



STANDAR & INSTRUMEN SURVEI AKREDITASI KLINIK **BAB II**

DIREKTORAT MUTU PELAYANAN KESEHATAN

Jakarta, 9-12 April 2023

PENINGKATAN MUTU & KESELAMATAN PASIEN (PMKP)

BAB II



Dalam memberikan pelayanan dan asuhan pada pasien, klinik melaksanakan program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien. Klinik menjalankan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien secara komprehensif sesuai dengan kebutuhan dan tingkat kompleksitas pelayanan yang diberikan. Ruang lingkup Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien pada klinik adalah:

- a) Pemilik, penanggungjawab dan seluruh staf dan bagian terlibat dalam upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
- b) Ada penetapan, pengukuran, evaluasi dan analisa dari indikator mutu klinik;
- c) Pelaporan insiden keselamatan pasien menggunakan prosedur yang ditetapkan;
- d) Pengendalian dan Pencegahan Infeksi; dan
- e) Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien.

Klinik memiliki penanggung jawab dalam pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

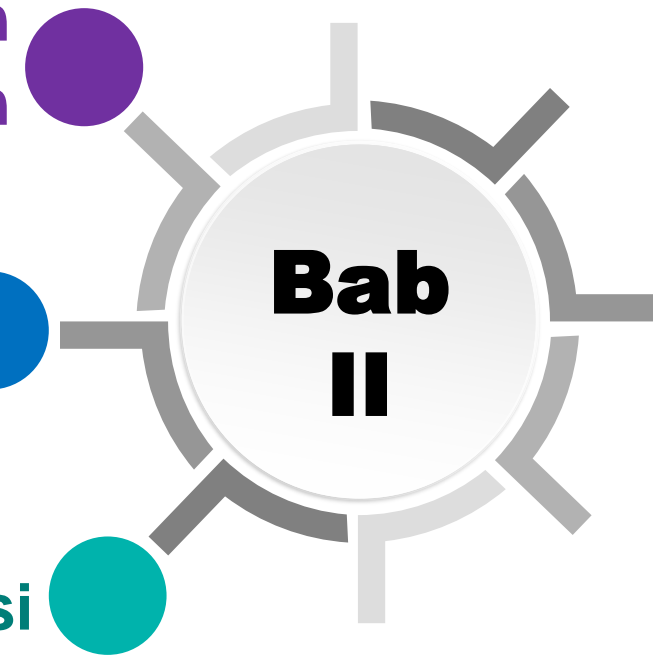


STANDAR	JUMLAH ELEMEN PENILAIAN
PMKP 1	5
PMKP 2	8
PMKP 3	5
	18

2.1 Upaya Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien

2.2 Sasaran Keselamatan Pasien

2.3 Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

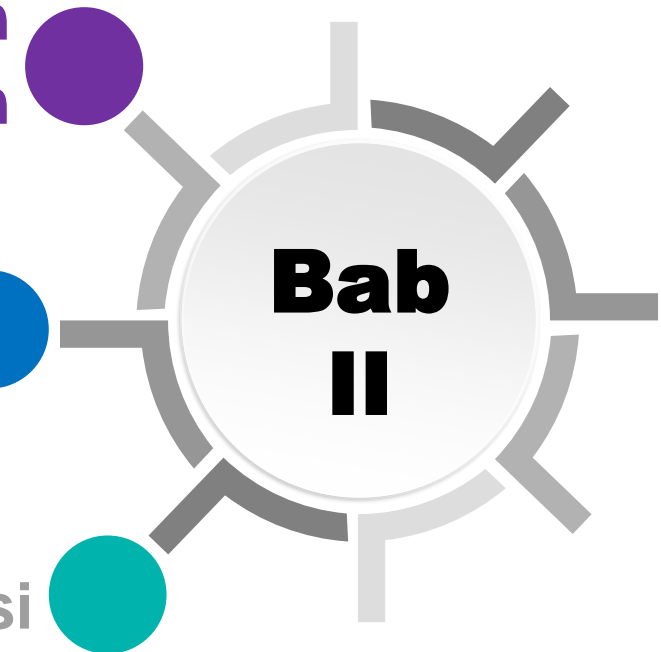


STANDAR	JUMLAH ELEMEN PENILAIAN
PMKP 1	5
PMKP 2	8
PMKP 3	5
	18

2.1 Upaya Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien

2.2 Sasaran Keselamatan Pasien

2.3 Pencegahan dan Pengendalian Infeksi





STANDARDS

UPAYA PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN

Dalam rangka meningkatkan mutu dan keselamatan pasien, maka klinik mempunyai program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) yang menjangkau seluruh bagian dan seluruh tenaga yang bekerja di klinik.

Penanggung jawab klinik menunjuk koordinator program PMKP untuk melaksanakan program PMKP di klinik.



Klinik memiliki upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang meliputi:

- 1) Penentuan dan evaluasi capaian indikator mutu klinik;
- 2) Pelaporan insiden keselamatan pasien;
- 3) Pelaporan indikator mutu klinik; dan
- 4) Penerapan manajemen risiko terintegrasi mencakup pelaksanaan proses manajemen risiko yang dibuktikan dengan membuat daftar risiko dan melakukan mitigasi risiko.

Penanggung jawab klinik menunjuk seorang atau lebih staf klinik sebagai penanggung jawab atau koordinator program PMKP yang bertanggung jawab terhadap penyusunan, pengukuran, evaluasi dan pelaporan indikator mutu klinik dan insiden keselamatan pasien. Terdapat tiga jenis indikator mutu di klinik yaitu Indikator Nasional Mutu (INM) klinik, indikator mutu prioritas klinik, dan indikator mutu prioritas unit/bagian di klinik. Pemilik dan penanggung jawab klinik terlibat dalam Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien di klinik dan menerima laporan capaian indikator mutu klinik dan laporan insiden keselamatan pasien.

	ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI
1)	Penanggung Jawab klinik menetapkan penanggung jawab program mutu.	Terdapat SK Penanggung jawab mutu.
2)	Ada indikator mutu layanan yang diukur, dievaluasi, analisa dan tindak lanjut serta dilaporkan sesuai dengan ketentuan.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Terdapat penetapan indikator mutu klinik. 2. Terdapat kebijakan terkait pengukuran dan pelaporan indikator mutu klinik. 3. Terdapat dokumen bukti pengukuran, evaluasi, analisa, tindak lanjut dan pelaporan indikator mutu klinik yang dilaporkan kepada penanggung jawab klinik dan pemilik. 4. Terdapat dokumen bukti umpan balik perbaikan dari penanggung jawab klinik dan pemilik. 5. Terdapat dokumen bukti pengukuran, evaluasi, analisa, tindak lanjut dan pelaporan Indikator Nasional Mutu yang disampaikan kepada Kementerian Kesehatan. 6. Melaksanakan wawancara untuk memastikan pelaksanaan pengukuran indikator mutu.

	ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI
3)	Insiden keselamatan pasien dilaporkan dan dilakukan investigasi sesuai dengan ketentuan.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Terdapat dokumen bukti pelaporan insiden keselamatan pasien sesuai dengan ketentuan yang berlaku. 2. Melaksanakan wawancara dengan penanggung jawab mutu tentang pelaporan dan proses investigasi terhadap insiden keselamatan pasien.
4)	Ada daftar risiko klinik yang dibuat sekali dalam setahun dan dilakukan mitigasi risiko.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Terdapat dokumen daftar risiko klinik yang dibuat sekali dalam setahun dan dilakukan mitigasi risiko. 2. Melaksanakan wawancara dengan penanggung jawab mutu tentang proses penetapan daftar risiko klinik dan cara mitigasi risiko.
5)	Ada bukti tindak lanjut dari mitigasi risiko.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Terdapat bukti tindak lanjut dari mitigasi risiko. 2. Melakukan wawancara dengan penanggung jawab mutu tentang tindak lanjut dari mitigasi risiko.

STANDAR	JUMLAH ELEMEN PENILAIAN
PMKP 1	5
PMKP 2	8
PMKP 3	5
	18

2.1 Upaya Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien

2.2 Sasaran Keselamatan Pasien

2.3 Pencegahan dan Pengendalian Infeksi



**Bab
II**

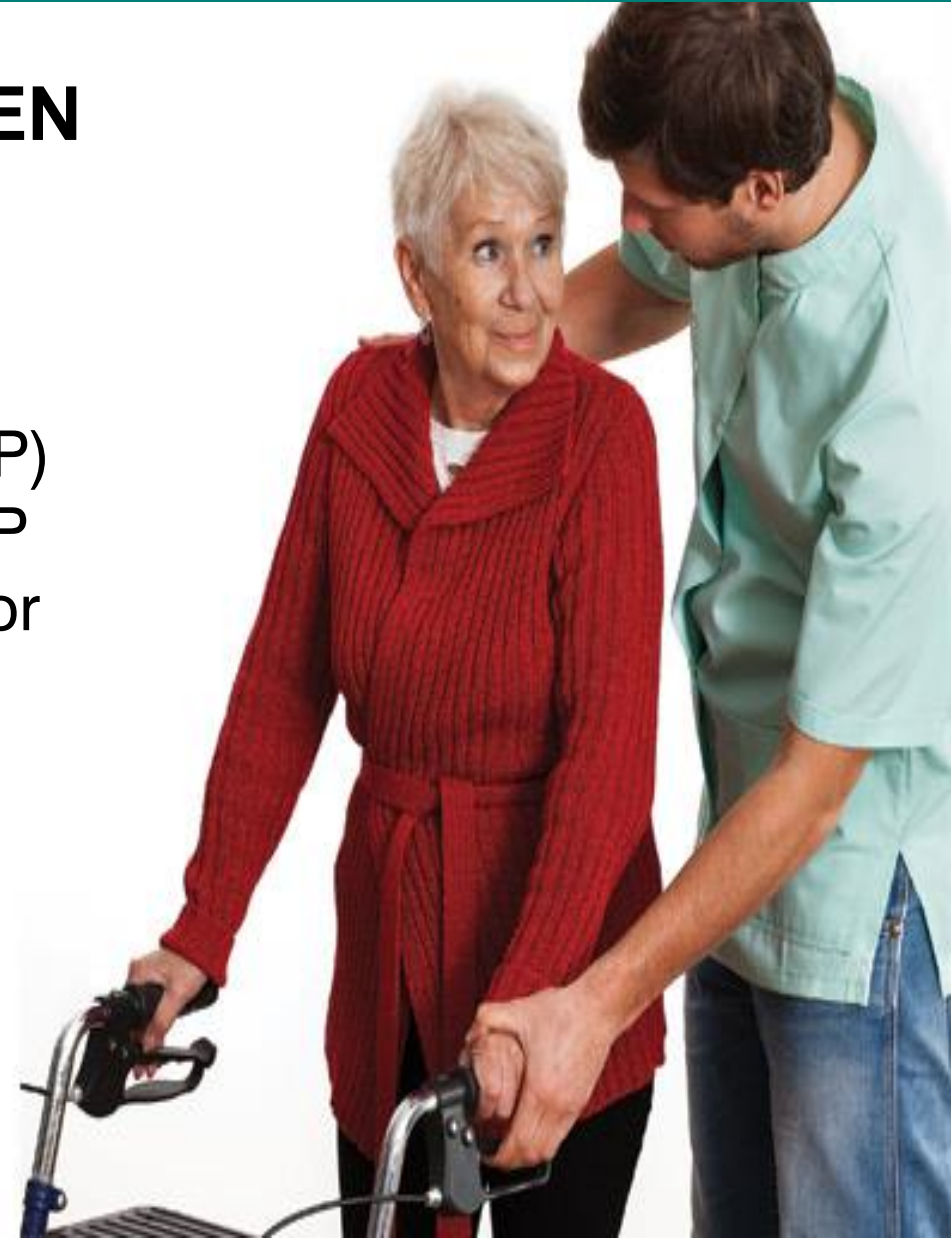


STANDARDS

SASARAN KESELAMATAN PASIEN

Klinik menerapkan Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) dalam pelayanan dan asuhan pasien. Penerapan SKP melalui pengukuran, evaluasi, dan pelaporan indikator SKP.

6 Sasaran
**Keselamatan
Pasien**



Sasaran Keselamatan Pasien merupakan bagian utama dari upaya keselamatan pasien. Penerapan SKP dan pelayanan dan asuhan pasien di klinik bertujuan agar klinik memperhatikan aspek-aspek strategis dalam pelayanan yang bisa memberikan pengaruh kepada keselamatan pasien. Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien di klinik sesuai dengan cakupan pelayanan yang dilakukan sehingga penanggung jawab klinik harus menetapkan pedoman pelaksanaan Sasaran Keselamatan Pasien (SKP). Adapun Sasaran Keselamatan Pasien di klinik meliputi:

1) Identifikasi Pasien

Identifikasi pasien dengan benar bertujuan untuk memastikan ketepatan pasien yang akan menerima layanan dan menyelaraskan layanan atau tindakan yang dibutuhkan pasien. Identifikasi harus dilakukan minimal menggunakan dua identitas yang ada misalnya nama pasien, nomor rekam medik, tanggal lahir dan Nomor Induk Kependudukan (NIK). Identifikasi dilakukan setiap keadaan terkait intervensi kepada pasien misalnya sebelum memberikan pelayanan, prosedur diagnostik, tindakan, pemberian obat, pemberian diit dan identifikasi terhadap pasien koma.

2) Pelaksanaan komunikasi efektif

Komunikasi efektif adalah komunikasi yang tepat waktu, akurat, lengkap, tidak membingungkan dan dipahami antar tenaga kesehatan yang melakukan pelayanan. Komunikasi dapat berbentuk verbal, elektronik atau tertulis. Klinik harus menetapkan dan menerapkan kebijakan dan prosedur komunikasi efektif.

3) Meningkatnya keamanan obat yang perlu diwaspadai (*high alert medication*)

Pemberian dan penggunaan obat terutama obat-obat yang perlu diwaspadai (*high alert*) pada pasien perlu dikelola dengan baik. Obat yang perlu diwaspadai antara

4) Terlaksananya proses tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien yang menjalani tindakan dan prosedur

Salah lokasi, salah prosedur, dan salah pasien yang menjalani tindakan merupakan kejadian yang bisa terjadi pada proses pelayanan pasien di klinik. Klinik menetapkan prosedur yang seragam untuk: pemberian tanda di tempat operasi, proses verifikasi praoperasi dan pelaksanaan *Surgical Safety Checklist*. Prosedur *Surgical Safety Checklist* meliputi:

a) Fase *Sign In*

Fase *Sign In* adalah fase sebelum induksi anestesi, secara verbal memeriksa apakah identitas pasien telah dikonfirmasi, prosedur dan sisi operasi sudah benar, sisi yang akan dioperasi telah ditandai dan persetujuan untuk operasi telah diberikan.

b) Fase *Time Out*

Fase *Time Out* adalah fase sebelum dilakukan insisi kulit dengan semua anggota tim hadir dan diberi kesempatan memberikan konfirmasi tentang tindakan bedah yang akan dilakukan.

c) Fase *Sign Out*

Fase *Sign Out* adalah fase meninjau operasi yang telah dilakukan dan sebelum dilakukan penutupan atau penjahitan akhir pada pasien. Pada fase *sign out* dipastikan tidak ada instrumen, kasa, spon ataupun bahan medis lain yang tertinggal dalam tubuh pasien. Dilakukan penghitungan seluruhnya sesuai kondisi awal.

Seluruh proses tersebut didokumentasikan di rekam medik pasien dengan menggunakan format *Surgical Safety Checklist* seperti yang diterbitkan WHO.

5) Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan

Klinik menetapkan prosedur cuci tangan dengan berpedoman pada WHO yaitu cuci tangan 6 (enam) langkah dan 5 (lima) saat (momen). Publikasi secara jelas langkah-langkah dan saat harus dilakukan kebersihan tangan (*hand hygiene*) menjadi penting bagi pengunjung, pasien dan staf klinik. Pemberian pelatihan cuci tangan yang benar pada staf, pasien dan pengunjung menjadi salah satu program kerja dalam upaya pengurangan risiko infeksi di klinik.

6) Mengurangi risiko cedera karena pasien jatuh

Kejadian cedera karena pasien jatuh pada fasilitas kesehatan dapat terjadi pada rawat jalan maupun rawat inap. Klinik menetapkan prosedur untuk mengurangi risiko jatuh selama proses pelayanan dan asuhan pasien. Klinik bertanggung jawab untuk mengidentifikasi faktor-faktor risiko jatuh yang ada pada pasien dan melakukan evaluasi secara berkala terhadap risiko jatuh. Klinik dapat menggunakan instrumen dalam pencegahan dan asesmen risiko jatuh seperti skala *Morse* untuk pasien dewasa dan *Humpty Dumpty* untuk pasien anak.

	ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI
1)	Tersedia bukti identifikasi pasien sebelum intervensi kepada pasien sesuai dengan kebijakan dan prosedur yang ditetapkan.	<ol style="list-style-type: none">1. Terdapat SPO identifikasi pasien.2. Terdapat bukti pelaksanaan identifikasi pasien.3. Melaksanakan wawancara kepada petugas tentang proses identifikasi pasien.4. Simulasi pelaksanaan identifikasi pasien di klinik.
2)	Tersedia bukti pelaksanaan komunikasi efektif yang didokumentasikan di rekam medik pasien.	<ol style="list-style-type: none">1. Terdapat SPO pelaksanaan komunikasi efektif.2. Terdapat dokumen bukti pelaksanaan komunikasi efektif yang didokumentasikan di rekam medik pasien.3. Melaksanakan wawancara kepada petugas tentang proses komunikasi efektif.4. Simulasi pelaksanaan komunikasi efektif di klinik.
3)	Tersedia bukti pengelolaan keamanan obat risiko tinggi.	<ol style="list-style-type: none">1. Terdapat SPO pengelolaan keamanan obat risiko tinggi.2. Terdapat daftar obat risiko tinggi yang diperbaharui secara berkala.3. Melaksanakan observasi dan wawancara dengan petugas terkait pengelolaan keamanan obat risiko tinggi.

	ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI
4)	<p>Penandaan sisi operasi/tindakan medis secara konsisten oleh pemberi pelayanan yang akan melakukan tindakan sesuai kebijakan dan prosedur yang ditetapkan yang didokumentasikan di rekam medik pasien.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Terdapat SPO penandaan sisi operasi/tindakan medis. 2. Terdapat dokumen bukti penandaan sisi operasi/tindakan medis secara konsisten oleh pemberi pelayanan yang akan melakukan tindakan sesuai kebijakan dan prosedur yang ditetapkan. 3. Melaksanakan wawancara terkait pelaksanaan penandaan sisi operasi/tindakan medis secara konsisten oleh pemberi pelayanan yang akan melakukan tindakan sesuai kebijakan dan prosedur yang ditetapkan.
5)	<p>Tersedia bukti pelaksanaan <i>Surgical Safety Checklist</i> yang didokumentasikan di rekam medis pasien.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Terdapat SPO pelaksanaan Surgical Safety Checklist yang didokumentasikan di rekam medis pasien. 2. Terdapat dokumen bukti pelaksanaan Surgical Safety Checklist pada rekam medis pasien. 3. Melaksanakan wawancara terkait pelaksanaan Surgical Safety Checklist.

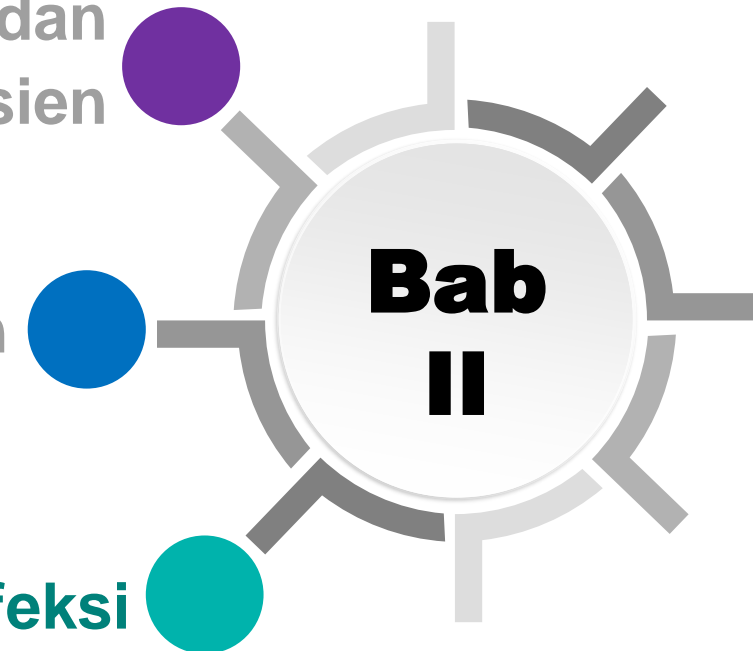
	ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI
6)	Ada media informasi penerapan kebersihan tangan sesuai ketentuan WHO.	<ol style="list-style-type: none">1. Terdapat SPO kebersihan tangan.2. Terdapat media tentang penerapan kebersihan tangan.3. Melaksanakan wawancara dengan pasien dan petugas tentang penerapan kebersihan tangan.4. Simulasi kebersihan tangan oleh pasien dan petugas.
7)	Ada prosedur yang ditetapkan klinik dalam mencegah pasien cedera karena jatuh.	Terdapat SPO pencegahan pasien cedera karena jatuh.
8)	Ada bukti implementasi langkah-langkah pencegahan pasien jatuh.	<ol style="list-style-type: none">1. Melaksanakan observasi bukti implementasi pencegahan pasien jatuh.2. Melaksanakan wawancara dengan petugas terkait implementasi pencegahan pasien jatuh.

STANDAR	JUMLAH ELEMEN PENILAIAN
PMKP 1	5
PMKP 2	8
PMKP 3	5
	18

2.1 Upaya Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien

2.2 Sasaran Keselamatan Pasien

2.3 Pencegahan dan Pengendalian Infeksi





STANDARDS

PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI

Klinik melakukan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI). PPI dilaksanakan untuk mencegah dan meminimalkan terjadinya infeksi terkait dengan pelayanan kesehatan. Penanggung jawab klinik menunjuk koordinator atau penanggung jawab PPI untuk penerapan PPI sesuai dengan kebijakan yang telah ditetapkan. Klinik membuat identifikasi risiko setiap tahun di akhir tahun sebagai dasar rencana penerapan pencegahan dan pengendalian risiko infeksi di tahun berikutnya.



Pencegahan dan Pengendalian Infeksi merupakan faktor penting dalam mendukung upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien klinik. Klinik menyusun dan melaksanakan program PPI sesuai dengan pelayanan dan risiko infeksi yang ada. Penanggung jawab klinik menetapkan dan melaksanakan program PPI sesuai dengan pelayanan dan risiko yang ada di klinik yang meliputi:

- 1) Kewaspadaan standar yang terdiri atas:
 - a) kebersihan tangan;
 - b) penggunaan APD;
 - c) dekontaminasi dan sterilisasi peralatan perawatan pasien;
 - d) pengendalian lingkungan;
 - e) pengelolaan limbah;
 - f) penatalaksanaan linen;
 - g) perlindungan kesehatan petugas;
 - h) penempatan pasien;
 - i) etika batuk dan bersin;
 - j) praktik menyuntik yang aman.

- 2) Kewaspadaan berdasarkan transmisi yaitu:
 - a) kewaspadaan transmisi kontak;
 - b) kewaspadaan transmisi droplet; dan
 - c) kewaspadaan transmisi udara (*airbone*).
- 3) Bundles.
- 4) Surveilans.
- 5) Pendidikan dan pelatihan.
- 6) Penggunaan anti mikroba yang bijak.

Beberapa program PPI tersebut dapat dijadikan indikator mutu klinik yang diukur, dievaluasi dan dilaporkan secara berkala kepada pemilik dan penanggungjawab klinik. Petugas yang melakukan monitoring dan evaluasi implementasi PPI di klinik minimal telah mendapatkan pelatihan PPI dasar.

	ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI
1)	Klinik menetapkan kebijakan dan prosedur PPI di klinik.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Terdapat kebijakan PPI di klinik. 2. Terdapat SPO pelaksanaan program PPI sesuai dengan pelayanan dan risiko yang ada di klinik.
2)	Ditetapkan program PPI di klinik.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Terdapat Program PPI yang ditetapkan oleh Penanggung jawab klinik. 2. Terdapat bukti pelaksanaan program PPI yang sesuai dengan pelayanan kesehatan, risiko dan sumber daya yang ada di klinik. 3. Observasi dan wawancara pelaksanaan program PPI.
3)	Ada petugas yang kompeten yang bertanggung jawab melaksanakan, monitoring, mengevaluasi implementasi PPI di klinik serta melakukan edukasi dan sosialisasi secara berkala dan terdokumentasi.	Terdapat SK penetapan penanggung jawab PPI.

	ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI
4)	Tersedia bukti sarana kebersihan tangan dan staf klinik mampu mempraktekkan langkah-langkah kebersihan tangan.	<ol style="list-style-type: none">1. Terdapat SPO hand hygiene.2. Tersedia sarana kebersihan tangan.3. Ada bukti pelaksanaan sosialisasi dan pelatihan hand hygiene kepada seluruh pegawai, pasien dan pengunjung.4. Ada bukti pelaksanaan kebersihan tangan pada staf klinik.
5)	Tersedia bukti pelaksanaan program PPI di klinik.	Terdapat bukti pelaksanaan program PPI dan telah dilaporkan kepada penanggung jawab klinik dan pemilik.



KEMENKES **HEBAT**
INDONESIA **SEHAT**