PANDUAN SINGKAT STANDAR AKREDITASI PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN

PMKP

MELALUI MEDIA *BOOKLET*



Mutu Pelayanan, Keselamatan Pasien, Tanggung Jawab Kita Bersama

Disusun oleh :
Dayuk Dana Sofyana

Pembimbing :
Asti Nurhayati

PROGRAM STUDI S1 ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS 'AISYIYAH SURAKARTA

PRAKATA

Mutu pelayanan dan keselamatan pasien bukan sekadar standar yang harus dipenuhi, melainkan komitmen yang harus diwujudkan dalam setiap proses pelayanan kesehatan. Berangkat dari pemahaman tersebut, *booklet* "Panduan Singkat Standar Akreditasi Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) Melalui Media B*ooklet*" disusun sebagai media informasi yang ringkas dan mudah dipahami mengenai pentingnya penerapan Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) di rumah sakit.

Melalui *booklet* ini, diharapkan seluruh tenaga kesehatan dan staf rumah sakit semakin memahami perannya dalam membangun budaya mutu, meningkatkan keselamatan pasien, serta mendukung terciptanya pelayanan yang profesional dan berkelanjutan.

Semoga *booklet* ini dapat memberikan manfaat dan menjadi langkah kecil menuju pelayanan kesehatan yang lebih baik.

Surakarta, 16 Juli 2026

Penyusun

.....

Dayuk Dana Sofyana

DAFTAR ISI

Glossarium 1
Apa itu PMKP? 2
Mengapa PMKP Penting? 3
Tujuan PMKP 4
Prinsip Dasar Mutu Pelayanan (6 Dimensi Mutu) 5
Program PMKP 6
Struktur Organisasi PMKP 7
Peran Setiap Staf 8
Jenis Indikator 9
Indikator Nasional Mutu (INM) 10
Indikator Mutu 11
Profil Indikator Mutu 12
Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) 13
Identifikasi Pasien 14
Pencegahan Infeksi 15
WHO 5 Moment Hand Hygiene 16
Budaya Laporan 17
Flowchart Pelaporan Insiden 18
Kategori Insiden Keselamatan Pasien 19
RCA (*Fishbone*) 20
Manajemen Risiko 21
PDSA (*Plan–Do–Study–Act*) 22
Audit Mutu & Audit Klinis 23
Grafik Tren Indikator 24
Analisis Indikator & RTL 25
Indikator Keberhasilan PMKP 26
Ringkasan dan Komitmen Bersama 27
Daftar Pustaka 28
Identitas *Booklet* 29
Penutup 30

Mutu Pelayanan, Keselamatan Pasien,
Tanggung Jawab Kita Bersama

GLOSSARIUM

Istilah dan Singkatan Penting dalam PMKP

PMKP	:	Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien, yaitu program untuk meningkattan mutu pelayanan dan keselamatan pasien di rumah sakit.
SKP	:	Sasaran Keselamatan Pasien, yaitu sasaran yang harus diterapkan rumah sakit untuk menjamin keselamatan pasien.
PPI	:	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi, yaitu upaya mencegah dan mengendalikan infeksi di fasilitas pelayanan kesehatan.
INM	:	Indikator Nasional Mutu, yaitu indikator yang ditetapkan Kementerian Kesehatan sebagai ukuran mutu pelayanan rumah sakit.
IMP-RS	:	Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit, yaitu indikator mutu yang menjadi prioritas sesuai kebutuhan rumah sakit.
IMD-U	:	Indikator Mutu Unit, yaitu indikator mutu yang digunakan untuk menilai kinerja pada masing-masing unit pelayanan.
RCA	:	*Root Cause Analysis*, yaitu metode untuk mencari akar penyebab suatu insiden agar tidak terulang kembali.
PDSA	:	*Plan–Do–Study–Act*, yaitu metode perbaikan mutu yang dilakukan melalui tahap perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, dan tindak lanjut.
KTD	:	Kejadian Tidak Diharapkan, yaitu insiden yang menyebabkan cedera pada pasien.
KNC	:	Kejadian Nyaris Cedera, yaitu insiden yang belum mengenai pasien karena berhasil dicegah.
KTC	:	Kejadian Tidak Cedera, yaitu insiden yang mengenai pasien tetapi tidak menimbulkan cedera.
KPCS	:	Kondisi Potensial Cedera Signifikan, yaitu kondisi yang berpotensi menyebabkan cedera jika tidak segera ditangani.
Akreditasi	:	Pengakuan terhadap rumah sakit yang telah memenuhi standar mutu dan keselamatan pasien.

Mutu Terjaga, Pasien Selamat,
Rumah Sakit Bermartabat

APA ITU PMKP?

PMKP (Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien) adalah upaya sistematis yang dilakukan rumah sakit untuk meningkatkan mutu pelayanan sekaligus menjamin keselamatan pasien melalui pengukuran indikator, pelaporan insiden, manajemen risiko, audit mutu, dan perbaikan berkelanjutan.



PENINGKATAN MUTU

- Meningkatkan mutu pelayanan
- Meningkatkan kepuasan pasien
- Meningkatkan efektivitas pelayanan

KESELAMATAN PASIEN

- Mengurangi risiko
- Mencegah KTD (Kejadian Tidak Diharapkan)
- Meningkatkan budaya keselamatan

PM PENINGKATAN MUTU + **KP** KESELAMATAN PASIEN = PELAYANAN BERMUTU DAN AMAN

HASIL IMPLEMENTASI PMKP

- Mutu meningkat
- Kepuasan meningkat
- Insiden menurun
- Akreditasi meningkat

PMKP merupakan fondasi dalam mewujudkan pelayanan kesehatan yang bermutu, aman, efektif, dan berorientasi pada keselamatan pasien.

MENGAPA PMKP ITU PENTING?

MUTU PELAYANAN YANG BAIK AKAN MENINGKATKAN KEPERCAYAAN MASYARAKAT TERHADAP FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN.

1 dari 10
pasien berisiko mengalami insiden pelayanan
(Sumber: WHO)

MANFAAT

1. Menurunkan angka kesalahan pelayanan
2. Mengurangi risiko cedera pasien
3. Meningkatkan kepuasan pasien
4. Meningkatkan efisiensi pelayanan
5. Mendukung pencapaian akreditasi

KESELAMATAN
Meningkatkan keselamatan pasien dan petugas.

EFISIENSI
Mengoptimalkan sumber daya dan proses kerja.

MUTU
Meningkatkan mutu pelayanan secara berkelanjutan.

KEPERCAYAAN MASYARAKAT
Membangun kepercayaan masyarakat terhadap rumah sakit.

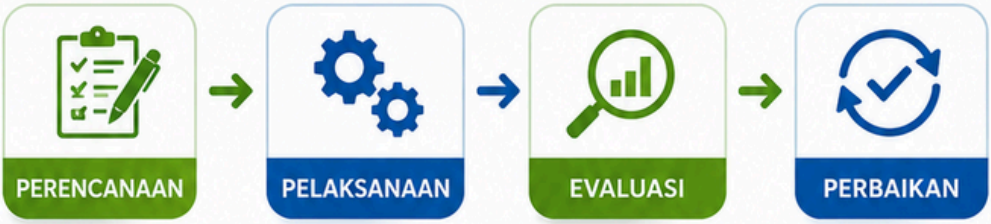
PMKP MERUPAKAN STANDAR WAJIB AKREDITASI RUMAH SAKIT.

- Menjaga keselamatan pasien
- Meningkatkan efisiensi
- Menjamin mutu layanan
- Meningkatkan kepercayaan masyarakat



TUJUAN PMKP

- Menurunkan insiden
- Meningkatkan mutu
- Memenuhi standar akreditasi
- Monitoring indikator
- Budaya keselamatan



PMKP adalah upaya berkelanjutan
untuk pelayanan yang aman, bermutu, dan profesional.

PRINSIP DASAR MUTU PELAYANAN

6 DIMENSI MUTU (IOM)

Safety *(Aman)*

Pelayanan yang mencegah cedera atau kejadian yang tidak diharapkan pada pasien selama proses pelayanan.

Effective *(Efektif)*

Pelayanan berdasarkan bukti ilmiah (*evidence-based*) sehingga memberikan hasil klinis yang optimal.

MUTU

Patient Centered
(Berpusat pada Pasien)

Pelayanan menghormati kebutuhan, nilai, budaya, serta melibatkan pasien dan keluarga dalam pengambilan keputusan.

Efficient *(Efisien)*

Pelayanan menggunakan sumber daya secara tepat tanpa pemborosan waktu, biaya, maupun tenaga.

Equity *(Adil)*

Seluruh pasien memperoleh pelayanan yang sama tanpa diskriminasi suku, agama, jenis kelamin, usia, maupun status ekonomi.

Timely *(Tepat Waktu)*

Pelayanan diberikan tanpa penundaan yang tidak perlu sehingga mengurangi risiko keterlambatan.

ENAM DIMENSI MUTU MENJADI DASAR PMKP

Keenam dimensi mutu digunakan sebagai acuan rumah sakit dalam merancang indikator mutu, melakukan evaluasi pelayanan, meningkatkan keselamatan pasien, serta melaksanakan perbaikan mutu secara berkelanjutan *(Continuous Quality Improvement)*.

Sumber :

- *Institute of Medicine* (IOM). (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century.*
- Standar Akreditasi Rumah Sakit KARS (STARKES) 2024 – Bab PMKP.

Catatan : STARKES KARS 2024 mengadopsi enam dimensi mutu dari Institute of Medicine.

PROGRAM PMKP



Program	Frekuensi
Indikator mutu	Bulanan
Audit mutu	Triwulan
Audit klinis	Semester
RCA	Insidental

Sesuai Standar Akreditasi Rumah Sakit 2024

Struktur Organisasi PMKP

Struktur organisasi PMKP disusun untuk mendukung pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien secara terintegrasi dan berkelanjutan.

DIREKTUR
Penanggung jawab tertinggi dalam pelaksanaan program PMKP di rumah sakit.

KOMITE MUTU
Memberikan rekomendasi, pertimbangan, dan arahan strategis untuk program PMKP.

TIM PMKP
Melaksanakan program peningkatan mutu secara terencana dan terkoordinasi.

TIM KESELAMATAN PASIEN
Fokus pada upaya identifikasi risiko, pelaporan insiden, dan peningkatan keselamatan pasien.

PPI (PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI)
Melaksanakan program pencegahan dan pengendalian infeksi di seluruh area rumah sakit.

MANAJEMEN RISIKO
Mengidentifikasi, menilai, mengendalikan, dan memantau risiko pelayanan di rumah sakit.

UNIT PELAYANAN
Melaksanakan program PMKP, keselamatan pasien, dan manajemen risiko di tingkat unit kerja.

Kolaborasi semua unsur adalah kunci utama terwujudnya mutu pelayanan yang aman dan bermutu.

PERAN SETIAP STAF DALAM PMKP

SELURUH STAF RUMAH SAKIT BERPERAN DALAM:

- Memahami standar dan SOP
- Memberikan pelayanan sesuai standar
- Melaporkan insiden keselamatan pasien
- Berpartisipasi dalam kegiatan mutu
- Membangun komunikasi yang efektif
- Bekerja sama dalam tim
- Memberikan pelayanan yang ramah dan profesional

Ingat!

PMKP bukan hanya tanggung jawab Tim Mutu, tetapi tanggung jawab seluruh staf rumah sakit.

JENIS INDIKATOR

Indikator mutu digunakan untuk mengukur dan menilai kualitas pelayanan kesehatan secara terukur dan berkelanjutan.

01 INM
(Indikator Mutu Nasional)

Indikator yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan sebagai standar mutu pelayanan di seluruh Indonesia.

02 IMP-RS
(Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit)

Indikator prioritas yang ditetapkan oleh rumah sakit sesuai dengan fokus dan sasaran mutu.

03 IMD-U
(Indikator Mutu Unit)

Indikator yang ditetapkan oleh masing-masing unit untuk memantau dan meningkatkan mutu layanan.

ALUR PENGELOLAAN INDIKATOR MUTU



INDIKATOR NASIONAL MUTU (INM)

Kemenkes
Kementerian Kesehatan
Republik Indonesia

13 INDIKATOR NASIONAL MUTU

1. Waktu Tunggu Rawat Jalan
2. Waktu Tunggu Rawat Inap
3. Kejadian Pasien Jatuh
4. Kejadian Cedera Akibat Pembedahan
5. Kejadian *Medication Error*
6. Kejadian *Cardiac Arrest*
7. Kejadian Infeksi Terkait Pelayanan
8. Kepatuhan Identifikasi Pasien
9. Kepatuhan Kebersihan Tangan
10. Kepatuhan Penggunaan APD
11. Kepatuhan Skrining Risiko Jatuh
12. Kepatuhan Pengisian Penilaian Nyeri
13. Kepuasan Pasien dan Keluarga

TUJUAN INM

- Standar nasional
- Monitoring nasional
- Perbandingan mutu
- Akreditasi

INDIKATOR MUTU

INDIKATOR PRIORITAS DAN UNIT

10 IMP-RS

1. Kepatuhan Identifikasi Pasien
2. Kepatuhan Kebersihan Tangan
3. Kepatuhan Penggunaan APD
4. Kepatuhan Skrining Risiko Jatuh
5. Kepatuhan Pengisian Penilaian Nyeri
6. Kepatuhan Penggunaan Obat *High Alert*
7. Kepatuhan Waktu Tanggap Kegawatdaruratan
8. Kepatuhan Kebersihan Lingkungan
9. Ketepatan Waktu Pengembalian Rekam Medis
10. Kepuasan Pasien dan Keluarga

CONTOH IMD-U

Rawat Jalan
Indikator mutu yang disusun sesuai layanan di unit rawat jalan.

IGD
Indikator mutu yang fokus pada pelayanan kegawat-daruratan.

Farmasi
Indikator mutu terkait pengelolaan dan pelayanan kefarmasian.

Laboratorium
Indikator mutu pada pelayanan pemeriksaan laboratorium.

Rekam Medis
Indikator mutu terkait pengelolaan rekam medis yang akurat dan tepat waktu.

Rawat Inap
Indikator mutu untuk pelayanan dan perawatan pasien rawat inap.

PROFIL INDIKATOR MUTU

NAMA INDIKATOR	DEFINISI	STANDAR	PJ	SUMBER
Kepatuhan Identifikasi Pasien	Persentase pasien diidentifikasi menggunakan minimal dua identitas.	100%	Komite Mutu	Observasi
Hand Hygiene	Persentase petugas yang melakukan kebersihan tangan sesuai 5 momen.	100%	Komite Mutu	Observasi
Kelengkapan RM	Persentase kelengkapan pengisian rekam medis sesuai standar.	≥ 90%	Komite Mutu	Audit RM
Waktu Tunggu	Persentase pasien yang mendapatkan pelayanan sesuai standar waktu tunggu.	≥ 80%	Komite Mutu	Observasi
Kepuasan Pasien	Persentase pasien yang puas terhadap pelayanan yang diterima.	≥ 85%	Komite Mutu	Survei Kepuasan Pasien
Kepatuhan Penggunaan APD	Persentase petugas yang patuh dalam menggunakan APD sesuai standar.	100%	Komite PPI	Observasi
Penggunaan Antibiotik Rasional	Persentase penggunaan antibiotik sesuai pedoman.	≥ 90%	Komite PPRA	Audit Klinis
Relaporan Insiden	Jumlah insiden yang dilaporkan sesuai sistem pelaporan.	100%	Tim Keselamatan Pasien	Sistem Pelaporan Insiden

* Sesuai Standar Akreditasi Rumah Sakit 2024

SASARAN KESELAMATAN PASIEN (SKP)

6 SASARAN KESELAMATAN PASIEN

1 MENGIDENTIFIKASI PASIEN DENGAN BENAR



Memastikan identitas pasien yang benar pada setiap pelayanan menggunakan minimal dua identitas, seperti nama lengkap dan tanggal lahir.

2 MENINGKATKAN KOMUNIKASI YANG EFEKTIF



Melakukan komunikasi yang jelas, lengkap, dan tepat waktu antar tenaga kesehatan dan dengan pasien/keluarga.

3 MENINGKATKAN KEAMANAN OBAT YANG PERLU DIWASPADAI



Memberi nama dan mewaspadai obat yang perlu diwaspadai (*high alert*) untuk mencegah kesalahan pemberian obat.

4 MEMASTIKAN TEPAT-LOKASI, TEPAT-PROSEDUR, TEPAT-PASIEN OPERASI



Memastikan verifikasi sebelum tindakan operasi agar dilakukan pada pasien yang benar, lokasi yang benar, dan prosedur yang benar.

5 MENGURANGI RISIKO INFEKSI TERKAIT PELAYANAN KESEHATAN



Menerapkan kebersihan tangan, penggunaan APD, sterilisasi alat, dan praktik pencegahan infeksi lainnya untuk melindungi pasien.

6 MENGURANGI RISIKO PASIEN JATUH



Melakukan asesmen risiko jatuh dan penerapan intervensi yang tepat untuk mencegah pasien jatuh selama menjalani perawatan.

Penerapan 6 Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) secara konsisten mendukung terciptanya pelayanan yang aman, bermutu, dan berpusat pada pasien.

IDENTIFIKASI PASIEN DENGAN BENAR

Gunakan minimal dua Identitas pasien:

2 IDENTITAS WAJIB

- Nama lengkap
- Tanggal lahir atau Nomor RM



IDENTIFIKASI DILAKUKAN SEBELUM:

1. Pemberian Obat
2. Pengambilan spesimen
3. Tindakan Medis
4. Transfusi darah



JANGAN MENGGUNAKAN

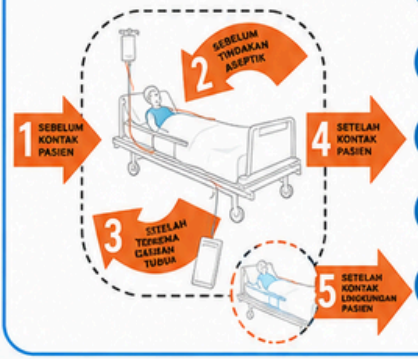
- Nomor kamar
- Lokasi tidur

Identifikasi yang tepat, keselamatan pasien terjaga

PENCEGAHAN INFEKSI

World Health Organization

5 MOMENT HAND HYGIENE

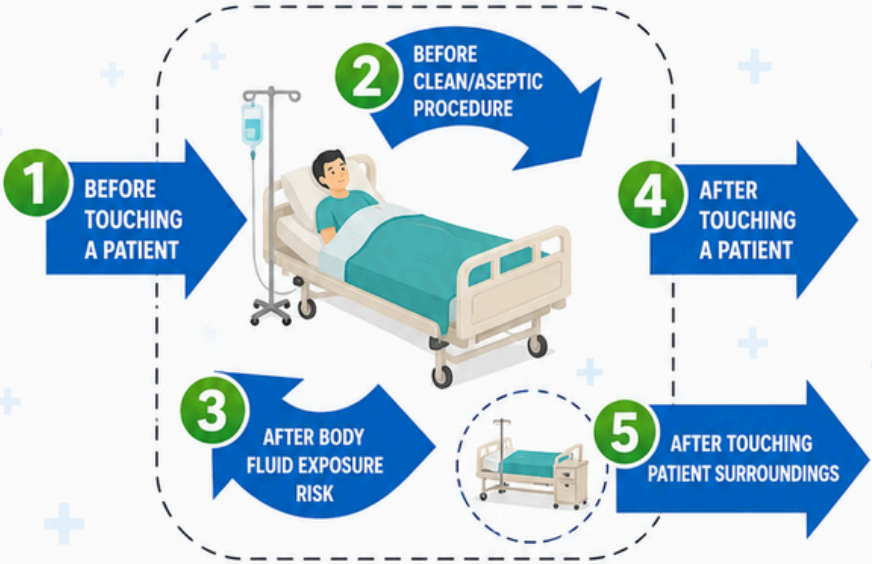


1. Sebelum kontak pasien
2. Sebelum tindakan aseptik
3. Setelah terkena cairan tubuh
4. Setelah kontak pasien
5. Setelah kontak lingkungan pasien

11 KEWASPADAAN STANDAR

1.  Hand Hygiene
2.  APD
3.  Etika Batuk
4.  Dekontaminasi Alat
5.  Linen
6.  Limbah
7.  Lingkungan
8.  Penempatan Pasien
9.  Penyuntikan Aman
10.  Sterilisasi
11.  Perlindungan Petugas

WHO 5 MOMENT HAND HYGIENE



11 KEWASPADAAN STANDAR

1. Hand hygiene
2. APD
3. Etika batuk
4. Dekontaminasi alat
5. Linen
6. Limbah
7. Lingkungan
8. Penempatan pasien
9. Penyuntikan aman
10. Kebersihan alat
11. Perlindungan petugas

BUDAYA LAPORAN

Prinsip Pelaporan insiden:

- Tidak menyalahkan individu
- Fokus pada sistem
- Rahasia
- Digunakan untuk perbaikan

BUDAYA LAPORAN

Berlandaskan
JUST CULTURE



JUST CULTURE
Lingkungan adil, transparan, dan berfokus pada perbaikan sistem, bukan menyalahkan individu.

NO BLAMING
Tidak mencari siapa yang salah, tetapii apa yang salah.

LEARNING CULTURE
Setiap insiden adalah kesempatan untuk belajar dan meningkatkan mutu.

OPEN REPORTING
Semua staf merasa aman melaporkan insiden tanpa takut dan hambatan.

Budaya pelaporan yang baik meningkatkan keselamatan pasien

FLOWCHART PELAPORAN INSIDEN

1. 

Petugas
Petugas menemukan atau mengalami insiden.

2. 

Amankan Pasien
Pastikan keselamatan pasien terlebih dahulu.

3. 

Lapor Kepala Unit
Laporkan insiden kepada kepala unit segera.

4. 

Isi Google Form
Isi laporan insiden melalui Google Form yang tersedia.

5. 

Komite Mutu
Komite Mutu menerima dan menelaah laporan insiden.

6. 

Grading
Menentukan tingkat keparahan insiden.

7. 

RCA (Root Cause Analysis)
Melakukan analisis akar penyebab insiden.

8. 

RTL (Rencana Tindak Lanjut)
Menyusun rencana perbaikan dan pencegahan.

9. 

Monitoring
Melakukan pemantauan terhadap pelaksanaan RTL.

10. 

Evaluasi
Menilai efektivitas perbaikan dan menutup kasus insiden.

KATEGORI INSIDEN KESELAMATAN PASIEN

KPCS
Kondisi Potensial Cedera Signifikan

Kondisi yang berpotensi menyebabkan cedera signifikan, namun belum terjadi pada pasien.

Contoh Insiden:
- Hampir terjadi salah pemberian obat karena interupsi saat pemberian.



KNC
Kejadian Nyaris Cedera

Kesalahan terjadi tetapi tidak mencapai pasien sehingga tidak menyebabkan cedera.

Contoh Insiden:
- Salah pasien diambilkan hasil laboratorium, namun belum diberikan ke pasien.



KTC
Kejadian Tidak Cedera

Kesalahan terjadi dan mencapai pasien, tetapi tidak menimbulkan cedera.

Contoh Insiden:
- Pasien menerima obat yang salah dosis, tetapi tidak menimbulkan efek samping.



KTD
Kejadian Tidak Diharapkan

Kesalahan terjadi dan mencapai pasien serta menimbulkan cedera.

Contoh Insiden:
- Pasien mengalami luka tekan (dekubitus) akibat mobilisasi yang tidak tepat.



SENTINEL
Kejadian Sentinel

Kejadian tidak diharapkan yang mengakibatkan cedera serius bahkan kematian.

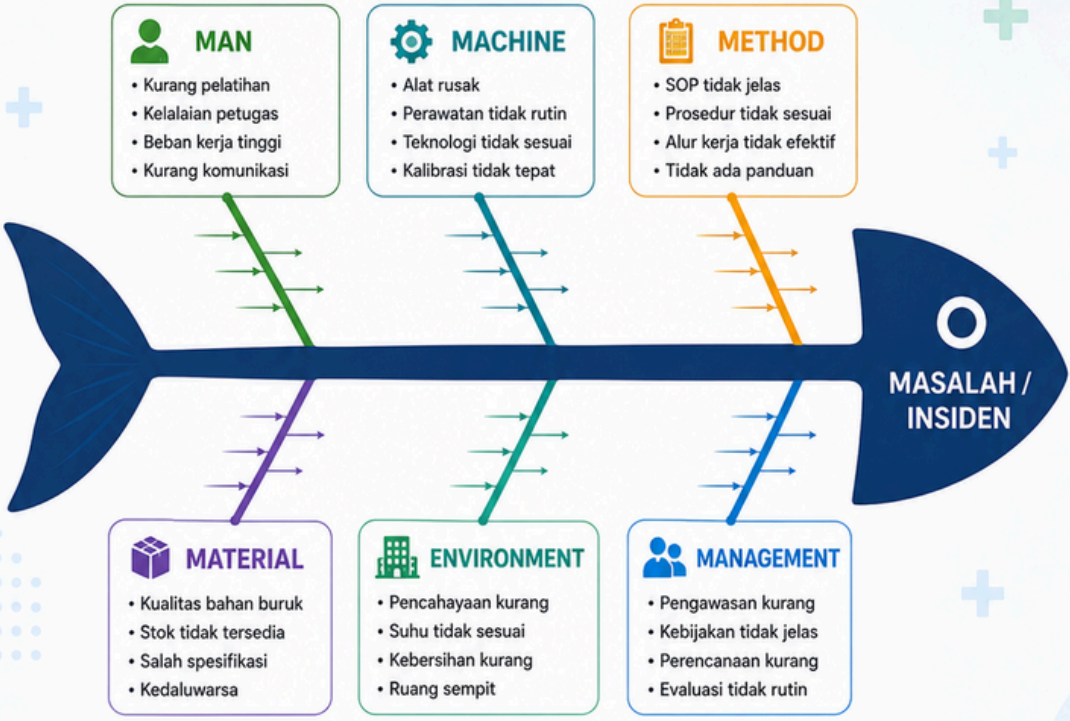
Contoh Insiden:
- Pasien salah operasi (salah prosedur) yang mengakibatkan kerusakan permanen.



Pelaporan insiden sangat penting untuk mencegah terulangnya kesalahan dan meningkatkan keselamatan pasien.

RCA (FISHBONE)

ANALISIS AKAR PENYEBAB MASALAH



CONTOH KASUS

Pasien mengalami keterlambatan pemberian obat.

HASIL RCA

Ditemukan akar penyebab utama dari masalah tersebut.

RTL

Menyusun rencana tindak lanjut untuk mengatasi akar penyebab.

EVALUASI

Menilai efektivitas pelaksanaan RTL secara berkala.

PERBAIKAN

Melakukan perbaikan berkelanjutan untuk mencegah terulangnya masalah.

RCA membantu menemukan akar penyebab masalah agar solusi yang diberikan tepat, efektif, dan mencegah masalah berulang.

MANAJEMEN RISIKO

Manajemen risiko adalah proses mengenali dan mengendalikan risiko pelayanan

IDENTIFIKASI RISIKO
Menemukan potensi risiko dalam proses pelayanan

↓

ANALISIS RISIKO
Menilai kemungkinan dan dampak risiko

↓

EVALUASI RISIKO
Menentukan tingkat risiko (rendah, sedang, tinggi, ekstrem)

↓

MITIGASI RISIKO
Menetapkan dan melaksanakan rencana pengendalian risiko

↓

MONITORING
Memantau efektivitas pengendalian dan melakukan perbaikan

RISK REGISTER

No	Risiko	Penyebab	Dampak	PIC	Status
1	.....	.....	.....	.....	.....
2	.....	.....	.....	.....	.....
3	.....	.....	.....	.....	.....
...	.....	.....	.....	.....	.....

→

MATRIKS RISIKO 5×5

KEMUNGKINAN \ DAMPAK	1	2	3	4	5
5					
4					
3					
2					
1					

→

PRIORITAS RISIKO

Tingkat Risiko	Skor	Warna	Prioritas
Ekstrem	20–25		1
Tinggi	15–19		2
Sedang	8–14		3
Rendah	2–7		4
Sangat Rendah	1		5

PDSA

SIKLUS PENINGKATAN MUTU BERKELANJUTAN

1. PLAN



Rencanakan

Identifikasi masalah, analisis penyebab, tentukan tujuan dan rencana perbaikan.

Contoh:
Tingkat kepatuhan cuci tangan petugas masih rendah (60%).
Target: meningkat menjadi ≥ 85%.

2. DO



Laksanakan

Implementasikan rencana perbaikan sesuai yang telah ditetapkan.

Contoh:
Melakukan edukasi, menempatkan poster, menyediakan *handrub* di setiap titik layanan.

MUTU LEBIH BAIK SECARA BERKELANJUTAN

3. STUDY



Pelajari / Evaluasi

Kumpulkan data, analisis hasil, dan bandingkan dengan target.

Contoh:
Setelah 1 bulan, kepatuhan meningkat menjadi 78%.
Belum mencapai target 85%.

4. ACT



Tindak Lanjut

Tentukan tindakan perbaikan selanjutnya berdasarkan hasil evaluasi.

Contoh:
Perbaiki strategi, tambah pengingat visual dan monitoring rutin.
Lanjutkan siklus perbaikan.

TUJUAN PDSA

Meningkatkan mutu pelayanan secara sistematis, terukur, dan berkelanjutan demi keselamatan pasien.

AUDIT MUTU DAN AUDIT KLINIS

PERBEDAAN

AUDIT MUTU		AUDIT KLINIS
Berfokus pada sistem, proses, dan kepatuhan terhadap standar mutu.	FOKUS	Berfokus pada kualitas pelayanan klinis dan hasil yang diperoleh pasien.
Melibatkan seluruh unit dan staf di rumah sakit.	PELAKSANA	Melibatkan tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan langsung kepada pasien.
Menggunakan indikator mutu, SOP, dan standar pelayanan.	DASAR	Menggunakan pedoman klinis, bukti ilmiah, dan outcome pasien.
Tujuannya meningkatkan sistem dan efisiensi pelayanan.	TUJUAN	Tujuannya meningkatkan kualitas klinis dan keselamatan pasien.
Bersifat administratif dan manajerial.	HASIL	Bersifat klinis dan profesional.

AUDIT SOP



- Menilai kepatuhan pelaksanaan SOP.
- Memastikan proses kerja sesuai standar.
- Meningkatkan konsistensi dan keselamatan pasien.

AUDIT REKAM MEDIS

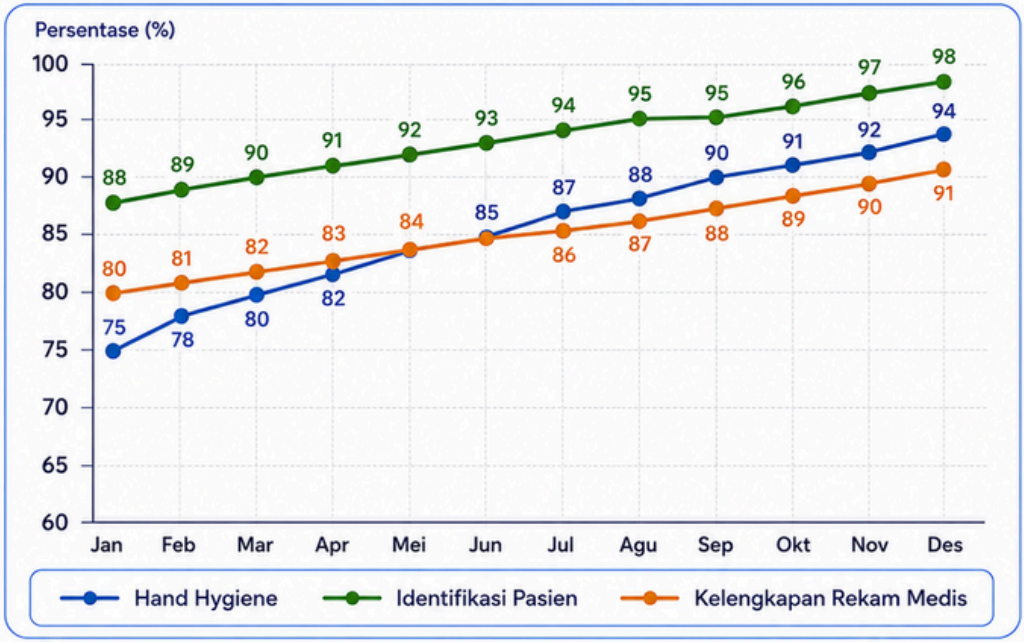


- Menilai kelengkapan, akurasi, dan ketepatan catatan medis.
- Menilai kualitas dokumentasi klinis.
- Mendukung mutu pelayanan dan aspek hukum.

GRAFIK TREN INDIKATOR 12 BULAN







ANALISIS



- **Hand Hygiene** menunjukkan tren meningkat dan telah melampaui target 85% sejak pertengahan tahun.
- **Identifikasi Pasien** konsisten berada di atas 90% dengan peningkatan yang stabil.
- **Kelengkapan Rekam Medis** meningkat bertahap namun masih memerlukan monitoring untuk mencapai target optimal.

KESIMPULAN

Monitoring indikator secara berkala membantu rumah sakit mengevaluasi kinerja, melakukan perbaikan berkelanjutan, dan meningkatkan mutu pelayanan.





ANALISIS INDIKATOR DAN RTL

MASALAH	ANALISIS	RTL	PJ	STATUS
Kepatuhan Hand Hygiene < 80%	• Observasi menunjukkan petugas sering lupa melakukan hand hygiene. • Ketersediaan handrub di beberapa titik kurang memadai. • Belum ada monitoring rutin dan umpan balik.	☑ Menambah dispenser handrub di titik layanan. ☑ Edukasi ulang 5 momen hand hygiene. ☑ Monitoring kepatuhan mingguan dan feedback. ☑ Pemberian reward unit patuh.	Komite PPI / Kepala Unit	☑ Selesai ☑ Proses ☐ Belum Selesai Target Selesai: 30 Juni 2025
Identifikasi Pasien < 90%	• Petugas belum konsisten melakukan verifikasi 2 identitas. • Pasien tidak memakai gelang identitas. • Belum ada audit kepatuhan berkala.	☑ Sosialisasi pentingnya identifikasi pasien. ☑ Pastikan gelang identitas terpasang saat pasien datang. ☑ Audit kepatuhan mingguan. ☑ Pemberian umpan balik ke unit.	Kepala Unit / Mutu	☑ Selesai ☑ Proses ☐ Belum Selesai Target Selesai: 15 Juli 2025
Kelengkapan Rekam Medis < 90%	• Pengisian rekam medis belum lengkap. • Dokumen pendukung sering terlambat diinput. • Belum ada checklist kelengkapan.	☑ Sosialisasi kelengkapan rekam medis. ☑ Gunakan checklist kelengkapan berkas. ☑ Monitoring kelengkapan setiap minggu. ☑ Evaluasi dan umpan balik ke petugas.	Kepala Unit Rekam Medis	☑ Selesai ☑ Proses ☐ Belum Selesai Target Selesai: 31 Juli 2025
Kejadian Nyaris Cidera (KNC) meningkat	• Petugas belum terbiasa melaporkan insiden. • Kurangnya pemahaman tentang budaya laporan. • Proses pelaporan dianggap rumit.	☑ Sosialisasi budaya laporan insiden. ☑ Permudah alur pelaporan (QR Code / Google Form). ☑ Berikan feedback hasil laporan. ☑ Monitoring jumlah dan jenis insiden.	Komite Mutu / Kepala Unit	☑ Selesai ☑ Proses ☐ Belum Selesai Target Selesai: 15 Agustus 2025
Kejadian Pasien Jatuh masih ada	• Penilaian risiko jatuh tidak dilakukan rutin. • Side rail tidak terpasang dengan benar. • Edukasi pasien/keluarga kurang optimal.	☑ Pastikan penilaian risiko jatuh setiap shift. ☑ Pasang side rail sesuai prosedur. ☑ Edukasi pasien & keluarga tentang pencegahan jatuh. ☑ Ronde keselamatan pasien rutin.	Kepala Unit / Keperawatan	☑ Selesai ☑ Proses ☐ Belum Selesai Target Selesai: 31 Agustus 2025

INDIKATOR KEBERHASILAN PMKP

program PMKP dianggap berhasil apabila

- Indikator mutu mencapai target
- Insiden keselamatan menurun
- Kepatuhan pasien meningkat
- Budaya keselamatan meningkat
- Program perbaikan berjalan efektif
- Hasil akreditasi meningkat

“Apa yang diukur dapat diperbaiki ”

RINGKASAN DAN KOMITMEN BERSAMA

INGAT!!

- Mutu adalah tanggung jawab semua orang.
- Setiap insiden adalah kesempatan belajar.
- Data digunakan untuk perbaikan.
- Keselamatan pasien adalah prioritas utama.
- Perbaikan harus dilakukan terus-menerus.

KOMITMEN BERSAMA

"Kami berkomitmen memberikan pelayanan yang aman, bermutu, berfokus pada pasien, dan selalu melakukan perbaikan berkelanjutan demi terwujudnya keselamatan pasien dan peningkatan kualitas pelayanan kesehatan."

DAFTAR PUSTAKA

1. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1128/2022 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
2. Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS). (2022). *Standar Akreditasi Rumah Sakit (STARKES) Edisi 1.1*. Jakarta: KARS.
3. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024). *Indikator Nasional Mutu (INM) Rumah Sakit*. Jakarta: Direktorat. Jenderal Pelayanan Kesehatan.
4. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). *Pedoman Mutu Pelayanan Kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
5. World Health Organization. (2009). *WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care*. Geneva: World Health Organization.
6. World Health Organization. (2009). *A Guide to the Implementation of the WHO Multimodal Hand Hygiene Improvement Strategy*. Geneva: WHO.
7. World Health Organization. (2021). *Global Patient Safety Action Plan 2021–2030*. Geneva: World Health Organization.
8. Institute for Healthcare Improvement (IHI). (2023). *Science of Improvement: How to Improve (PDSA Cycl)*. Boston: IHI.
9. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). *Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
10. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). *Pedoman Keselamatan Pasien Rumah Sakit*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
11. Joint Commission International. (2021). *Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals* (8th ed.). Oak Brook, IL: JCI.
12. Agustina, R., et al. (2023). Implementasi Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien di Rumah Sakit. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 11(2), 145–156.
13. Prasetyo, A., & Rahmawati, D. (2022). Penerapan Siklus PDSA dalam Upaya Peningkatan Mutu Pelayanan Rumah Sakit. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 25(1), 33–42.
14. Sari, N., et al. (2024). Implementasi Indikator Nasional Mutu sebagai Upaya Peningkatan Kualitas Pelayanan Rumah Sakit. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 19(1), 50–60.

UNISA
Universitas 'Aisyiyah Surakarta

IDENTITAS *BOOKLET*

Penulis	:	Dayuk Dana Sofyana
Pembimbing	:	Asti Nurhayati
Editor	:	Dayuk Dana Sofyana
Desain dan Tata Letak	:	Dayuk Dana Sofyana
Ilustasi Gambar	:	Canva Pro & ChatGPT Pro
Penerbit	:	Program Studi S1 Administrasi Rumah Sakit Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas 'Aisyiyah Surakarta
Tahun Terbit	:	2026
Cetakan Pertama	:	Juli 2026
Ukuran Buku	:	A5 (14,8 x 21)
Jumlah Halaman	:	33 halaman

Hak Cipta

© 2026 Dayuk Dana Sofyana. Hak cipta dilindungi undang-undang. Dilarang memperbanyak sebagian atau seluruh isi *booklet* tanpa izin penulis, kecuali untuk kepentingan pendidikan dengan mencantumkan sumber.

PENUTUP

BUDAYA MUTU:
DIMULAI DARI KITA



Mutu pelayanan yang baik lahir dari kepedulian, kerja sama, dan komitmen seluruh tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan terbaik kepada pasien.

> “Keselamatan pasien adalah prioritas, mutu pelayanan adalah budaya.”

STANDAR AKREDITASI PMKP
PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN

- MUTU PELAYANAN
- KESELAMATAN PASIEN
- TANGGUNG JAWAB KITA BERSAMA

TERIMA KASIH

Bersama, Kita Wujudkan Pelayanan yang Bermutu dan Berkelanjutan