

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,

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



## 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](http://www.dharmanugraha.co.id)

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

## NOTULEN RAPAT

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

### Hasil Rapat

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

		<p>Standar 10 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Peningkatan mutu di kepala unit masing-masing</li> <li>- kepala unit mengetahui indikator unit dan program-program prioritasnya</li> </ul> <p>Standar 14 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- PMKP harus punya program manajemen risiko</li> <li>- Profil risiko tiap unit, komite mutu akan menyusun tingkat risiko tiap unit</li> <li>- Menentukan Risk Priority Number (RPN)</li> </ul>	
	<p>Kriteria pemilihan prioritas :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Masalah yang paling banyak di rumah sakit</li> <li>2. Jumlah yang banyak (high volume)</li> <li>3. Proses berisiko tinggi (high process)</li> <li>4. Ketidakpuasan pasien dan staf</li> <li>5. Kemudahan dalam pengukuran</li> <li>6. Ketentuan pemerintah atau persyaratan eksternal</li> <li>7. Sesuai dengan tujuan strategis rumah sakit</li> <li>8. Memberikan pengalaman pasien lebih baik (patient experience)</li> </ol>		
<b>RISK PROFILE :</b> 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	
<b>MEMAHAMI PMKP</b>			
	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 : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Direktur menetapkan regulasi terkait peningkatan mutu dan keselamatan pasien serta menajemen risiko</li> </ul>	

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

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

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

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

Menyetujui,  
**Direktur,**

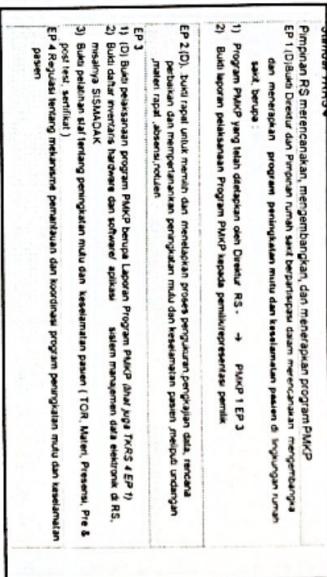
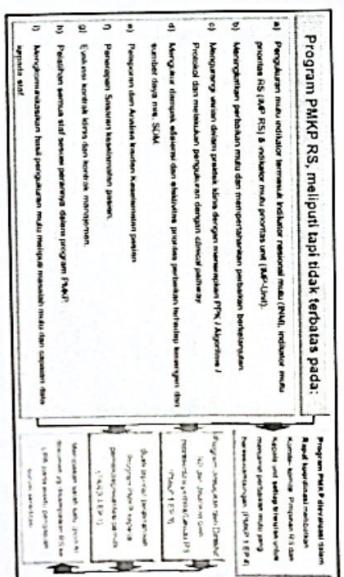
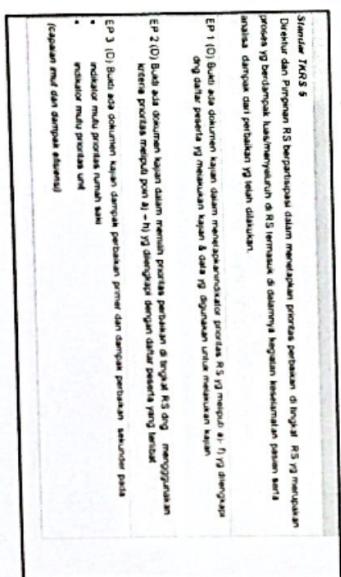
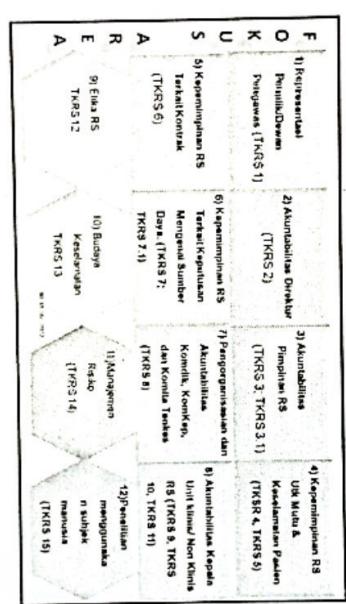
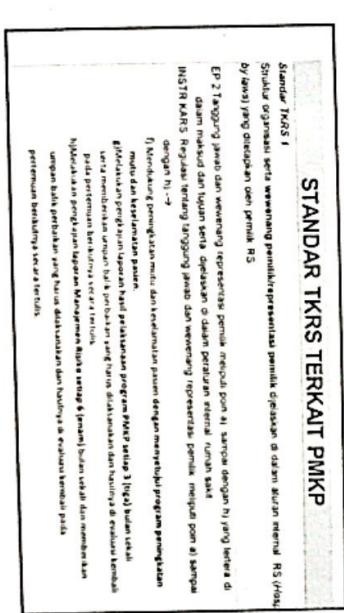
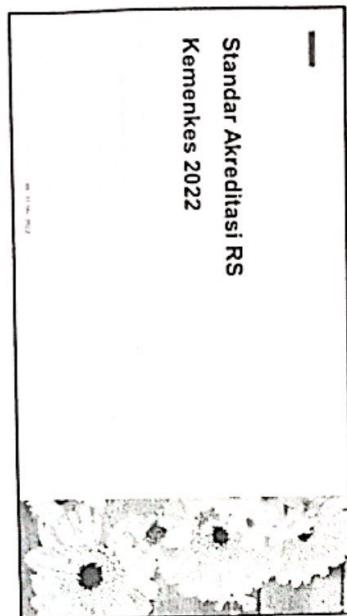
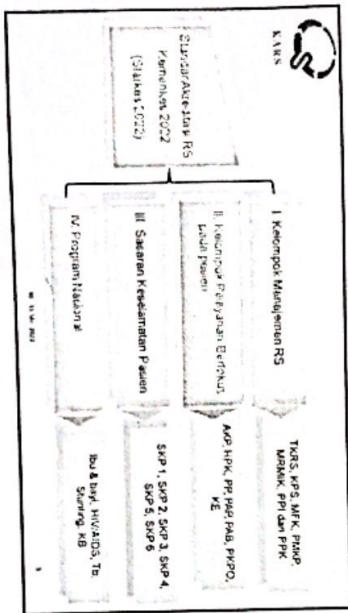
Jakarta, 16 Oktober 2023  
**Notulen**

drg. Purwanti Aminingsih, MARS, Ph.D

dr.Bernand Gamaliel

## Dokumentasi





 <p><b>Manajemen Risiko</b></p> <p><b>TKRS 14</b></p>		<p>pengeluaran modal R\$ 17 dapat ditanggung di akhir dan memerlukan waktu memproduksi pengeluaran pada di awal beroperasi</p> <p>EP 1 (i) Biaya untuk mendekorasi bangunan dalam di awal beroperasi kira-kira</p> <p>EP 2 (ii) Biaya untuk mendekorasi bangunan NMP-RS di akhir kinerja dalam kerusakan setelah bayaran kembali</p> <p>EP 3 (i) biaya untuk pembaharuan pengeluaran NMP-Untuk 3 unit kios non kios</p> <p>EP 4 (i) tenaga pemeliharaan perbaikan bahan bila waktu dapat dipersingkat dalam waktu 1 (sehari)</p>	<p>EP 1 (ii) Perbaikan operasi dan normalisasi kerugian</p> <p>EP 2 (i) Biaya yang harus dikeluarkan dalam resumen dan menurunkan penjualan</p> <p>EP 3 (ii) Biaya produksian gratis informasi menu spesial yang disajikan oleh Pimpinan Kios dan Nurul</p> <p>EP 4 (ii) Biaya produksian gratis informasi menu spesial yang disajikan oleh Pimpinan Kios dan Nurul</p>
--	--	--	---

<h2>Maksud dan tujuan</h2> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengelola risiko adalah proses yang prioritas dan berorientasi pada pengelolaan resiko.</li> <li>- Resiko merupakan faktor yang mempengaruhi kinerja organisasi.</li> <li>- Resiko harus diidentifikasi dengan teliti dan dikenali sejak awal.</li> <li>- Resiko harus dieliminasi sejauh mungkin.</li> <li>- Resiko harus diidentifikasi dengan teliti dan dikenali sejak awal.</li> <li>- Resiko harus dieliminasi sejauh mungkin.</li> </ul>																								
<p>Program manajemen risiko (PMR) atau risiko yang dapat dikenali berdasarkan Ciri-Ciri risiko yang diprediksi oleh Organisasi meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Proses manajemen risiko (poin 8.1-2).</li> <li>2. Integrasi manajemen risiko di RS.</li> <li>3. Penerapan kegiatan program manajemen risiko</li> <li>4. Pengelolaan risiko berdasarkan sifat dan karakteristik risiko.</li> </ol> <p>Kategori Risiko</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Risiko operasional (risiko dari operasional)</li> <li>2) Risiko Keamanan (risiko terhadap kesehatan dan selamatan yang berpotensi)</li> <li>3) Risiko Perkembangan teknologi dan keterikatuan risiko untuk teknologi</li> <li>4) Risiko lingkungan (risiko akibat aktivitas yang berdampak pada lingkungan)</li> </ol>																								
<p>Elemen Penilaian TPIRS</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diketahui bahwa program PMR berperan dalam mengurangi resiko dan menghindari potensi kerugian</li> <li>2. Diketahui bahwa ada perbedaan antara risiko dan resiko yang ditolerir</li> <li>3. Rasio yang ditolerir adalah rasio antara resiko yang ditolerir dengan resiko yang dituntut</li> </ol> <p>R = Rasio toleransi Program manajemen risiko</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Evaluasi</th> <th>R</th> <th>Nilai</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Komunikasi dalam komunitas</td> <td>0</td> <td>TT</td> </tr> <tr> <td>2. Keterlibatan unsur sosial dalam kegiatan manajemen risiko</td> <td>10</td> <td>TL</td> </tr> <tr> <td>3. Penerapan kegiatan program manajemen risiko</td> <td>0</td> <td>TT</td> </tr> <tr> <td>4. Pengelolaan risiko berdasarkan sifat dan karakteristik risiko</td> <td>0</td> <td>TT</td> </tr> <tr> <td>5. Komunikasi dengan para stakeholders</td> <td>0</td> <td>TT</td> </tr> <tr> <td>6. Dokumentasi Data risiko yang diidentifikasi</td> <td>0</td> <td>TT</td> </tr> <tr> <td>7. Dokumentasi Pelaksanaan Tindak lanjut</td> <td>0</td> <td>TT</td> </tr> </tbody> </table> <p>V. Direktur RS</p>	Evaluasi	R	Nilai	1. Komunikasi dalam komunitas	0	TT	2. Keterlibatan unsur sosial dalam kegiatan manajemen risiko	10	TL	3. Penerapan kegiatan program manajemen risiko	0	TT	4. Pengelolaan risiko berdasarkan sifat dan karakteristik risiko	0	TT	5. Komunikasi dengan para stakeholders	0	TT	6. Dokumentasi Data risiko yang diidentifikasi	0	TT	7. Dokumentasi Pelaksanaan Tindak lanjut	0	TT
Evaluasi	R	Nilai																						
1. Komunikasi dalam komunitas	0	TT																						
2. Keterlibatan unsur sosial dalam kegiatan manajemen risiko	10	TL																						
3. Penerapan kegiatan program manajemen risiko	0	TT																						
4. Pengelolaan risiko berdasarkan sifat dan karakteristik risiko	0	TT																						
5. Komunikasi dengan para stakeholders	0	TT																						
6. Dokumentasi Data risiko yang diidentifikasi	0	TT																						
7. Dokumentasi Pelaksanaan Tindak lanjut	0	TT																						

<p><b>Maklud dan tujuan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Risiko non finans yang dapat timbulkan tidak operasional adalah risiko PPI (penarik pinjaman), makluk seorang, bukti palsu, ketidak sesuaian dan hasil teknologi. Risiko PPI terjadi akibat kisaran &amp; kognisi seperti kurang berpengalaman, risiko yg tetap dengan ketidaksesuaian sumber air dan bahan dasar tanah dan kerang makluk non sains dapat memicu resiko yg tanpa sebab yang jelas bersifat negatif yang diakibatkan olehnya. Makluk dan manusia dapat mengambil alih resiko tersebut dan resiko kehilangan.</li> <li>a) Risiko Kelebihan: resiko kelebihan timbulkan dalam perbaikan yang berlebih.</li> <li>b) Risiko Reparasi (dapat timbul saat yang ditunda dan masuk akal).</li> <li>c) Risiko Strategis (terwujud dengan rencana strategis timbulkan hal yang berlebih).</li> <li>d) Risiko Kapitalisasi (timbulkan haluan dan tujuan)</li> </ul>						
<p>Instituten Akreditasi PMK KARS Starkes 2022</p>						
<p>* * Lainnya</p>						
<p><b>FOKUS Area PMKP</b></p> <p>↓</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; padding: 5px;">a) Pengembangan Kognisi Perkembangan Nutrisi Kesehatan dan Pembentukan Karakter (DPR/DRM)</td> <td style="width: 33%; padding: 5px;">b) Pengetahuan dan Pengembangan Karakter</td> <td style="width: 33%; padding: 5px;">c) Analisis dan Validasi Data</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">d) Pengembangan Sistem Dukungan dan peningkatan Kompetensi Profesi RT/RW</td> <td style="padding: 5px;">e) Pengembangan Sistem Dukungan dan peningkatan Kompetensi Profesi RT/RW</td> <td style="padding: 5px;">f) Pengembangan Manajemen Risiko</td> </tr> </table>	a) Pengembangan Kognisi Perkembangan Nutrisi Kesehatan dan Pembentukan Karakter (DPR/DRM)	b) Pengetahuan dan Pengembangan Karakter	c) Analisis dan Validasi Data	d) Pengembangan Sistem Dukungan dan peningkatan Kompetensi Profesi RT/RW	e) Pengembangan Sistem Dukungan dan peningkatan Kompetensi Profesi RT/RW	f) Pengembangan Manajemen Risiko
a) Pengembangan Kognisi Perkembangan Nutrisi Kesehatan dan Pembentukan Karakter (DPR/DRM)	b) Pengetahuan dan Pengembangan Karakter	c) Analisis dan Validasi Data				
d) Pengembangan Sistem Dukungan dan peningkatan Kompetensi Profesi RT/RW	e) Pengembangan Sistem Dukungan dan peningkatan Kompetensi Profesi RT/RW	f) Pengembangan Manajemen Risiko				

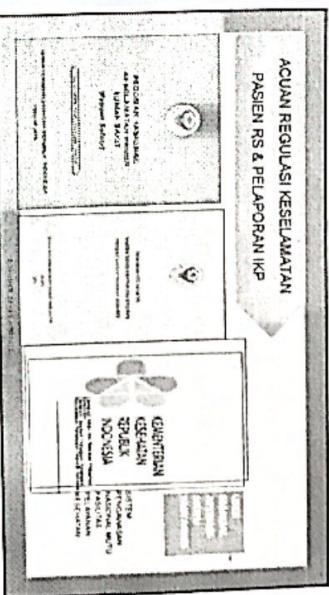
## Contoh sistematika : PEDOMAN MUTU, KESELAMATAN PASIENDAN MANAJEMEN RISIKO

<p><b>Susunan Batang Tubuh Peraturan Rumah Sakit</b></p> <p>[Pas pada Peraturan]</p> <p>Membangun : Mengelola :</p> <p><b>AKURATITASAN</b></p> <p>Mendukung : PERLAKUAN DIRECTUR UTAMA RS TEPANG PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN dan MANAJEMEN RISIKO</p> <p>KETEPATAN JUMLAH Perat ... <b>BAB I</b></p> <p><b>BAB II</b> PERAT ... PERAT ...</p> <p><b>PENGEMBANGAN MUTU &amp; KESELAMATAN RUMAH SAKIT DAN MANAJEMEN RISIKO</b></p> <p>PERAT ... PERAT ...</p>
---

<p><b>Susunan Batang Tubuh Peraturan Rumah Sakit</b></p> <p><b>LAMPIRAN</b></p> <p>1. PEDOMAN PENINGKATAN MUTU 2. PEDOMAN KESELAMATAN PASIEN 3. PEDOMAN MANAJEMEN RISIKO</p> <p>4. Panduan SISTEM MANAJEMEN DATA</p>
--

<p><b>Contoh sistematika : PEDOMAN PENINGKATAN MUTU</b></p> <p><b>Susunan Batang Tubuh Peraturan Rumah Sakit</b></p> <p><b>BAB III</b> PERLAKUAN PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN DAN MANAJEMEN RISIKO RS Perat ...</p> <p><b>BAB IV</b> KESELAMATAN PASIEN DAN MANAJEMEN RISIKO RS Perat ...</p> <p><b>BAB V</b> PERLAKUAN PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN DAN MANAJEMEN RISIKO Perat ...</p> <p><b>BAB VI</b> PERLAKUAN PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN DAN MANAJEMEN RISIKO Perat ...</p>
---

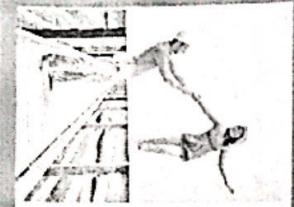
<p><b>Contoh sistematika : PEDOMAN KESELAMATAN PASIEN</b></p> <p><b>Pedoman Keselamatan Pasien RS</b></p>  <p><b>Contoh sistematika : PEDOMAN KESELAMATAN PASIEN</b></p> <p>1. Pendukungan,Luar bekarang, lujum, sasaran)</p> <p>2. Kesehatan pasien RS (Mengaplikasi keselamatan pasien, lujum, dasar hukum) • Urat hukum keselamatan pasien Kementerian</p> <p>3. Pengorganisasian/Pengembangan segala keselamatan pasien RS (Peran, tugas dan tata hubungan kerja Komite mulia/Sub Komite Keselamatan pasien dengan Komite 2 lainnya dan unit pelajaran) • Urat PPK 11 tahun 2017 tentang Kesehatan pasien</p> <p>4. Defensi • Urat PPK 11 tahun 2017 tentang Kesehatan pasien</p> <p>5. Standar Keamanan Pasien RS • Urat PPK 11 tahun 2017 tentang Kesehatan pasien</p> <p>6. Tujuan Langkah Kesehatan pasien RS • Urat PPK 11 tahun 2017 tentang Kesehatan pasien</p> <p>7. Panduan</p>
--



### (Contoh) SISTEMATIKO : PEDOMAN KESELAMATAN PASIEN

- Sistem Keamanan Pasien RS ◉ Link STARKEST KELKES 2022
- Sistem Keamanan Pasien Keamanan pasien adalah dan kualitas ◉ Unit Pelayanan Pasien
- Kesehatan Pasien Keamanan pasien di RS ◉ Kepatuhan-regulasi Keamanan pasien
- Dokumentasi dan RS
- Pengelolaan & Penerapan Kegiatan
- Monitoring dan evaluasi Kegiatan Keamanan Pasien di RS
- Penilaian
- ...

### Pedoman Manajemen Risiko RS



 <b>UNIVERSITAS PENDIDIKAN MANAJEMEN RISIKO</b>
<b>1. Pendekatan (Luar Peningkatan, Bujur, siswa)</b> 2. Pengembangan manajemen risiko RS 3. Pengelolaan Kegiatan manajemen risiko (Pelan, Tugasan dan tugas kerja Komite mutu/Subkomite manajemen Risiko RS drg k3, RS Komite Prof. Komite Amnyai) 4. Prinsip-prinsip manajemen Risiko RS (11) dan Prinsip Management Risiko Komite kerja manajemen risiko (marata, komitmen, implementasi, pemantauan & tindak lanjut kerjanya, efektif, pertukar keberlanjutan untuk kerjanya) 5. Proses (penerapan/Ruolo a) Penerapan tugas kerja Komite mutu risiko, analisa risiko, evaluasi risiko, mitosi (pengelolaan) risiko, monitoring dan review, korektivitas dan konsultasi 6. Pengelolaan manajemen risiko RS 7. Penerapan tindakan kelembaban akademik dan kerja dan analisa risiko 8. Penutup

### PROGRAM KERJA KOMITE/TIM MUTU

- Setiap Komite/Tim wajib mempunyai program kerja
- Program kerja komite/tim adalah susunan daftar kegiatan yang diancang 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 sistematiska program pada umumnya, yang membedakannya adalah pada skedul (jadwal) pelaksanaannya yang 1-3 tahun

### PROGRAM KERJA KOMITE MUTU RS

1. Pendekatan	Program kerja Komite Mutu Risiko perlu dilengkapi dengan SK.
2. Letak berdiri	Pembentukan program.
3. Tujuan umum dan tujuan khusus	Kejadian pokok dan sifat-sifat kejadian (Rencana Kegiatan)
4. Cara melaksanakan kegiatan	Hanya operasional Persekolahan Dr. RS, pelatihan terhadap Dr. RS, pelatihan terhadap dosen dan seluruh lulusan dengan Kel. Komite Mutu Risiko melalui penyusunan program
5. Sasaran	
6. Jadwal pelaksanaan kegiatan	
7. Evaluasi pelaksanaan kegiatan dan pengelaran	
8. Perbaikan, perbaikan dan evaluasi kegiatan	

### 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 dengan program PMKP RS
- Formal program kerja = formal program, hanya di jadwalkan kegiatan di lengkap dengan jadwal kegiatan Komite/Tim PMKP

### Pedoman Kerja

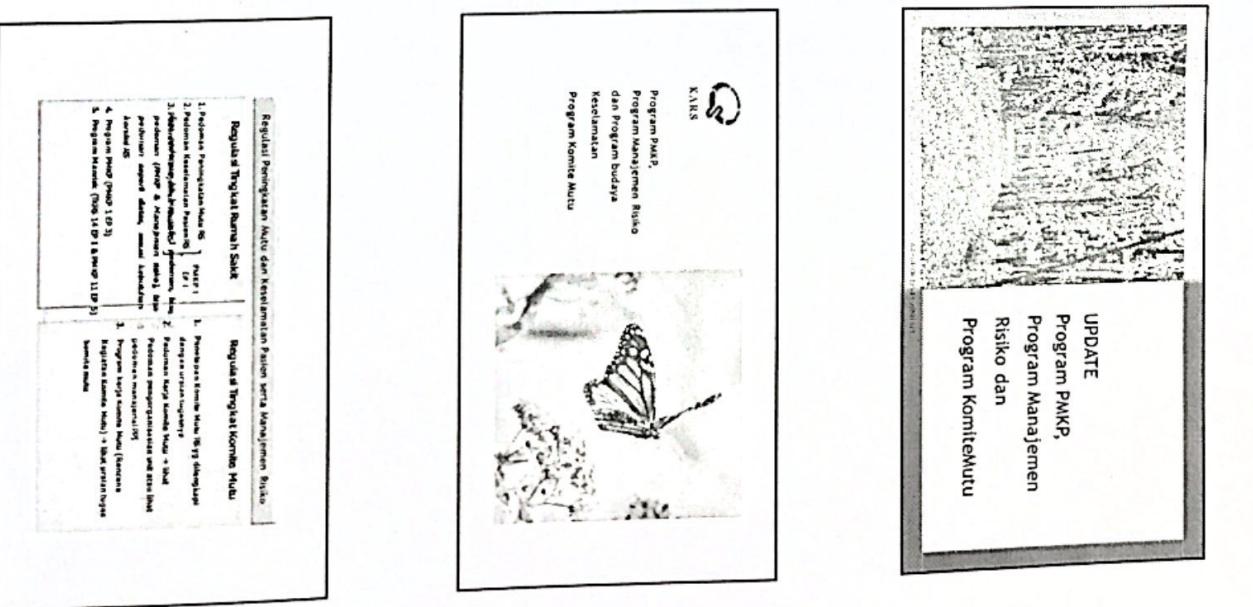
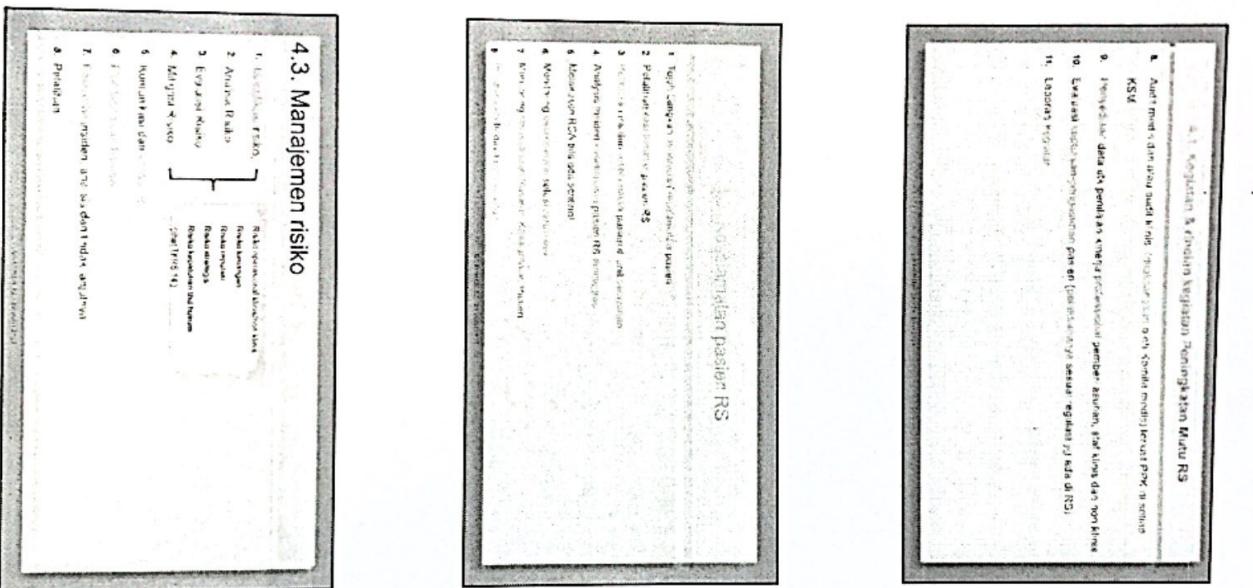
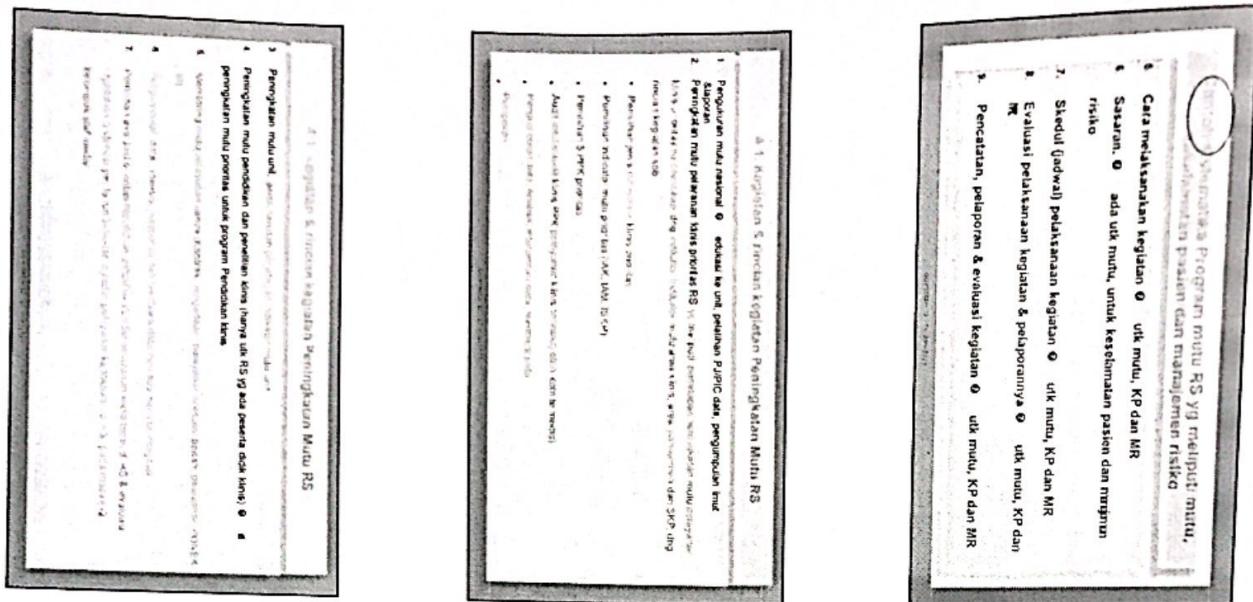


PERATURAN MENTERI KESIHATAN REPUBLIK INDONESIA  
NOMOR 27 TAHUN 2017  
TENTANG  
PERILAKU PENGETAHUAN DAN PENGETAHUAN INFOLAH  
DI FAKULTAS PELAYANAN KESIHATAN

### Pedoman Kerja

 <b>PERATURAN MENTERI KESIHATAN REPUBLIK INDONESIA</b>
<b>NOMOR 27 TAHUN 2017</b>
<b>TENTANG</b>
<b>PERILAKU PENGETAHUAN DAN PENGETAHUAN INFOLAH</b>
<b>DI FAKULTAS PELAYANAN KESIHATAN</b>
<b>PERATURAN MENTERI KESIHATAN REPUBLIK INDONESIA</b>
<b>NOMOR 27 TAHUN 2017</b>
<b>TENTANG</b>
<b>PERILAKU PENGETAHUAN DAN PENGETAHUAN INFOLAH</b>
<b>DI FAKULTAS PELAYANAN KESIHATAN</b>





## Sistematika program

1. Pemahaman
2. Latar Belakang
3. Tujuan, sasaran dan Ragaan Akhir
4. Kegiatan pokok dan metoda kegiatan
5. Catatan implementasi kegiatan
6. Sumber
7. Analisis potensi risiko kegiatan
8. Faktor penerapan kegiatan dan pelaksanaan
9. Penilaian, pengelolaan dan evaluasi kegiatan

## Proses manajemen risiko (point a s/d g) yang diterapkan di Rumah Sakit meliputi:

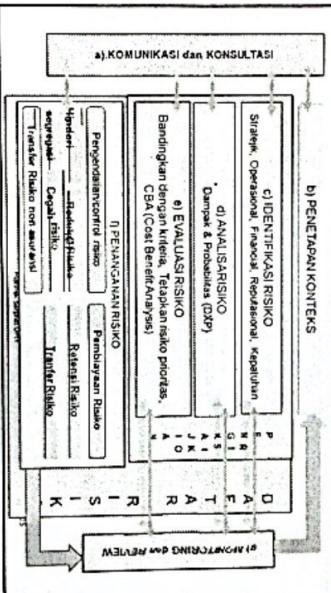
- a) Komunikasi dan konsultasi.
- b) Mengelola komiski.
- c) Identifikasi risiko serta kategori risiko pada point a-g
- d) Analisa risiko.
- e) Evaluasi risiko.
- f) Pengingatan risiko.
- g) Pemeriksaan risiko.

4. Kegiatan pokok program PdMK meliputi tipe tidak terstruktur
- a) Perencanaan, pelaksanaan, pengawasan dan evaluasi, serta penilaian dan pengembangan program (PdMK), dan kegiatan kinerja (KJ) (p. 1)
  - b) Mengelola perubahan metoda pelaksanaan program berdasarkan kenyataan yang ada dan dengan memperbaiki dan / atau mengubah / mengeliminasikan faktor-faktor yang menghalangi pelaksanaan program (kecuali perubahan dalam struktur organisasi perusahaan, teknologi dan teknologi implementasi dalam pelaksanaan program).
  - c) Pengelolaan faktor-faktor implementasi program.
  - d) Evaluasi hasil dan hasilnya pelaksanaan program.
  - e) Mengelola perubahan dalam struktur organisasi.
  - f) Mengelola perubahan dalam struktur organisasi dalam pelaksanaan program (p. 2)

## 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 untung (ada rumah sakit).



## 4. Kegiatan pokok pelaksanaan Budaya Keselamatan di RS

Contoh: Kegiatan pokok Program Kerja Komite Mutu

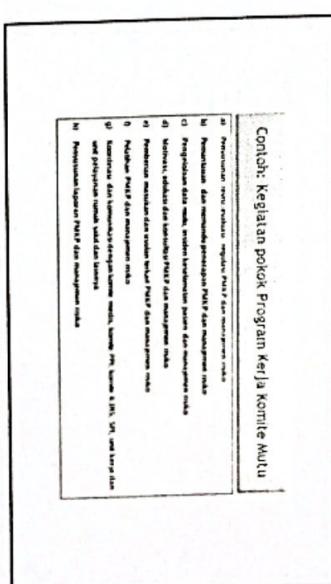
Cetakan Sistematiska Pedoman Kerja Komite Mutu

14 September 2019 Edisi 1.0

Tahun 2020

## 4. Kegiatan pokok pelaksanaan Budaya Keselamatan di RS

- a) Kemandirian dan mengelola masalah seluruh peristiwa yang tidak diinginkan (Dipersatu semisalnya).
- b) Evaluasi peristiwa secara berpasca dengan metode seperti konseling kritis diskusi (FGD).
- c) Mengelola krisis secara dan meningkatkan sistem, dalam mengembangkan budaya partisipasi yang positif.
- d) Mengelola peristiwa yang tidak diinginkan pada semua saat pada semua peristiwa di rumah sakit, termasuk manajemen kesehatan, bidang dan nonbidang, dalam prinsip-prinsip representasi pemilik dan anggota Dewan pengawas.



## 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 untung (ada rumah sakit).

## Program Kerja Unit



### Pemilihan dan Pengumpulan Data Indikator



INDIKATOR NASIONAL MUTU (INM)	
1.	Kepatuhan keberlilan tangan
2.	Kepatuhan penggunaan APD
3.	Kepatuhan identifikasi pasien
4.	Vaktiu tanggap Operasi Seksi searea emergensi
5.	Vaktiu tunggu rawat jalan
6.	Penundahan operasi elektif
7.	Kepatuhan waktu visite Dokter
8.	Laporan hasil kritis laboratorium
9.	Kepatuhan penggunaan formulir national
10.	Kepatuhan terhadap alur klinik (clinical pathway)
11.	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh
12.	Kecepatan waktu tanggap complain
13.	Kepuasan pasien

Standar PHKp2	
Komite/Tim mutu mendukung proses pemilihan indikator dan melaksanakan koordinasi serta integrasi kegiatan pengukuran data indikator mutu dan keselamatan pasien di RS	
Elemen Penilaian PHKp2	
D	Instrument Survey
1.	Buktii pengukuran mutu tentang 10 TL dalam pemilihan indikator mutu pasien. 5 TS baik dituguhkan atau selaku indikator umum layanan
D	Instrument Survey
2.	Buktii pengukuran mutu mengenai 5 TS baik dituguhkan atau selaku indikator umum layanan
D	Instrument Survey
3.	Buktii pengukuran mutu mengenai 5 TS baik dituguhkan atau selaku indikator umum layanan
D	Instrument Survey
4.	Buktii pengukuran mutu mengenai 5 TS baik dituguhkan atau selaku indikator umum layanan
D	Instrument Survey
5.	Buktii pengukuran mutu mengenai 5 TS baik dituguhkan atau selaku indikator umum layanan
D	Instrument Survey
6.	Buktii pengukuran mutu mengenai 5 TS baik dituguhkan atau selaku indikator umum layanan
D	Instrument Survey
7.	Buktii pengukuran mutu mengenai 5 TS baik dituguhkan atau selaku indikator umum layanan
D	Instrument Survey
8.	Buktii pengukuran mutu mengenai 5 TS baik dituguhkan atau selaku indikator umum layanan
D	Instrument Survey
9.	Buktii pengukuran mutu mengenai 5 TS baik dituguhkan atau selaku indikator umum layanan
D	Instrument Survey
10.	Buktii pengukuran mutu mengenai 5 TS baik dituguhkan atau selaku indikator umum layanan
D	Instrument Survey
11.	Buktii pengukuran mutu mengenai 5 TS baik dituguhkan atau selaku indikator umum layanan
D	Instrument Survey
12.	Buktii pengukuran mutu mengenai 5 TS baik dituguhkan atau selaku indikator umum layanan
D	Instrument Survey
13.	Buktii pengukuran mutu mengenai 5 TS baik dituguhkan atau selaku indikator umum layanan

Standar PHKp2	
Komite/Tim mutu mendukung proses pemilihan indikator dan melaksanakan koordinasi serta integrasi kegiatan pengukuran data indikator mutu dan keselamatan pasien di RS	
Elemen Penilaian PHKp2	
3.	Instrument Survey
1.	Buktii pengukuran mutu mengenai 5 TS baik dituguhkan atau selaku indikator umum layanan
2.	Buktii pengukuran mutu mengenai 5 TS baik dituguhkan atau selaku indikator umum layanan
3.	Buktii pengukuran mutu mengenai 5 TS baik dituguhkan atau selaku indikator umum layanan
4.	Buktii pengukuran mutu mengenai 5 TS baik dituguhkan atau selaku indikator umum layanan
5.	Buktii pengukuran mutu mengenai 5 TS baik dituguhkan atau selaku indikator umum layanan
6.	Buktii pengukuran mutu mengenai 5 TS baik dituguhkan atau selaku indikator umum layanan
7.	Buktii pengukuran mutu mengenai 5 TS baik dituguhkan atau selaku indikator umum layanan
8.	Buktii pengukuran mutu mengenai 5 TS baik dituguhkan atau selaku indikator umum layanan
9.	Buktii pengukuran mutu mengenai 5 TS baik dituguhkan atau selaku indikator umum layanan
10.	Buktii pengukuran mutu mengenai 5 TS baik dituguhkan atau selaku indikator umum layanan
11.	Buktii pengukuran mutu mengenai 5 TS baik dituguhkan atau selaku indikator umum layanan
12.	Buktii pengukuran mutu mengenai 5 TS baik dituguhkan atau selaku indikator umum layanan
13.	Buktii pengukuran mutu mengenai 5 TS baik dituguhkan atau selaku indikator umum layanan

Pengumpulan data indicator mutu	
a	• Konsultasi pasien dengan indikator mutu pasien yang dibutuhkan pengukuran sebagai informasi mutu nasional yang
b	• Indikator mutu prioritas rumah sakit (IMPR) mencakup: (1) Indikator Sistem Keamanan pasien minimal 1 indikator statis pasien. (2) Indikator pelayanan klinik prioritas minimal 1 indikator. (3) Indikator sistem laporan klinik prioritas minimal 1 indikator. (4) Indikator teknik perbaikan sistem minimal 1 indikator. (5) Indikator teknik perbaikan risiko minimal 1 indikator kelebihan masing. (6) Indikator teknik perbaikan klinik dan program kelebihan masing. • Pengukuran data untuk penilaian klinik • Pengukuran data untuk penilaian pasien
c	• Komite/Tim Manajemen • Primenan RS • Kepala unit kerja

a. Raporan pokok dan ringan kegiatan	
a	• Komite/SDM • Pengukuran dan pengembangan • Pengukuran dan pengembangan • Evaluasi kinerja SDM b
b	• Komite/Tim Manajemen • Pengukuran dan pengembangan • Pengukuran dan pengembangan • Pengukuran dan pengembangan • Pengukuran dan pengembangan c
c	• Komite/Tim Manajemen • Pengukuran dan pengembangan • Pengukuran dan pengembangan • Pengukuran dan pengembangan d
d	• Komite/Tim Manajemen • Pengukuran dan pengembangan • Pengukuran dan pengembangan e
e	• Komite/Tim Manajemen • Pengukuran dan pengembangan f
f	• Komite/Tim Manajemen • Pengukuran dan pengembangan g
g	• Komite/Tim Manajemen • Pengukuran dan pengembangan h
h	• Komite/Tim Manajemen • Pengukuran dan pengembangan i
i	• Komite/Tim Manajemen • Pengukuran dan pengembangan j
j	• Komite/Tim Manajemen • Pengukuran dan pengembangan k
k	• Komite/Tim Manajemen • Pengukuran dan pengembangan l
l	• Komite/Tim Manajemen • Pengukuran dan pengembangan m
m	• Komite/Tim Manajemen • Pengukuran dan pengembangan n
n	• Komite/Tim Manajemen • Pengukuran dan pengembangan o
o	• Komite/Tim Manajemen • Pengukuran dan pengembangan p
p	• Komite/Tim Manajemen • Pengukuran dan pengembangan q
q	• Komite/Tim Manajemen • Pengukuran dan pengembangan r
r	• Komite/Tim Manajemen • Pengukuran dan pengembangan s
s	• Komite/Tim Manajemen • Pengukuran dan pengembangan t
t	• Komite/Tim Manajemen • Pengukuran dan pengembangan u
u	• Komite/Tim Manajemen • Pengukuran dan pengembangan v
v	• Komite/Tim Manajemen • Pengukuran dan pengembangan w
w	• Komite/Tim Manajemen • Pengukuran dan pengembangan x
x	• Komite/Tim Manajemen • Pengukuran dan pengembangan y
y	• Komite/Tim Manajemen • Pengukuran dan pengembangan z
z	• Komite/Tim Manajemen • Pengukuran dan pengembangan aa

Teribat dalam pemilihan indikator mutu  
prioritas baik ditingkat RS maupun tingkat unit  
layanan

## Komite Mutu

Koordinasi dan integrasi kegiatan pengukuran serta  
melakukan supervisi unit layanan.  
  
Mengintegrasikan laporan KQD, pengukuran bantuan  
kestabilitan, dan latting untuk mendapatkan  
solusi dan perbaikan terintegrasi

w 11 Mei 2017

<b>Standar PMKp.3</b>	Pengumpulan data indikator mutu dilakukan oleh satuan pengukuran data yang sudah mendapatkan pembelahan tingkat pengukuran data indikator mutu
<b>Elemen Penilaian PMKp.3</b>	<p>1. Rumah sakit memiliki pengukuran data indikator mutu yang mencakup (pon. a) sampai c) dalam mutu dan tujan.</p> <p>D</p> <p>Instrumen Survei</p> <p>Skor</p> <p>Indikator pengukuran data indikator nasional mutu</p> <p>10 TL</p> <p>RS, indikator prioritas unit</p> <p>5 TS</p> <p>0 TT</p>
<b>W</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Komite / Tim Maka</li> <li>• Kepala unit kerja</li> </ul> <p>Pengukuran probat data unit</p> <p>Regulasi tentang pendekatan evaluasi mutu</p> <p>10 TL</p> <p>RS, indikator mutu yang dilakukan oleh satuan pengukuran data unit (RSP) dan indikator mutu prioritas unit (RSP-U) telah dilengkapi dengan indikator merencanakan (pon. a) dalam mutu dan tujan</p> <p>5 TS</p> <p>0 TT</p>
<b>V</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Komite / Tim Maka</li> <li>• Kepala unit kerja</li> </ul> <p>Pengukuran probat data unit</p> <p>Regulasi tentang pendekatan evaluasi mutu</p> <p>10 TL</p> <p>RS, indikator mutu yang dilakukan oleh satuan pengukuran data unit (RSP) dan indikator mutu prioritas unit (RSP-U) telah dilengkapi dengan indikator merencanakan (pon. a) dalam mutu dan tujan</p> <p>5 TS</p> <p>0 TT</p>

## FORMAT PROFIL INDIKATOR RS

<b>Jenis Indikator</b>	<p>Input : metrik mendukung hasil dan performa kinerja dapat mengukur untuk memperbaiki peningkatan</p> <p>Output : unit mutu dan yang dihasilkan oleh hasil pengukuran kinerja dan berfungsi pada peningkatan peningkatan</p> <p>Output : unit mutu hasil dan peningkatan yang dilakukan</p> <p>Outcomes : untuk mendukung tujuan yang ditentukan untuk peningkatan kinerja</p> <p>Sumber data dan sumber yang digunakan</p> <p>Kriteria : kriteria yang mendukung tujuan dan sumber data dan sumber yang digunakan</p> <p>Rumus atau persamaan yang mendukung tujuan dan sumber data dan sumber yang digunakan</p>
<b>Dimensi Profil</b>	<p>1. Kinerja dan pengembangan</p> <p>2. Pengembangan dan pengembangan</p> <p>3. Pengembangan dan pengembangan</p> <p>4. Pengembangan dan pengembangan</p> <p>5. Pengembangan dan pengembangan</p> <p>6. Pengembangan dan pengembangan</p> <p>7. Pengembangan dan pengembangan</p> <p>8. Pengembangan dan pengembangan</p> <p>9. Pengembangan dan pengembangan</p> <p>10. Pengembangan dan pengembangan</p>
<b>Dimensi Operasional</b>	<p>1. Data</p> <p>2. Data</p> <p>3. Data</p> <p>4. Data</p> <p>5. Data</p> <p>6. Data</p> <p>7. Data</p> <p>8. Data</p> <p>9. Data</p> <p>10. Data</p>
<b>Dimensi Manajemen</b>	<p>1. Analisa kinerja</p> <p>2. Analisa kinerja</p> <p>3. Analisa kinerja</p> <p>4. Analisa kinerja</p> <p>5. Analisa kinerja</p> <p>6. Analisa kinerja</p> <p>7. Analisa kinerja</p> <p>8. Analisa kinerja</p> <p>9. Analisa kinerja</p> <p>10. Analisa kinerja</p>

## FORMAT PROFIL INDIKATOR RS

<b>Jenis Indikator</b>	<p>Input : metrik mendukung hasil dan performa kinerja dapat mengukur untuk memperbaiki peningkatan</p> <p>Output : unit mutu dan yang dihasilkan oleh hasil pengukuran kinerja dan berfungsi pada peningkatan peningkatan</p> <p>Output : unit mutu hasil dan peningkatan yang dilakukan</p> <p>Outcomes : untuk mendukung tujuan yang ditentukan untuk peningkatan kinerja</p> <p>Sumber data dan sumber yang digunakan</p> <p>Kriteria : kriteria yang mendukung tujuan dan sumber data dan sumber yang digunakan</p> <p>Rumus atau persamaan yang mendukung tujuan dan sumber data dan sumber yang digunakan</p>
<b>Dimensi Profil</b>	<p>1. Kinerja dan pengembangan</p> <p>2. Pengembangan dan pengembangan</p> <p>3. Pengembangan dan pengembangan</p> <p>4. Pengembangan dan pengembangan</p> <p>5. Pengembangan dan pengembangan</p> <p>6. Pengembangan dan pengembangan</p> <p>7. Pengembangan dan pengembangan</p> <p>8. Pengembangan dan pengembangan</p> <p>9. Pengembangan dan pengembangan</p> <p>10. Pengembangan dan pengembangan</p>
<b>Dimensi Operasional</b>	<p>1. Data</p> <p>2. Data</p> <p>3. Data</p> <p>4. Data</p> <p>5. Data</p> <p>6. Data</p> <p>7. Data</p> <p>8. Data</p> <p>9. Data</p> <p>10. Data</p>
<b>Dimensi Manajemen</b>	<p>1. Analisa kinerja</p> <p>2. Analisa kinerja</p> <p>3. Analisa kinerja</p> <p>4. Analisa kinerja</p> <p>5. Analisa kinerja</p> <p>6. Analisa kinerja</p> <p>7. Analisa kinerja</p> <p>8. Analisa kinerja</p> <p>9. Analisa kinerja</p> <p>10. Analisa kinerja</p>

## Analisis dan Validasi Data Indikator Mutu



w 11 Mei 2017

Standar PMKp.4  
Analisis dan validasi data dilakukan untuk mendukung prinsip dalam pengukuran data dan  
kevalidan data serta mendukung prinsip dalam pengukuran data dan

<b>Profil Indikator</b>	<p>a) Indikator</p> <p>b) Data pertemuan</p> <p>c) Diri sendiri</p> <p>d) Tujuan</p> <p>e) Definisi (Pengertian)</p> <p>f) Jenis Indikator</p> <p>g) Sumber Pengukuran</p> <p>h) Numerator (Pembilang)</p> <p>i) Denominator (Penyebut)</p> <p>j) Target Pengukuran</p> <p>k) Instrumen Pengukuran</p> <p>l) Populasi / Sampel (Besar sampel dan cara pengambilan sampel)</p> <p>m) Formula</p> <p>n) Metode pengukuran data</p> <p>o) Sumur data</p> <p>p) Instrumen pengukuran data</p> <p>q) Analisa dan pelaporan data</p> <p>r) Penyajian data</p> <p>s) Pengukuran jawa</p>
-------------------------	---

## Analisis dan Validasi Data Indikator Mutu

<b>Standar PMKp.4</b>	<p>Analisis dan validasi data dilakukan untuk mendukung prinsip dalam pengukuran data dan kevalidan data serta mendukung prinsip dalam pengukuran data dan</p>
<b>Metode Pengukuran Data</b>	<p>Auditor yang dilakukan untuk mendukung data dan informasi</p> <p>• Data Sumber Data</p> <p>• Data Pelatih</p> <p>(menyajikan informasi teknis dan teknis lainnya)</p>
<b>Instrumen Pengukuran Data</b>	<p>Auditor yang dilakukan untuk mendukung data dan informasi</p> <p>• Data Sumber Data</p> <p>• Data Pelatih</p> <p>(menyajikan informasi teknis dan teknis lainnya)</p>
<b>Analisa dan Validasi Data</b>	<p>1. Tujuan Penilaian PMKp.4</p> <p>2. Tujuan analisis dan validasi dan Analisa data</p> <p>3. Mengidentifikasi metode dan teknik statistika terhadap semua indikator mutu yang telah diketahui dan selanjutnya</p> <p>W</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Komite / Tim Maka</li> <li>• Kepala unit kerja</li> </ul> <p>• Pengukuran probat data unit</p> <p>D</p> <p>Basis penilaian seperti data mutu 10 TL</p> <p>data sumber indikator mutu menggunakan 5 TS</p> <p>metode dan teknik batik</p> <p>0 TT</p>
<b>Target Pengukuran</b>	<p>1. Data sumber</p> <p>2. Mengidentifikasi metode dan teknik statistika terhadap semua indikator mutu yang telah diketahui dan selanjutnya</p> <p>W</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Komite / Tim Maka</li> <li>• Kepala unit kerja</li> </ul> <p>• Pengukuran probat data unit</p> <p>W</p> <p>W • Kepala unit kerja</p> <p>W • Pengukuran probat data unit</p> <p>w 11 Mei 2017</p>

## FORMAT PROFIL INDIKATOR RS

<b>Cara Pengukuran Data</b>	<p>Carilah metrik, sumber dan sumber untuk menggunakan informasi, misalnya menggunakan teknologi dan teknologi peningkatan</p> <p>• Kepala unit kerja</p> <p>• Analisa kinerja</p> <p>• Pengembangan dan pengembangan</p>
<b>Dimensi Profil</b>	<p>1. Data</p> <p>2. Data</p> <p>3. Data</p> <p>4. Data</p> <p>5. Data</p> <p>6. Data</p> <p>7. Data</p> <p>8. Data</p> <p>9. Data</p> <p>10. Data</p>
<b>Dimensi Operasional</b>	<p>1. Analisa kinerja</p> <p>2. Analisa kinerja</p> <p>3. Analisa kinerja</p> <p>4. Analisa kinerja</p> <p>5. Analisa kinerja</p> <p>6. Analisa kinerja</p> <p>7. Analisa kinerja</p> <p>8. Analisa kinerja</p> <p>9. Analisa kinerja</p> <p>10. Analisa kinerja</p>

**CAPAIAN INM TRIWULAN I**

Kategori	Capaian	Bantuan	Target
1. Kegiatan yang dilaksanakan	• Pengukuran INM, JMKP, R5, IMAF-UNIT	D	10
2. Evaluasi kesiapan pelaksanaan standar pelayanan kedokteran di pelayanan klinik	• Penilaian ES dan di kolompok Staf Medis	D	10
3. Penutup	• Penyampaikan hasil kesiapan pasien	D	10
4. Hasil yang dicapai	• Simulasi	D	10
5. Penutup	• Penyampaikan hasil kesiapan pasien	D	10

Tujuan Pengukuran : Januari - Maret 2020  
Tujuan Pengukuran : Januari - Februari - Maret 2020  
Maret = 200

Sumber dan Keterangan

**STANDAR PMK P 4.1**

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

Staf dengan pengalaman, pengalaman, 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 muu yang akan melakukan perbaikan.

W = Komisi / Tim Muu  
D = Direktorat  
TS = Tingkat Sumatif  
S = Tingkat Sistematis

**STANDAR PMK P 4.1**

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

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

3. Hasil analisis data disampaikan kepada penanggung jawab indikator muu yang akan melakukan perbaikan

W = Komisi / Tim Muu  
D = Direktorat  
TS = Tingkat Sumatif  
S = Tingkat Sistematis

**CONTOH : SISTEMATIKA LAPORAN PMKP**

Kategori	Capaian	Bantuan	Target
1. Pendekatan	• Kegiatan yang dilaksanakan	D	10
2. Evaluasi kesiapan pelaksanaan standar pelayanan kedokteran di pelayanan klinik	• Penilaian ES dan di kolompok Staf Medis	D	10
3. Penutup	• Penyampaikan hasil kesiapan pasien	D	10
4. Hasil yang dicapai	• Simulasi	D	10
5. Penutup	• Penyampaikan hasil kesiapan pasien	D	10

W = Komisi / Tim Muu  
D = Direktorat  
TS = Tingkat Sumatif  
S = Tingkat Sistematis

**STANDAR PMK P 4.4**

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

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

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

2. Hasil pengkajian melaksanakan proses pengukuran

W = Komisi / Tim Muu  
D = Direktorat  
TS = Tingkat Sumatif  
S = Tingkat Sistematis

**STANDAR PMK P 4.4**

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

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

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

2. Hasil pengkajian melaksanakan proses pengukuran

W = Komisi / Tim Muu  
D = Direktorat  
TS = Tingkat Sumatif  
S = Tingkat Sistematis

**PENANGGUNG JAWAB DATA DI UNIT**

Standar PMK P 4.4

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

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

- Ada Kepatuhan Direktur tentang Penanggung Jawab/PMC data di unit
- Sudah dilengkapi dengan urutan tugas yang meliputi :
- o PIC data mempunyai tugas mencatat, mengumpulkan data, analisis data di unit sesuai ketentuan serta melaporkan hasil pengumpulan data ke Komisi/Tim muu
- Sudah mempunyai sertifikat pelatihan PMKP (internal)

W = Komisi / Tim Muu  
D = Direktorat  
TS = Tingkat Sumatif  
S = Tingkat Sistematis

**Standar PKKP 5**

Rumah sakit melakukan proses validasi data berdasarkan model sifir mutu yang dicukur.

Element Penilaian PKKP 5	Bukti keramahan dan rasa hormat	Skor
• Rumah sakit selalu memberikan informasi yang D informasi, baik melalui media cetak maupun media elektronik dan teknologi	Buktii keramahan dan rasa hormat dan informasi, baik melalui media cetak maupun media elektronik dan teknologi	10 TL
2. Proses dan hasil kerjanya yang dilakukan oleh RS walaupun dan ketika data baru hasil yang dipertimbangkan	Buktii keramahan dan rasa hormat dan informasi, baik melalui media cetak maupun media elektronik dan teknologi	5 TS
W	Komite / Tim Mau	0
	• Komite / Tim Mau	TT
	• Proprietary	10
	• Kepala unit kerja	15
	• Proprietary	0
	• Komite / Tim Mau	TT
	• Kepala unit kerja	10
	• Proprietary	15
	• Komite / Tim Mau	0
	• Kepala unit kerja	10

Element Penilaian PKKP 5	Bukti keramahan dan rasa hormat	Skor
• Rumah sakit selalu memberikan informasi yang D informasi, baik melalui media cetak maupun media elektronik dan teknologi	Buktii keramahan dan rasa hormat dan informasi, baik melalui media cetak maupun media elektronik dan teknologi	10 TL
2. Proses dan hasil kerjanya yang dilakukan oleh RS walaupun dan ketika data baru hasil yang dipertimbangkan	Buktii keramahan dan rasa hormat dan informasi, baik melalui media cetak maupun media elektronik dan teknologi	5 TS
W	Komite / Tim Mau	0
	• Komite / Tim Mau	TT
	• Proprietary	10
	• Kepala unit kerja	15
	• Proprietary	0
	• Komite / Tim Mau	TT
	• Kepala unit kerja	10
	• Proprietary	15
	• Komite / Tim Mau	0
	• Kepala unit kerja	10

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

Rumah sakit mencapai perbaikan mutu dan diperbaiki.

Element Penilaian PKKP 6	Bukti keramahan dan rasa hormat	Skor
• Rumah sakit selalu memberikan informasi yang D informasi, baik melalui media cetak maupun media elektronik dan teknologi	Buktii keramahan dan rasa hormat dan informasi, baik melalui media cetak maupun media elektronik dan teknologi	10 TL
2. Proses dan hasil kerjanya yang dilakukan oleh RS walaupun dan ketika data baru hasil yang dipertimbangkan	Buktii keramahan dan rasa hormat dan informasi, baik melalui media cetak maupun media elektronik dan teknologi	5 TS
W	Komite / Tim Mau	0
	• Komite / Tim Mau	TT
	• Proprietary	10
	• Kepala unit kerja	15
	• Proprietary	0
	• Komite / Tim Mau	TT
	• Kepala unit kerja	10
	• Proprietary	15
	• Komite / Tim Mau	0
	• Kepala unit kerja	10

**Standar PKKP 7**

Rumah sakit mencapai perbaikan mutu dan diperbaiki.

Element Penilaian PKKP 7	Instrumen survei	Skor
1. Rumah sakit melakukan evaluasi klinis pasien pasien yang sekarang yang terkenan dalam masalah dan tujuan.	Buktii keramahan dan rasa hormat	10 TL
2. Hasil evaluasi dapat meningkatkan adanya perbaikan terhadap kepatuhan dan mengurangi variasi dalam penerapan prioritas standar pelayanan kesadaran di RS	Buktii keramahan dan rasa hormat penerapan klinis pasien	5 TS
W	Komite Mau	0
	• Komite Mau	TT
	• KSM kerja	10
	• Komite / Tim Mau	10
	• KSM kerja	5
	• Komite / Tim Mau	10
	• KSM kerja	5
	• Komite / Tim Mau	0
	• KSM kerja	TT
	• Komite / Tim Mau	10
	• KSM kerja	15
	• Komite / Tim Mau	0
	• KSM kerja	10

**Standar PKKP 8**

Rumah sakit memperbaiki perbaikan mutu dan diperbaiki.

Element Penilaian PKKP 8	Instrumen Survey	Skor
3. Rumah sakit selalu memberikan audit klaim dan atau audit riset pada penemuan rumah sakit	Buktii keramahan dan rasa hormat	10 TL
4. Keterbukaan hasil dokumentasi dan dikeluarkan laporan PKP.	Buktii keramahan dan rasa hormat	5 TS
W	Komite / Tim Mau	0
	• Komite / Tim Mau	TT
	• Kepala unit kerja	10
	• Proprietary	15
	• Komite / Tim Mau	0
	• Kepala unit kerja	10
	• Proprietary	15
	• Komite / Tim Mau	0
	• Kepala unit kerja	10

**Standar PKKP 9**

Rumah sakit memperbaiki perbaikan mutu dan diperbaiki.

Element Penilaian PKKP 9	Instrumen Survey	Skor
3. Rumah sakit selalu memberikan audit klaim dan atau audit riset pada penemuan rumah sakit	Buktii keramahan dan rasa hormat	10 TL
4. Keterbukaan hasil dokumentasi dan dikeluarkan laporan PKP.	Buktii keramahan dan rasa hormat	5 TS
W	Komite / Tim Mau	0
	• Komite / Tim Mau	TT
	• Kepala unit kerja	10
	• Proprietary	15
	• Komite / Tim Mau	0
	• Kepala unit kerja	10
	• Proprietary	15
	• Komite / Tim Mau	0
	• Kepala unit kerja	10

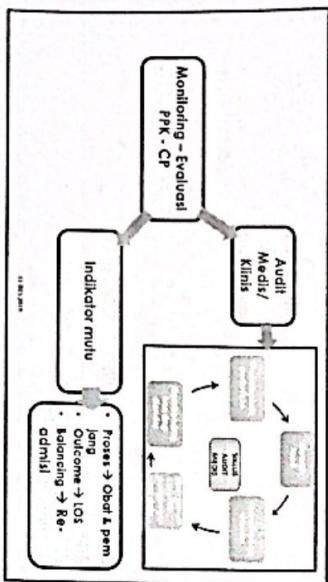
**Standar PKKP 10**

Rumah sakit memperbaiki perbaikan mutu dan diperbaiki.

Element Penilaian PKKP 10	Instrumen Survey	Skor
3. Keterbukaan hasil dokumentasi dan dikeluarkan laporan PKP.	Buktii keramahan dan rasa hormat	10 TL
4. Keterbukaan hasil dokumentasi dan dikeluarkan laporan PKP.	Buktii keramahan dan rasa hormat	5 TS
W	Komite / Tim Mau	0
	• Komite / Tim Mau	TT
	• Kepala unit kerja	10
	• Proprietary	15
	• Komite / Tim Mau	0
	• Kepala unit kerja	10
	• Proprietary	15
	• Komite / Tim Mau	0
	• Kepala unit kerja	10

Penjelasan: Pengukuran prioritas perbaikan

- Pemerintah slalintar pelayanan kedokteran berdasarkan PPK dlevaluasi dengan alur klinik / clinical pathway (CP).
  - Pengukuran prioritas petbalan pelayanan klinis ditetapkan Direktorat Bersama propinsi medis, ketua Komite medis dan KSM memperoleh prioritas paling sedikit 5 (lima) evaluasi pelayanan prioritas standar pelayanan kedokteran.
  - Evaluasi pelajaran prioritas standar pelayanan kedokteran dilakukan sampai terjadi pengurangan variasi dari data awal ke target yang ditentukan ketentuan RS



Insiden Keselamatan Pasien (IKP)

Insiden Keselamatan Pasien (IKP)
5) Kepada diri diri sendiri (IKD), dalam makna keselamatan pasien, IKP yg menyebabkan cedera pada pasien.
b) Kepada tidak adilak (IKT) adalah IKP yg selain tempar pada pasien namun tidak menyebabkan cedera.
c) Kepada nyawa calon (fetus-neos atau hamper calon) atau KNC sebagai IKP yg selain menyebabkan cedera pada pasien.
d) Sami keselamatan dan adanya kesadaran selain dan ketika (ketika dan proses perjalanan kesehatan pasien itu sendiri) yang berpotensi menyebabkan kejadian cedera.
e) Kepada Seseorang selain pasien yang telah berhubungan dengan perjalanan nyawa/pasien atau penyakit yang mendorongnya yang ingat pada pasien. Kepada seseorang merupakan saksi atau pihak ketiga keselamatan pasien yang belum dipahami yang menyebabkan kerugian hal-hal berikut ini:
• Kehilangan.
• Cedera permanen.
• Cedera berat yang berujung semangkuk/mati.

Stand  
Data la

Survei PPKB 9		Data laporan untuk keselamatan sekitar gunung yang dibutuhkan untuk memantau kelebur mutu tanah atau untuk menjaga diri dari dampaknya	
Evaluasi Pengetahuan		Jumlah Survei	
1. Proses geologi dan geofisika dalam bahan tanah	D	Banyak	10 11
2. Analisis data mutu tanah untuk mendukung keleburan tanah	C	Pada rata-rata	5 13
3. Analisis data mutu tanah untuk mendukung keleburan tanah	B	Pada rata-rata	0 11
4. Konservasi tanah	A	Pada rata-rata	0 11
5. Bantuan teknologi untuk mendukung keleburan tanah	A	Pada rata-rata	10 11
6. Bantuan teknologi untuk mendukung keleburan tanah	B	Pada rata-rata	6 11
7. Konservasi tanah	A	Pada rata-rata	0 11

# Sistem pelaporan dan pembelajaran keselamatan pasien RS (SP2KP-RS)



Standar PMPKB	
Rumah sakit mengembangkan Sistem pelaporan dan pembelajaran keselamatan pasien di RS PKRS.	
3.1	Dari pasien yang tidak mendapat perawatan
3.2	Dari pasien yang tidak mendapat perawatan
3.3	Dari pasien yang tidak mendapat perawatan

4. Pengaruh turang dan pemotongan pohon untuk W  
menurunkan KTD KGO, KTC, KTS dengan  
memperbaiki kualitas bahan baku.  
Pengetahuan teknologi ini memungkinkan kita  
untuk meningkatkan hasil produksi.  
Pengaruh turang dan pemotongan pohon untuk  
menurunkan KTD KGO, KTC, KTS dengan  
memperbaiki kualitas bahan baku.  
Pengetahuan teknologi ini memungkinkan kita  
untuk meningkatkan hasil produksi.

Standar PMKPK

- Rumah sakit mengembangkan Sistem pelaporan dan pembelajaran keselamatan pasien di rumah sakit (SP2KPR-R).

Rumah sakit menginformasikan Sistem pelaporan dan pembelajaran hasil kematian pasien di rumah sakit (SP2K-RSS)	
Element Penilaian PAPR:	D
6. Pengaruh rumah sakit memberikan pengetahuan berorientasi hasil kematian pasien terhadap peningkatan kualitas pelayanan dan meningkatnya keterlibatan pasien dalam proses kesehatan	D
KTO, KHC, KTC, KNC, KRS, KRSW	
Rekapitulasi Sistem pelaporan dan pembelajaran hasil kematian pasien di rumah sakit	10
Basis pengetahuan dan pengetahuan kognitif yang diperoleh pasien dan keluarga terhadap hasil kematian pasien	5
SP2K-SRS, SP2K-RSS, SP2K-SPRS, SP2K-SPRSW	TS
Pengetahuan dan keterlibatan pasien dalam mendukung pengetahuan dan pengetahuan kognitif yang diperoleh pasien dan keluarga terhadap hasil kematian pasien	11
• Pengaruh RSS	
• Kompetensi kesehatan	
• Kepatuhan pasien	

Standar PUKR

Data wajah dan kesadaran pasien selalu dianalisa setiap 3 (tiga) bulan untuk memantau ketika muncul tanda-tanda.

**Kejadian sentinel, jika terjadi salah satu dari sbb :**

- 4) Banyaknya pihak-pihak yang berada di dalam suatu organisasi mempengaruhi jumlah dan ketebalan struktur organisasi. Strukturnya semakin kompleks dan bertingkat tinggi jika jumlah anggotanya banyak.

b) Kegiatan atau tugas dalam sebuah organisasi dibedakan atas:

  - (a) Bayi dipimpin oleh kepala orang tua atau wali;
  - (b) Perencanaan dilakukan oleh seorang pemimpin teknis atau pelatihan;
  - (c) Pemasaran dilakukan oleh seorang pemimpin teknis atau pelatihan;
  - (d) Pengelolaan sumber daya dilakukan oleh seorang pemimpin teknis atau pelatihan;

c) Perbedaan antara organisasi yang memiliki perbedaan dalam cara proses dan dengan menggunakan pendekatan berorientasi pada hasil.

d) Perbedaan antara organisasi yang memiliki perbedaan dalam cara proses dan dengan menggunakan pendekatan berorientasi pada hasil.

DEFINISI JENIS INSIDE

- b. 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 keselamatan pasien yang belum terpapar pada pasien.
  - d. Kondisi potensial cedera signifikan (KPCS) adalah kondisi (selain dari proses

KEJADIAN SENTINEL

## PENJELASAN

**KEJADIAN SENTINEL**

- Kepada Sentinel bukti kejadian yang telah berhubungan dengan peristiwa perampokan atau perampokan yang memerlukan bukti bahwa pelaku adalah pelaku
- Keterangan saksi atau warga UPI yang hasil diskorsian ID menyatakan tentang hal-hal berikut ini:
  - a) Kemudian b) Cetakan Permintaan C) Cetakan Surat ID berdasarkan keterangan saksi yang dilakukan oleh pelaku
  - b) Cetakan perintah dan/atau pesanan yang berisi keterangan pistol mesin yang dilakukan oleh pelaku
  - c) Cetakan bukti yang berbentuk sementara - cetakan yang berisikan kritis dan diperlukan sebagai bukti berlanggeng dalam waktu kurang lebih sejauh cetakan perintah dan/atau pesanan. Namun kondisi tersebut mengakibatkan perintah dan/atau pesanan dilakukan untuk menjaga keselamatan diri dan/atau orang lain serta pertimbangan teknis keamanan dan/atau perlindungan yang dilakukan oleh pelaku
  - d) Cetakan bukti yang berbentuk permanen seperti buku tanda pengenal dan/atau surat resmi yang dilakukan oleh pelaku

**Kejadian sentinel, jika terjadi salah satu dari sbb :**

**Kondisi sentinel jika terjadi salah satu dari sbb:**

- i) Hyperplasiasma renalis basal (isolasi > 30 mg/dL)
- ii) Fluorurato berlangsung dengan dosis kumulatif > 1.500 mg dan nilai median tunggal atau peningkatan rata-rata ke atas 20% yang selama dua pertemuan berulang > 25% melebihi nilai rata-rata yang direncanakan.
- iii) Kritikus, kalaupun tidak dapat atau pernah yang tidak diwajibkan untuk dilakukan perawatan pasien
- iv) Semua kumpulan tisu struktural berulang dengan peningkatan peningkatan penyakit dan faktor-faktor kardiovaskular.
- v) Kardiovaskular atau berulang (rendam tidak berlangsung dengan peningkatan penyakit dan faktor-faktor kardiovaskular yang mendekati) seperti pada pasien dan menyebabkan entitas penyakit akut.

Penjelasan

<b>Penjelasan</b>
Komitmen mengelola dan memelihara RPL sebagai bantuan untuk mendukung perekonomian berdampak pada kesejahteraan dan nilai hidup masyarakat.
Logistik dan operasi dan real inventaris barang persediaan (RICA) mengacu kepada sistem pengelolaan (seperti RICA) untuk standarisasi untuk kebutuhan negara?
a) Sistem teknologi transaksi yang berasal dari sistem informasi.
b) Sistem kelembagaan senilai adalah respon dalam tindakan dan pengetahuan untuk mencapai tujuan tertentu.
c) Sistem kelembagaan pengelolaan (manajemen) dengan fungsi dalam sistem yang ditunjukkan oleh orang lain

**Standar PHC/P**

Data kesehatan pasien keselamatan pasien selalu dimulai setiap 3 (tiga) bulan untuk memantau ketidakterjangkaunya dan atau variabilitas yang tidak diinginkan.

**Kriteria Pemantauan Pasien**

- a. Data kesehatan (outcome) dimulai dengan direktur dan pengelolaan pasien dalam pengelolaan pasien dan keselamatan pasien.

- b. Pengelolaan pasien dalam pengelolaan pasien dan keselamatan pasien.

- c. Kegiatan operasional pasien dalam pengelolaan pasien dan keselamatan pasien.

- d. Kegiatan administrasi pasien dalam pengelolaan pasien dan keselamatan pasien.

- e. Kegiatan kesehatan dalam pengelolaan pasien dan keselamatan pasien.

- f. Kegiatan kesehatan dalam pengelolaan pasien dan keselamatan pasien.

- g. Kegiatan kesehatan dalam pengelolaan pasien dan keselamatan pasien.

- h. Kegiatan kesehatan dalam pengelolaan pasien dan keselamatan pasien.

- i. Kegiatan kesehatan dalam pengelolaan pasien dan keselamatan pasien.

- j. Kegiatan kesehatan dalam pengelolaan pasien dan keselamatan pasien.

- k. Kegiatan kesehatan dalam pengelolaan pasien dan keselamatan pasien.

- l. Kegiatan kesehatan dalam pengelolaan pasien dan keselamatan pasien.

- m. Kegiatan kesehatan dalam pengelolaan pasien dan keselamatan pasien.

- n. Kegiatan kesehatan dalam pengelolaan pasien dan keselamatan pasien.

- o. Kegiatan kesehatan dalam pengelolaan pasien dan keselamatan pasien.

- p. Kegiatan kesehatan dalam pengelolaan pasien dan keselamatan pasien.

- q. Kegiatan kesehatan dalam pengelolaan pasien dan keselamatan pasien.

- r. Kegiatan kesehatan dalam pengelolaan pasien dan keselamatan pasien.

- s. Kegiatan kesehatan dalam pengelolaan pasien dan keselamatan pasien.

- t. Kegiatan kesehatan dalam pengelolaan pasien dan keselamatan pasien.

- u. Kegiatan kesehatan dalam pengelolaan pasien dan keselamatan pasien.

- v. Kegiatan kesehatan dalam pengelolaan pasien dan keselamatan pasien.

- w. Kegiatan kesehatan dalam pengelolaan pasien dan keselamatan pasien.

- x. Kegiatan kesehatan dalam pengelolaan pasien dan keselamatan pasien.

- y. Kegiatan kesehatan dalam pengelolaan pasien dan keselamatan pasien.

- z. Kegiatan kesehatan dalam pengelolaan pasien dan keselamatan pasien.

- aa. Kegiatan kesehatan dalam pengelolaan pasien dan keselamatan pasien.

- bb. Kegiatan kesehatan dalam pengelolaan pasien dan keselamatan pasien.

- cc. Kegiatan kesehatan dalam pengelolaan pasien dan keselamatan pasien.

- dd. Kegiatan kesehatan dalam pengelolaan pasien dan keselamatan pasien.

- ee. Kegiatan kesehatan dalam pengelolaan pasien dan keselamatan pasien.

- ff. Kegiatan kesehatan dalam pengelolaan pasien dan keselamatan pasien.

- gg. Kegiatan kesehatan dalam pengelolaan pasien dan keselamatan pasien.

- hh. Kegiatan kesehatan dalam pengelolaan pasien dan keselamatan pasien.

- ii. Kegiatan kesehatan dalam pengelolaan pasien dan keselamatan pasien.

- jj. Kegiatan kesehatan dalam pengelolaan pasien dan keselamatan pasien.

- kk. Kegiatan kesehatan dalam pengelolaan pasien dan keselamatan pasien.

- ll. Kegiatan kesehatan dalam pengelolaan pasien dan keselamatan pasien.

- mm. Kegiatan kesehatan dalam pengelolaan pasien dan keselamatan pasien.

- nn. Kegiatan kesehatan dalam pengelolaan pasien dan keselamatan pasien.

- oo. Kegiatan kesehatan dalam pengelolaan pasien dan keselamatan pasien.

- pp. Kegiatan kesehatan dalam pengelolaan pasien dan keselamatan pasien.

- qq. Kegiatan kesehatan dalam pengelolaan pasien dan keselamatan pasien.

- rr. Kegiatan kesehatan dalam pengelolaan pasien dan keselamatan pasien.

- ss. Kegiatan kesehatan dalam pengelolaan pasien dan keselamatan pasien.

- tt. Kegiatan kesehatan dalam pengelolaan pasien dan keselamatan pasien.

- uu. Kegiatan kesehatan dalam pengelolaan pasien dan keselamatan pasien.

- vv. Kegiatan kesehatan dalam pengelolaan pasien dan keselamatan pasien.

- ww. Kegiatan kesehatan dalam pengelolaan pasien dan keselamatan pasien.

- xx. Kegiatan kesehatan dalam pengelolaan pasien dan keselamatan pasien.

- yy. Kegiatan kesehatan dalam pengelolaan pasien dan keselamatan pasien.

- zz. Kegiatan kesehatan dalam pengelolaan pasien dan keselamatan pasien.

- aa. Kegiatan kesehatan dalam pengelolaan pasien dan keselamatan pasien.

- bb. Kegiatan kesehatan dalam pengelolaan pasien dan keselamatan pasien.

- cc. Kegiatan kesehatan dalam pengelolaan pasien dan keselamatan pasien.

- dd. Kegiatan kesehatan dalam pengelolaan pasien dan keselamatan pasien.

- ee. Kegiatan kesehatan dalam pengelolaan pasien dan keselamatan pasien.

- ff. Kegiatan kesehatan dalam pengelolaan pasien dan keselamatan pasien.

- gg. Kegiatan kesehatan dalam pengelolaan pasien dan keselamatan pasien.

- hh. Kegiatan kesehatan dalam pengelolaan pasien dan keselamatan pasien.

W W W W W

**Kegadian sentinel, jika terjadi salah satu dari sbb :**

- a) Buntut dan/atau pasien yang sedang dirawat, dialihkan, memerlukan perawatan & unit rawat selama memperbaiki dan/atau mengatasi ketidaksesuaian.

- b) Ketidakterjangkaunya dan/atau ketidaksesuaian yang tidak diinginkan.

- c) Banyaknya cedera dirinya atau yang tidak diinginkan.

- d) Pasien kahar (dalu, pusing, jenggot basah, dan/atau gejala serupa dengan pasien yang mengalami UGD), yang memerlukan hospitalisasi, cedera permanen, atau cedera sementara dengan berdurasi lama.

- e) Pasien kahar (dalu, pusing, jenggot basah, dan/atau gejala serupa dengan pasien yang mengalami UGD), yang memerlukan hospitalisasi, cedera permanen, atau cedera sementara dengan berdurasi singkat.

- f) Reaksi khasiat hemodialisis yang melahirkan pertumbuhan dan/atau produk akhir dengan ekskresi urin yang tidak normal.

- g) Reaksi khasiat hemodialisis yang melahirkan pertumbuhan dan/atau produk akhir dengan ekskresi urin yang tidak normal.

- h) Reaksi khasiat hemodialisis yang melahirkan pertumbuhan dan/atau produk akhir dengan ekskresi urin yang tidak normal.

- i) Reaksi khasiat hemodialisis yang melahirkan pertumbuhan dan/atau produk akhir dengan ekskresi urin yang tidak normal.

- j) Reaksi khasiat hemodialisis yang melahirkan pertumbuhan dan/atau produk akhir dengan ekskresi urin yang tidak normal.

- kk) Reaksi khasiat hemodialisis yang melahirkan pertumbuhan dan/atau produk akhir dengan ekskresi urin yang tidak normal.

- ll) Reaksi khasiat hemodialisis yang melahirkan pertumbuhan dan/atau produk akhir dengan ekskresi urin yang tidak normal.

- mm) Reaksi khasiat hemodialisis yang melahirkan pertumbuhan dan/atau produk akhir dengan ekskresi urin yang tidak normal.

- nn) Reaksi khasiat hemodialisis yang melahirkan pertumbuhan dan/atau produk akhir dengan ekskresi urin yang tidak normal.

- oo) Reaksi khasiat hemodialisis yang melahirkan pertumbuhan dan/atau produk akhir dengan ekskresi urin yang tidak normal.

- pp) Reaksi khasiat hemodialisis yang melahirkan pertumbuhan dan/atau produk akhir dengan ekskresi urin yang tidak normal.

- qq) Reaksi khasiat hemodialisis yang melahirkan pertumbuhan dan/atau produk akhir dengan ekskresi urin yang tidak normal.

- rr) Reaksi khasiat hemodialisis yang melahirkan pertumbuhan dan/atau produk akhir dengan ekskresi urin yang tidak normal.

- ss) Reaksi khasiat hemodialisis yang melahirkan pertumbuhan dan/atau produk akhir dengan ekskresi urin yang tidak normal.

- tt) Reaksi khasiat hemodialisis yang melahirkan pertumbuhan dan/atau produk akhir dengan ekskresi urin yang tidak normal.

- uu) Reaksi khasiat hemodialisis yang melahirkan pertumbuhan dan/atau produk akhir dengan ekskresi urin yang tidak normal.

- vv) Reaksi khasiat hemodialisis yang melahirkan pertumbuhan dan/atau produk akhir dengan ekskresi urin yang tidak normal.

- ww) Reaksi khasiat hemodialisis yang melahirkan pertumbuhan dan/atau produk akhir dengan ekskresi urin yang tidak normal.

- xx) Reaksi khasiat hemodialisis yang melahirkan pertumbuhan dan/atau produk akhir dengan ekskresi urin yang tidak normal.

- yy) Reaksi khasiat hemodialisis yang melahirkan pertumbuhan dan/atau produk akhir dengan ekskresi urin yang tidak normal.

- zz) Reaksi khasiat hemodialisis yang melahirkan pertumbuhan dan/atau produk akhir dengan ekskresi urin yang tidak normal.

- aa) Reaksi khasiat hemodialisis yang melahirkan pertumbuhan dan/atau produk akhir dengan ekskresi urin yang tidak normal.

- bb) Reaksi khasiat hemodialisis yang melahirkan pertumbuhan dan/atau produk akhir dengan ekskresi urin yang tidak normal.

- cc) Reaksi khasiat hemodialisis yang melahirkan pertumbuhan dan/atau produk akhir dengan ekskresi urin yang tidak normal.

- dd) Reaksi khasiat hemodialisis yang melahirkan pertumbuhan dan/atau produk akhir dengan ekskresi urin yang tidak normal.

- ee) Reaksi khasiat hemodialisis yang melahirkan pertumbuhan dan/atau produk akhir dengan ekskresi urin yang tidak normal.

- ff) Reaksi khasiat hemodialisis yang melahirkan pertumbuhan dan/atau produk akhir dengan ekskresi urin yang tidak normal.

- gg) Reaksi khasiat hemodialisis yang melahirkan pertumbuhan dan/atau produk akhir dengan ekskresi urin yang tidak normal.

- hh) Reaksi khasiat hemodialisis yang melahirkan pertumbuhan dan/atau produk akhir dengan ekskresi urin yang tidak normal.

- ii) Reaksi khasiat hemodialisis yang melahirkan pertumbuhan dan/atau produk akhir dengan ekskresi urin yang tidak normal.

- jj) Reaksi khasiat hemodialisis yang melahirkan pertumbuhan dan/atau produk akhir dengan ekskresi urin yang tidak normal.

- kk) Reaksi khasiat hemodialisis yang melahirkan pertumbuhan dan/atau produk akhir dengan ekskresi urin yang tidak normal.

- ll) Reaksi khasiat hemodialisis yang melahirkan pertumbuhan dan/atau produk akhir dengan ekskresi urin yang tidak normal.

- mm) Reaksi khasiat hemodialisis yang melahirkan pertumbuhan dan/atau produk akhir dengan ekskresi urin yang tidak normal.

**DEFINISI JENIS INSIDEN**

- a. Kejadian tidak diharapkan (KTD) adalah insiden keselamatan pasien yang menyebabkan cedera pada pasien.

- b. Kejadian tidak cedera (KTC) adalah insiden keselamatan pasien yang sudah terjadi pada pasien namun tidak menyebabkan cedera.

- c. Kejadian nyaris cedera (KNC) insiden keselamatan pasien yang belum terjadi pada pasien.

- d. Kondisi potensial cedera signifikan (PCS) adalah kondisi (selain dari proses penyajikan atau kondisi pasien itu sendiri) yang berpotensi menyebabkan terjadinya kejadian tidak diharapkan (KTD) → cedera signifikan

W W W W W

**DEFINISI JENIS INSIDEN**

- a. Kejadian insiden keselamatan pasien selama setiap dua bulan untuk memantau ketidakterjangkaunya dan/atau variabilitas yang tidak diinginkan.

- b. Analisis data mendalam diketahui ketika terjadi singkat, pola atau tren yang tak disusulkan yang dilakukan untuk memperbaiki mutu dan keselamatan pasien.

- c) Data hasil (outcomes) dilaporkan kepada Direktur dan Representatif Pemerintah Daerah melalui laporan kerja rutin.

- d) Proses pengumpulan data sesuai (a)-(c) masuk dan luaran, analisa, dan pelaporan dilakukan untuk memperbaiki mutu dan keselamatan pasien.

- e) Analisis data mendalam diketahui ketika terjadi singkat, pola atau tren yang tak disusulkan yang dilakukan untuk memperbaiki mutu dan keselamatan pasien.

- f) Sensus hasil kerja rutin yang dilakukan untuk memperbaiki mutu dan keselamatan pasien.

- g) Sensus kerja rutin untuk memperbaiki mutu dan keselamatan pasien.

- h) Sensus kerja rutin untuk memperbaiki mutu dan keselamatan pasien.

- i) Sensus kerja rutin untuk memperbaiki mutu dan keselamatan pasien.

- j) Sensus kerja rutin untuk memperbaiki mutu dan keselamatan pasien.

- kk) Sensus kerja rutin untuk memperbaiki mutu dan keselamatan pasien.

- ll) Sensus kerja rutin untuk memperbaiki mutu dan keselamatan pasien.

- mm) Sensus kerja rutin untuk memperbaiki mutu dan keselamatan pasien.

- nn) Sensus kerja rutin untuk memperbaiki mutu dan keselamatan pasien.

- oo) Sensus kerja rutin untuk memperbaiki mutu dan keselamatan pasien.

- pp) Sensus kerja rutin untuk memperbaiki mutu dan keselamatan pasien.

- qq) Sensus kerja rutin untuk memperbaiki mutu dan keselamatan pasien.

- rr) Sensus kerja rutin untuk memperbaiki mutu dan keselamatan pasien.

- ss) Sensus kerja rutin untuk memperbaiki mutu dan keselamatan pasien.

- tt) Sensus kerja rutin untuk memperbaiki mutu dan keselamatan pasien.

- uu) Sensus kerja rutin untuk memperbaiki mutu dan keselamatan pasien.

- vv) Sensus kerja rutin untuk memperbaiki mutu dan keselamatan pasien.

- ww) Sensus kerja rutin untuk memperbaiki mutu dan keselamatan pasien.

- xx) Sensus kerja rutin untuk memperbaiki mutu dan keselamatan pasien.

- yy) Sensus kerja rutin untuk memperbaiki mutu dan keselamatan pasien.

- zz) Sensus kerja rutin untuk memperbaiki mutu dan keselamatan pasien.

- aa) Sensus kerja rutin untuk memperbaiki mutu dan keselamatan pasien.

- bb) Sensus kerja rutin untuk memperbaiki mutu dan keselamatan pasien.

W W W W W

## Penjelasan

- (1) *U.S. law and regulation on disclosure during premarket review*  
The U.S. Food and Drug Administration (“FDA”) has authority to require manufacturers to submit premarket applications (“PMAs”) for medical devices that pose a significant risk to health. The FDA may also require manufacturers to submit “510(k)s” for devices that do not pose a significant risk. The FDA has authority to require manufacturers to submit “De Novo” applications for devices that fall between the two categories. The FDA has authority to require manufacturers to submit “Humanitarian Device Exemptions” for devices that are intended to treat or diagnose a rare disease or condition. The FDA has authority to require manufacturers to submit “Premarket Notifications” for devices that are intended to treat or diagnose a disease or condition that is not rare. The FDA has authority to require manufacturers to submit “510(k)s” for devices that are intended to treat or diagnose a disease or condition that is not rare. The FDA has authority to require manufacturers to submit “De Novo” applications for devices that are intended to treat or diagnose a disease or condition that is not rare. The FDA has authority to require manufacturers to submit “Humanitarian Device Exemptions” for devices that are intended to treat or diagnose a disease or condition that is not rare. The FDA has authority to require manufacturers to submit “Premarket Notifications” for devices that are intended to treat or diagnose a disease or condition that is not rare.

(2) *EU law and regulation on disclosure during premarket review*  
The European Union (“EU”) has authority to require manufacturers to submit premarket notifications (“PMNs”) for medical devices that pose a significant risk to health. The EU has authority to require manufacturers to submit “CE Mark” applications for devices that do not pose a significant risk. The EU has authority to require manufacturers to submit “De Novo” applications for devices that fall between the two categories. The EU has authority to require manufacturers to submit “Humanitarian Device Exemptions” for devices that are intended to treat or diagnose a rare disease or condition. The EU has authority to require manufacturers to submit “Premarket Notifications” for devices that are intended to treat or diagnose a disease or condition that is not rare. The EU has authority to require manufacturers to submit “CE Mark” applications for devices that are intended to treat or diagnose a disease or condition that is not rare. The EU has authority to require manufacturers to submit “De Novo” applications for devices that are intended to treat or diagnose a disease or condition that is not rare. The EU has authority to require manufacturers to submit “Humanitarian Device Exemptions” for devices that are intended to treat or diagnose a disease or condition that is not rare. The EU has authority to require manufacturers to submit “Premarket Notifications” for devices that are intended to treat or diagnose a disease or condition that is not rare.

(3) *UK law and regulation on disclosure during premarket review*  
The United Kingdom (“UK”) has authority to require manufacturers to submit premarket notifications (“PMNs”) for medical devices that pose a significant risk to health. The UK has authority to require manufacturers to submit “CE Mark” applications for devices that do not pose a significant risk. The UK has authority to require manufacturers to submit “De Novo” applications for devices that fall between the two categories. The UK has authority to require manufacturers to submit “Humanitarian Device Exemptions” for devices that are intended to treat or diagnose a rare disease or condition. The UK has authority to require manufacturers to submit “Premarket Notifications” for devices that are intended to treat or diagnose a disease or condition that is not rare. The UK has authority to require manufacturers to submit “CE Mark” applications for devices that are intended to treat or diagnose a disease or condition that is not rare. The UK has authority to require manufacturers to submit “De Novo” applications for devices that are intended to treat or diagnose a disease or condition that is not rare. The UK has authority to require manufacturers to submit “Humanitarian Device Exemptions” for devices that are intended to treat or diagnose a disease or condition that is not rare. The UK has authority to require manufacturers to submit “Premarket Notifications” for devices that are intended to treat or diagnose a disease or condition that is not rare.

(4) *Other countries’ law and regulation on disclosure during premarket review*  
Other countries have authority to require manufacturers to submit premarket notifications (“PMNs”) for medical devices that pose a significant risk to health. Other countries have authority to require manufacturers to submit “CE Mark” applications for devices that do not pose a significant risk. Other countries have authority to require manufacturers to submit “De Novo” applications for devices that fall between the two categories. Other countries have authority to require manufacturers to submit “Humanitarian Device Exemptions” for devices that are intended to treat or diagnose a rare disease or condition. Other countries have authority to require manufacturers to submit “Premarket Notifications” for devices that are intended to treat or diagnose a disease or condition that is not rare. Other countries have authority to require manufacturers to submit “CE Mark” applications for devices that are intended to treat or diagnose a disease or condition that is not rare. Other countries have authority to require manufacturers to submit “De Novo” applications for devices that are intended to treat or diagnose a disease or condition that is not rare. Other countries have authority to require manufacturers to submit “Humanitarian Device Exemptions” for devices that are intended to treat or diagnose a disease or condition that is not rare. Other countries have authority to require manufacturers to submit “Premarket Notifications” for devices that are intended to treat or diagnose a disease or condition that is not rare.

RS melakukan pengukuran dan evaluasi budaya keselamatan pasien

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

1

11

Standar PMKPK 10

Rumah sakit melakukan pengukuran dan evaluasi budaya keselamatan pribadi

Standar PKMP 10					
Rumah sakit melaksanakan pengukuran dan evaluasi budaya kesadaran pasien					
Elemen Pendekat PAMPK 10		Instrumen Survey			
Pengaruh pada diri, memaksakan diri, pengaruh dirinya sendiri, pasien dengan tujuan bisnis kesadaran pasien sebagian besar menggunakan metode yang tidak bertemu	D	Bentuk pertemuan dengan pasien bisnis dengan tujuan bisnis	10	Ses	
Hasil pengukuran berasal ketika aktif dalam memberikan program pencegahan, pemberian konseling dan tindakan	R	Konseling/Tem Malu	5	TS	
		Konseling/Pembinaan	0	TT	
	VII	Pembinaan Program Bisnis	10	TL	
		Konseling dan tindakan	0	TT	

Standart PMKP 1

Konferensi Pendidikan dan Pengembangan Profesi Guru

Penerapan Manajemen Risiko



2414

1

Standar PMKPT

1

Kontrol Tim Pengembangan Matri memantau pelaksanaan program managemen matri QRS		
No	Pembentukan Komite	Bulan
1	Komite Penyelesaian Matri yang memantau R	Januari
2	Program Realisasi Matri yang memantau R	Februari
3	Unit pelaksanaan Diklat	Maret
4	Komite Tim Pengembangan Matri yang memantau R	April
5	Perbaikan dan pengelolaan matri yang dilakukan oleh Komite	Mei
6	Perbaikan dan pengelolaan matri yang dilakukan oleh Komite	Juni
7	Perbaikan dan pengelolaan matri yang dilakukan oleh Komite	Juli
8	Perbaikan dan pengelolaan matri yang dilakukan oleh Komite	Agustus
9	Perbaikan dan pengelolaan matri yang dilakukan oleh Komite	September
10	Rilis hasil KTA terhadap program kerja matri	Oktober
11	Perbaikan dan pengelolaan matri yang dilakukan oleh Komite	November
12	Perbaikan dan pengelolaan matri yang dilakukan oleh Komite	Desember

4. Kegiatan pokok Program Manajemen Risiko

- a) Proses manajemen risiko (poin a)-g).
  - b) Integrasi manajemen risiko di rumah sakit.
  - c) Pelaksanaan kegiatan program manajemen risiko.
  - d) Pengelolaan bantuan bantuan yang dapat menyebabkan kerusakan (adalah rumah sakit).

Proses manajemen risiko (point a s/d g) yang

<p><b>Proses manajemen risiko (point 3 s/d 8) yang diterapkan di rumah sakit meliputi:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>§ Konsepsi dan implementasi</li> <li>b) Monitorisasi kinerja</li> <li>c) Identifikasi risiko potensi dengan risiko pada point 8</li> <li>d) Analisa risiko</li> <li>e) Evaluasi risiko</li> <li>f) Pengembangan risiko</li> <li>g) Pengurangan risiko.</li> </ul>
---

## Komite mutu memandu penerapan program manajemen risiko di rumah sakit

- a) Komite mutu telah mempersiapkan Program manajemen risiko tingkat RS untuk dilaksanakan Direktur
- b) Komite mutu memandu penerapan program manajemen risiko yang di tetapkan oleh Direktur
- c) Komite mutu telah membuat daftar risiko RS berdasarkan daftar risiko unit 2 di RS
- d) Komite mutu telah membuat profil risiko dan rencana pemangaman
- e) Komite mutu telah membuat pemerintauan terhadap rencana penganggaran dan melaporkan kepada Direktur dan Representatif pemilik / Dewas setiap 6 bulan
- f) Komite mutu telah memandu penelitian minimal satu Analisa FMEA setiap tahun berdasarkan yang diperlukan untuk dilakukan Analisa FMEA setiap tahun

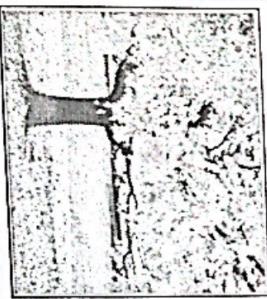
■ 11 Mei 2012

## 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 Mei 2012

TERIMA KASIH



■ 11 Mei 2012