



PROGRAM PENINGKATAN MUTU RS

Dr. Luwiharsih, MSc



dr Luwiharsih, MSc

JABATAN SEKARANG :

Ka Bidang Diklat KARS

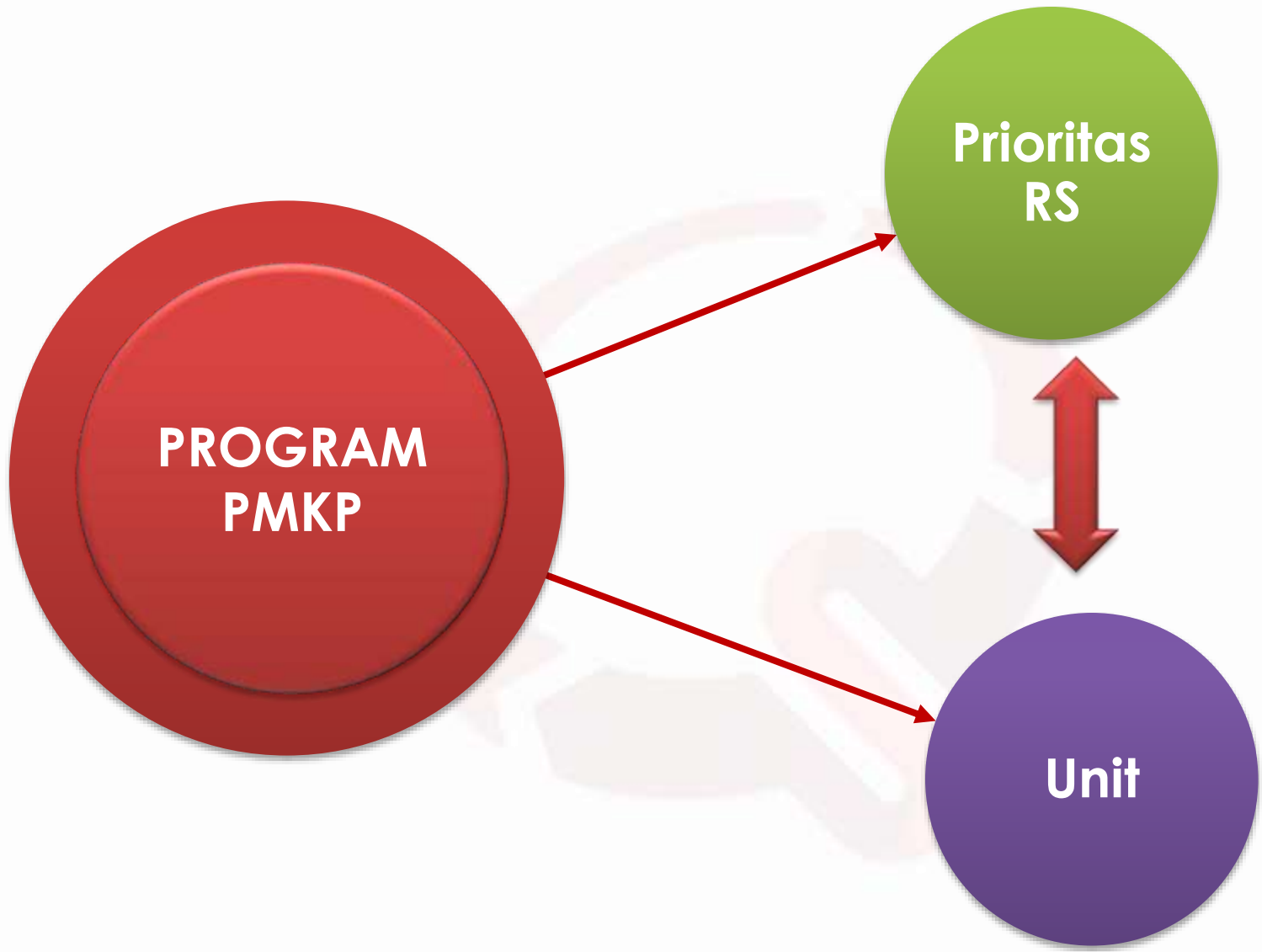
Ka Kompartemen Mutu PERSI 2015 - 2018

PENDIDIKAN

- **SI Fakultas Kedokteran Unair**
- **SII Pasca Sarjana UI, Manajemen Rumah Sakit**

PENGALAMAN KERJA

- **Surveior & Pembimbing Akreditasi RS (1995 - sekarang)**
- **Direktur RSK Sitanala Tangerang (2007 - 2010)**
- **Ka Sub Dit RS Pendidikan (2005 - 2007)**
- **Ka Sub Dit RS Swasta (2001 - 2005)**
- **Ka Sub Dit Akreditasi RS (1995 - 2001)**



PROGRAM PENINGKATAN MUTU PELAYANAN PRIORITAS RUMAH SAKIT

**Direktur RS memprioritaskan proses
di RS yg akan diukur, program PMKP
yang akan diterapkan, dan
bagaimana mengukur keberhasilan
dalam upaya di seluruh RS ini.**

PROGRAM PENINGKATAN MUTU PELAYANAN PRIORITAS RUMAH SAKIT

*RS memilih dan menetapkan
prioritas pengukuran mutu
pelayanan klinis yang akan
dievaluasi dan indikator-
indikator berdasarkan prioritas
tersebut*

Mengapa perlu program prioritas ?



*Siapa yg bertanggung jawab
memilih & menetapkan prioritas ?*



**Memilih dan menetapkan prioritas
pengukuran dan perbaikan di seluruh
rumah sakit adalah **Tanggung jawab
utama Direktur RS****

**PROGRAM
PMKP
PRIORITAS RS**



Upaya pengukuran dan perbaikan/peningkatan mutu yang mempengaruhi atau mencerminkan aktivitas yang terdapat di berbagai unit pelayanan, termasuk pengukuran dan aktivitas yang berhubungan dengan kepatuhan penuh terhadap Sasaran Keselamatan Pasien

DASAR PEMILIHAN PRIORITAS

a) Misi dan tujuan strategis RS;

Sebagai contoh : suatu RS menjadi pusat rujukan regional, maka Direktur RS akan meningkatkan mutu pelayanan RS tsb sehingga mampu menjadi rujukan di tingkat regional tersebut.

b) Data-data permasalahan yang ada di RS

Misalnya komplain pasien, capaian indikator mutu yang masih rendah, adanya kejadian tidak diharapkan

DASAR PEMILIHAN PRIORITAS

c) Sistem dan proses yang memperlihatkan variasi proses penerapan pelayanan dan hasil pelayanan yang paling banyak,

Misalnya pelayanan pasien stroke yang dilakukan oleh lebih dari satu dokter spesialis syaraf, memperlihatkan proses pelayanan yang masih bervariasi atau belum terstandarisasi sehingga hasil pelayanan juga bervariasi.

DASAR PEMILIHAN PRIORITAS

d) *Perbaikan yang berdampak pada efisiensi*

- Dampak perbaikan **efisiensi** dari suatu **proses klinis yang kompleks** pada pelayanan stroke, pelayanan jantung dan pelayanan high cost lainnya
- Perbaikan suatu **proses mengidentifikasi pengurangan biaya dan sumber daya** yang digunakan
- **Hasil evaluasi** dari dampak perbaikan tersebut dapat menunjang pemahaman ttg **biaya relatif yang dikeluarkan demi investasi mutu dan sumber daya manusia, finansial, dan keuntungan lain dari investasi tersebut**. Oleh karena itu perlu pembuatan program (tool) sederhana untuk menghitung sumber daya yang digunakan pada proses yang lama dan pada proses yang baru.

DASAR PEMILIHAN PRIORITAS

- e) **Dampak pada perbaikan sistem sehingga efek dari perbaikan dapat terjadi di seluruh RS, misalnya *sistem manajemen obat di RS***
- f) **Riset klinik dan program pendidikan profesi kesehatan merupakan prioritas untuk Rumah Sakit Pendidikan.**

No	DASAR PEMILIHAN PRIORITAS <i>Apakah topik yg dipilih sudah sesuai dengan :</i>	Y/T
a)	<i>Misi dan tujuan strategis RS;</i>	
b)	<i>Data-data permasalahan yang ada di RS</i>	
c)	<i>Sistem dan proses yang memperlihatkan variasi proses penerapan pelayanan dan hasil pelayanan yang paling banyak,</i>	
d)	<i>Perbaikan yang berdampak pada efisiensi</i>	
e)	<i>Dampak pada perbaikan sistem</i>	
f)	<i>Riset klinik dan program pendidikan</i>	

Topik pelayanan yang ditingkatkan dapat ditetapkan bila minimal ada satu jawaban : Ya

PROSES PEMILIHAN PRIORITAS



Misi RS dan Tujuan Strategi RS (RS rujukan regional)

Data Permasalahan di RS (komplain, Capaian indikator, dll)

Sistem & Proses yg bervariasi dlm penerapan (Stroke)

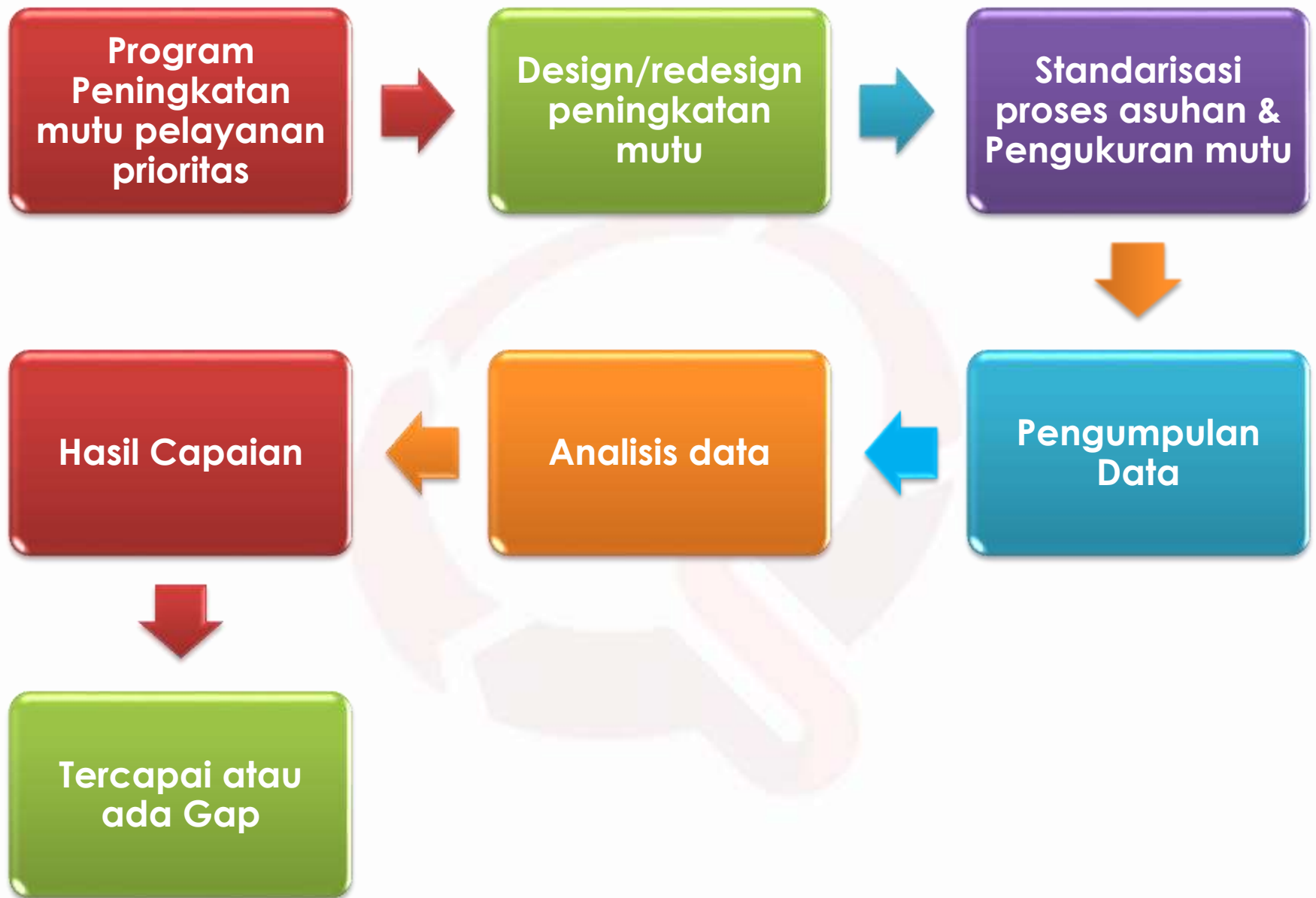
Sistem yan klinis kompleks yg perlu efisiensi (Stroke, Jantung)

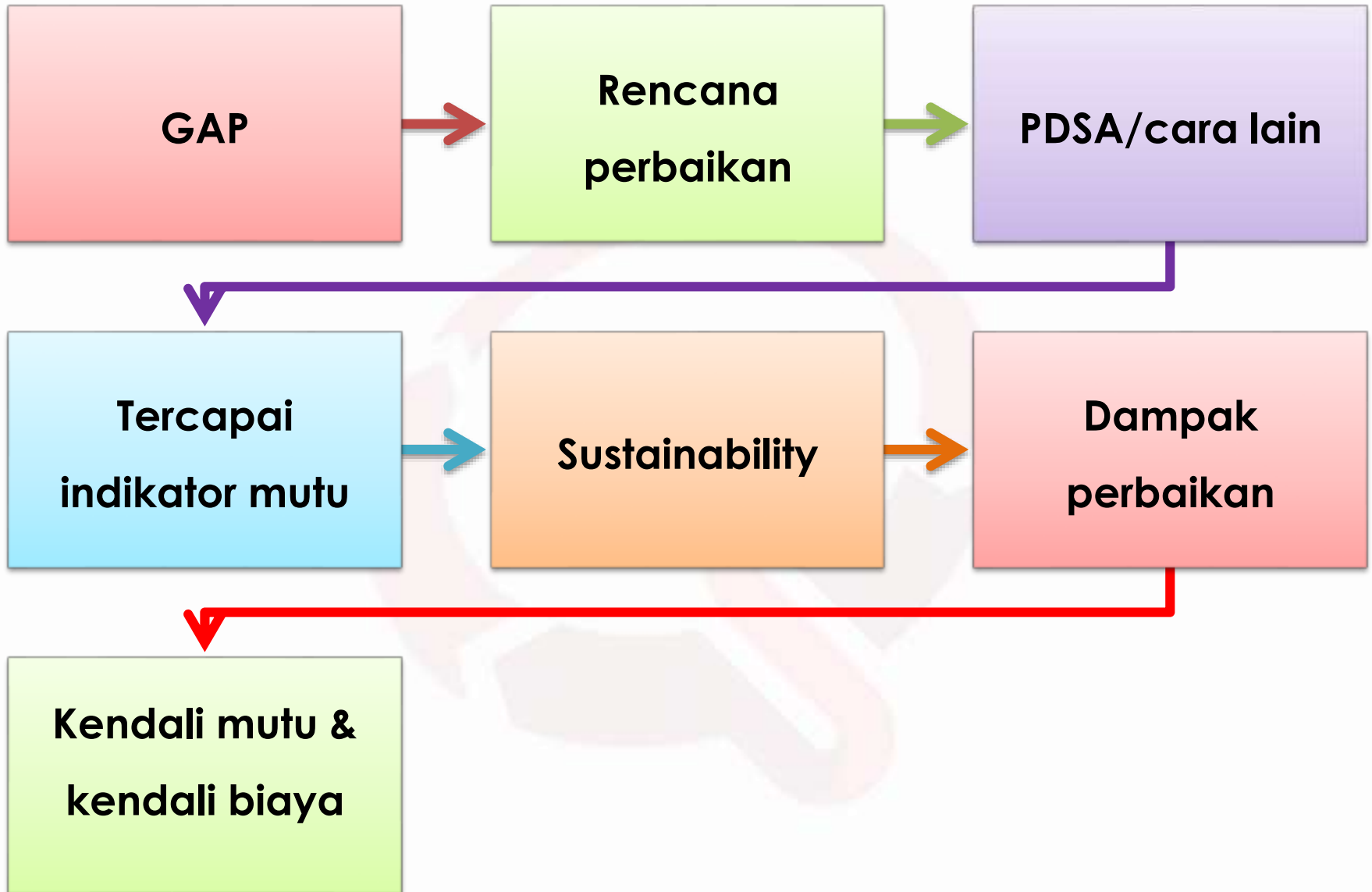
Dampak perbaikan sistem ke seluruh unit di RS (Sistem manajemen obat)

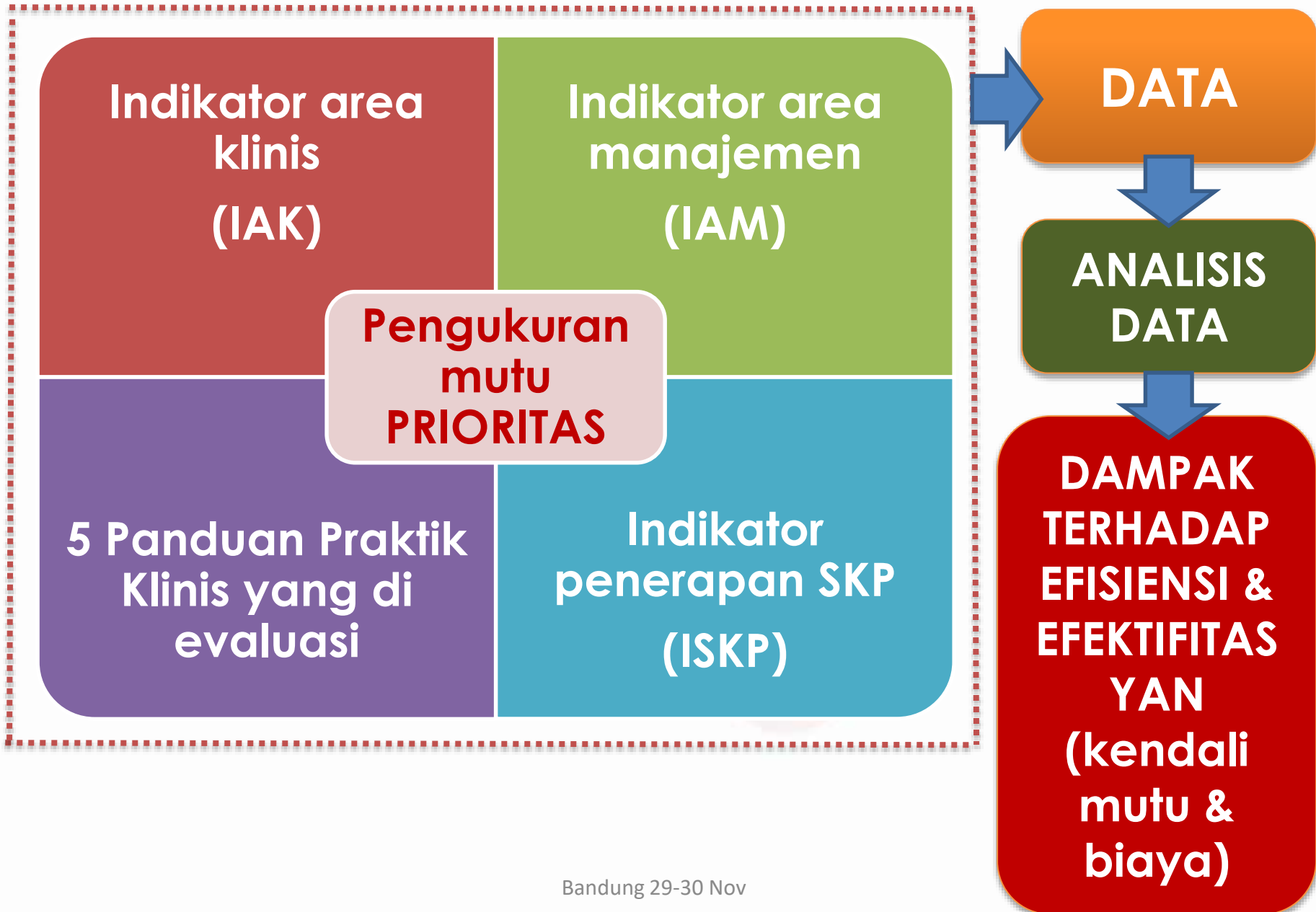
Riset Klinis & pendidikan profesi kesehatan

PROGRAM PENINGKATAN MUTU PELAYANAN PRIORITAS RS

- **standarisasi proses dan hasil asuhan klinis pelayanan prioritas**
- **pengukuran mutu klinis,**
- **Pengukuran mutu manajerial**
- **penerapan sasaran keselamatan pasien**









**EFEKTIFITAS
PELAYANAN**

**DAMPAK
PERBAIKAN**

KOMPLAIN, dll

EFISIENSI



PERBEDAAN PRIORITAS

Standar versi 2012 dan SNARS edisi 1

	STANDAR AKREDITASI VERSI 2012	SNARS edisi 1
PRIORITAS	Perbaiki unit pelayanan (PMKP 1.2)	Topik terkait dengan perbaikan pelayanan yang berdampak terhadap unit-unit pelayanan secara menyeluruh (IRJ, IRI, IGD, dll) --> PMKP 5; TKRS 5
PPK - CP	5 PPK- CP atau 20 PPK – CP utk Re-survei (PMKP 2.1)	5 PPK – CP, untuk Re-Survei 5 PPK- CP --> Topik sesuai topik prioritas

	STANDAR AKREDITASI VERSI 2012	SNARS edisi 1
Indikator Area Klinik (IAK)	11 Indikator Area Klinik, RS non pendidikan 10 Indikator Area Klinik	Sesuai area pelayanan, dimana prioritas diterapkan -> IRI, IRJ, dll
Indikator Area Manajemen (IAM)	9 Indikator area manajemen	Sesuai area pelayanan, dimana prioritas diterapkan. -> IRI, IRJ, dll
Indikator SKP	6 SKP	6 SKP
Evaluasi	<ul style="list-style-type: none"> • Kepatuhan DPJP terhadap PPK-CP • Capaian indikator 	<ul style="list-style-type: none"> • Kepatuhan DPJP thd PPK-CP • Capaian indikator • Dampak Kendali mutu & biaya

	STANDAR AKREDITASI VERSI 2012	SNARS edisi 1
<p>DASAR PEMILIHAN</p>	<p>High Volume, High Cost, High Risk, Problem Prone</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Misi RS dan Tujuan Strategi RS (RS rujukan regional) • Data Permasalahan di RS (komplain, Capaian indikator, dll) • Sistem & Proses yg bervariasi dlm penerapan (Stroke) • Sistem yan klinis kompleks yg perlu efisiensi (Stroke, Jantung) • Dampak perbaikan sistem ke seluruh unit di RS (Sistem manajemen obat) • Riset Klinis & pendidikan profesi kesehatan



Contoh : Design/rancangan Peningkatan mutu pelayanan Prioritas

TOPIK : Peningkatan mutu pelayanan jantung

Tujuan : menurunkan angka kematian%

Rencana perbaikan :

- a) Standarisasi proses asuhan klinis**
- b) Pengukuran kepatuhan melaksanakan Sasaran Keselamatan pasien**
- c) Pengukuran mutu area klinik**
- d) Pengukuran mutu area manajemen**
- e) Rencana implementasi**
- f) Rencana evaluasi keberhasilan**

LANGKAH-LANGKAH

- 1. Membentuk Tim Peningkatan mutu pelayanan jantung yang terdiri dari Pimpinan Medis, Komite Medis, KSM Jantung dan Komite PMKP**
- 2. Menyepakati hal-hal sbb :**
 - 5 PPK yang di evaluasi, IAK,**
 - IAM dan ISKP yang akan diukur dan dikumpulkan datanya**
- 3. Melakukan edukasi ke DPJP KSM Jantung terkait dan edukasi unit tempat implementasi peningkatan mutu.**
- 4. Melakukan monitoring pengumpulan data dan analisa datanya**

TOPIK : Peningkatan mutu pelayanan jantung

a) Standarisasi proses asuhan klinis

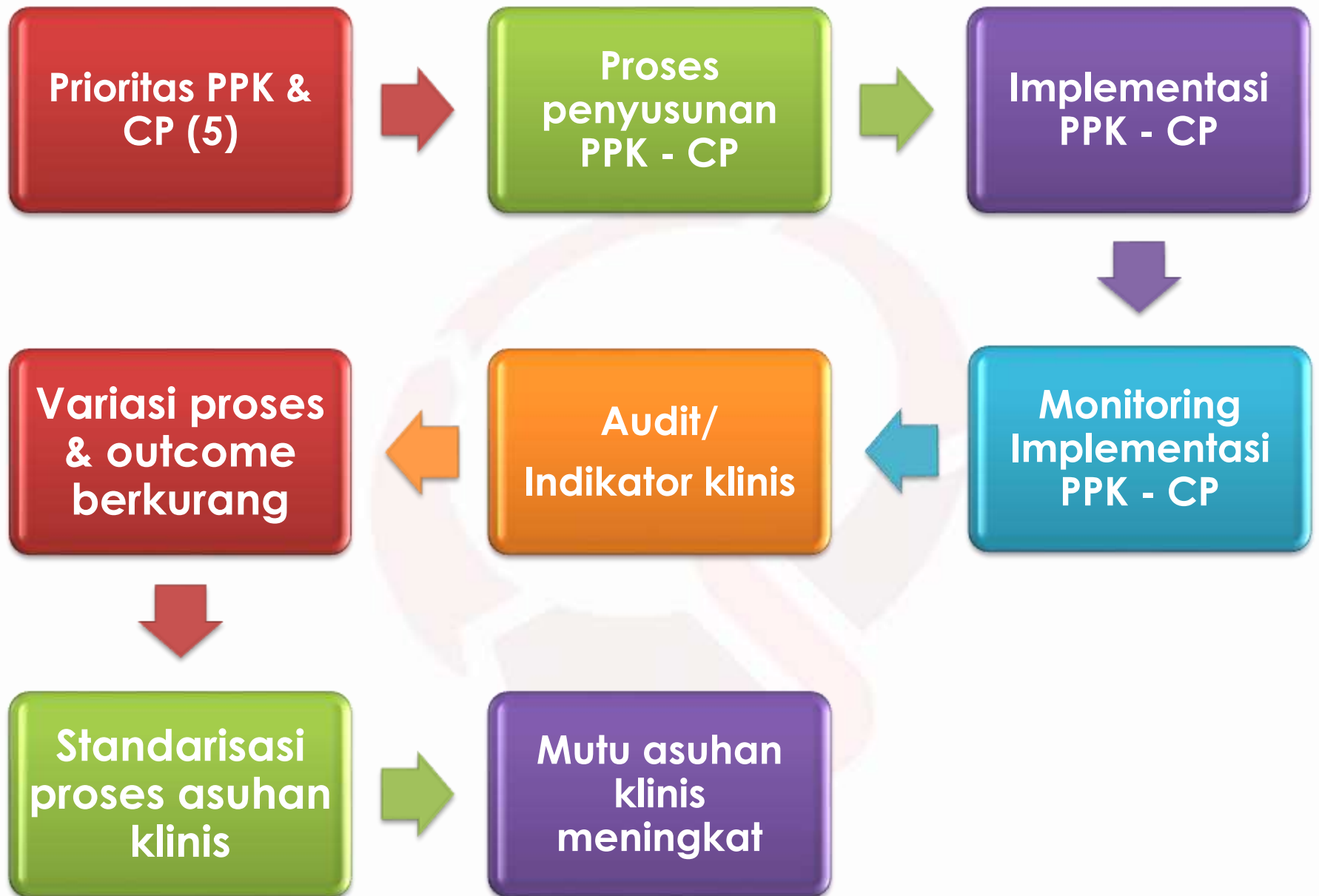
Penetapan 5 PPK yang akan implementasikan dan monitoring kepatuhan DPJP terhadap PPK – CP sebagai berikut :

- 1. Acute Myocardial Infarction (AMI)**
- 2. Heart Failure**
- 3. -----**
- 4.**
- 5.**

PPK-CP DI PROGRAM PRIORITAS RS

1. Ada **penetapan** evaluasi pelayanan kedokteran dengan melakukan **evaluasi panduan praktik klinis, alur klinis atau protokol.**
2. Hasil evaluasi dapat menunjukkan adanya **pengurangan variasi pada 5 (lima) panduan praktik klinis, alur klinis atau protokol** di prioritas pengukuran mutu rumah sakit .
3. RS telah melaksanakan **audit medis dan atau audit klinis** pada panduan praktik klinis /alur klinis prioritas di tingkat rumah sakit (D,W)

PPK	CP	LAINNYA
Stroke Non Hemorrhagic	Tata laksana Stroke Non Hemorrhagic	-
Gagal Ginjal Kronik	-	Protokol HD
Kejang demam	-	<ul style="list-style-type: none"> • Prosedur Pungsi lumbal • Standing order diazepam rektal





PPK-CP

**- Obat
- Pem
Penunjang
LOS**

**Variasi
berkurang**

TOPIK : Peningkatan mutu pelayanan jantung

b) Pengukuran kepatuhan melaksanakan Sasaran Keselamatan pasien sbb :

1. SKP 1 :

2. SKP 2 :

3. SKP 3 :

4. SKP 4 :

5. SKP 5 :

6. SKP 6 :

TOPIK : Peningkatan mutu pelayanan jantung

c) Pengukuran mutu area klinik (IAK)

- 1. Aspirin received within 24 hours of arrival to the hospital for patients having an acute myocardial infarction (AMI).**
- 2. Aspirin prescribed at discharge for patients who had an acute myocardial infarction.**
- 3. ACEI (angiotensin converting enzyme inhibitor) or ARB (angiotensin receptor blocker) for patients who have LVSD (Left Ventricular Systolic Dysfunction) after having an acute myocardial infarction.**

TOPIK : Peningkatan mutu pelayanan jantung

c) Pengukuran mutu area klinik (IAK)

- 4. Adult smoking cessation advice/counseling given to patients who had an acute myocardial infarction.**
- 5. Beta-blocker prescribed at discharge for patients who had an acute myocardial Infarction**
- 6. Acute myocardial infarction (AMI) patients who expire during the hospital stay**

TOPIK : Peningkatan mutu pelayanan jantung

d) Pengukuran mutu area manajemen

- **Evaluasi kepuasan pasien**
- **Laporan KTD 2 X 24 jam**
- **Ketersediaan aspirin 100 %**

e). Rencana implementasi program peningkatan prioritas

- **Unit IGD, rawat inap, ICU/ICCU**

f) Rencana analisa keberhasilan

- **Analisa capaian indicator dng metoda statistic**
- **Analisa kepatuhan DPJP minimal 80 %**
- **Analisa dampak terhadap efisiensi pelayanan**



**Indikator
Mutu**

**Dilengkapi
dng profil
indikator**

PROFIL INDIKATOR

- a) judul indikator,
- b) definisi operasional,
- c) tujuan, dimensi mutu,
- d) dasar pemikiran/alasan pemilihan indikator,
- e) numerator, denominator, formula pengukuran,
- f) metodologi pengumpulan data,
- g) cakupan datanya (total atau sampel)
- h) frekuensi pengumpulan data,
- i) frekuensi analisa data
- j) metodologi analisa data,
- k) sumber data
- l) penanggung jawab pengumpul data,
- m) publikasi data.

JUDUL INDIKATOR,	
DEFINISI OPERASIONAL,	
TUJUAN	
DIMENSI MUTU,	<input type="checkbox"/> Efisiensi <input type="checkbox"/> Efektifitas <input type="checkbox"/> Aksesibilitas <input type="checkbox"/> Keselamatan <input type="checkbox"/> Fokus kepada pasien <input type="checkbox"/> Kesiambungan
DASAR PEMIKIRAN/ALASAN PEMILIHAN INDIKATOR.	
NUMERATOR	

DENOMINATOR,	
FORMULA PENGUKURAN.	
METODOLOGI PENGUMPULAN DATA.	<input type="checkbox"/> Retrospective <input type="checkbox"/> Sensus Harian/Concurrent
CAKUPAN DATANYA (TOTAL ATAU SAMPEL)	

FREKUENSI PENGUMPULAN DATA,	<input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Mingguan <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Lainnya
FREKUENSI ANALISA DATA	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Tahunan
NILAI AMBANG/STANDAR	Diperlukan untuk analisis dng membandingkan standar & utk mengetahui capaian indikator

<p>METODOLOGI ANALISA DATA,</p>	<p>Statistik : Run Chart, Control Chart, Pareto, Bar Diagram</p> <p>Interpretasi data :</p> <p>Trend, bandingkan dng RS lain, dng standar, dng praktik terbaik</p>
<p>SUMBER DATA/AREA MONITORING</p>	<p>Utk mengetahui lokasi data</p>
<p>PJ PENGUMPUL DATA</p>	
<p>PUBLIKASI DATA/desiminasi data</p>	<p>Internal :</p> <p>Eksternal</p>



Contoh lainnya : Design/rancangan peningkatan mutu manajemen obat di RS

TOPIK : Peningkatan mutu system manajemen obat di RS

Tujuan : menurunkan medication error%

Rencana perbaikan :

- a) Standarisasi penggunaan obat pada 5 PPK**
- b) Pengukuran kepatuhan melaksanakan Sasaran Keselamatan pasien pada system manajemen obat**
- c) Pengukuran mutu area klinik → medication error**
- d) Pengukuran mutu area manajemen → ketersediaan**
- e) Rencana implementasi → unit-2 yan**
- f) Rencana evaluasi keberhasilan**



Contoh : Design/rancangan peningkatan pelaksanaan pencegahan pengendalian infeksi

TOPIK : Peningkatan mutu PPI di RS

**Tujuan : Menurunkan angka infeksi daerah operasi kurang dari
%**

Rencana perbaikan :

- a) Standarisasi 5 PPK-CP tindakan**
- b) Pengukuran kepatuhan melaksanakan Sasaran Keselamatan pasien**
- c) Pengukuran mutu area klinik → IDO**
- d) Pengukuran mutu area manajemen → ketersediaan handrub**
- e) Rencana implementasi → unit-2 yan**
- f) Rencana evaluasi keberhasilan**



TERIMA KASIH