

# **PENINGKATAN MUTU PELAYANAN DALAM STANDAR AKREDITASI RS**

---

*dr. Luwiharsih, MSc*





#### JABATAN :

- Direktur WIA Training
- Surveior akreditasi, sejak 1995 - sekarang
- Pembimbing akreditasi, sejak 1995 - sekarang
- Dewan Penilai, sejak 2015 - sekarang

#### PENDIDIKAN

- S-I Fakultas Kedokteran Unair
- S-II Pasca Sarjana UI, Manajemen RS

#### PENGALAMAN KERJA

- Direktur RSK Sitanala Tangerang ( 2007 – 2010 )
- Ka Sub Dit RS Pendidikan, Kemkes ( 2005 – 2007 )
- Ka Sub Dit RS Swasta, Kemkes ( 2001 – 2005 )
- Ka Sub Dit Akreditasi RS, Kemkes (1995 – 2001)

Ada banyak istilah (dan banyak akronim) yang digunakan untuk menggambarkan perbaikan dalam pelayanan kesehatan:

- Quality management (QM),
- Total Quality Management (TQM),
- Continuous Quality Improvement (CQI),
- Systems-Based Practice (SBP),
- Practice-Based Learning and Improvement (PBLI)
- Performance improvement (PI)
- Metodologi dari industry : Lean, Six Sigma dan lainnya
- Robust Process Improvement® (RPI®) → JCI

Describing  
Improvement

Nama generic : **Quality improvement** (Peningkatan mutu)



## Peningkatan Mutu adalah :

UPAYA KERJA SAMA yg terus menerus dilakukan dari setiap orang – PPA, staf klinis dan non klinis, pasien dan keluarga mereka, peneliti, pembayar, perencana dan pendidik — untuk membuat perubahan yang mengarah pada hasil/ outcome pasien yang lebih baik (kesehatan), kinerja sistem (pelayanan) yang lebih baik, dan pengembangan profesional yang lebih baik ( proses belajar)

## The “Triangle Diagram”



*Source: Batalden PB, Davidoff F. What is “quality improvement” and how can it transform health care? Qual Saf Health Care. 2007 Feb;16(1):2–3. Adapted with permission from BMJ Publishing Group Limited.*



## Peningkatan Mutu adalah:

Tindakan setiap orang yang bekerja utk menerapkan perubahan yg berulang & terukur, untuk membuat layanan kesehatan lebih efektif, aman, dan berfokus pada pasien. (WHO)

Merupakan TANGGUNG JAWAB BERSAMA bagi semua orang yg bekerja di RS baik pimpinan, PPA, staf klinis, non klinis & staf lainnya, karena peningkatan mutu sejatinya berakar dari pekerjaan sehari-hari dari setiap orang dalam memberikan pelayanan di RS. (SNARS edisi 1.1)

# What do we mean by quality?



- Mutu adalah **MULTIDIMENSI**
- Meningkatkan mutu mengandung arti **PERUBAHAN**

Sementara berbagai elemen mutu telah dijelaskan selama beberapa dekade, ada pengakuan yang berkembang bahwa mutu layanan kesehatan di seluruh dunia harus **efektif, aman, dan berpusat pada pasien/orang**. Selain itu, untuk mewujudkan manfaat pelayanan kesehatan yang bermutu, yankes harus **tepat waktu, berkeadilan, terintegrasi & efisien**

Elemen mutu pelayanan Kesehatan (WHO)



Aman	Meminimalisasi terjadinya kerugian (harm), cedera & kesalahan medis yg bisa dicegah kepada mereka yg menerima pelayanan
Berorientasi pada pasien	Menyediakan pelayanan yang sesuai dengan preferensi, kebutuhan dan nilai-nilai individu
Efektif	Menyediakan pelayanan kesehatan yang berbasis bukti kepada masyarakat
Tepat waktu	Mengurangi waktu tunggu dan keterlambatan pemberian pelayanan kesehatan
Efisien	Mengoptimalkan pemanfaatan sumber daya yang tersedia dan mencegah pemborosan termasuk alat kesehatan, obat, energi dan ide.
Kesetaraan/ Adil	Menyediakan pelayanan yg seragam tanpa membedakan jenis kelamin, suku, etnik, tempat tinggal, agama, sosial ekonomi.
Terintegrasi:	Menyediakan pelayanan yang terkoordinasi lintas fasilitas pelayanan kesehatan dan pemberi pelayanan, serta menyediakan pelayanan kesehatan pada seluruh siklus kehidupan



**Bagaimana  
Memulainya?**



Peningkatan mutu adalah tanggung jawab setiap professional yg bekerja di rumah sakit

- Outcome pasien
- Pengembangan professional
- Kinerja Sistem Pelayanan

**Lebih baik**

Untuk peningkatan mutu pelayanan perlu Team-work interprofessional

**Start**

**KOMITE MUTU RS**



PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
NOMOR 80 TAHUN 2020  
TENTANG  
KOMITE MUTU RUMAH SAKIT  
DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA  
MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

Komite Mutu

**Komite mutu:**  
unsur organisasi non struktural yg membantu Ka atau Dir RS dlm mengelola & memandu program PMKP, serta mempertahankan standar pelayanan RS.

Susunan organisasi:

- Ketua
- Sekretaris
- Anggota

Ketua & sekretaris merangkap anggota (Pasal 5)

Keanggotaan

- a. Tenaga medis
- b. Tenaga keperawatan
- c. Tenaga Kesehatan lain
- d. Tenaga non Kesehatan

(Pasal 6)

Pasal 9

(1) Dalam rangka efektifitas & efisiensi penyelenggaraan tata kelola mutu RS, komite lainnya yg melaksanakan fungsi manj risiko & keselamatan pasien **dapat diintegrasikan dng Komite Mutu.**

(2) Integrasi sebgmn dimaksud dilakukan dng membentuk subkomite.

Bertugas membantu Kepala atau Direktur RS dalam pelaksanaan dan evaluasi peningkatan mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko di RS (Pasal 10)

Pelaksanaan & Evaluasi Peningkatan mutu (Pasal 9)

Pelaksanaan & Evaluasi Keselamatan Pasien (pasal 9)

Pelaksanaan & Evaluasi Manajemen risiko (Pasal 9)

Persiapan & penyelenggraan akreditasi RS (Pasal 10 ayat 5)


# Komite Mutu atau Sub Komite Mutu

Komite Mutu atau Sub Komite Mutu sering disebut sebagai '*Team Sport*' karena harus terus bergerak dan berlari **menciptakan hasil yang lebih baik** daripada yang dapat dicapai individu yang bekerja sendiri. Komite/Sub Komite Mutu dapat memaksimalkan keahlian berorganisasi untuk menyatukan beragam perspektif.

Kerja Komite/Sub Komite mutu dalam pelayanan kesehatan mengarah pada hasil yang lebih baik, kepuasan yang lebih baik (di antara pasien dan staf), dan pengurangan biaya pelayanan. Mengorganisir dng tepat Komite/Sub Komite & mengelolanya secara efektif sangat penting agar program peningkatan mutu berhasil.

Penting untuk mengatur Komite/Sub Komite, melakukan pertemuan yang efektif, membuat keputusan, dan mengelola tugas peningkatan mutu khususnya peningkatan mutu pelayann klinis





# Peningkatan mutu dalam Standar Akreditasi RS

---

# PMKP SNARS edisi 1.1

Komite Mutu dan PJ data  
(PMKP 1)

**IT sistem manajemen data  
terintegrasi (PMKP 2.1) → SISMADAK**

Pelatihan PMKP utk Direktur RS,  
Komite Mutu, Para pimp RS & staf  
klinis RS (PMKP 3)

## Regulasi :

1. Regulasi Komite Mutu RS (PMKP 1):
2. Regulasi RS utk Peningkatan Mutu, Keselamatan Pasien, Manrisk
3. Program Peningkatan Mutu, Keselamatan Pasien, Manajemen Risiko

## Dokumen Bukti:

- Pelatihan
- Rapat
- Supervisi/audit
- Laporan

## Peningkatan mutu

(PMKP 2, 2.1, 3, 4, 5, 5.1, 6, 7, 7.1, 7.2, 8, 10, 11; TKRS 1.2, 1.3, 4, 4.1, 5, 6.1, 11, 11.1, 11.2, Prognas, ARK 4.3 EP 4, ARK 5.2 EP 4 ; PAB 2.1, 8.1, PPI 6 EP 4, PPI 6.1 EP 1,2,3,10)

- IMN
- Program mutu prioritas RS
- Program mutu unit
- Survei kepuasan pasien

Pengumpulan data, analisis data, Rencana perbaikan, PDSA

## Keselamatan Pasien

(PMKP 9, 9.1, 9.2, 9.3, 10, SKP 1-6, PKPO 7, 7.1, PPI 6.1 EP 1,2,3, PPI 10)

Pelaporan insiden keselamatan pasien  
Capaian SKP  
Survei Budaya keselamatan

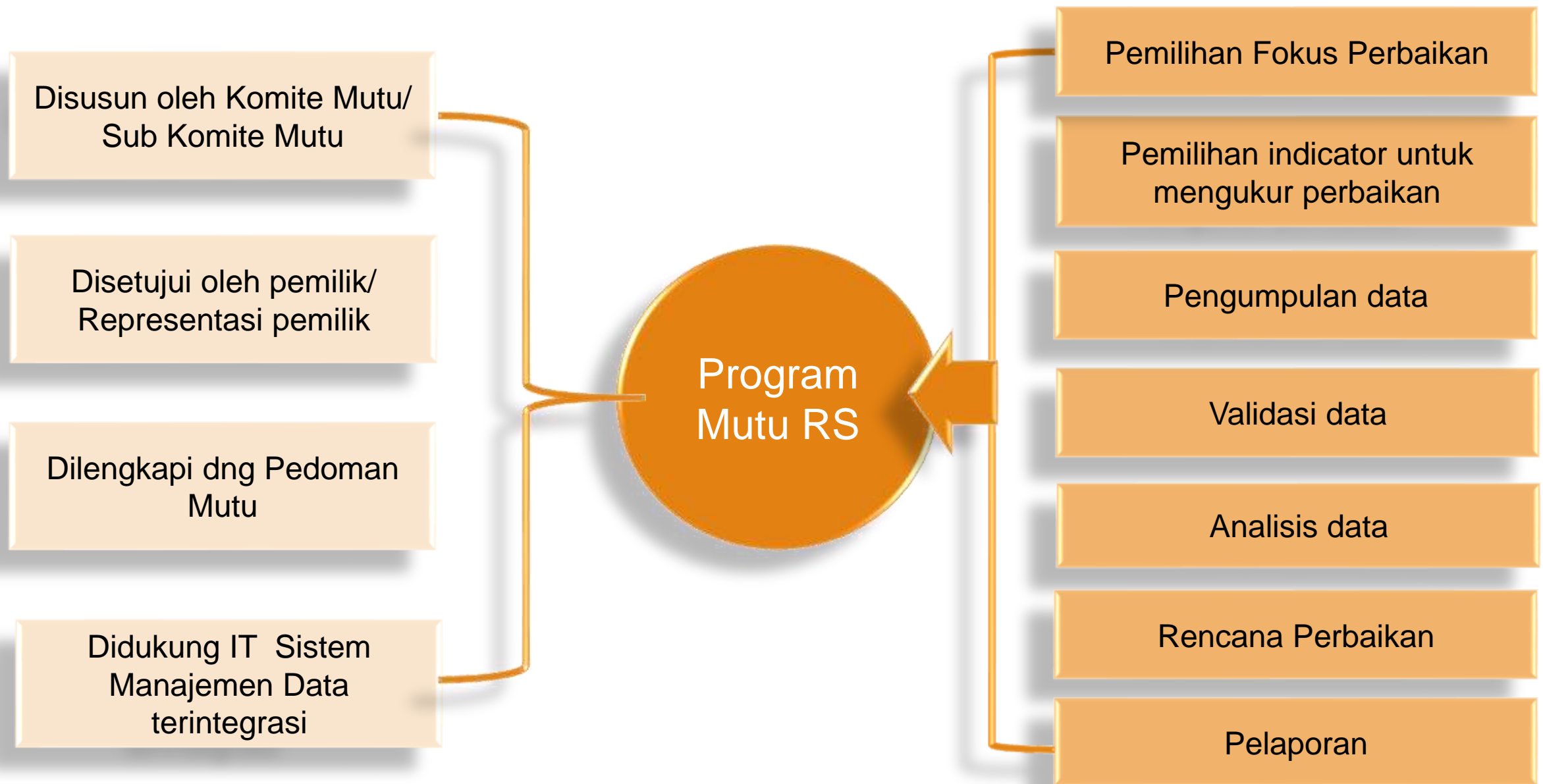
- Risk grading
- Investigasi sederhana
- RCA

## Manajemen Risiko

(PMKP 12, MFK 2, AP 5.3, 5.3.1, AP 6.3, 6.3.1, PAP 3 sd 3.9, HPK 1.4, PPI 6.2, 7, 7.1, 7.2, 7.3, 7.7, 7.7.1, 10, KKS 8.2, TKRS 7.1, 13, 13.1)

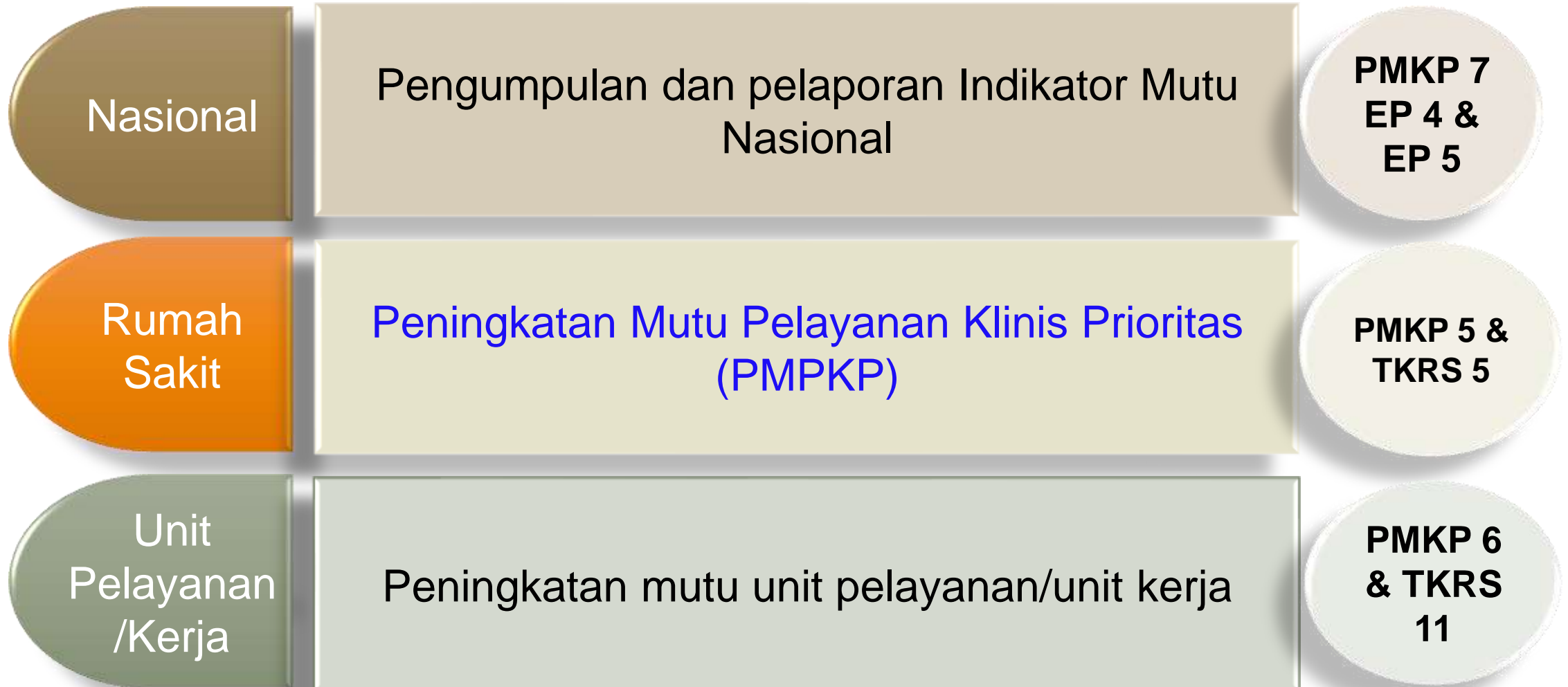
Risiko pasien, staf medis, tenaga lainnya, fasilitas dan lingkungan

- Risk register
- Mitigasi risiko
- 1 FMEA/RS






# PROGRAM MUTU RS



# Indikator Nasional Mutu pelayanan kesehatan di Rumah Sakit

- a. Kepatuhan kebersihan tangan
- b. Kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)
- c. Kepatuhan identifikasi pasien
- d. Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi
- e. Waktu tunggu rawat jalan
- f. Penundaan operasi elektif
- g. Kepatuhan waktu visite dokter

- h. Pelaporan hasil kritis laboratorium
- i. Kepatuhan penggunaan formularium nasional
- j. Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway)
- k. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh
- l. Kecepatan waktu tanggap komplain
- m. Kepuasan pasien



# Peningkatan Mutu Pelayanan Klinis Prioritas (PMPKP)

---



Bagaimana memilih prioritas pelayanan yg akan ditingkatkan?

1. Identifying **a Focus** for Improvement

- a. Pendekatan untuk mengidentifikasi area klinis yg akan ditingkatkan
- b. Kriteria untuk memfokuskan kegiatan peningkatan
- c. Penetapan pernyataan tujuan

# 1. Identifying a **Focus** for Improvement

- a. Mengidentifikasi elemen-2 sistem pelayanan yang perlu ditingkatkan (*opportunities for improvement*), berdasarkan pengetahuan tentang informasi kebutuhan pasien dan masyarakat yang dilayani oleh RS
- b. Fokuskan kegiatan peningkatan mutu yg akan dilaksanakan.
- c. Menetapkan tujuan dng kerangka waktu perbaikan yg spesifik, terukur, dapat dicapai, masuk akal, dan memiliki kerangka waktu (SMART).

## a. Pendekatan untuk mengidentifikasi area klinis yg akan ditingkatkan

1. Cari melalui perspektif pasien → data survey kepuasan pasien, komplain
2. Periksa masalah-masalah di point-of-care → High Risk, High Cost, High Volume, Problem prone
3. Pikirkan tentang mutu pelayanan yg sudah diberikan → apakah sudah sesuai dng Dimensi Mutu: Safe, Timely, Efficient, Effective, Equitable, Patient Centered
4. Tinjau data tingkat unit atau sistem → apakah ada Imut yg belum tercapai
5. Kumpulkan hal-2 yg mengecewakan & diskusikan → Komplain, tuntutan, dll
6. Cari melalui perspektif dari para pemimpin RS → Target, sasaran yg blm tercapai



## b. Kriteria untuk memfokuskan kegiatan peningkatan --> BUKAN UTK SKORING

F	Feasible	Program <b>harus sesuai</b> dng posisi dan kewewenangan saat ini untuk bertindak sesuai dengan disiplin profesional nya → <b>Bisa diterapkan</b>
I	Interesting	Topik program peningkatan mutu <b>harus menarik bagi PPA &amp; staf klinis</b> , unit pelayanan dan RS serta pemangku kepentingan yang kolaborasinya (termasuk sumber daya) akan dibutuhkan.
N	Noval	Program peningkatan mutu <b>harus baru</b> . Kegiatan peningkatan umumnya tdk menghasilkan pengetahuan baru yg dapat digeneralisasikan dng cara yg sama seperti penelitian, tetapi memberikan kesempatan utk belajar tentang sistem di RS & membuat perubahan yg penting bagi orang-2 yg dilayani oleh sistem tersebut.
E	Ethical	Program peningkatan <b>harus etis</b> , merupakan pertimbangan awal yg penting saat memilih program. Harus ada jaminan bahwa program <b>tidak menimbulkan ancaman bahaya fisik atau psikologis bagi individu</b> dan bahwa <b>tidak akan ada pelanggaran privasi</b> .
R	Relevant	Program perbaikan harus <b>relevan</b> . Untuk program perbaikan klinis, penting agar topik tersebut relevan dengan <b>pasien, staf, dan manajemen</b>

# Cara lain → skoring

Pelayanan Klinis/spesialistik/ sub spesialistik	High Cost	High Risk	High Volume	Problem prone	Total
Pelayanan Bedah					
Pelayanan Obsteri					
Pelayanan Jantung					
Pelayanan anak					

## c. Penetapan pernyataan tujuan.

**S**

Specific

Tujuan dipertajam dengan memasukkan komponen who, what, where, when dan why

**M**

Measurable

Kemajuan pencapaian tujuan dapat dinilai secara konkret dan terukur.

**A**

Attainable

Tujuan yang ditetapkan dapat dicapai

**R**

Reasonable

Tujuan harus masuk akal

**T**

Time frame

Tujuan perlu didasarkan pada kerangka waktu

*Contoh: Peningkatan mutu pelayanan klinis  
prioritas*

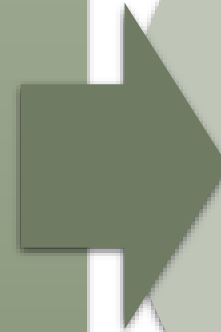
# **PENINGKATAN MUTU KLINIS PELAYANAN KEBIDANAN DI RS SEHAT**





1. Identifying a **Focus** for Improvement

- a. Pendekatan untuk mengidentifikasi area klinis yg akan ditingkatkan
- b. Kriteria untuk memfokuskan kegiatan peningkatan
- c. Penetapan pernyataan tujuan



Pelayanan  
Kebidanan sebagai  
pelayanan klinis  
prioritas RS

# ***SISTEMATIKA PROGRAM***

1. Pendahuluan
2. Latar belakang
3. Tujuan umum dan tujuan khusus
4. Kegiatan pokok dan rincian kegiatan (Langkah Kegiatan)
5. Cara melaksanakan kegiatan
6. Sasaran
7. Jadwal pelaksanaan kegiatan
8. Evaluasi pelaksanaan kegiatan dan pelaporan
9. Pencatatan, pelaporan dan evaluasi kegiatan

Tujuan Umum peningkatan mutu klinis pelayanan kebidanan di RS Sehat adalah meningkatkan mutu sistem pelayanan kebidanan dengan melibatkan semua elemen (orang, proses, struktur) untuk bekerja sama agar tercapai pelayanan kebidanan yang aman, efektif, berfokus pada pasien, tepat waktu, efisien, dan adil, dalam waktu 1 tahun

# TUJUAN KHUSUS:

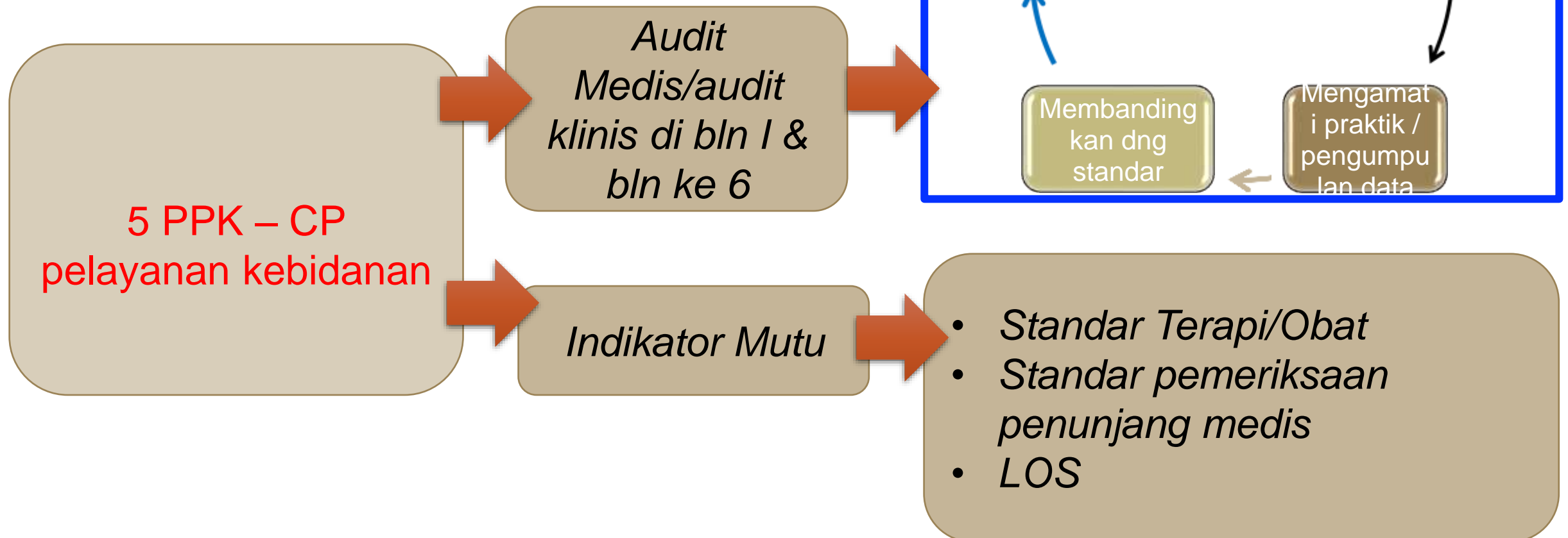
1. Menurunkan angka kematian ibu .....%
2. Menurunkan angka kematian bayi .....%
3. Mengurangi complain pelayanan kebidanan .....%
4. dst



# KEGIATAN POKOK DAN RINCIAN KEGIATAN

1. Mengidentifikasi focus perbaikan pelayanan kebidanan di unit-unit pelayanan di RS
2. Merencanakan perbaikan pelayanan kebidanan di unit-unit pelayanan.
3. Melakukan monitoring perbaikan dengan menetapkan indikator mutu
4. Melakukan analisis data mutu
5. Melakukan analisis kendali biaya dan kendali mutu
6. Menyusun rencana perbaikan berdasarkan hasil analisis data
7. Menyusun laporan hasil perbaikan pelayanan klinis prioritas
8. Melakukan survei kepuasan pasien
9. Melakukan audit PPK-CP prioritas

***Monev penerapan PPK-CP  
(PMKP 5.1; TKRS 11.2)***



# Contoh: Indikator Mutu Pelayanan Kebidanan

- angka keterlambatan operasi sectio caesaria (SC) (> 30 menit)
- angka keterlambatan penyediaan darah (> 60 menit)
- angka kematian ibu dan bayi
- kejadian tidak dilakukannya inisiasi menyusui dini (IMD) pada bayi baru lahir
- angka perdarahan post partum
- angka pre eklampsia
- angka infeksi nifas
- angka partus lama
- angka ante natal care

```
graph LR; A[Analisis data → lihat tujuan apakah sudah tercapai semuanya?] --> B[Masih ada GAP]; B --> C[Rencana perbaikan];
```

Analisis data → lihat  
tujuan apakah  
sudah tercapai  
semuanya?

Masih ada GAP

Rencana perbaikan



# PENINGKATAN MUTU UNIT

---



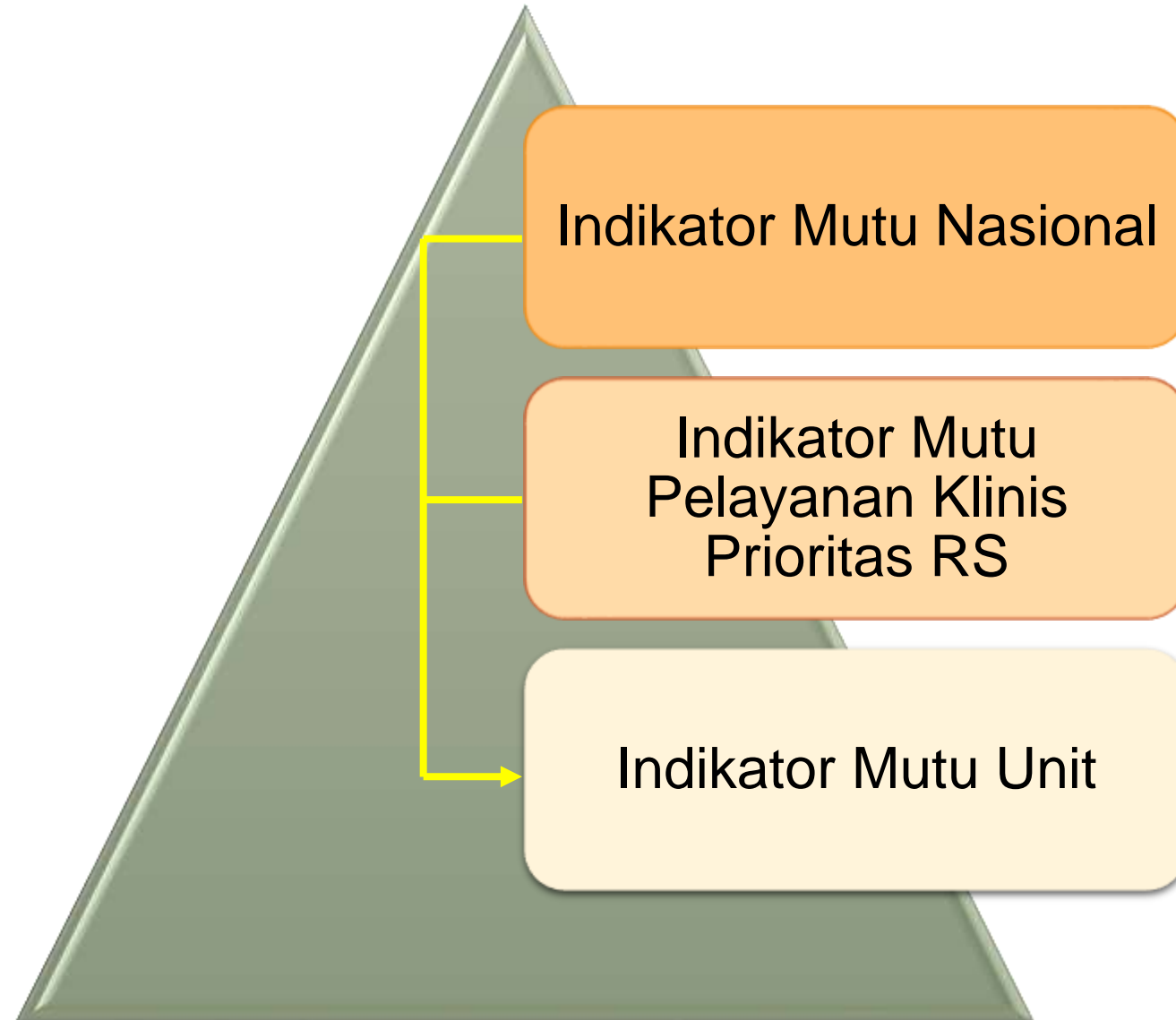
## Standar PMKP 6

Setiap unit kerja di rumah sakit memilih dan menetapkan indikator mutu yang dipergunakan untuk mengukur mutu unit kerja.

### Elemen Penilaian PMKP 6

1. RS mempunyai regulasi tentang pengukuran mutu dan cara pemilihan indikator mutu di unit kerja dan unit pelayanan yg antara lain meliputi a) s/d e) yg ada di maksud & tujuan (lihat juga TKRS 11 EP ). (R)
2. Setiap unit kerja & pelayanan melakukan telah memilih & menetapkan indicator mutu unit (lihat juga TKRS 11 EP 1). (D,W)
3. Setiap imut mutu unit kerja & unit yan telah dilengkapi profil indikator meliputi a) s/d s) yg ada di maksud & tujuan.
4. Setiap unit kerja dan unit pelayanan melaksanakan proses pengumpulan data dan pelaporan (D,W)
5. Pimpinan unit kerja dan unit pelayanan melakukan supervisi terhadap proses pengumpulan data dan pelaporan serta melakukan perbaikan mutu berdasarkan hasil capaian indikator mutu (D,W)

# INDIKATOR MUTU



## INDIKATOR MUTU UNIT

Indikator mutu nasional

Indikator mutu prioritas RS

Indikator mutu prioritas unit

Indikator mutu yan yg dikontrakan

Evaluasi kepatuhan DPJP terhadap  
PPK

Data untuk OPPE –PPA

Imut tsb akan  
menjadi imut Unit  
bila sumber data  
ada di unit tsb/  
kegiatan yg diukur  
ada di unit tsb

# Sistematika Program Kerja Unit Pelayanan

1. Pendahuluan
2. Latar belakang
3. Tujuan umum dan tujuan khusus
4. **KEGIATAN POKOK DAN RINCIAN KEGIATAN\***
5. Cara melaksanakan kegiatan
6. Sasaran
7. Jadwal pelaksanaan kegiatan
8. Evaluasi pelaksanaan kegiatan dan pelaporan
9. Pencatatan, pelaporan dan evaluasi kegiatan

#### 4. KEGIATAN POKOK DAN RINCIAN KEGIATAN\*

##### A. SDM

- Kebutuhan SDM
- Orientasi
- Pendidikan dan Pelatihan
- Evaluasi kinerja SDM

##### B. FASILITAS

- Pemeliharaan
- Penggantian/penambahan/investasi

##### C. MUTU → Program Mutu Unit Laboratorium

##### D. UPAYA KESELAMATAN

##### E. PENGEMBANGAN PELAYANAN

##### F. MONITORING DAN EVALUASI

##### G. RAPAT

##### H. LAPORAN



## Contoh: Rincian Kegiatan Unit Laboratorium

- SDM → Jumlah dan kualifikasi (termasuk kualifikasi pimpinan), diklat
- Peralatan (AP 5.5; TKRS 6.1, MFK 8 dan 8.1) → termasuk alat yg KSO
  - Uji fungsi
  - Inspeksi berkala
  - Pemeliharaan berkala
  - Kalibrasi berkala
  - Identifikasi dan inventarisasi peralatan laboratorium
  - Monitoring dan tindakan terhadap kegagalan fungsi alat
  - Proses penarikan (*recall*) oleh pabrik / vendor
  - Pendokumentasian

+ MUTU PELAYANAN

## Contoh: Rincian Mutu

- Mutu Reagensia → Manajemen rantai distribusi (TKRS 7.1), Penyimpanan, ketersediaan, dll
- Mutu Pelayanan → Kendali Mutu (AP 5.9) → (pemantapan mutu internal – PMI) mencakup tahapan Pra-analitik, Analitik dan Pasca analitik yang memuat antara lain
  - Validasi tes yang digunakan untuk tes akurasi, presisi, hasil rentang nilai
  - Dilakukan surveilans hasil pemeriksaan oleh staf yang kompeten
  - Reagensia di tes (lihat juga, AP 5.6) → audit reagen
  - Koreksi cepat jika ditemukan kekurangan
  - Dokumentasi hasil dan tindakan koreksi
- Program Pemantapan Mutu Eksternal (nasional dan atau internasional)
- Monitoring alat yg KSO (TKRS 6.1)
- Pengukuran mutu/Indikator mutu → waktu tunggu, nilai kritis, monitoring mutu alat KSO, dll

# Indikator mutu nasional

- a. Kepatuhan kebersihan tangan
- b. Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)
- c. Kepatuhan identifikasi pasien;
- d. Waktu tanggap seksio sesarea emergensi
- e. Waktu tunggu rawat jalan;
- f. Penundaan operasi elektif;
- g. Kepatuhan waktu visite dokter penanggung jawab pelayanan

- h. Pelaporan hasil kritis laboratorium;
- i. Kepatuhan penggunaan formularium nasional;
- j. Kepatuhan terhadap clinical pathway;
- k. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh;
- l. Kecepatan waktu tanggap terhadap complain; dan
- m. Kepuasan pasien dan keluarga;

# PELAYANAN LABORATORIUM

No	INDIKATOR	STANDAR
1.	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium.	≤ 140 menit Kimia darah & darah rutin.
2.	Pelaksana ekspertisi	Dokter Spesialis Patologi Klinik
3.	Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium.	100 %
4.	Waktu tunggu pem. lab cito	

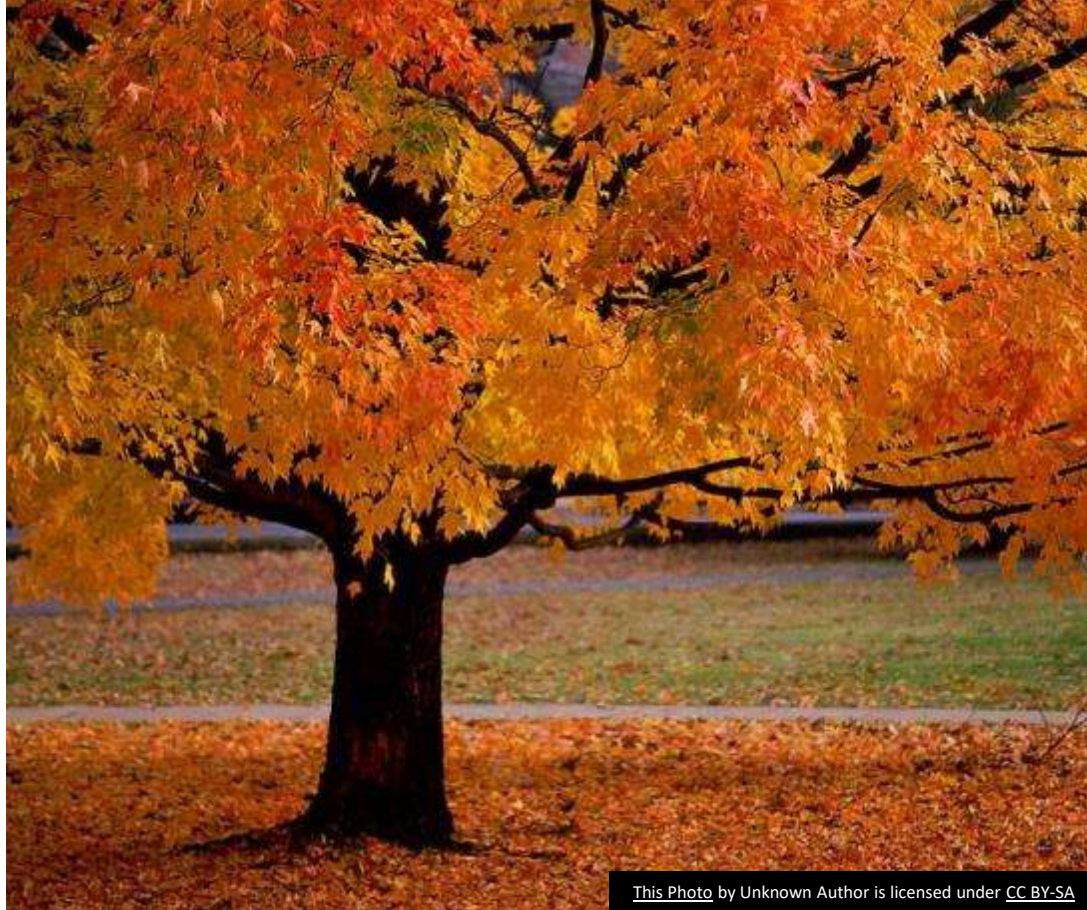
# PELAYANAN LABORATORIUM

No	INDIKATOR	STANDAR
5.	Angka keterlambatan penyerahan hasil pemeriksaan	
6.	Angka kerusakan sampel darah	
7.	Angka kesalahan pengambilan sampel	
8.	Angka kesalahan pasien	
9.	Pelaporan nilai kritis laboratorium	



# PENUTUP

- Setiap orang di RS perlu terus menjalin kerjasama untuk meningkatkan mutu pelayanan RS sehingga outcome pasien lebih baik, pengembangan professional lebih baik dan performa system di RS juga lebih baik.
- Agar koordinasi pelaksanaan peningkatan mutu dapat dilaksanakan dng baik, maka Komite Mutu perlu kompeten dalam berkomunikasi
- Dalam memilih jenis pelayanan klinis yg ditingkatkan jangan lupa dengan FINER (feasible, interesting, novel, ethical, relevant)
- Model peningkatan mutu sangatlah banyak, pilih yang sesuai & yang dikuasai oleh RS
- RS tetap harus meningkatkan mutu pelayanan klinisnya, walau akreditasi di era pandemi masih ditunda



This Photo by Unknown Author is licensed under [CC BY-SA](#)

# TERIMA KASIH