -
- 7. Jadresi pelak umuan kegistan
- & freshard presidentation beginten den prinsporare
- 9. Permakatan, pelaparan dan evakunsi kegustan

Proses manajemen risiko (point a s/d g) yang diterapkan di rumah sakit meliputi: ai Kamunikasi dan konsultasi. bi Menetapkan konteks.

c) identifikasi riziko sesuai kategori risiko pada poin a -e

d) Analisa risiko. e) Evaluasi risiko.

f) Penanganan risiko. g) Pemantauan risiko. 4. Kegialan pokok pelaksanaan Budaya Keselamatan di RS

ej identifikasi dan mengenali masalah akibat pentaku yang tidak dinginkan (pentaku

 Evakusu budaye sécéra berkaia dengan metode seperti kelompok tokus diskusi (FGD), Wewandore denoan staf, dan analisis data.

Mendorong kerja sama dan membangun sislem, dalam mengembangkan budaya perlaku yang aman.

Mehanggibi perlaku yang tolak dinginkan pada semua sial pada semua jengang di numah salut, termasuk manajemen, atal aoministrasi, stof klinis dan nonkanis, dokter praktisi mandiri. Répréséntasi pemilik dan anggota Dewan pengawas.

2.79





Contoh: Keglatan pokok Program Kerja Komite Mutu

of Processian data manada protesta PASP for management in Ast

13. Promotiva data manada protesta PASP for management in Ast

(14. Proposition data management in PASP for management in Ast

(15. Validant politica data to management in PASP for management in Ast

(16. Validant politica data to management in Ast

(17. Protesta management in PASP for management in Ast

(18. Validant PASP data management in Management in Ast

(18. Validant in PASP for management in Management in Ast

(18. Validant in PASP for management in Management in Ast

(18. Validant in Management in Managem

4.Kegiatan pokok Program Manajemen Risiko RS

- a) Proses manajemen risiko (poin a)-g)).
- b) Integrasi manajemen risiko di rumah sakit.
- c) Pelaporan kegiatan program manajemen risiko.
- d) Pengelotaan klaim tuntunan yang dapat menyebabkan tuntutan

(ada rumah sakit).

A. Kegiatan pokok petaksanaan Budaya Keselamatan di RS

Penlaku memberikan pelayanan yang aman secara kensisten untuk mencegah terjacinya kesalahan pada pelayanan bensiko tinggi

Perlaku di mana para kedividu dapat melaporkan kesalahan dan insiden lanpa takut dikerakan seriksi stau leguran dan diperlakuan secara adil (lust culture)

() Kerja sama tim dan koordinasi untuk menyelesakan masalah keselamatan pasen.

() Komitinen pimpinan rumah sakit dalam mendukung staf seperti waktu karja para staf, pendicikan, metode yang aman untuk melaporkan masalah dan hal kennya untuk menyelesakan masalah keselamatan.

Contoh Sistematika Pedornan Kerja Komite Mutd
19 polaman florigana polis Pass del sonor 2020 sentore bunde enuda

1. Tondinam meneral

1. Tondinam meneral

1. Note the Adulta Note & Topen 89

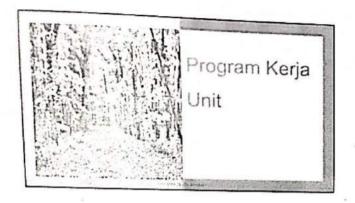
1. Note the Topen Sonor tensor state that at 5 me PMS and other 2021 error and sonor cells pond 8

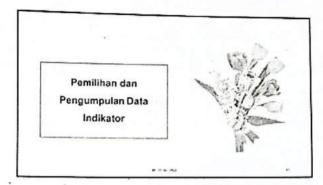
1. Note the Topen Sonor 100 31 2 2 27

1. Las individual transports a tensor existing pond 4 20

1. Resident recognition and the Sonor PMS

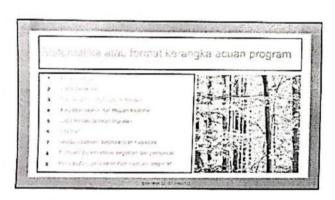
1. Reside

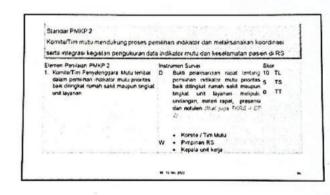


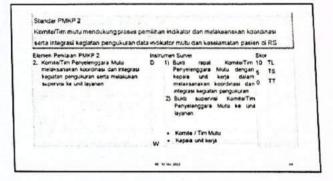


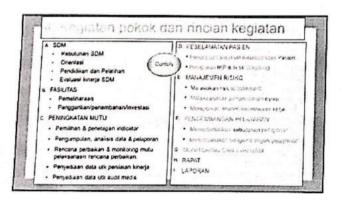


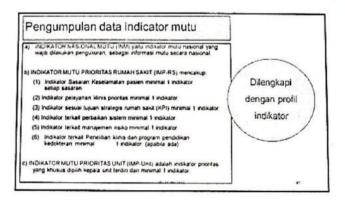
- 1. Kepatuhan kebersihan tangan
- 2. Kepatuhan penggunaan APD
- 3. Kepatuhan identifikasi pasien
- 4. Waktu tanggap Operasi Seksio sesarea emergensi
- 5. Waktu tunggu rawat jalan
- 6. Penundaan operasi elektif
- 7. Kepatuhan waktu visite Dokter
- 8. Pelaporan hasil kritis laboratorium
- 9. Kepatuhan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

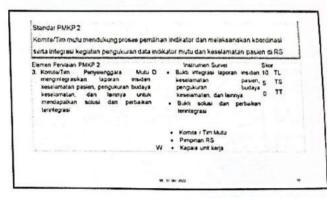


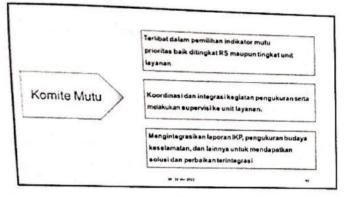












G. Sandania	FORMAT PROFIL INDIKATOR RS
John Pendirus	Judus sags.d yang spesifia mengenan indisidor apayang aran disisur Geser persunan nasasan peny dapah hunasa dari
	1 Methatomates
	i Can
	* 3 Literatus
	4 Andrea scaru
Dimensi Mutu	 Prince stati ticum province datem memberana perspanan merguti glocof (effective)
t	hasalamutan (sale), benynentesi kepada pasen/benggina layanan (people-centred), lepid
	waters (smerly), eficient (efficient), add requisities dun terrologram (integrated)
	2 Selec Advatus Revocal Lampa 3 smerse mutu
Tuyun	Sharty functioning angue three commencian streets than pering according to the below
Orfinial Operasional	Bischen pengeruar yang ocativan potoman salam melalukan pengularan adikaktir untuk menghanga-kerancuan

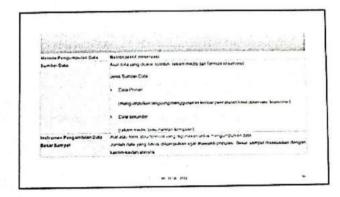


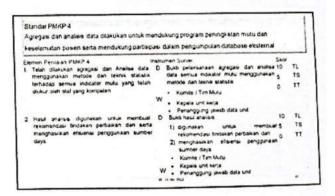
Pengumpulan data in pelatihan tentang pe			n oleh staf pengumpul data yang sudan mend or mutu	apatk	an
Elemen Penilaian PMKI	P3 b	ngin	umen Survei	Skor	-
 Rumah sakit melaku)	Bukts pengumpulan data indikator nasional mutu,	10	TL
pengumpulan data r			indicator priorities RS, indicator priorities unit	5	TS
c) dalam maksud da		v	Komte / Tim Mulu Kepala unit kena Penanggung jawab dala unit	0	11
2. Indikator mutu pric		1	Regulasi tentang penetapan indikator mutu	10	TL
(IMP-RS) dan indic			prioritas ruman salut (IMP-RS) den indikator mutu prioritas sinit (IMP- Unit) telah dilengkapi dengan	5	TS
unit (IMP- Lint) i indikator mencakup maksud dan tujuan			profit indikator	0	11
manage des rejour.			Komile / Tim Mulu		
	v	٧	 Kepala unil kerja 		

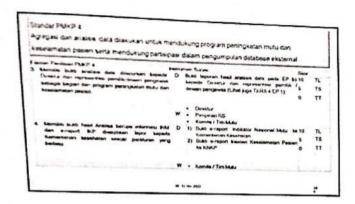


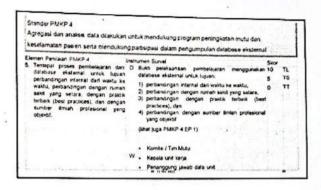


F	Profil Indikator
ay Judul Indikator	kj Targel Pencapaian
b) Dasar pemikiran	i) Kriteria mkiusi dan eksiktini
c) Dimensi Mulu	m) Formula
d) Tiquan	n) Metode pengumpulan data o) Sumber data
e) Definisi Operasional	p) Instrumen pengambilan dala
) Jenis Indikator	qi Poputas / Sampel (Besar sampel dan
gi. Satuan pengukuran	cara pengambilan sampel) r) Penode pengumpulan dala
n) Numerator (Pembilang)	s) Periode analisis dan pelaporan dala
Denominator (Penyetxit)	i) Penyajian data
Target Pencapaian	u) Penanggung jawab









PENANGGUNG JAWAB DATA DI UNIT

- Ada Kepulusan Direktur lentang Penanggung Jawab/PIC data di unit
- Sudah dilengkapi dengan uraian tugas yang melipuli:
 PIC data mempunyai tugas mencatal, mengumpulkan data, analisis data di unil sesuai ketentuan serta melaparkan hasii pengumpulan data ke Komite/Tim mulu
- Sudah mempunyai sertifikat pelatihan PMKP (Internal)

CONTOH: SISTEMATIKA LAPORAN PMKP

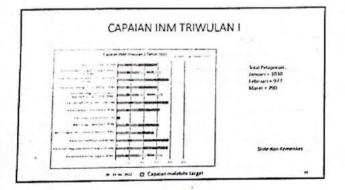
- Pendahuluan
- · Kegiatan yang dilaksanakan
- Pengukuran INM .IMP-RS,IMP-UNIT
- Evaluasi kepatuhan pelaksanaan siandar pelayanan kedokteran di pelayanan klinis prioritas #5 dan di Kelompok \$1at Medis
- Pelaporan insiden keselamatan pasien
- Hasil yang dicapal
- · Simpulan
- · Penutup

-

Commann dan kerahasiaan setap D Bulin pelaksanaan kearnarian dan kerahasiaan pada 10 T Kagas sati behontribusi pada database ekstemal, Collatan Regularia keraman dan kerahasia dan kerahasiaan dala ada di pedoman PKKP, khat D F MKF I EP a); **Conste / Tim Mulu **Con		_			-
database skidernal, (Calsian flegulasi keamaran database eksternal, (Calsian flegulasian flegulasian database eksternal, (Calsian flegulasian database eksternal, (Calsian flegulasian flegulasian database eksternal, (Calsian flegulasian database eksternal, (Calsian flegulasian flegu	Elemen Penitaian PhilicP 4	Ingh			
dan kerahasasan data ada di pedoman PMKP, khat 0 TMKP I EP ay 0 Komle / Tim Mullu Kepule unit kerja W Penangung jawah dala unit W Penangung jawah dala unit Bukatan baya dan pena sunite saya yang digunakan (sebesuh dan sekudah penaharan) (amazah salu yang kendah selaharan) (amazah salu yang bendahan yang digini selah panu proyek priorasa perbaikan yang digini selah panu proyek priorasa perbaikan yang digini selah panu proyek priorasa (unit PMKP 4 EP b) (unit PMKP 4 EP b)	The second secon			10	TL
PMKP I EP a) Konsie / Tim Mullu Kepale und kerja W Peranggung jawab data und W Peranggung jawab data und W Peranggung jawab data und Bukta arassa a feksensi berdasarkan baya dan jenis 10 Takatan yang dipin pelap lahun W Peranggung jawab data und Bukta arassa a feksensi berdasarkan baya dan jenis 10 Takatan baya dan jenis 10 Takatan yang dipin pelap lahun W Peranggung jawab data und Bukta arassa a feksensi berdasarkan baya dan jenis 10 Takatan bay				5	TS
W Penangung jawab dala unit W	dalabase eksternel,			0	TT
W Penanggung jawab data uni Butta manasa afisemu berdasarian baya dan jenis sumber suya yang digunakan (sebesuh dan sekudah penakan) (amazan salurungkan propiakan yang digunakan) sendah jamasa berdala baya terhadap salu proyek prioritas perbaikan yang digunakan kendala mutu dang kendala yang digunakan kendala buga kendala yang digunakan kendala mutu dang kendala yang digunakan kendala buga kendala yang digunakan kendala buga kendala yang digunakan kendala buga kendala buga kendala buga kendala buga kendala yang digunakan kendala buga kendala buga kendala yang digunakan kendala buga kendala buga kendala buga kendala yang digunakan y			Komile / Tim Mulu		
retign menggnalisa efisiense D Build anwissa afferense berdosarkan bayas dan penis 10 Teretdasarkan bayas dan penis warmbes enterdasarkan bayas dan penis warmbes enterdasarkan bayas dan gelawan berdosala mutul dan kendali bayas terhedap salu proyek prioritas perbaikan yang dipin selap lahun ongek prioritas perbaikan yang dipin selap lahun 0 Teretdasarkan bayas dan yang dipin selap lahun 0 Teretdasarkan bayas dan yang dipin selap lahun 0 Teretdasarkan bayas dan yang dipinasarkan yang			Kepsia unit kerja		
sya yang digunakan (sebesah dan kendali bisya terhadap salu proyek prioritasi sekudah perbalahan (amatap salu perbalahan yang dipin sehapitahan yoyek prioritas perbalahan yang (Lhul PakiKP 4 EP b)		D	Bukti anaisa eficiensi berdasarkan baya dan jenir		TL
esudah perbakan) lemadap salu perbakan yang dipin sehap lahun 0 yoyek prioritas perbakan yang (Linul PMKP 4 EP b)	berdasarkan biaya dan jena sumber				13
Sooth setian talium	 daya yang digunakan (sebelum dar sesudah perbaikan) temadap salu 			0	TT
poin sellep tahun - Komile / Tim Mulu	proyek prioritas perbaikan yang		(Litut PMKP 4 EP b)		
- Norme / Inn male	dipsih setiep tahun				
W . Kepala unit kersa			Komite / Tim Mulu		

Standar PMKP 4.1 Staf dengan pengalaman, pengetahuan, dan keterampian yang bertugas mengumpulkan dan menganaksis data rumah sakit secara sistematis Elemen Persiaun PMCP 4.1 Date discomposition, dismetisse, den diutets menjadi.

Plominasi settia, mengiseratikasi pekuang-pekuang. Build pergunoxian data, deneme den dedeh merupak internasi untuk mengdentifikasi paluary-paluary until particile untuk perbeken ** (Linux EP 4 EP a) EP b)) Kepala and here Peranggang pront-tols and
Bush Sail pang mesakana perasa pengakanan sulah mengasah pelalihan . 14 TT . Knowle / Toro Links Kepsis und kera Perwigging pivos tals and



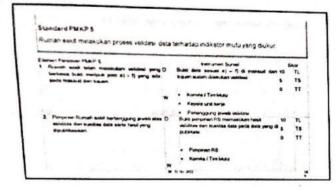
Staf dengan pengalaman, pengetahuan, dan keterampilan yang bertugas mengumpulkan dan menganalisis data RS secara sistematis.

Data dikumpulkan, dianalisis, dan diubah menjadi informasi untuk mengidentifikasi peluang-peluang untuk perbaikan.

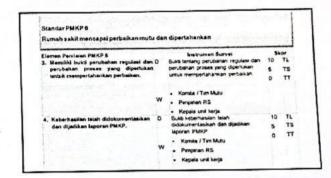
Staf yang kompeten melakukan proses pengukuran menggunakan alat dan teknik statistik.

Hasil analisis data dilaporkan kepada penanggung jawab indikator mutu yang akan melakukan perbaikan.

Standar PMKP 4.1 Staf dengan pengalaman, pengetahuan, dan keterampian yang bertugas mengumpulkan dan menganaiss data rumah sakit secara estematis Skor Floring Pendage PUKP 41 13 TL 3. Hasil analisis data dilaponian kepada Builty pelaporan hand analysis data heparta peranggang pasah mahkatra mutu yang akan 5 TS penanggung jawah indikator mutu yang akan mesakukan pertiaskan lijherispa feedburk ke melakukan perbaikan 0 TT unit kerja · Komte / Tim Mutu Kepala unt kerja
 Penanggung jawab data unt







RS melakukan proses validasi data terhadap Indikator mutu yang diukur.

RS telah melakukan validasi yang berbasis bukti meliputi a) – g)
 yang ada pada maksud dan tujuan.

 Pimpinan RS bertanggung jawab atas validitas dan kualitas data serta hasil yang dipublikasikan

Standar PMKP 6 Rumah sakit mencapai perbaikan mutu dan dipertahankan Elemen Pendalari PIMIP 6:

Rimah saar bilai membuat remana perbahan dan Di melakukan berdalah melada yang bilai bilai berup tam memangkannya melada yang bilai bilai berup tam memangkannya selah menngkatiba mulu Skor Instrumen Survey Build lentang TS . Rencaria perbaikan lelah dibuat Rencana perbaikan lelah dilaktikan g uş coba dengan metode teruji Hasil ur coba rencana perbakan telah diterapkan . Komile / Tim Mutu · Propries RS · Kepala unit kerja 96 10 No 2027

Standar PMKP7 Dilakukan evaluasi proses pelaksanaan standar pelayanan kedoktaran di rumah saka untuk menunjang pengukuran mutu pelayanan klinis phontas Instrumen Survei Elemen Penilalan PMKP 7 Buiti pelaksanaan evaluasi olinical 1. Rumah sakit melakukan evaluasi clinical D pathway sesual yang tercantum dalam pathway terkat pengukuran mutu TS 5 pelayanan klime prioritas maksud dan tujuan. TT . Komte Medik . KSM terkait Komitel Tim Mutu Buits hast capaian kepatuhan DPJP & pe-10 2 Marit svalussi danat menunjukkan adarwa D perbaikan terhadap kepatuhan dan ngurangan variasi dalam penerapan 5 prioritas stanciai yan kedokteran di RS mengurengi variasi dalam penerapan TT prioritas standar pelayanan kedokteran di Komze Medik KSM lerket Komtei Tim Mutu

Data yang harus divalidasi

Penguawan histikator mulis haru;

Bisa dara akan dipublikasi ke masyarakat bah melaki web site RS alau media lain

Ata penshahan pada pengukuran ya selama kri sudah dilakukan, mis perubahan profit indikator, insurumen pengumpulan data, proses agregasi data, alau perubahan stal pengumpul data atau validator

Bisa terdapat penubahan hasil pengukuran tanpa diketahul sebabnya

Bisa terdapat penubahan sumber data, mis terdapat perubahan sistem pencalatan pasan dan manual ke elektronic.

Bisa terdapat penubahan aubyak data seperti perubahan umur rata2 pasan, perubahan protokol diset, PPK baru diberlakukan, serta adanya telinologi dan metodologi pengobatan baru.

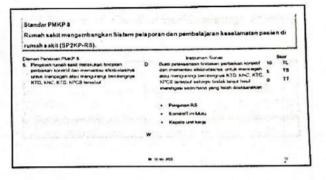
Bisa data akan ditaporkan ke Direktur dan Dewas secara regular seliap tiga bulan.

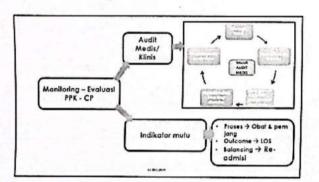
Standar PMKP 6 Rumah sakit mencapai perbaikan mutu dan dipertahankan Elemen Penilaian PMKP 6 Instrumen Survei 2. Tersedia kesinambungan data mulai dari D 10 TL Bukti kesinambungan data meliputi pengumpulan dala sampai perbakan Bukti pengumpulan dala 5 TS yang dilakukan dan dapat dipertahankan Bukti analisis data 0 11 Bukh rencana perbaikan Builti implementesi rencana perbaikan Buidt telah terjadi perbaikan (capaian indicator mutu sesua/melebihi standar secara turus menerus) . Komile / Tim Mutu Pimpinan RS · Kepala unt kerja

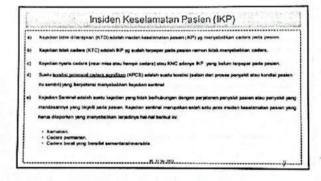
Standar PMKP7 Dilakukan evaluasi proses pelaksanaan standar pelayanan kedokteran di rumah sakit untuk menunjang pengukuran mutu pelayanan klinis prioritas Instrumen Survei Floren Panilaian PMKP 7 Bukti pelaksanaan audit klinis dan atau 10 TL blinis dan stau audit medis pade penerapan audit medis pada penerapan prioritas TS prioritas standar pelayanan kedokteran di standar pelayanan kedokteran TT 0 Komte Medik . XSM lerket . Komte/ Tim Mutu

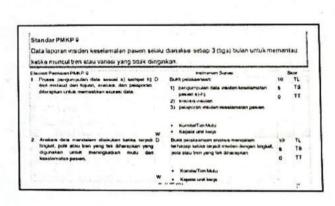
Penjelasan: Pengukuran prioritas perbaikan pelayanan klinis • Penerapan standar pelayanan kedokteran berdasarkan PPK dievakuasi dengan alur klinik / clinical pathway (CP). • Pengukuran prioritas perbaikan pelayanan klinis dietapkan Direktur, Bersama prioritas perbaikan pelayanan klinis dietapkan Direktur, Bersama prioritas perbaikan pelayanan kedokteran pelayanan kedokteran, • Evaluasi pelayanan prioritas standard pelayanan kedokteran dilekukan sampal terjadi pengurangan variasi dari data awal ke target yang ditentukan keterstuan RS

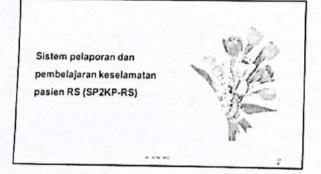
Rumah sakit mengembangkan Sistem pelapo rumah sakit (SP2KP-RS).	ran dan pembelajaran keselamatan p	,35 iq	n di
Jamen Pendagu FAALP #	Instrumen Server		Sice
L. Direktur menerapkan Sistem polaporan dan	Hegusas terrang peneragan sistem pelaporen	10	TE
pembelajaran kaselamatan pesien rumah sakil p	dan pembela preniassaismotan pasien numah		
(SPZPR RS) termos é distrimnye deltrair, pros medien lanoismation peuvon malgrall hajetson sertindi (poin à – o) delam boyen malasud don hijeuni, KTD, KMD, KTC den KMCS malasinama palapiena à analasina serta pembiographicaya	ENA (SPXP PS)	٥	11
E. Konstal Ten Penyologyara Maju memberskit ten D	Butt pembertidan km mestigator unita	10	TL
eventymor sensyma rimegkin urbiik makkluken	malati Auri investigasi komprehera Panalisa		TS
(1006 ottoes stratysist parin samus kejadam saminel delam kurun waktu lidak melebis 45 (empel puluh -	mker menseleh (rook Cause anstyses) perde namus knjertekt serensel detem kravet seektu tutsk melobite 4b (emper puluh limes) ham	0	11
time) had	- KumawTumMaka		
	Tim RCA		

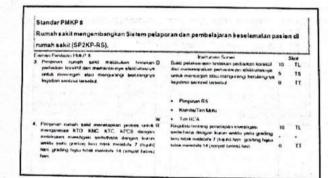












M	iksud dan Tujuan PMKP 9
10	mile/fim Penyelenggara Mutu melakukan analisa dan memuntau unuden kesalamatan pasuen yang dilapukan sapi temalah untuk mendelebisi pola, tem serta mungtin sariau berdasarkan hebuamu pidapasan dani/atau muko hadap pasuen
	poran insiden dan hasil Investigasi Baik investigasi kompretiensif (RCA) maupun investigusi sederhana (simple KCA) rus dilakskan untuk setidaknya hal hal berisut ini:
101	
4) 4)	Semisa persentian timus nitra diagnosi pra ilan diagnosi peucan persente persente diagnosi prante atta diagnosi pra ilan diagnosi peucan peucan diagnosi prante atta atta diagnosi peucan diag
η	Aradian tidak dihatapkan atau pida kejadian tidak dihatapkan tetama anesferi tanga memandang sari
12.25	Repriken telak diharapkan yang berkatan dengan identilikan payan. Reputken kepadian Lun, mulatnya indeku yang berkatan dengan persesian kepatuhn alau wakah penyak

Standar PMKPo

Deta lapuran madan keseramatan pasien selalu dianales selap 3 (tiga) bulan untuk memantau katka muncul ben atau varias yang tidak dinginkan.

men Persianen PMKF &

- 2. Date haven jouzonne; diseporten hoped director dan representatif persitivi dener pengampa bahagai bagian dari program
- Instrumen Survei Buen dete karren (outcome) dilaporken kepada 10 director dan representant persons deven persymme satisfies beginn der program persymmes satisfies beginn der program 6 TS

 - . Oresta
- · Komite/Tim Makeu · Kanada sad karin

-

Kejadian sentinel, jika terjadi salah satu dari abb :

- a) Burnuh diri oleh pasien yang sedang dirawat, disalalaksana, menerima pelayanan di unit yang selalu memiliki staf sepenjang hari atau dalam waktu 72 jam setelah pemulangan pasien, termasuk dan UGD rumah sakit,
- h) Kematian star bayl cukup bulan yang tidak diantisinant
- c) Bayt dipulangkan kepada orang tua yang salah;
- Penculikan paolen yang sedang menerima perawatan, tala bisanal dan pelayanan
- e) Pasien kahur (alau, pulang tanpa igin) dari una perawatan yang selalu dijaga oleh stal sepanjang han (formasuk UGD), yang menyebabkan kematian, cedera permanen, atau cedera sementara derajat berat bagi
- Reaksi transfusi hemolitik yang melitalkan pemberan darah atau produk darah dengan inkompelibilitas golongan darah mayor (ABO, Rh, kelompok darah lainnya).

DEFINISI JENIS INSIDEN

- s. Kejadian tidak diharapkan (KTD) adalah insiden keselamatan pasien yang menyebabkan cedera pada pasien.
- b. Kejadian tidak cedera (KTC) adalah insiden keselamatan pasien yang sudah terpapar pada pasien namun tidak menyebabkan cedera.
- c. Kejadian nyaris cedera (KNC) insiden kesejamatan pasien yang belum terpapar pada pasien.
- d. Kondisi potensial cedera signifikan (KPCS) adalah kondisi (selain dari proses penyakit atau kondisi pasien itu sendiri) yang berpotensi menyebabkan terjadinya kejadian tidak diharapkan (KTD) -> cedera signifikan

-

PENJELASAN

INSIDEN KESELAMATAN PASEN (IKP) : kejadian yang Udak disengaja ketika memberikan asuhan kenada pasien (care management problem (CMP) stau kondisi yang berhubungan dengan lingkungan di RS termesuk infrastruktur, serana prasarana (service delivery problem (SOP), yang dapat berpdenal alau telah menyebabkan bahaya bagi pasien

Definiel kejedien sentinel meliputi (e- n) dan dapat meliputi kejedien lainnye seperti yang disyaratkan dalam peraturan atau dianggap sesuai pieh RS untuk ditambahkan ke dalam daftar kejadian sentinel.

Tidak semua kesalahan menyebabkan kejadian santinsi, dan tidak semua kejadian sentinal akibat

Kejadian sentinel, jika terjadi salah satu dari sbb :

- g) Pemerkosaan, kekerasan (yang menyebabkan kematian, cedera permanan, atsu cedera sementara derajat beral) atau pembunuhan pasien yang sedang menenma perawatan, tela taksana, dan layanan ketika berada dalam lingkungan RS
- h) Pemerkossan, kekerasan (yang menyebabkan kemalian, cedera permanen, atau cedera sementara derajat berat) alau pembunuhan anggota staf , praktisi mandiri berizin, pengunjung, alau vandor Katika berada dalam lingkungan RS
- Tindakan invasif, termasuk operasi, yang dilakukan pada pasien yang salah, di sisi yang salah, atau menggunakan prosedur yang salah (secara tidak sengaja);
- Tertinggalnya benda asing dalam tubuh pasien secara tidak sengaja setelah suatu tindakan invesif, termasuk operasi,

-

Data laporan insiden keselamatan pasien selalu dianalisis setiap tiga bulan untuk mernantau ketika muncul tren atau variasi yang tidak dilinginkan

- a) Proses pengumpulan data sesua (a-h) di maksud dan tujuan, analisis, dan pelaporan diterapkan untuk memastikan akurasi data
- b) Analisis data mendalam dilakukan ketika terjadi tingkat, pola atau tren yang tak diharapkan yang digunakan untuk meningkatkan mulu dan keselamatan pasien.
- c) Deta luaran (outcome) dilaporkan kepada Direktur dan Representatif pemilik/ Dewas sebagai bagian dari program PMKP

KEJADIAN SENTINEL

- Kepadian Sentinal sualu kejadian yang tidak bernubungan dengan perjalahan penyakit pasian alau penyakit yang mendasarnya yang terjadi pada pasan
- Kejadian sentinal salah salu jenis IKP yang harus dilapokan yg menyebabkan lerjadnya hal2 berikul mi a) Kemalian, b) Cedera Permanen c) Cedera beral yg bersital sementaraneversibel
- Codera permanent , dampak yang dialami pasien yang bersitat inaversibel akibal insiden yang dialamnya mis kecacasan, kelumpuhan, kebudaan, luk disb
- Corters heral yang heraifal sementars : corters yang heraifal britis den daçal mengancam nyawa yang berlangsung isalam suatu kurun waktu tanpa terjadi cedera permanan I pajala sisa, namun kondisi tersebul mengharuskan perundahan pasien ke tingkal peraesian yang letih tinggi (pengawasan pasien untuk jangka waktu yang lama, peminsahan passen ke tingkat perawatan yang lebih tinggi karena adanya kondisi yang mengancam nyawa, atau penantsahan operasi besar Tindakan atau tata laksana untuk menanggulangi kondisi

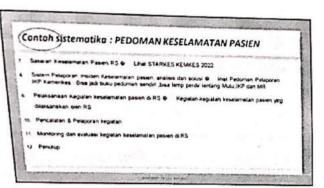
Kejadian sentinel, jika terjadi salah satu dari sbb :

- k) Hiperbitrubinemia neonalal beral (bilrubin > 30 mg/sL);
- f) Fauoroskopi berkepanjangan dengan dosis kumulatif > 1 500 rad pada satu medan tunggal atau pembenan radiolerapi ke area tubuh yang salah atau pemberan radiolerapi > 25% melebih dolus radiolerapi yang
- m). Kebakaran, Idan api, atau asap wap panes, atau pijaran yang bidak diantsipasi selama sutu episide perawatan pasen
- n). Semua kematian aki merapartum (terkat dengan proses persainan)
- Morbidias ibu derajal berat (terutama futak berhubungan dengan perjalahan atamah penyakit pasien atau kondisi lain yang mendasan) terjadi pada paluen dan menyebabkan certera permanen atau certera sementars derajal berat

Penielasan

Komite mulu menganansa dan memantau IKP setiap biandan untuk mendetaksi pola, bian serta ariani berdanarkan feskuanni pelayanan dan atau romo lerhadap passan Laporan misiden dan hasa Investigasi komprehensif (RCA) maupun sivestigasi sederhana (simple RCA) harus dissusan untuk secidannya hai2 termid m

- a) Semua reaksi transfusi yang tudah dauntirepasi
- b). Serrous kajadiam sarrius akibal reamsi olial (adverse drug reaction) yang serius sesum yang Statemen sign ruman said
- c). Semua besidatan pengobatan (mescaton error) yang signifikan sesua yang dietapkan seh



PROGRAM KERJA KOMITE/TIM MUTU

- Seliap Komite/Tim wajib mempunyal program kerja
- Program kerja komite/Tim adalah susunan daftar kegiatan yang dirancang unluk dilaksanakan dalam salu periode kepengurusan Komile/Tim alau dalam kurun waktu 3 tahun (bila periode kepengurusan komite/lim tidak ada balas waktunyal
- Sistematika program kerja sama dengan sistematika program pada umumnya, yang membedakan adalah pada skedul (jadwal) pelaksanaannya yang 1-3 lahun

PEDOMAN KERJA DAN PROGRAM KERJA

- · Pedoman kerja Komite/Tim PMKP tidak sama dengan Pedoman PMKP
- Pedoman kerja → format baku belum ada,bisa lihat contoh
- · Program kerja Komite PMKP tdk sama dng program PMKP RS
- · format program kerja = format program, hanya di jadwal kegiatan di lengkapi dengan jadwal kegiatan Komite/Tim PMKP



PROGRAM KERJA KOMITE MUTURS

- 1. Pendahuluan
- 2. Latar belakang
- 3. Tujuan umum dan tujuan khusus
- Kegiatan pokok dan rincian kegiatan (Rencana Kegiatan)
- 5. Cara melaksanakan kegutan
- d. Sasaran
- 7. Jadwal pelaksanaan kegiatan
- Evaluasi pelaksanaan kegiatan dari pelaporan
- Pencatalan, pelaporan dan evaluasi kegatan

Province keep Komde Mutu RS tidak pertu diengkapi dng SK Periotican program. hanya diperlukan persetujuan Dir RS, jadi lenda tangan Dv AS di halaman berakhir di securior tarate lengar. Ketus Kornte Mulu abg renjulun program

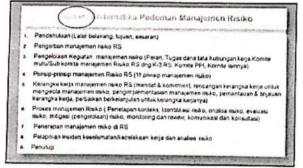
Pedoman Kerja

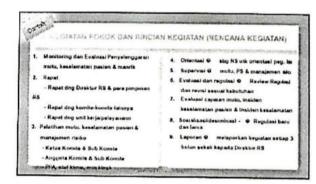


PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 27 TABLES 2017

TENTANG PEDDMAN PENCEGAHAN DAN PENCENDALIAN INPEGSE DI FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN

11 Mt./010





Pedoman Kerja

Standar PMKP9

Data lapuran maiden keselamatan pasien selalu danales selap 3 (tiga) bulan untuk mementau katika mungul ben atau varias yang tidak diinginkan.

Elemen Persianan PMKF &

- Data huaran joutennes diseporten kepade direktur dan representatif pemiliki danan pengawas bakagas begian dari program peningkatan mutu dan kesalamatan pesin
- Instrumen Survei

 Bush date kamen (nutcorne) disponish kepade 10 Ti,
 direntur dan representant persinti dewen
 persyamas sabayai bapan seri program
 persyamatan matu dan keseamatan pessan 0 TT
- Flagresentniti pemilikidowan pengrun
- . Orestur
- . Komme/Tim Mulu
- . Kapala unkkarje

....

72

Kejadian sentinel, jika terjadi salah satu dari abb :

- a) Buriuh diri oleh passen yang sedang dirawat, disristaksana, menerima pelayanan di unit yang selalu memiasi silaf sepanjang hari atau delam waktu 72 jam setelah pemulangan passen, sermasuk dan UGD numah sakit.
- b) Kemation star boyl culup bulan yang lidek diantisipant
- c) Bayt-dipulangkan kepada orang tua yang salah;
- d) Penculikan pasien yang sedang menerima perawatan, tata laksana dan pelayanan:
- Pealen kahtur (elau, pulang jarge izen) dari unit perawatan yang seralu dijaga oleh staf secenjang han (leimasuk UGD); yang menyebabkan kemalian, cadera permanen, alau cadera semertara derajat berat begi basasi terastut:
- Reaksi kranetnei hemolitik yang melbahan pemberan darah atau produk darah dengan inkompatibilitas golongan darah mayor (ABO, Rh, kelompok darah lannya).

11 th 1945

DEFINISI JENIS INSIDEN

- Kejadian tidak diharapkan (KTD) adalah insiden keselamatan pasien yang menyebabkan cedera pada pasien.
- Kejadian tidak cedera (KTC) adalah insiden keselamatan pasien yang sudah terpapar pada pasien namun tidak menyebabkan cedera.
- Kejadian nyaris cedera (KNC) insiden keselamatan pasien yang belum terpapar pada pasien.
- d. Kondisi potensial cedera signifikan (KPCS) adalah kondisi (selain dari proses penyakit atau kondisi pasien itu sendiri) yang berpotensi menyebabkan terjadirnya kejadian tidak diharapkan (KTD) → cedera signifikan

....

.

PENJELASAN

INSIDEN KESELAMATAN PASEN (IKP): kajadian yang tidak disengaja ketika memberikan sekhan kepada paden (care management problem (CMP) stat kondisi yang berubungan dengan lingkungan di RS termasuk infrastruktur, serens praserana (service dulivery problem (SDP), yang dapal berpisesi alau telah menyebatikan behaya bag pasean.

Definiel bejedlen sentinel melibuli (e-e) dan dapat meliputi kejadian lainnya seperti yang disyaratkan dalam peraturan atau dianggan sesuai pieh RS umluk ditambahkan ke dalam daftar kejadian sentinel.

Tidak semus kesalahan menyebabkan kejadian sentinel, dan tidak semus kejadian sentinel akibat

Kejadian sentinel, jika terjadi salah satu dari sbb :

- g) Pemerkopaen, kekerasan (yang menyebabkan kematian, cedera permanan, atau cedera sementara derajat bersi) atau pembunuhan pasien yang sedang menerma peramatan, tala teksana, dan tayanan ketika berada datam tingkungan RS.
- Permerkossan, kakerssan (yang menyebabkan kematian, cadera permanen, atau cadera sementare derajet berat) atau pembunuhan anggota staf , praisisi mandel bertim, pengunjung, atau vandor Katika berada dalam angkungan RS
- Tindakar sivasif, fermesuk operasi, yang dilakukan pada pesen yang salah, di sisi yang salah, atau menggunakan prosedur yang salah (secara tidak sengaja);
- Tertinggalnye bende asing dalam tubuh pasien secara tidak sengaja serelah suatu tindakan invesif, termasuk operasi.

MG .

Data laporan insiden keselamatan pasien selalu dianalisie setiap tiga bulan untuk memantau ketika muncul tran atau yariasi yang tidak diinginkan

- Proses pengumpulan data sesuar (a-h) di maksud dan tujuan, analisis, dan pelaporan diterapkan untuk memastikan akurasi data.
- b) Analisis data mendalam dilakukan ketika terjadi tingkat, pola atau tren yang tak diharapkan yang digunakan untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien.
- c) Deta luaran (outcome) dilaporkan kepada Direktur dan Representatif pemilik/ Dewea sebagai bagian dan program PMKP

KEJADIAN SENTINEL

- Kejadian Sentinal suatu sejadan yang lidak berhutungan dengan perjalahan penyakit pasan alau penyakit yang mendasannya yang terjara peda pasan
- Kajadian senenar salah salu jenis biP yang harus diaporkan yij menyebabkan lerjadinya hali2 berikut ire a) Kamalian, bi Cedera Permanen ci Cedera beral yij barsital sementarian eversibel
- Codera permasen , dampas yang dalami pasen yang bersulal sravarsibel antsel insiden yang dalamnya mis kecacasan, kelumpuhan, ketukaan, luli dab
- Cartera transi yang hersifat sementara i certera yang harsifat britis dan dapat mengancara nyawa yang berlangsung dalam suatu surun wastu tanpa terjadi cedera permanen i gejala alaa, namun kondosi tersebul mengharuskan pemindahan passen ke tingkal perawasan yang letin inggi (pengawasan passen untuk jangka esattu yang tama, pemindahan passen ke hingkal perawasan yang letin linggi karana adanya kondosi yang mengancam nyawa, atau penanibahan operasi besari Tindakan atau tata taksana untuk menanggulangi kondosi

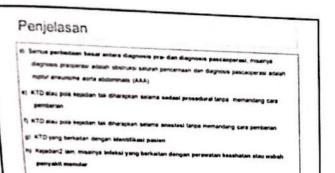
Kejadian sentinel, jika terjadi salah satu dari sbb :

- k) Hiperbirubinemia neonalai beral (blirubin > 30 mg/dL);
- f) Fázoroskopi berikepanjangan dengan dosa kumulaté » 1 500 tad peda satu medan tunggal atau pemberun radioterapi ke area tubuh yang salah atau pemberun radioterapi » 25% melebih dosis radioterapi yang disencarrahan.
- Katakaran, hdan api, afau asap isap panes, afau pijaran yang tidak manisipsis selama satu episiote perawaran pasen
- n) Semus kemelian iku mirapantum (terkait dengan proces persaiman)
- c) Marbellas ibu derajel beral (terutama tista) berhudungan dengan perjalanan alamah penyalah pasun atau kondou lain yang mendahan) terjadi pada paluen dan menyebatkan certima permanen atau certima sementans darajat beral.

Penjelasan

Komite muliu mengangina dan memanjay IXP setiap bisudan siniuk mendeteksi pola, Iran serte variasi berdasankan fiskusanai peleyanan dan idau mako terhalap pesaan Laporan misolan dan maki investigasi komprehenad (RCA) mempun investigasi sederhana (simple RCA) menu diseusan untuk sersiasnya har/ berindi mi

- ay Serbua reaksi transfusi yang tudah daunterpas
- Sercus kepadase serius aktibat reassa okali (artierse drug reaction) pang sersub belure yang destapasar oleh numah salet.
- Semua kesalahan pengobatan (mericaton amuri yang signihan setua yang ditespasi ran ruman sant





Standar PMKP 11

Komtel Tim Penyelenggara Mulu memandu penerapan program manajemen nijuko di RS

Elenten Persesan (ARP 11

5. Komtel Tim Penyelenggara Mulu telah menyesan R

Propen manajemen make lengat nunin sakil urak dikelepasa (Projeka manah sakil proj disesum sah komte lakil RS

4. Komtel Tim Penyelenggara Sikis telah memandu D
pentelah memal saki sakila saki

RS melakukan pengukuran dan evaluasi budaya keselamatan pasien

- Rumah sakit telah melaksanakan pengukuran budaya keselamatan pasien secara regular setiap tahun menggunakan metode yang telah terbukti
- Hasil pengukuran budaya sebagai acuan dalam menyusun program peningkatan budaya keselamatan di RS.

* *** ***

Standar PMKP 11 Komite/ Tim Penyelenggara Mutu meniandu penerapan program manajemen nsiko di ruman sakif Elemen Persiaser FMKP 11 Instrumen Survei Normel Tim Peryelengges Mutu memendu periengan program manajahan risako jeng di tengan pian Deoksur Bukti Komrte Mutu KS me TL tuper viti untuk memandu peneranan TS program manajemen risiko п - Komite/Tim Mutu RS - Kepala Unit Lerja 2. Komitel Tim Penyelenggera Maku lalah membuat D Build defer risks ruman said bed 10 11 daffar risiko rumah sakit berdasarkan daffar nako unit-unit di rumah sakit defer resto unif-unit de ruman salut TS 0 11 . Komen/Tim May RS · Kepela Unit kaya ---

4. Kegiatan pokok Program Manajemen Risiko RS

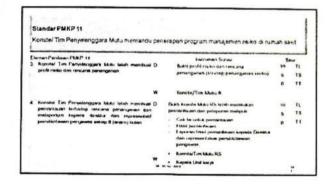
a) Proses manajemen risiko (poin al-gi).

b) Integrasi manajemen risiko di rumah sakit.

c) Pelaporan kegiatan program manajemen risiko.

d) Pengelolaan klaim tuntunan yang dapat menyebabkan tuntutan (ada rumah sakit).

Rumah sakit melakukan pengukuran da	n evalua	si budiya keselamatan pasen		
	10%	The state of the state of	34.6	
Elemen Pendaun PMKP 10		Instrumen Survei		Skor
Ruman sakil telah melaksanskan pengulauran budaya keselamatan pasian dengan surver budaya keselamatan pasian		Bukti pelaksanaan pengukuran budaya	10	TL
		keselamatan dengan survei budaya keselamatan	5	TS
seliep fahun menggunakan melode y telah lertukti			0	TT
	141	Komte/Ten Mutu		
Hasil pengukuran budaya sebagai acuan	R	Penyusunan Program Budaya	10	TL
dalam menyusun program peningsatan		Kasalamatan numah sakil		
budaya kesalamatan di rumah saka				
			0	TT



Proses imana/emieri risiko (polint a s7d g.) yang diterapiran di rumah sakit meliputi:

al Komunksi dan kinsutasi
bi Menetapikan kontesi.
ci Menetapikan kontesi.
ci Menetapikan risiko sesiali kategori risiko pada poin a -e
yi Analisia risiko.
ci Evaluasi risiko.
ci Penanganan risiko.

Komite mutu memandu penerapan program manajemen risiko di rumah sakit

- a) Komite mutu telah menyusun Program manajemen risiko tingkal RS untuk ditetapkan Direktur
- b) Komite mutu memandu penerapan program manajemen risiko yang di telapkan oleh Direktu
- c) Komite mutu telah membuat daftar risiko RS berdasarkan daftar risiko unt2 di RS
- d) Komite mutu telah membuat profil risiko dan rencana penanganan
- Kornie mutu telah membuai pemantauan terhadap rencana penanganan dan melaporkan kecada Dirakku dan Berrasantal (pembia / Densa satian 5 hulan)
- f) Komite mutu telah memandu pemilihan minimal satu Analisa secara proaktif terhadap proses berisiko tinggi yang diprioritaskan untuk dilakukan Analisa FMEA setiap tahun

-

,

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

*

