**Jenis–Jenis Indikator Mutu Rumah Sakit: Haruskah RS Memiliki Semua Indikator Mutu RS?**

dr. Hanevi Djasri, MARS

Anggota Kompartemen Mutu, Pengurus Pusat PERSI

**Intisari dari Artikel ini**

Pimpinan RS harus menetapkan indikator kunci untuk memonitor struktur, proses dan hasil (outcome) dari rencana peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien di Rumah Sakit. Meliputi upaya klinik (*clinical care*), manajemen dan sasaran internasional keselamatan pasien

**Pendahuluan**

Peningkatan mutu dan keselamatan pasien harus dilakukan berdasarkan data. Penggunaan data secara efektif dapat dilakukan bila praktek klinik dan praktek manajemen telah dijalankan berdasarkan evidence-based.

Sebagian besar rumah sakit mempunyai keterbatasan sumber daya terbatas, sehingga RS tidak dapat mengumpulkan semua data yang diinginkan. RS harus menetapkan prioritas proses dan hasil (outcome) praktek klinik dan manajemen yang akan dinilaidengan mengacu pada misi RS, kebutuhan pasien dan jenis pelayanan.

Prioritas ditetapkan berdasarkan pada proses yang berrisiko tinggi, diberikan dalam volume besar atau cenderung menimbulkan masalah. Pimpinan RS bertanggung jawab menentukan pilihan terakhir dari indikator kunci yang digunakan dalam kegiatan peningkatan mutu.

**Pemilihan Indikator Terkait Dengan Area Klinik**

1. Asesmen pasien
2. Pelayanan laboratorium
3. Pelayanan radiologi dan pencitraan diagnostik
4. Prosedur bedah
5. Penggunaan antibiotika dan obat lainnya
6. Kesalahan medis (medication error) dan Kejadian Nyaris Cedera (KNC)
7. Anestesi dan penggunaan sedasi
8. Penggunaan darah dan produk darah
9. Ketersediaan, isi dan penggunaan catatan medik
10. Pencegahan dan pengendalian infeksi, surveilans dan pelaporan
11. Riset klinik

Paling sedikit 5 penilaian terhadap upaya klinik tersebut harus dipilih dari indikator yang ditetapkan oleh the Joint Commission International Library of Measures.

**Pemilihan Indikator Terkait Dengan Upaya Manajemen**

1. Pengadaan rutin peralatan kesehatan dan obat untuk memnuhi kebutuhan pasien
2. Pelaporan yang diwajibkan oleh peraturan perundang-undangan
3. Manajemen risiko
4. Manejemen penggunaan sumber daya
5. Harapan dan kepuasan pasien dan keluarga
6. Harapan dan kepuasan staf
7. Demografi pasien dan diagnosis klinik
8. Manajemen keuangan dan
9. Pencegahan dan pengendalian dari kejadian yang dapat menimbulkan masalah bagi keselamatan pasien, keluarga pasien dan staf

**Pemilihan Indikator Terkait Sasaran Internasional Keselamatan Pasien**

1. Mengidentifikasi Pasien Dengan Benar
2. Meningkatkan Komunikasi Yang Efektif
3. Meningkatkan Keamanan Obat-obatan Yang Harus Diwaspadai
4. Memastikan Lokasi Pembedahan Yang Benar, Prosedur Yang Benar, Pembedahan Pada Pasien Yang Benar
5. Mengurangi Risiko Infeksi Akibat Perawatan Kesehatan
6. Mengurangi Risiko Cedera Pasien Akibat Terjatuh

**Kamus Indikator**

Pimpinan rumah sakit bertanggung jawab menetapkan target dari indikator yang akan dinilai. Lebih lanjut pimpinan juga menetapkan:

* Judul indikator proses, prosedur atau hasil (outcome) yang akan dinilai
* Evidence based (literatur) yang mendukung pentingnya indikator tersebut dinilai
* Bagaimana cara penilaian dilakukan (termasuk penetapan penggunaan semua kasus atau dengan sampel)
* Keterkaitan antara indikator dengan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien
* Jadwal dan frekuensi dari penilaian

**Yang harus dibuktikan oleh RS: secara umum**

1. Pimpinan rumah sakit menetapkan area prioritas untuk penilaian dan peningkatan~~.~~
2. Penilaian merupakan bagian dari program peningkatan mutu dan keselamatan pasien
3. Hasil penilaian disampaikan kepada pihak terkait dalam mekanisme pengawasan dan secara berkala kepada pimpinan dan pemilik rumah sakit sesuai struktur rumah sakit yang berlaku.

**Yang Harus Dibuktikan Oleh RS: Untuk Setiap Area Indikator**

1. Pimpinan klinis menetapkan indikator kunci untuk setiap area klinis, manajemen dan sasaran internasional keselamatan pasien
2. Paling sedikit 5 dari 11 indikator klinis harus dipilih dari JCI Libary
3. Pimpinan rumah sakit memperhatikan *evidence based* untuk mendukung setiap indikator yang dipilih (bisa diambil dari SPM RS. Lihat lampiran).
4. Penilaian mencakup struktur, proses dan hasil (outcome)
5. Cakupan, metodologi dan frekuensi ditetapkan untuk setiap indikator
6. Data penilaian indikator dikumpulkan dan digunakan untuk melakukan evaluasi terhadap efektivitas dari peningkatan

Lampiran 1: Daftar Indikator dalam SPM-RS

1. Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa
2. Jam buka Pelayanan Gawat Darurat
3. Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat yang masih berlaku ATLS/BTLS/ACLS/PPGD
4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana
5. Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat
6. Kepuasan Pelanggan Gawat Darurat
7. Kematian pasien ≤ 24 Jam
8. Khusus untuk RS Jiwa Pasien dapat ditenangkan dalam waktu ≤ 48 Jam
9. Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka
10. Dokter pemberi Pelayanan di Poliklinik Spesialis
11. Ketersediaan Pelayanan
12. Ketersediaan Pelayanan di RS Jiwa
13. Jam buka pelayanan
14. Waktu tunggu di rawat jalan
15. Kepuasan Pelanggan Rawat Jalan
16. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
17. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumahsakit
18. Pemberi pelayanan di Rawat Inap
19. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap
20. Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap
21. Jam Visite Dokter Spesialis
22. Kejadian infeksi pasca operasi
23. Kejadian Infeksi Nosokomial
24. Tidak adanya kejadian Pasien jatuh yang berakibat kecacatan /kematian
25. Kematian pasien > 48 jam
26. Kejadian pulang paksa
27. Kepuasan pelanggan Rawat Inap
28. Ketersediaan pelayanan rawat inap di rumahsakit yang memberikan pelayanan jiwa
29. Tidak adanya kejadian kematian pasien gangguan jiwa karena bunuh diri
30. Kejadian re-admission pasien gangguan jiwa dalam waktu ≤ 1 bulan
31. Lama hari perawatan pasien gangguan jiwa
32. Waktu tunggu operasi elektif
33. Kejadian Kematian di meja operasi
34. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi
35. Tidak adanya kejadian operasi salah orang
36. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi
37. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi
38. Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan endotracheal tube
39. Kejadian kematian ibu karena persalinan
40. Pemberi pelayanan persalinan normal
41. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit
42. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi
43. Kemampuan menangani BBLR 1500 gr - 2500 gr
44. Pertolongan Persalinan melalui seksio cesaria
45. Presentase KB (vasektomi & tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga kompeten dr. SpOG, dr. Sp.B, dr. SP.U, dokter umum terlatih
46. Presentasi peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap oleh bidan terlatih
47. Kepuasan Pelanggan Kamar Bersalin
48. Rata-rata Pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam
49. Pemberi pelayanan Unit Intensif
50. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto
51. Pelaksana ekspertisi
52. Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen
53. Kepuasan pelanggan Radiologi
54. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium.
55. Pelaksana ekspertisi
56. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium
57. Kepuasan pelanggan Laboratorium
58. Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang direncanakan
59. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik
60. Kepuasan Pelanggan Rehabilitasi Medik
61. Waktu tunggu pelayanan Obat Jadi
62. Waktu tunggu pelayanan Obat Racikan
63. Tidak adanya Kejadian kesalahan pemberian obat
64. Kepuasan pelanggan Farmasi
65. Penulisan resep sesuai formularium
66. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien
67. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien
68. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet
69. Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi
70. Kejadian Reaksi transfusi
71. Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan
72. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan
73. Kelengkapan Informed Concent setelah mendapatkan informasi yang jelas
74. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan
75. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap
76. Baku mutu limbah cair
77. Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan
78. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi
79. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja
80. Ketepagtan waktu pengusulan kenaikan pangkat
81. Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala
82. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun
83. Cost recovery
84. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan
85. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap
86. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu
87. Waktu pelayanan ambulance/Kereta Jenazah
88. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance /Kereta Jenazah di Rumah Sakit
89. Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan
90. Waktu tanggap (response time) pelayanan pemulasaraan jenazah
91. Kecepatan waktu menangapi kerusakan alat
92. Ketepatan waktu pemeliharaan alat
93. Peralatan Laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi
94. Tidak adanya kejadian linen yang hilang
95. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap
96. Ada anggota tim PPI yang terlatih
97. Tersedia APD di setiap instalasi/departement
98. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosikomial/HAI (health care associated infections) di rumahsakit (minimum 1 parameter)

### LEMBAR WORKSHOP 1: pemilihan indikator klinis

Tetapkan indikator klinis yang akan anda usulkan untuk setiap area klinis berikut ini (contoh indikator klinis terdapat pada lampiran)

|  |  |
| --- | --- |
| **Area** | **Indikator** |
| 1. Asesmen pasien |  |
| 1. Pelayanan laboratorium |  |
| 1. Pelayanan radiologi dan pencitraan diagnostik |  |
| 1. Prosedur bedah |  |
| 1. Penggunaan antibiotika dan obat lainnya |  |
| 1. Kesalahan medis (medication error) dan Kejadian Nyaris Cedera (KNC) |  |
| 1. Anestesi dan penggunaan sedasi |  |
| 1. Penggunaan darah dan produk darah |  |
| 1. Ketersediaan, isi dan penggunaan catatan medik |  |
| 1. Pencegahan dan pengendalian infeksi, surveilans dan pelaporan |  |
| 1. Riset klinik |  |

### LEMBAR WORKSHOP 2: Pemilihan Indikator Manajemen

Tetapkan indikator manajemen yang akan anda usulkan untuk setiap area manajemen berikut ini (contoh indikator manajemen terdapat pada lampiran)

|  |  |
| --- | --- |
| **Area Manajemen** | **Indikator** |
| 1. Pengadaan rutin peralatan kesehatan dan obat untuk memenuhi kebutuhan pasien |  |
| 1. Pelaporan yang diwajibkan oleh peraturan perundang-undangan |  |
| 1. Manajemen risiko |  |
| 1. Manejemen penggunaan sumber daya |  |
| 1. Harapan dan kepuasan pasien dan keluarga |  |
| 1. Harapan dan kepuasan staf |  |
| 1. Demografi pasien dan diagnosis klinik |  |
| 1. Manajemen keuangan dan |  |
| 1. Pencegahan dan pengendalian dari kejadian yang dapat menimbulkan masalah bagi keselamatan pasien, keluarga pasien dan staf |  |

### LEMBAR WORKSHOP 3: pemilihan indikator sasaran internasional keselamatan pasien

Tetapkan indikator SIKP yang akan anda usulkan untuk setiap area SIKP berikut ini (contoh indikator SIKP terdapat pada lampiran)

|  |  |
| --- | --- |
| **Sasaran Internasional Keselamatan Pasien** | **Indikator** |
| 1. Mengidentifikasi Pasien Dengan Benar |  |
| 1. Meningkatkan Komunikasi Yang Efektif |  |
| 1. Meningkatkan Keamanan Obat-obatan Yang Harus Diwaspadai |  |
| 1. Memastikan Lokasi Pembedahan Yang Benar, Prosedur Yang Benar, Pembedahan Pada Pasien Yang Benar |  |
| 1. Mengurangi Risiko Infeksi Akibat Perawatan Kesehatan |  |
| 1. Mengurangi Risiko Cedera Pasien Akibat Terjatuh |  |

### LEMBAR WORKSHOP 4: menyusun kamus indikator

Pilihlah salah satu indikator yang telah ada tuliskan pada lembar 1-3, lalu tuliskan secara detail komponen indikator tersebut menjadi sebuah kamus indikator

|  |  |
| --- | --- |
| Judul indikator |  |
| Dasar ilmiah pentingnya indikator ini |  |
| Keterkaitan antara indikator dengan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien |  |
| Cara penilaian dilakukan (termasuk penetapan penggunaan semua kasus atau dengan sampel) |  |
| Target pencapaian |  |
| Jadwal dan frekuensi dari penilaian |  |
| Penanggung jawab pengumpul data |  |