

“

INDIKATOR MUTU

”

Rustini, S.Kep., Ns

Sub Komite PMRS



soerojo
HOSPITAL
Pusat Kegiatan Resolusi Perawat Indonesia

Pengertian Indikator

- ▶ Indikator adalah suatu cara untuk menilai penampilan dari suatu kegiatan → merupakan variabel yang digunakan untuk menilai perubahan
- ▶ Ukuran mutu dan keselamatan rumah sakit yang digambarkan dari data yang dikumpulkan
- ▶ Indikator mutu adalah tolak ukur yang digunakan untuk menilai tingkat keberhasilan mutu pelayanan Kesehatan di fasilitas pelayanan Kesehatan
- ▶ Mutu pelayanan Kesehatan adalah tingkat layanan kesehatan untuk individu dan masyarakat yang dapat meningkatkan luaran kesehatan yang optimal, yang diberikan sesuai standar pelayanan, dan perkembangan ilmu pengetahuan, serta untuk memenuhi hak dan kewajiban pasien

MUTU PELAYANAN

DIMENSI MUTU

- Karakter Mutu
- Kondisi Ideal Mutu Layanan Kesehatan

INDIKATOR MUTU

- INM
- Indikator Prioritas RS
- Indikator Mutu Unit Kerja



DIMENSI MUTU

PELAYANAN KESEHATAN



KRITERIA PEMILIHAN INDIKATOR

- ▶ Sejalan dengan program prioritas nasional
- ▶ Besaran dampak
- ▶ Berbasis bukti
- ▶ Defensibility
- ▶ Feasibility
- ▶ Akurasi
- ▶ Actionability
- ▶ Dapat diperbandingkan
- ▶ Kredibel
- ▶ Kejelasan indikator

Alasan memilih indikator :

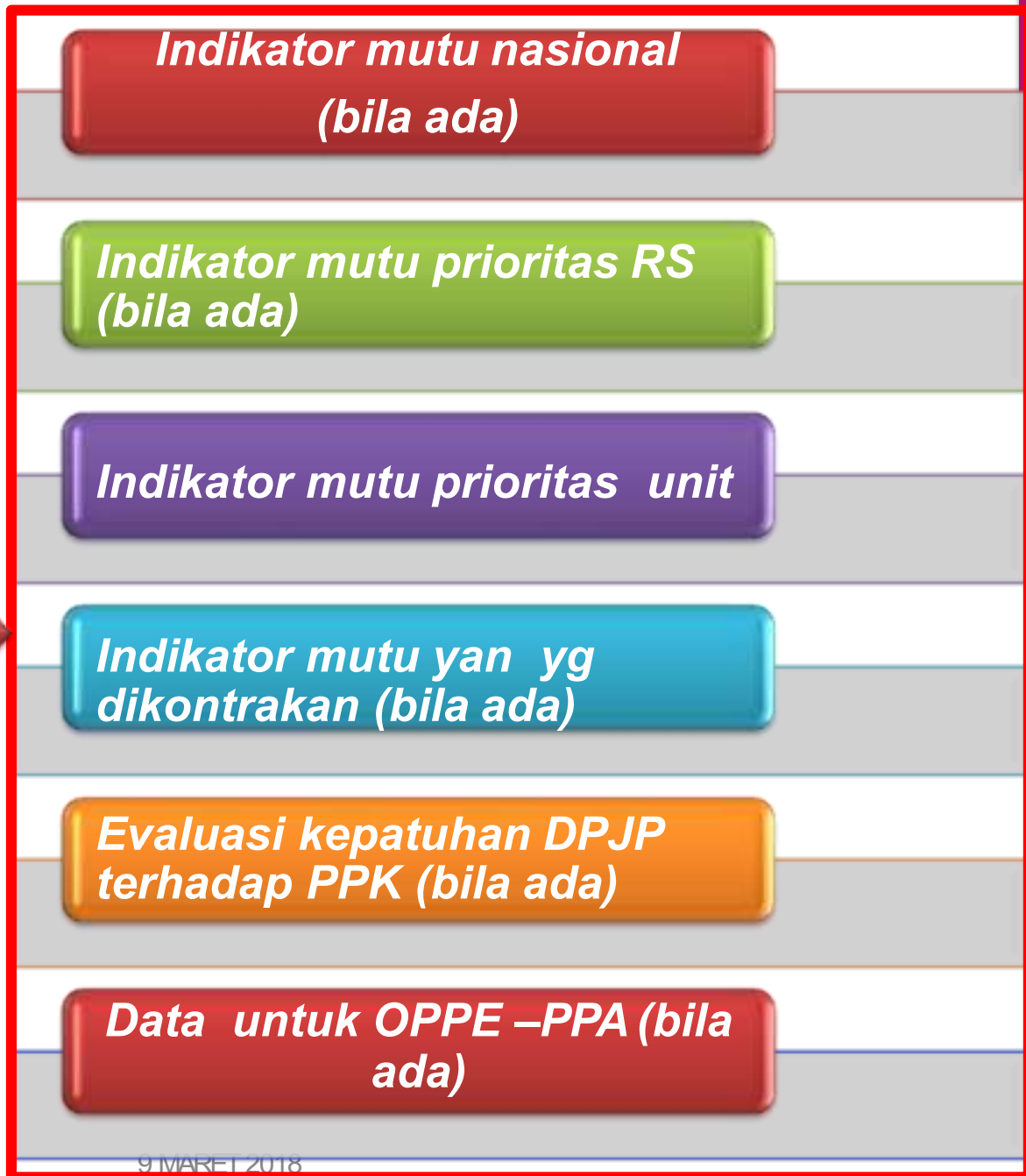
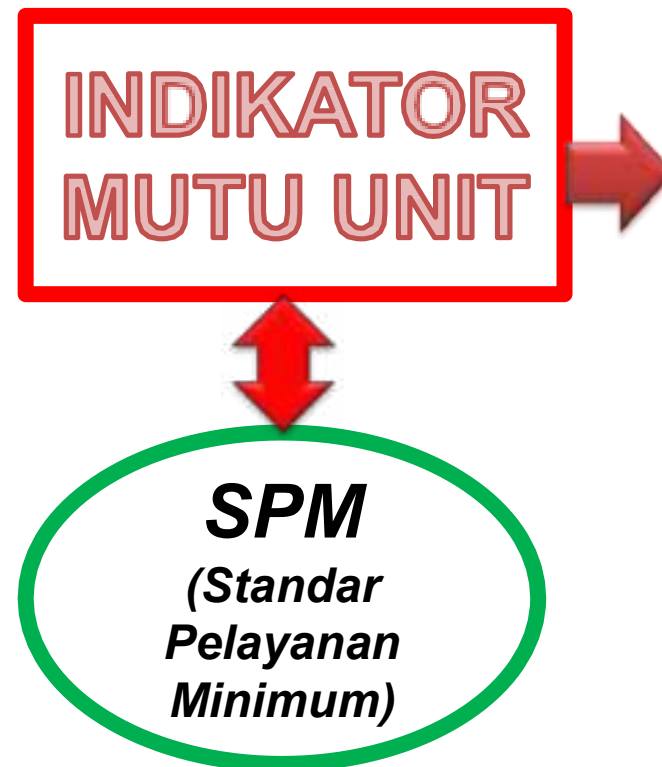
Penjelasan rinci terkait mengapa indikator tersebut dipilih.

Berupa deskripsi dari:

- **high risk** : risiko jika tidak tercapai atau tidak dimonitor
- **high cost** : dapat diisi dengan risiko biaya yang harus dikeluarkan jika tidak tercapai atau tidak dimonitor
- **high volume** : populasi / volume / denominator
- **bad performance** : capaian indikator tersebut pada tahun sebelumnya

ALUR PEMILIHAN INDIKATOR





PROSES PEMILIHAN INDIKATOR MUTU UNIT



FORMAT PROFIL INDIKATOR MUTU

Judul Indikator	Judul singkat yang spesifik mengenai indikator apa yang akan diukur
Dasar Pemikiran	Dasar pemilihan indikator yang dapat berasal dari : 1. Ketentuan/peraturan 2. Data 3. Literatur 4. Analisis situasi
Dimensi Mutu	1. Prinsip atau tujuan prioritas dalam memberikan pelayanan meliputi efektif (effective), keselamatan (safe), berorientasi kepada pasien/pengguna layanan (people-centered), tepat waktu (timely), efisien (efficient), adil (equitable) dan terintegrasi (integrated). 2. Setiap indikator mewakili 1 sampai 3 dimensi mutu.
Tujuan	Suatu hasil yang ingin dicapai dengan melakukan pengukuran indikator.

Definisi Operasional	Batasan pengertian yang dijadikan pedoman dalam melakukan pengukuran indikator untuk menghindari kerancuan.
Jenis Indikator	Input : untuk menilai apakah fasilitas pelayanan kesehatan memiliki kemampuan sumber daya yang cukup untuk memberikan pelayanan. Proses : untuk menilai apa yang dikerjakan staf fasilitas pelayanan kesehatan dan bagaimana pelaksanaan pekerjaannya. Output : untuk menilai hasil dari proses yang dilaksanakan. Outcome : untuk menilai dampak layanan yang diberikan terhadap pengguna layanan.
Satuan Pengukuran	Standar atau dasar ukuran yang digunakan antara lain: jumlah , persentase , dan satuan waktu .
Numerator (pembilang)	Jumlah subjek atau kondisi yang ingin diukur dalam populasi atau sampel yang memiliki karakteristik tertentu

Denominator (penyebut)	Semua peluang yang ingin diukur dalam populasi atau sampel.
Target Pencapaian	Sasaran yang telah ditetapkan untuk dicapai
Kriteria	Kriteria inklusi : karakteristik subjek yang memenuhi kriteria yang telah ditentukan Kriteria eksklusi : batasan yang mengakibatkan subjek tidak dapat diikuti dalam pengukuran
Formula	Rumus untuk menghasilkan nilai indikator
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif, observasi
Sumber Data	Asal data yang diukur. (contoh: rekam medis dan formulir observasi). Jenis Sumber Data: Data Primer (mengumpulkan langsung menggunakan lembar pencatatan hasil observasi, kuesioner) Data sekunder (rekam medis, buku catatan keluhan)

Instrumen Pengambilan Data	Alat atau tools atau formulir yang digunakan untuk mengumpulkan data.
Besar Sampel	Jumlah data yang harus dikumpulkan agar mewakili populasi. Besar sampel disesuaikan dengan kaidah-kaidah statistik.
Cara Pengambilan Sampel	Cara memilih sampel dari populasi untuk mengumpulkan informasi / data yang menggambarkan sifat atau ciri yang dimiliki populasi. Secara umum ada 2 cara : 1. Probability Sampling 2. Non Probability Sampling
Periode Pengumpulan Data	Kurun waktu yang ditetapkan untuk melakukan pengumpulan data, contohnya setiap bulan
Penyajian Data	Cara menampilkan data, contoh tabel, run chart, grafik
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Kurun waktu yang ditetapkan untuk melakukan analisis dan melaporkan data, contohnya setiap bulan, setiap triwulan
Penanggung Jawab	Petugas yang bertanggung jawab untuk mengkoordinir upaya pencapaian target yang ditetapkan

Indikator Mutu Nasional Rumah Sakit

Indikator Wajib Nasional → KARS
(SISMADAK)

NO	JUDUL INDIKATOR WAJIB NASIONAL (KARS)	TARGET
1	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%
2	<i>Emergency Response Time</i> (Waktu Tanggap Pelayanan Gawat Darurat ≤ 5 menit)	100%
3	Waktu tunggu rawat jalan	60 Menit
4	Penundaan Operasi Elektif	0%
5	Kepatuhan Jam Visit Dokter Spesialis	100%
6	Waktu Lapor Hasil Tes Kritis laboratorium	100%
7	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional Bagi RS <i>Provider</i> BPJS	80%
8	Kepatuhan cuci tangan	80%
9	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Cedera Akibat Pasien Jatuh pada pasien Rawat Inap	100%
10	Kepatuhan Terhadap <i>Clinical Pathway</i>	100%
11	Kepuasan Pasien dan Keluarga	80%
12	Kecepatan respon Terhadap Komplain	75%

INM RS → Dirjen Mutu & Akreditasi Kemkes

NO	JUDUL INDIKATOR NASIONAL MUTU	TARGET
1	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%
2	Waktu Tanggap Operasi Sectio Caesarea Emergency	≥ 80%
3	Waktu Tunggu Rawat Jalan (< 60 menit)	≥ 80%
4	Penundaan Operasi Elektif (>1 Jam)	≤ 5%
5	Kepatuhan Waktu <i>Visit</i> Dokter	≥ 80%
6	Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium	100%
7	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional	≥ 80%
8	Kepatuhan Kebersihan Tangan	≥ 85%
9	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh	100%
10	Kepatuhan Terhadap Alur Klinis (<i>Clinical Pathway</i>) → 5 CP	≥ 80%
11	Kepuasan Pasien	≥ 76,61
12	Kecepatan Waktu Tanggap Komplain	≥ 80%
13	Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)	100%

INDIKATOR MUTU PRIORITAS RUMAH SAKIT

► Sasaran Keselamatan Pasien:

- Kepatuhan Kelengkapan Identitas Pada Diet Khusus
- Kepatuhan Pelaksanaan Konfirmasi DPJP Dengan Metode SBAR
- Kepatuhan *double check* Pada Pemberian *High Alert Medication* (HAM) Di Rawat Inap
- Penandaan Lokasi Operasi
- Kepatuhan Kebersihan Tangan
- Kepatuhan Pengisian Assessment Awal Risiko Jatuh

Lanjutan IMP RS

- ▶ **Pelayanan Klinis Prioritas :**
 - *Net Death Rate*
- ▶ **Tujuan Strategi RS:**
 - Tingkat kepuasan Masyarakat Terhadap Pelayanan RS
- ▶ **Perbaikan Sistem:**
 - *Early Warning System* Atas Pemakaian Kuota Klaim / Tarif
- ▶ **Manajemen Risiko:**
 - Kejadian Pasien Lari
- ▶ **Penelitian Klinis Dan Program Pendidikan Dokter:**
 - Jumlah Penelitian Berbasis Pelayanan Yang dipublikasikan Nasional dan atau Internasional

INDIKATOR MUTU PRIORITAS UNIT

❑ **INSTALASI RAWAT JALAN**

- KETERSEDIAAN PELAYANAN DI RAWAT JALAN
- WAKTU TUNGGU POLIKLINIK RAWAT JALAN < 60 MENIT
- TIDAK ADA KEJADIAN PERILAKU KEKERASAAN PASIEN JIWA DI RAWAT JALAN
- KETERSEDIAAN PELAYANAN HOME CARE DI RAWAT JALAN

❑ **INSTALASI GAWAT DARURAT**

- EMERGENCY SURGERY RESPON TIME
- KEMATIAN PASIEN IGD < 8 JAM

INDIKATOR MUTU PRIORITAS UNIT

❑ **INSTALASI RAWAT INAP**

- **KEPATUHAN PEMANTAUAN PASIEN**
- **KEPATUHAN PEMAKAIAN MASKER PADA PASIEN**

❑ **INSTALASI KESEHATAN JIWA ANAK DAN REMAJA**

- **WAKTU TUNGGU < 60 MENIT PADA PASIEN ANAK DI RAWAT JALAN**
- **KELENGKAPAN ASSESMENT AWAL PERAWAT**

INDIKATOR MUTU PRIORITAS UNIT

❑ Instalasi Farmasi

- Persentase Kerugian Financial RS dikarenakan obat *expired date*

❑ Instalasi Rekam Medis

- Persentase Kesalahan Koding Proses Naik Kelas Rawat pada Pasien JKN

❑ Instalasi Rehabilitasi Medik

- Angka Tidak *Drop Out* / Kartu Kontrol
- Ketidadaan Cedera Akibat Alat

INDIKATOR MUTU PRIORITAS UNIT

❑ Instalasi Laboratorium

- *Turn Around Time Pathology Anatomy*
- Suhu penyimpanan produk darah sesuai standar
- Lama waktu layanan pemeriksaan MCU

❑ Instalasi Radiologi

- Persentase Pelayanan Pemeriksaan Nilai Kritis Radiologi < dengan 1 Jam
- Ketidadaan *Reject Analysis*

INDIKATOR MUTU PRIORITAS UNIT

❑ Instalasi Medical Check Up Terpadu

- Penyelesaian surat keterangan sehat jiwa dalam 1 hari
- Penyelesaian pembuatan buku ICV (*International Certificate of Vaccination*) dalam 1 hari untuk pasien yang mendapat vaksin Meningitis

❑ Instalasi Gizi

- Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien rawat inap non psikiatri
- Pencatatan asuhan gizi pasien baru dalam Rekam Medik dalam waktu 2 x 24 jam

INDIKATOR MUTU PRIORITAS UNIT

❑ Instalasi Sistem Informasi Rumah Sakit

- Penyelesaian *error* < 2 jam
- Ketepatan penyajian data
- Penyelesaian pengerjaan aplikasi

❑ Instalasi Sterilisasi Sentral dan Binatu

- Ketepatan pengambilan dan pengelolaan linen pada unit terkait
- Ketepatan pada proses *packing* dan *labelling* alat steril

INDIKATOR MUTU PRIORITAS UNIT

❑ Instalasi Kesling dan K3RS

- Ketepatan waktu pengangkutan limbah medis padat dari ruangan ke TPS LB3
- Kepatuhan pelaksanaan protokol kesehatan

❑ Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit

- *Respon time* ketersediaan air bersih dikawasan RS
- Kegiatan pemeliharaan alkes di Setiap ruang pelayanan di RS

❑ Instalasi Pendidikan dan Pelatihan

- Ketepatan waktu pengiriman laporan IKI tambahan terkait pelayanan pendidikan, pelatihan & penelitian
- Tingkat Kepuasan Peserta Diklat Intramural

Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergency

Judul Indikator	Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi
Dasar Pemikiran	1. Undang Undang tentang Rumah Sakit 2. Berdasarkan SUPAS tahun 2015, Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia pada tahun 2015 adalah 305 per 100.000 kelahiran hidup, ini masih merupakan yang tertinggi di Asia Tenggara. Kejadian kematian ibu ini terbanyak ditemukan di rumah sakit sebesar 78%. Tingginya Angka Kematian Ibu ini mengindikasikan masih perlunya dilakukan peningkatan tata kelola dan peningkatan mutu pelayanan <i>antenatal care</i> dan persalinan. Untuk itu diperlukan indikator untuk memantau kecepatan proses pelayanan operasi seksio sesarea.
Dimensi Mutu	Tepat Waktu, Efektif, Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya pelayanan kegawatdaruratan operasi seksio sesarea yang cepat dan tepat sehingga mampu mengoptimalkan upaya menyelamatkan Ibu dan Bayi

Definisi Operasional	1. Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi adalah waktu yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan tindakan seksio sesarea emergensi sejak diputuskan operasi sampai dimulainya insisi operasi di kamar operasi yaitu ≤ 30 menit. 2. Seksio sesarea emergensi adalah tindakan seksio sesarea yang bertujuan untuk menyelamatkan ibu dan/atau bayi dan tidak dapat ditunda pelaksanaannya. 3. Seksio sesarea emergensi kategori I adalah tindakan seksio sesarea pada keadaan di mana terdapat ancaman langsung bagi kelangsungan hidup ibu atau janin. 4. Pengukuran indikator waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi dilakukan oleh rumah sakit yang memberikan pelayanan seksio sesaria
Jenis Indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah pasien yang diputuskan tindakan seksio sesarea emergensi kategori I (satu) yang mendapatkan tindakan seksio sesarea emergensi ≤ 30 menit

Denominator (penyebut)	Jumlah pasien yang diputuskan tindakan seksio sesarea emergensi kategori I
Target Pencapaian	$\geq 80\%$
Kriteria:	Kriteria Inklusi: Seksio sesarea emergensi kategori I Misalnya : fetal distress menetap, prolaps tali pusat atau tali pusat menumbung, gagal vakum/forsep, ruptur uteri imminent, ruptur uteri, perdarahan ante partum dengan perdarahan aktif, Persalinan pada Bekas Seksio Sesarea (PBS) Kriteria Eksklusi Tidak ada
Formula	Jumlah pasien yang diputuskan tindakan seksio sesarea emergensi kategori I yang mendapatkan tindakan seksio sesarea ≤ 30 menit $\times 100 \%$ Jumlah pasien yang diputuskan tindakan seksio sesarea emergensi kategori I
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif

Sumber Data	Data sekunder dari rekam medik, laporan operasi
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Waktu Tanggap Seksio Sesarea Emergensi
Besar Sampel	Total sampel
Cara Pengambilan Sampel	Total sampel
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Penyajian Data	☐ Tabel ☐ Run chart
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Penanggung Jawab	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

Contoh 2 Profil Indikator

Judul Indikator	Kepatuhan Kebersihan Tangan
Dasar Pemikiran	1. Peraturan Menteri Kesehatan tentang Keselamatan Pasien 2. Peraturan Menteri Kesehatan tentang Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. 3. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian <i>Coronavirus Disease</i> 2019 (COVID-19). 4. Rumah sakit harus memperhatikan kepatuhan seluruh pemberi pelayanan dalam melakukan cuci tangan sesuai dengan ketentuan WHO.
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengukur kepatuhan pemberi layanan Kesehatan sebagai dasar untuk memperbaiki dan meningkatkan kepatuhan agar dapat menjamin keselamatan petugas dan pasien dengan cara mengurangi risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.

Definisi Operasional	1. Kebersihan tangan dilakukan dengan mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir bila tangan tampak kotor atau terkena cairan tubuh, atau menggunakan alkohol (<i>alcohol-based handrubs</i>) dengan kandungan alkohol 60% - 80% bila tangan tidak tampak kotor. 2. Kebersihan tangan yang dilakukan dengan benar adalah kebersihan tangan sesuai indikasi dan langkah kebersihan tangan sesuai rekomendasi WHO. 3. Indikasi adalah alasan mengapa kebersihan tangan dilakukan pada saat tertentu sebagai upaya untuk menghentikan penularan mikroba selama perawatan. 4. Lima indikasi (<i>five moment</i>) kebersihan tangan terdiri dari: a. Sebelum kontak dengan pasien yaitu sebelum menyentuh tubuh/permukaan tubuh pasien atau pakaian pasien, sebelum menangani obat-obatan dan sebelum menyiapkan makanan pasien.
----------------------	--

- | | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none">b. Sesudah kontak dengan pasien yaitu setelah menyentuh tubuh/permukaan tubuh pasien.c. Sebelum melakukan prosedur aseptik adalah kebersihan tangan yang dilakukan sebelum melakukan tindakan steril atau aseptik, contoh : pemasangan intra vena kateter (infus), perawatan luka, pemasangan kateter urin, <i>suctioning</i>, pemberian suntikan dan lain-lain.d. Setelah bersentuhan dengan cairan tubuh pasien seperti muntah, darah, nanah, urin, <i>feces</i>, produksi drain, setelah melepas sarung tangan steril dan setelah melepas APD.e. Setelah bersentuhan dengan lingkungan pasien adalah melakukan kebersihan tangan setelah tangan petugas menyentuh permukaan, sarana prasarana, dan alat kesehatan yang ada di lingkungan pasien, meliputi: menyentuh tempat tidur pasien, linen yang terpasang di tempat tidur, alat-alat di sekitar pasien atau peralatan lain yang digunakan pasien. |
|--|--|

5. Peluang adalah periode di antara indikasi di mana tangan terpapar kuman setelah menyentuh permukaan (lingkungan atau pasien) atau tangan menyentuh zat yang terdapat pada permukaan
6. Tindakan kebersihan tangan yang dilakukan adalah kebersihan tangan yang dilakukan sesuai peluang yang diindikasikan.
7. Pemberi pelayanan terdiri dari tenaga medis dan tenaga kesehatan.
8. Penilaian kepatuhan kebersihan tangan adalah penilaian kepatuhan pemberi pelayanan yang melakukan kebersihan tangan dengan benar.
9. *Observer* adalah orang yang melakukan observasi atau penilaian kepatuhan dengan metode dan *tool* yang telah ditentukan.
10. Periode observasi adalah kurun waktu yang digunakan untuk mendapatkan minimal 200 peluang kebersihan tangan di unit sesuai dengan waktu yang ditentukan untuk melakukan observasi dalam satu bulan.

	11. Sesi adalah waktu yang dibutuhkan untuk melakukan observasi maksimal 20 menit (rerata 10 menit). 12. Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi adalah jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam satu periode observasi. 13. Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi pada waktu observasi tidak boleh lebih dari 3 orang agar dapat mencatat semua indikasi kegiatan yang dilakukan.
Jenis Indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan
Denominator (penyebut)	Jumlah total peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode observasi
Target Pencapaian	$\geq 85\%$

Kriteria:	Kriteria Inklusi : ➤ Seluruh peluang yang dimiliki oleh pemberi pelayanan terindikasi harus melakukan kebersihan tangan Kriteria Eksklusi : ➤ Tidak ada
Formula	$\frac{\text{Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan}}{\text{Jumlah total peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode observasi}} \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	Observasi
Sumber Data	Hasil observasi
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Kepatuhan Kebersihan Tangan
Besar Sampel	Minimal 200 Peluang
Cara Pengambilan Sampel	<i>Non probability Sampling – Consecutive sampling</i>

Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Penyajian Data	☐ Tabel ☐ <i>Run chart</i>
Periode Analisis dan Pelaporan Data	☐ Bulanan ☐ Triwulanan ☐ Tahunan
Penanggung Jawab	Komite PPI RS





Thank You



for your Kindness