



20
24

LAPORAN KOMITE MUTU

SEMESTER I

RS MARZOEKI MAHDI BOGOR



LEMBAR PERSETUJUAN

LAPORAN KOMITE MUTU
SEMESTER I TAHUN 2024
PUSAT KESEHATAN JIWA NASIONAL
RS JIWA Dr. H. MARZOEKI MAHDI BOGOR

TELAH DITELAAH OLEH DIREKSI:

1. Direktur Utama
DR. dr. Nova Riyanti Yusuf, Sp.KJ.



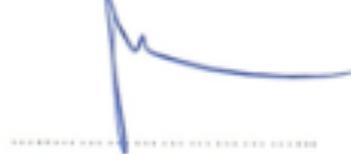
2. Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan
dr. Rahmi Handayani, Sp.KJ., MARS.
NIP 196903072008012024



3. Direktur Perencanaan, Keuangan, dan Layanan Operasional
Evi Nursafinah, SE., MPH.
NIP 197406112000032002



4. Direktur SDM, Pendidikan, dan Penelitian
Heru Tri Subagyo, S.Sos., MM.
NIP 196903081994031002



KATA PENGANTAR

Puji syukur kita panjatkan ke hadirat Allah SWT, atas segala rahmat dan karunia-Nya, sehingga laporan Komite Mutu Rumah Sakit (RS) Marzoeki Mahdi untuk Semester I Tahun 2024 dapat disusun dan dipublikasikan dengan baik. Laporan ini disusun untuk memberikan gambaran menyeluruh mengenai kegiatan, pencapaian, serta tantangan yang dihadapi oleh Komite Mutu selama periode tersebut.

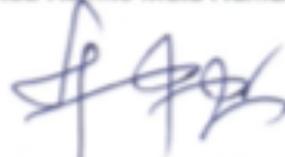
Dalam era globalisasi dan meningkatnya tuntutan mutu pelayanan kesehatan, upaya untuk menjaga dan meningkatkan mutu menjadi prioritas utama. Komite Mutu berkomitmen untuk memastikan bahwa standar mutu rumah sakit dapat dipenuhi dan ditingkatkan secara berkelanjutan.

Pada Semester I Tahun 2024, Komite Mutu telah melaksanakan berbagai inovasi dan inisiatif strategis, termasuk penerapan teknologi baru, pelatihan staf, dan pengembangan sistem manajemen mutu yang terintegrasi. Laporan ini tidak hanya menyajikan hasil dari berbagai kegiatan tersebut, tetapi juga mengidentifikasi hambatan yang dihadapi serta langkah-langkah yang diambil untuk mengatasinya.

Kami berharap laporan ini dapat memberikan informasi yang jelas dan bermanfaat bagi seluruh pihak terkait, termasuk manajemen rumah sakit, staf, dan stakeholder lainnya. Dengan pemahaman yang lebih baik mengenai pencapaian dan tantangan yang dihadapi, diharapkan kita dapat bersama-sama terus berkomitmen untuk meningkatkan mutu layanan kesehatan dan mencapai tujuan bersama.

Akhir kata, kami mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah memberikan dukungan dan kontribusi dalam pelaksanaan kegiatan mutu selama semester ini. Semoga laporan ini dapat menjadi referensi yang berguna dan memotivasi untuk pencapaian yang lebih baik di masa mendatang.

Bogor, 10 Juli 2024
Ketua Komite Mutu Rumah Sakit



Ns. Sri Andayani, S.Kep., M.K.M
NIP 198104142002122003

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN	ii
KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	iv
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	2
1.2 Maksud dan Tujuan Laporan	3
1.3 Ruang Lingkup	3
1.4 Sistematika Penulisan	4
BAB II ANALISIS SITUASI AWAL TAHUN	6
2.1 Hambatan Tahun Lalu	7
2.2 Kelembagaan	8
2.2.1 Struktur Organisasi	8
2.2.2 Tugas dan Fungsi	10
2.3 Sumber Daya	11
2.3.1 Sumber Daya Manusia	11
2.3.2 Sumber Daya Sarana dan Prasarana	12
BAB III TUJUAN DAN SASARAN KERJA	13
3.1 Dasar Hukum	14
3.2 Tujuan, Sasaran dan Indikator	15
3.2.1 Tujuan	15
3.2.2 Sasaran dan Indikator	17
BAB IV STRATEGI PELAKSANAAN	18
4.1 Strategi Pencapaian Tujuan dan Sasaran	19
4.2 Hambatan dalam Pelaksanaan Tujuan	21
4.3 Upaya Tindak Lanjut	22
4.4 Inovasi	23
BAB V HASIL KERJA	24
5.1 Realisasi Program Mutu RS	25
5.1.1 Realisasi Program Peningkatan Mutu Rumah Sakit	25
5.1.2 Realisasi Program Keselamatan Pasien Rumah Sakit	26
5.1.3 Realisasi Program Manajemen Risiko Rumah Sakit	28
5.2 Pencapaian Indikator Nasional Mutu (INM)	29
5.3 Pencapaian Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit (IMP-RS)	35
5.4 Pencapaian Indikator Mutu Perbaikan Waktu Pelayanan <i>End to End</i>	40
5.5 Pencapaian Indikator Mutu Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)	51
5.6 Evaluasi Panduan Praktik Klinik (PPK) / Clinical Pathway (CP)	55
5.7 Pencapaian Indikator Mutu Prioritas Unit (IMP-Unit)	57
5.7.1 Pencapaian Indikator Mutu Direktorat Medik dan Keperawatan	57
5.7.2 Pencapaian Indikator Mutu Direktorat Perencanaan, Keuangan, dan Layanan Operasional	62
5.7.3 Pencapaian Indikator Mutu Direktorat SDM, Pendidikan, dan Penelitian	70
5.8 Pencapaian Keselamatan Pasien dan Budaya Keselamatan RS	72
5.8.1 Pencapaian Keselamatan Pasien Rumah Sakit	72
5.8.2 Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP)	75
5.8.3 Pelaporan Budaya Keselamatan Rumah Sakit	79
5.9 Pencapaian <i>Self Assessment Hospital Readiness</i>	81
5.10 Pencapaian Manajemen Risiko RS	82
5.11 Akreditasi Rumah Sakit	86
5.12 Upaya Reformasi Birokrasi dan Pembangunan Zona Integritas (ZI) Wilayah Bebas Dari Korupsi (WBK)/ Wilayah Birokrasi Bersih dan Melayani (WBBM)	88
BAB VI PENUTUP	89
6.1 Kesimpulan	90
6.2 Rekomendasi	91

BAB I

PENDAHULUAN

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pada era globalisasi dan persaingan bisnis yang semakin ketat, mutu menjadi faktor kunci yang menentukan keberhasilan suatu organisasi, termasuk rumah sakit (RS). Untuk memastikan bahwa semua proses dan hasil yang dihasilkan oleh organisasi memenuhi standar yang telah ditetapkan dan mengalami peningkatan yang berkelanjutan, Komite Mutu dibentuk. Selama semester I tahun 2024, Komite Mutu telah melaksanakan berbagai aktivitas untuk mendukung pencapaian tujuan tersebut. Laporan ini memberikan gambaran menyeluruh mengenai kinerja komite selama periode tersebut, termasuk evaluasi terhadap pencapaian target, identifikasi kendala yang dihadapi, serta rekomendasi untuk perbaikan di masa mendatang. Diharapkan laporan ini dapat memberikan informasi yang komprehensif kepada manajemen dan seluruh stakeholder mengenai upaya Komite Mutu dalam menjaga dan meningkatkan mutu RS. Selain itu, laporan ini berfungsi sebagai alat ukur untuk mengevaluasi efektivitas strategi dan kebijakan yang telah diterapkan serta sebagai dasar untuk pengambilan keputusan dalam perencanaan kegiatan mutu di semester berikutnya.

Komite Mutu RS terdiri dari berbagai profesional kesehatan dan manajemen rumah sakit. Komite ini bertanggung jawab untuk mengumpulkan, menganalisis, dan melaporkan data mutu dengan metode yang sistematis dan terstruktur. Selama periode ini, RS Marzoeqi Mahdi menghadapi berbagai tantangan dan peluang. Jumlah pasien yang dilayani meningkat seiring dengan pengembangan layanan baru dan perluasan fasilitas, dan inovasi. Selain itu, beberapa perubahan kebijakan operasional dilakukan untuk meningkatkan efisiensi dan efektivitas pelayanan. Perkembangan teknologi medis dan perubahan regulasi kesehatan juga mempengaruhi operasional rumah sakit, menuntut adaptasi cepat dan penerapan praktik terbaik. Seiring dengan perubahan dinamis dalam lingkungan bisnis RS, Komite Mutu juga telah mengadopsi pendekatan-pendekatan baru yang lebih adaptif dan inovatif. Beberapa inisiatif yang telah dijalankan selama semester I tahun 2024 meliputi:

1. Implementasi Sistem Manajemen Mutu (SMM) yang Terintegrasi: Penerapan SMM yang terintegrasi untuk memastikan bahwa seluruh unit kerja menerapkan standar mutu yang konsisten dan terukur.
2. Pelatihan dan Pengembangan Kapasitas: Program pelatihan berkelanjutan untuk meningkatkan kompetensi dan kesadaran karyawan terhadap pentingnya mutu dalam setiap aspek pekerjaan mereka.
3. Audit Internal dan Eksternal: Pelaksanaan audit secara rutin untuk mengevaluasi kepatuhan terhadap prosedur dan standar yang telah ditetapkan, serta untuk mengidentifikasi area-area yang memerlukan perbaikan.
4. Peningkatan Proses: Inisiatif untuk terus menyempurnakan proses bisnis RS, guna mengurangi variabilitas dan meningkatkan efisiensi operasional.
5. *Feedback* dan Kepuasan Pelanggan: Pengumpulan dan analisis data *feedback* dari pelanggan untuk memastikan bahwa produk dan layanan yang diberikan sesuai dengan harapan dan kebutuhan mereka.
6. Kolaborasi Antar Unit: Penguatan kerja sama antar departemen untuk memastikan bahwa setiap aspek dari proses mutu saling mendukung dan berkontribusi pada pencapaian standar yang ditetapkan.
7. Penelitian: Inisiatif untuk mengeksplorasi dan mengadopsi teknologi serta praktik terbaru yang dapat memperbaiki proses dan hasil akhir produk atau layanan.

Dengan pendekatan-pendekatan ini, Komite Mutu berusaha untuk menciptakan budaya mutu yang kuat di seluruh organisasi. Diharapkan bahwa melalui laporan ini, dapat diidentifikasi berbagai pencapaian yang telah diraih, serta tantangan yang perlu diatasi untuk meningkatkan kinerja mutu di masa depan. Melalui evaluasi dan analisis mendalam yang disajikan dalam laporan ini, diharapkan dapat diperoleh wawasan yang berguna untuk perbaikan berkelanjutan dan penyusunan strategi mutu yang lebih efektif. Komite Mutu berkomitmen untuk terus berinovasi dan beradaptasi dengan perubahan, guna memenuhi ekspektasi stakeholder dan mencapai keunggulan kompetitif.

1.2 Maksud dan Tujuan Laporan

Laporan Komite Mutu Rumah Sakit (RS) semester I tahun 2024 ini disusun sebagai bagian dari komitmen RS Marzoeqi Mahdi dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan secara berkesinambungan. Pelayanan kesehatan yang bermutu di RS diukur berdasarkan tujuh dimensi mutu yaitu aman, adil, berorientasi pasien, tepat waktu, efektif, dan efisien. Dimensi-dimensi ini ditetapkan untuk memastikan bahwa setiap aspek pelayanan dapat dinilai secara komprehensif dan terukur.

Maksud dan tujuan laporan ini adalah untuk mengevaluasi kinerja mutu pelayanan kesehatan selama periode Januari hingga Juni 2024, serta memberikan rekomendasi perbaikan berdasarkan analisis data yang akurat dan terpercaya sebagai berikut:

1. Mengevaluasi Kinerja Mutu: Untuk memberikan penilaian menyeluruh mengenai kinerja Komite Mutu selama periode semester I tahun 2024. Evaluasi ini mencakup pencapaian target mutu, efektivitas strategi yang diterapkan, serta pengukuran keberhasilan dalam implementasi sistem manajemen mutu.
2. Mengidentifikasi Kendala dan Masalah: Untuk mengidentifikasi dan menganalisis kendala atau masalah yang dihadapi dalam pelaksanaan kegiatan mutu. Identifikasi ini bertujuan untuk menemukan solusi yang tepat guna mengatasi hambatan dan meningkatkan efektivitas sistem mutu.
3. Memberikan Rekomendasi Perbaikan: Untuk menyusun rekomendasi perbaikan berdasarkan hasil evaluasi dan analisis. Rekomendasi ini diharapkan dapat membantu organisasi dalam merumuskan strategi dan tindakan yang diperlukan untuk peningkatan mutu di masa mendatang.
4. Menyediakan Informasi kepada Stakeholder: Untuk menyajikan informasi yang transparan dan komprehensif kepada manajemen dan seluruh stakeholder mengenai upaya, pencapaian, dan tantangan yang dihadapi oleh Komite Mutu. Informasi ini penting untuk menjaga keterlibatan dan dukungan stakeholder terhadap upaya perbaikan mutu.
5. Menilai Implementasi dan Kepatuhan: Untuk menilai sejauh mana implementasi sistem manajemen mutu dan kepatuhan terhadap standar serta kebijakan mutu yang telah ditetapkan. Penilaian ini juga meliputi audit internal dan eksternal yang dilakukan selama periode laporan.
6. Menyusun Strategi untuk Perbaikan Berkelanjutan: Untuk memberikan dasar dalam penyusunan strategi perbaikan berkelanjutan yang akan diterapkan di semester berikutnya. Laporan ini bertujuan untuk membantu perencanaan dan pengembangan kebijakan mutu yang lebih efektif dan adaptif terhadap perubahan lingkungan bisnis.
7. Mengukur Dampak Inisiatif Mutu: Untuk mengevaluasi dampak dari inisiatif dan proyek-proyek mutu yang telah dilaksanakan. Penilaian ini bertujuan untuk memastikan bahwa inisiatif tersebut memberikan manfaat yang signifikan dan berkontribusi positif terhadap pencapaian tujuan mutu organisasi.

1.3 Ruang Lingkup

Laporan Komite Mutu Semester I Tahun 2024 mencakup ruang lingkup sebagai berikut:

1. Evaluasi Kinerja Kegiatan Mutu:
 - Proses dan Metodologi: Menilai efektivitas proses dan metodologi yang diterapkan oleh Komite Mutu, termasuk pelaksanaan sistem manajemen mutu, audit internal, dan kegiatan pemantauan mutu.
 - Pencapaian Target: Evaluasi pencapaian target mutu yang telah ditetapkan untuk semester I tahun 2024, serta analisis terhadap pencapaian dan ketidaksesuaian.
2. Analisis dan Identifikasi Kendala:
 - Masalah dan Hambatan: Identifikasi masalah dan hambatan yang dihadapi dalam pelaksanaan kegiatan mutu, serta analisis penyebabnya.
 - Solusi dan Tindakan Korektif: Penilaian terhadap solusi dan tindakan korektif yang telah diterapkan untuk mengatasi masalah dan hambatan tersebut.
3. Audit dan Kepatuhan:
 - Audit Internal: Laporan hasil audit internal yang mencakup penilaian kepatuhan terhadap prosedur dan standar mutu, serta tindak lanjut dari temuan audit.

- Audit Eksternal: Evaluasi hasil audit eksternal yang dilakukan oleh pihak ketiga, termasuk rekomendasi yang diberikan dan tindak lanjutnya.
4. Program Pelatihan dan Pengembangan:
 - Pelatihan Karyawan: Penilaian efektivitas program pelatihan yang telah dilaksanakan untuk meningkatkan kompetensi dan kesadaran karyawan mengenai mutu, serta hasil dari pelatihan tersebut.
 - Pengembangan Kapasitas: Analisis terhadap pengembangan kapasitas dan keterampilan karyawan dalam mendukung pencapaian standar mutu.
 5. Inisiatif dan Proyek Mutu:
 - Inisiatif Terbaru: Evaluasi terhadap inisiatif dan proyek mutu yang dilaksanakan selama semester I, termasuk penilaian dampaknya terhadap peningkatan mutu.
 - Proyek Khusus: Laporan mengenai proyek-proyek khusus yang dijalankan untuk memperbaiki proses atau meningkatkan produk/layanan.
 6. *Feedback* dan Kepuasan Pelanggan:
 - Pengumpulan Data: Analisis data *feedback* dari pelanggan yang diperoleh selama periode laporan, serta penilaian terhadap tingkat kepuasan pelanggan dan tren yang teridentifikasi.
 - Tindakan Perbaikan: Penilaian terhadap tindakan perbaikan yang diambil berdasarkan *feedback* pelanggan dan efektivitas tindakan tersebut.
 7. Kolaborasi dan Koordinasi:
 - Kerja Sama Antar Departemen: Evaluasi terhadap kerja sama dan koordinasi antar departemen dalam mendukung upaya peningkatan mutu, serta penilaian terhadap integrasi sistem dan proses.
 - Komunikasi dan Integrasi: Analisis efektivitas komunikasi dan integrasi antara Komite Mutu dan unit-unit lain dalam organisasi, serta dampaknya terhadap pencapaian tujuan mutu.
 8. Penilaian Terhadap Kebijakan dan Prosedur:
 - Kebijakan Mutu: Evaluasi penerapan dan efektivitas kebijakan mutu yang ada, analisis terhadap kesesuaian kebijakan dengan kebutuhan dan standar terkini.
 - Prosedur Operasional: Penilaian terhadap prosedur operasional yang diterapkan untuk memastikan kesesuaian dengan standar mutu dan efektivitasnya dalam implementasi.
 9. Laporan Kinerja dan Rencana Tindak Lanjut:
 - Laporan Kinerja: Ringkasan pencapaian kinerja Komite Mutu selama periode semester I dan keberhasilan dan area yang memerlukan perhatian lebih lanjut.
 - Rencana Tindak Lanjut: Usulan rencana dan strategi untuk periode berikutnya, berdasarkan temuan dan evaluasi yang dilakukan selama semester ini.

1.4 Sistematika Penulisan

Laporan Komite Mutu Semester I Tahun 2024 menjelaskan pencapaian terhadap penyelenggaraan tata kelola mutu RS pada bulan Januari–Juni 2024. Laporan mengacu kepada upaya peningkatan mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko. Sistematika penyajian laporan sebagai berikut:

Bab I. Pendahuluan

Pada bab ini menjelaskan tentang latar belakang, maksud dan tujuan, ruang lingkup, dan sistematika penulisan laporan.

Bab II. Analisis Situasi Awal Tahun

Pada bab ini menjelaskan hambatan yang dihadapi pada tahun yang lalu, uraian tentang kelembagaan serta kondisi sumber daya yang dimiliki Komite Mutu RS Marzoeeki Mahdi dalam kurun waktu Semester I Tahun 2024 meliputi sumber daya manusia dan sumber daya sarana prasarana.

Bab III. Tujuan Dan Sasaran Kerja

Pada bab ini menguraikan tentang dasar hukum yang menjadi acuan dalam menetapkan tujuan, sasaran, dan indikator RSMM Bogor. Tujuan yang akan dicapai mengacu kepada visi dan misi RS. Kemudian dicapai

secara nyata dalam rumusan sasaran yang lebih spesifik, terukur serta berkesinambungan sejalan tujuan yang telah ditetapkan. Tingkat keberhasilan pencapaian sasaran diukur melalui indikator sasaran disertai dengan rencana target. Pengukuran indikator mengacu pada pengelolaan kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien. pemilihan, pengumpulan data indikator mutu. analisis dan validasi data indikator mutu. pencapaian dan upaya mempertahankan perbaikan mutu. sistem pelaporan dan pembelajaran keselamatan pasien RS (SP2KPRS). dan penerapan manajemen risiko RS.

Bab IV. Strategi Pelaksanaan

Pada bab ini menguraikan bagaimana mencapai tujuan dan sasaran melalui strategi-strategi, hambatan yang terjadi dalam pelaksanaan strategi, dan upaya tindak lanjut untuk mengatasi hambatan pada pelaksanaan strategi tersebut.

Bab V. Hasil Kerja

Pada bab ini menguraikan tentang hasil pencapaian dari penyelenggaraan tata kelola mutu RS. Hasil kinerja meliputi capaian Program Mutu RS, Indikator Mutu Nasional, Indikator Mutu Prioritas RS, Pencapaian *Hospital Readiness*, Perbaikan Waktu Pelayanan *End to End*, Mutu Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI), Indikator Mutu Prioritas Unit (IMP – Unit), Evaluasi Panduan Praktik Klinik (PPK) / *Clinical Pathway* (CP), Keselamatan Pasien RS dan Budaya Keselamatan, Manajemen Risiko, Akreditasi RS, dan Reformasi Birokrasi.

Bab VI. Penutup

Pada bab ini menguraikan kesimpulan dan rekomendasi dari uraian sebelumnya.

BAB II

ANALISIS SITUASI AWAL TAHUN

BAB II ANALISIS SITUASI AWAL TAHUN

2.1 Hambatan Tahun Lalu

Selama tahun lalu, Komite Mutu menghadapi beberapa hambatan signifikan yang mempengaruhi pencapaian target mutu di rumah sakit. Hambatan-hambatan ini telah diidentifikasi dan dianalisis untuk merumuskan strategi perbaikan di semester I tahun 2024. Berikut adalah rincian hambatan yang dihadapi:

1. Kendala dalam Kepatuhan Prosedur:
 - a. Variasi Implementasi: Terjadi variasi dalam penerapan prosedur standar di berbagai unit, yang mengakibatkan ketidakkonsistenan dalam mutu layanan.
 - b. Kurangnya Kepatuhan: Kepatuhan terhadap prosedur dan kebijakan seperti kurang konsisten, menyebabkan kesenjangan dalam kepatuhan terhadap standar mutu.
2. Sumber Daya Manusia:
 - a. Pemahaman Konsep Mutu: Kurangnya pemahaman tentang konsep mutu dari SDM RS menghambat upaya peningkatan mutu dan efisiensi.
 - b. Kebutuhan Pelatihan: Ada kebutuhan untuk program pelatihan PMKP guna meningkatkan kompetensi staf dalam memenuhi standar mutu.
3. Infrastruktur dan Teknologi:
 - a. Peralatan: Beberapa peralatan medis yang digunakan perlu updating untuk mendukung peningkatan mutu layanan.
 - b. Integrasi Sistem: Integrasi sistem informasi kesehatan yang berkaitan dengan manajemen data dan pemantauan mutu.
4. Manajemen dan Proses:
 - a. Proses yang Tidak Efisien: Beberapa proses operasional tidak berjalan secara efisien, mengakibatkan waktu tunggu pasien yang lebih lama.
 - b. Kurangnya Komunikasi dan Koordinasi: Komunikasi dan koordinasi antar unit yang kurang efektif menghambat integrasi dan pelaksanaan kebijakan mutu secara menyeluruh.
5. Kepatuhan terhadap Regulasi:
 - a. Perubahan Regulasi: Perubahan regulasi dan standar menuntut penyesuaian cepat yang kadang tidak dapat dipenuhi dengan tepat waktu.
 - b. Dokumentasi yang Kurang: Dokumentasi dan pelaporan kepatuhan terhadap regulasi masih ada yang tidak lengkap atau tidak sesuai.

Secara spesifik, hambatan-hambatan masing-masing Sub Komite dalam pelaksanaan program mutu dan keselamatan pasien tahun 2023 adalah:

1. Subkomite Mutu

- a. Belum seluruh unit kerja menyusun program peningkatan mutu.
- b. Belum seluruh petugas memiliki pemahaman yang sama tentang mutu.
- c. Pengukuran dan pelaporan indikator kinerja belum semua tepat waktu.
- d. Pemantauan pelaksanaan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) dan supervisi berjenjang belum optimal.
- e. Audit medik dan audit klinik belum kolaboratif antar Profesional Pemberi Asuhan (PPA).

2. Subkomite Keselamatan Pasien

- a. Belum seluruh petugas memiliki pemahaman yang sama tentang keselamatan pasien, insiden keselamatan pasien, risk grading, dan budaya keselamatan RS.
- b. Pelaporan insiden keselamatan pasien belum tepat waktu.
- c. Monev dan supervisi belum optimal.
- d. Budaya mutu dan keselamatan pasien belum optimal.

3. Subkomite Manajemen Risiko

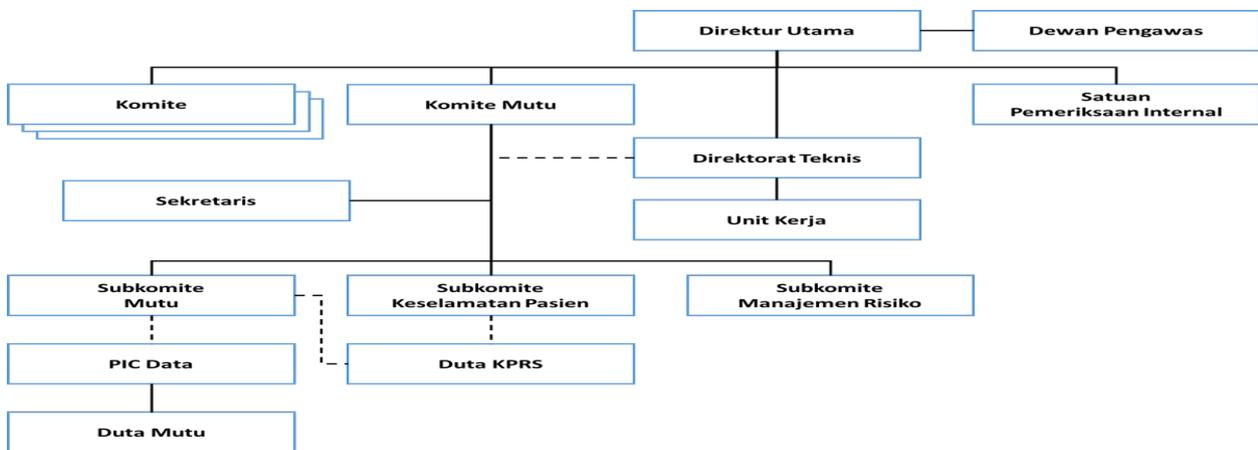
- a. Belum optimal melakukan pemantauan manajemen risiko unit kerja.
- b. Program manajemen risiko unit kerja belum terlaksana dengan optimal.
- c. Pendampingan manajemen risiko unit kerja belum optimal.

2.2 Kelembagaan

Komite Mutu RS Marzuki Mahdi dibentuk dan ditetapkan dengan Surat Keputusan Direktur Utama nomor HK.02.03/VVX.2/555/2022. Komite Mutu Rumah Sakit berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Utama.

2.2.1 Struktur Organisasi

RS Marzuki Mahdi sesuai Permenkes nomor 80 tahun 2020 membentuk dan menetapkan Komite Mutu dengan susunan organisasi sebagai berikut:



Gambar 2.1 Struktur Organisasi Komite Mutu RS Marzuki Mahdi Bogor

RS Marzuki Mahdi dikepalai oleh seorang Direktur Utama. Penjelasan dari bagan di atas adalah:

1. Komite Mutu

Komite mutu berada dan bertanggung jawab kepada Direktur Utama, terdiri dari:

A. Subkomite Peningkatan Mutu

- Ketua, sekretaris, dan anggota
- PIC Data
- Duta Mutu

B. Subkomite Keselamatan Pasien

- Ketua, sekretaris, dan anggota
- Duta KPRS

C. Subkomite Manajemen Risiko

- Ketua, sekretaris, dan anggota

2. Direktorat Teknis

Komite Mutu melakukan koordinasi dengan seluruh Direktorat Teknis dengan seluruh unit kerja di bawah Direktoratannya, yaitu:

A. Direktorat Medik dan Keperawatan

- Tim Kerja Pelayanan Medik
- Tim Kerja Pelayanan Keperawatan
- Tim Kerja Pelayanan Penunjang

- Instalasi Gawat Darurat
- Instalasi Rawat Jalan
- Instalasi Rawat Inap
- Instalasi Rehabilitasi Psikososial
- Instalasi NAPZA
- Instalasi Radiodiagnostik, Imaging, dan Elektromedik
- Instalasi Laboratorium
- Instalasi Farmasi
- Instalasi Gizi
- Unit Pemulasaraan Jenazah

B. Direktur Perencanaan, Keuangan, dan Layanan Operasional

- Tim Kerja Pelaksana Keuangan
- Tim Kerja Akuntansi dan Barang Milik Negara
- Tim Kerja Perencanaan Program, Anggaran, dan Evaluasi
- Tim Kerja Hukum dan Humas
- Tim Kerja TU dan Rumah Tangga
- Instalasi Verifikasi dan Administrasi Penjaminan Pasien
- Instalasi IPSRS
- Instalasi K3 dan Kesehatan Lingkungan
- Instalasi CSSD dan Binatu
- Instalasi PKRS
- Instalasi SIRS
- Instalasi Rekam Medik
- Unit Layanan Pengadaan (ULP)
- Unit Pengembangan Bisnis (UPB) Perintis Apel

C. Direktur Sumber Daya Manusia, Pendidikan, dan Penelitian

- Tim Kerja Organisasi dan Sumber daya Manusia
- Tim Kerja Pendidikan dan Pelatihan
- Tim Kerja Penelitian
- Instalasi Diklit

3. Komite-Komite

Komite Mutu melakukan koordinasi dengan Para Komite di RSMM Bogor, yaitu:

- A. Komite Medik.
- B. Komite Keperawatan.
- C. Komite Nakes Lain.
- D. Komite PPI.
- E. Komite Etik dan Hukum.
- F. Komite Etik Penelitian.

4. Satuan Pemeriksaan Internal

Komite Mutu melakukan koordinasi dengan SPI di RSMM Bogor.

5. Dewan Pengawas

Komite Mutu membuat laporan dan rekomendasi kepada Direktur Utama setiap bulan atau sewaktu-waktu bila diperlukan. Direktur Utama melaporkan hasil kegiatan penyelenggaraan mutu kepada Pemilik atau Dewan Pengawas RSMM Bogor. Pemilik atau Dewan Pengawas RS memberikan umpan balik berupa rekomendasi kepada Direktur Utama untuk ditindaklanjuti.

2.2.2 Tugas dan Fungsi

2.2.2.1 Tugas

Komite Mutu RS Marzoeki Mahdi bertugas membantu Direktur RS dalam pelaksanaan dan evaluasi peningkatan mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko di RS sebagai berikut:

1. Sebagai motor penggerak penyusunan program PMKP RS.
2. Melakukan monitoring dan memandu penerapan program PMKP di unit kerja.
3. Membantu dan melakukan koordinasi dengan pimpinan unit pelayanan dalam memilih prioritas perbaikan, pengukuran mutu/indikator mutu, dan menindaklanjuti hasil capaian indikator.
4. Melakukan koordinasi dan pengorganisasian pemilihan prioritas program di tingkat unit kerja serta menggabungkan menjadi prioritas RS secara keseluruhan. Prioritas program RS ini harus terkoordinasi dengan baik dalam pelaksanaannya.
5. Menentukan profil indikator mutu, metode analisis, dan validasi data dari data indikator mutu yang dikumpulkan dari seluruh unit kerja di RS.
6. Menyusun formulir untuk mengumpulkan data, menentukan jenis data, serta bagaimana alur data dan pelaporan dilaksanakan.
7. Menjalin komunikasi yang baik dengan semua pihak terkait serta menyampaikan masalah terkait pelaksanaan program mutu dan keselamatan pasien.
8. Terlibat secara penuh dalam kegiatan pendidikan dan pelatihan PMKP.
9. Bertanggung jawab untuk mengomunikasikan masalah-masalah mutu secara rutin kepada semua staf.
10. Menyusun regulasi terkait dengan pengawasan dan penerapan program PMKP.
11. Menangani insiden keselamatan pasien yang meliputi pelaporan, verifikasi, investigasi, dan analisis penyebab insiden keselamatan pasien.
12. Mengkoordinasikan penyusunan, implementasi, dan monev program manajemen risiko RS.

2.2.2.2 Fungsi

Dalam melaksanakan tugas pelaksanaan dan evaluasi **peningkatan mutu**, Komite Mutu RS Marzoeki Mahdi memiliki fungsi:

1. Penyusunan kebijakan, pedoman dan program kerja terkait pengelolaan dan penerapan program mutu pelayanan RS.
2. Pemberian masukan dan pertimbangan kepada Direktur RS terkait perbaikan mutu tingkat RS.
3. Pemilihan prioritas perbaikan tingkat RS dan pengukuran indikator tingkat RS serta menindaklanjuti hasil capaian indikator tersebut.
4. Pemantauan dan memandu penerapan program mutu di unit kerja.
5. Pemantauan dan memandu unit kerja dalam memilih prioritas perbaikan, pengukuran mutu /indikator mutu, dan menindaklanjuti hasil capaian indikator mutu.
6. Fasilitasi penyusunan profil indikator mutu dan instrumen untuk pengumpulan data.
7. Fasilitasi pengumpulan data, analisis capaian, validasi dan pelaporan data dari seluruh unit kerja.
8. Pengumpulan data, analisis capaian, validasi, dan pelaporan data indikator prioritas RS dan indikator mutu nasional RS.
9. Koordinasi dan komunikasi dengan Komite Medis dan Komite lainnya, Satuan Pemeriksaan Internal, dan unit kerja lainnya yang terkait, serta staf.
10. Pelaksanaan dukungan untuk implementasi budaya mutu di RS.
11. Pengkajian standar mutu pelayanan di RS terhadap pelayanan, pendidikan, dan penelitian.
12. Penyelenggaraan pelatihan peningkatan mutu.
13. Penyusunan laporan pelaksanaan program peningkatan mutu.

Dalam melaksanakan tugas pelaksanaan dan evaluasi **keselamatan pasien**, Komite Mutu RS Marzoeki Mahdi memiliki fungsi:

1. Penyusunan kebijakan, pedoman, dan program kerja terkait keselamatan pasien RS.
2. Pemberian masukan dan pertimbangan kepada Direktur RS dalam rangka pengambilan kebijakan keselamatan pasien.
3. Pemantauan dan memandu penerapan keselamatan pasien di unit kerja.
4. Motivasi, edukasi, konsultasi, pemantauan dan penilaian tentang penerapan program keselamatan pasien.
5. Pencatatan, analisis, dan pelaporan insiden, termasuk melakukan Root Cause Analysis (RCA), dan pemberian solusi untuk meningkatkan keselamatan pasien.
6. Pelaporan insiden secara kontinu sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
7. Melaksanakan pelatihan keselamatan pasien.
8. Penyusunan laporan pelaksanaan program keselamatan pasien.

Dalam melaksanakan tugas pelaksanaan dan evaluasi **manajemen risiko**, Komite Mutu RS Marzoeki Mahdi memiliki fungsi:

1. Penyusunan kebijakan, pedoman dan program kerja terkait manajemen risiko RS.
2. Pemberian masukan dan pertimbangan kepada Direktur RS terkait manajemen risiko.
3. Pemantauan dan memandu penerapan manajemen risiko di unit kerja.
4. Pemberian usulan atas profil risiko dan rencana penanganannya.
5. Pelaksanaan dan pelaporan rencana penanganan risiko sesuai lingkup tugasnya.
6. Pemberian usulan rencana kontingensi apabila kondisi yang tidak normal terjadi.
7. Pelaksanaan penanganan risiko tinggi.
8. Pelaksanaan pelatihan manajemen risiko.
9. Penyusunan laporan pelaksanaan program manajemen risiko.

Selain melaksanakan fungsi tersebut, Komite Mutu RS Marzoeki Mahdi juga melaksanakan fungsi persiapan dan penyelenggaraan akreditasi Rumah Sakit.

Dalam rangka meningkatkan kinerja pelaksanaan tugas dan fungsi Komite Mutu, dapat dilakukan upaya peningkatan kapasitas keanggotaan Komite Mutu melalui pelatihan internal/eksternal. Hasil pelaksanaan tugas dan fungsi tersebut dilaporkan secara tertulis kepada Direktur Utama disertai rekomendasi, paling sedikit setiap 3 (tiga) bulan atau sewaktu-waktu bila diperlukan. Direktur Utama melaporkan hasil kegiatan penyelenggaraan mutu kepada Pemilik atau Dewan Pengawas RS Marzoeki Mahdi agar mendapatkan umpan balik berupa rekomendasi untuk ditindaklanjuti.

2.3 Sumber Daya

2.3.1 Sumber Daya Manusia

Komite Mutu RS Marzoeki Mahdi dipilih, diangkat, dan diberhentikan oleh Direktur Utama yang terdiri atas:

1. Ketua.
2. Sekretaris.
3. Ketua, sekretaris, dan anggota Subkomite Peningkatan Mutu.
4. Ketua, sekretaris, dan anggota Subkomite Keselamatan Pasien.
5. Ketua, sekretaris, dan anggota Subkomite Manajemen Risiko.

Keanggotaan Komite Mutu RS terdiri atas tenaga medis, tenaga keperawatan, tenaga kesehatan lain, dan tenaga non kesehatan.

Ketenagaan Komite Mutu RS Marzoeki Mahdi saat ini terdiri dari tenaga penuh waktu dan tenaga paruh waktu. Tenaga penuh waktu adalah Ketua Komite Mutu dan 1 (satu) orang admin kes ahli pertama.

2.3.2 Sumber Daya Sarana dan Prasarana

Komite Mutu RS Marzuki Mahdi berada di Gedung Galeri Kresna yang dilengkapi sarana dan prasarana untuk menunjang penyelenggaraan tata kelola mutu sebagai berikut:

Tabel 2.1 Sumber Daya Sarana dan Prasarana Komite Mutu Semester I Tahun 2024

NO	NAMA SARPRAS	SEMESTER I TAHUN 2024			KET
		SARPRAS AWAL	(+) / (-)	SARPRAS AKHIR	
1	Meja ½ (setengah) biro	4	-	4	
2	Kursi	10	-	10	
3	Meja Rapat	1	-	1	
4	Lemari arsip	6	-	6	
5	Filing Kabinet	1	-	1	
6	Komputer / PC	2	-	2	
7	Laptop	1	-	1	
8	Printer	2	-	2	
9	Scanner	2	-	2	

BAB III

TUJUAN DAN SASARAN KERJA

BAB III TUJUAN DAN SASARAN KERJA

3.1 Dasar Hukum

Dasar hukum penyelenggaraan tata kelola mutu RS Marzuki Mahdi adalah sebagai berikut:

1. Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 Bab V tentang Kementerian Negara Pasal 17 ayat (3) Setiap Menteri Membidangi Urusan Tertentu Dalam Pemerintahan.
2. Undang-Undang Nomor 39 Tahun 2008 tentang Kementerian Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 166, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4916).
3. Undang-Undang Nomor 17 Semester I Tahun 2024 tentang Kesehatan.
4. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072).
5. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607).
6. Peraturan Pemerintah Nomor 60 tahun 2008 tentang Sistem Pengendalian Intern Pemerintah.
7. Peraturan Pemerintah Nomor 50 tahun 2012 tentang Penerapan Sistem Manajemen K3.
8. Peraturan Presiden Nomor 35 tahun 2015 tentang Kementerian Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 59).
9. Peraturan Presiden Nomor 77 Tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 159 Tahun 2015).
10. Keputusan Presiden Republik Indonesia Nomor 17 Semester I Tahun 2024 Tentang Penetapan Berakhirnya Status Pandemi Corona Virus Disease 2019 (Covid-19) Di Indonesia.
11. Instruksi Menteri Dalam Negeri Nomor 53 Tahun 2022 Tentang Pencegahan dan Pengendalian Corona Virus Disease 2019 Pada Masa Transisi Menuju Endemi.
12. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 21).
13. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 5 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan.
14. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2022 Tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan.
15. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2020 Tentang Akreditasi Rumah Sakit.
16. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 80 Tahun 2020 Tentang Komite Mutu Rumah Sakit.
17. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 30 Semester I Tahun 2024 Tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi, Klinik, Pusat Kesehatan Masyarakat, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan, dan Unit Transfusi Darah.
18. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 308).
19. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2019 Tentang Penerapan Manajemen Risiko Terintegrasi di Lingkungan Kementerian Kesehatan.
20. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2017 Tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
21. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 66 Tahun 2016 Tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit.
22. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 2015 Tentang Program Pengendalian Resistensi Antimikroba di Rumah Sakit.

23. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/1128/2022 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit.
24. Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor HK.02.02/I/1130/2022 tentang Pedoman Survei Akreditasi Rumah Sakit.
25. Surat Edaran Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/Menkes/4394/2020 Tentang Registrasi dan Perizinan Tenaga Kesehatan pada Masa Pandemi Covid-19.
26. Surat Edaran Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/Menkes/133/2022 Tentang Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Bidang Pelayanan Kesehatan dan Akreditasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
27. Surat Edaran Dirjen Yankes Nomor HK.02.02/I/4254/2021 tanggal: 30 November Semester I Tahun 2024, Tentang Penggunaan Laporan IKP Puskesmas, RS, Laboratorium dan Unit Transfusi Darah, per tanggal 1 Januari 2022, diharapkan seluruh Fasyankes (Rumah sakit, Puskesmas, Laboratorium kesehatan dan Unit transfusi Darah).
28. Rapid Hospital Readiness Checklist dari WHO tentang Kesiapan Rumah Sakit pada Masa Pandemi Covid-19.

3.2 Tujuan, Sasaran dan Indikator

3.2.1 Tujuan

Mutu RS Marzoeki Mahdi adalah pelayanan bagi individu dan populasi yang dapat meningkatkan keluaran (outcome) kesehatan yang optimal, diberikan sesuai dengan standar pelayanan, perkembangan ilmu pengetahuan terkini serta memperhatikan hak dan keterlibatan pasien dan masyarakat. Dimensi mutu yang harus dilaksanakan ada 7 (tujuh), yaitu:

1. Aman: meminimalisasi terjadinya kerugian (harm), cedera dan kesalahan medis yang bisa dicegah kepada mereka yang menerima pelayanan.
2. Adil: menyediakan pelayanan yang seragam tanpa membedakan jenis kelamin, suku, etnik, tempat tinggal, agama, sosial ekonomi.
3. Berorientasi pasien: menyediakan pelayanan yang sesuai dengan preferensi, kebutuhan, dan nilai-nilai individu.
4. Integrasi: menyediakan pelayanan yang terkoordinasi lintas fasyankes dan pemberi pelayanan, serta menyediakan yankes untuk seluruh siklus kehidupan.
5. Tepat waktu: mengurangi waktu tunggu dan keterlambatan pemberian pelayanan kesehatan.
6. Efektif: menyediakan pelayanan kesehatan yang berbasis bukti kepada masyarakat.
7. Efisien: optimalkan sumber daya yang ada, tanpa pemborosan bahan.



Gambar 3.1 Dimensi Mutu Pelayanan Kesehatan

Mutu harus menjadi DNA dari sistem RS dan menjadi dasar kegiatan di RSMM Bogor. Secara rinci, mutu yang dilaksanakan harus:

1. Menjamin bahwa sistem kesehatan memiliki infrastruktur informasi dan teknologi informasi yang dapat mengukur dan melaporkan mutu RS.
2. Mengembangkan SDM yang memiliki kemampuan untuk memenuhi permintaan dan kebutuhan pelayanan kesehatan yang bermutu tinggi.
3. Menunjukkan akuntabilitas untuk menyediakan pelayanan yang aman dan bermutu tinggi.
4. Menutup kesenjangan antara mutu yang diterima dan yang dapat dicapai.
5. Mengembangkan tata kelola RS yang baik.
6. Menjamin bahwa reformasi kesehatan UHC menguatkan mutu RS dalam sistem pelayanan kesehatannya.
7. Menguatkan kemitraan antara penyedia dan penerima pelayanan kesehatan sehingga mendorong upaya peningkatan mutu.
8. Melakukan penelitian untuk peningkatan mutu pelayanan.

Tujuan penyelenggaraan tata kelola mutu adalah mempertahankan mutu dan keselamatan pasien RSMM Bogor. Pengaturan tata kelola mutu bertujuan untuk:

1. Meningkatkan mutu pelayanan RS secara berkelanjutan dan melindungi keselamatan pasien RS.
2. Meningkatkan perlindungan bagi masyarakat, sumber daya manusia di Rumah Sakit, dan Rumah Sakit sebagai institusi.
3. Meningkatkan tata kelola RS dan tata kelola klinis.
4. Mendukung program pemerintah di bidang kesehatan.

Pengaturan Keselamatan Pasien bertujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan fasilitas pelayanan kesehatan melalui penerapan manajemen risiko dalam seluruh aspek pelayanan yang disediakan oleh fasilitas pelayanan kesehatan. Tujuan Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) adalah untuk menggiatkan perbaikan-perbaikan tertentu dalam soal keselamatan pasien. Sasaran-sasaran dalam SKP menyoroti bidang-bidang yang bermasalah dalam perawatan kesehatan, memberikan bukti dan solusi yang berlaku untuk keseluruhan sistem. RS menyediakan perawatan kesehatan yang aman dan bermutu tinggi dengan desain sistem yang baik.

Penerapan manajemen risiko di RS Marzoeki Mahdi bertujuan untuk:

1. Melaksanakan fungsi manajemen risiko di organisasi (entitas) untuk memastikan semua risiko yang dihadapi organisasi dapat dikelola dengan efektif, efisien, secara menyeluruh (terintegrasi) agar visi, misi, dan sasaran organisasi dapat tercapai dan sesuai dengan prinsip-prinsip manajemen risiko.
2. Mengantisipasi dan menangani segala bentuk Risiko secara efektif dan efisien.
3. Meningkatkan kepatuhan terhadap regulasi.
4. Memberikan dasar pada setiap pengambilan keputusan dan perencanaan.
5. Meningkatkan pencapaian tujuan dan peningkatan kinerja

Penerapan Manajemen Risiko di RS Marzoeki Mahdi bermanfaat untuk:

1. Meningkatnya mutu informasi untuk pengambilan keputusan.
2. Perlindungan kepada unit kerja dan staf.
3. Mengurangi kejutan atas Risiko yang tidak diinginkan.

Pembinaan dan pengawasan tata kelola mutu bertujuan agar RS dapat mempertahankan dan/atau meningkatkan mutu pelayanan RS. Pembinaan dan pengawasan tersebut dilakukan melalui:

1. Advokasi, sosialisasi, supervisi, konsultasi, dan bimbingan teknis.
2. Pendidikan dan pelatihan. dan/atau
3. Pemantauan dan evaluasi.

3.2.2 Sasaran dan Indikator

Sasaran adalah hasil yang akan dicapai secara nyata dalam rumusan yang lebih spesifik, terukur, dalam Semester I Tahun 2024. Indikator adalah ukuran tingkat keberhasilan pencapaian sasaran untuk diwujudkan pada Semester I Tahun 2024. Setiap indikator disertai dengan rencana target masing-masing yang mengacu pada dokumen:

1. Indikator Nasional Mutu (INM).
2. Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit (IMP-RS).
3. Indikator Mutu Perbaikan Waktu Pelayanan *End to End*.
4. Indikator Mutu Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI).
5. Indikator Mutu Prioritas Unit (IMP-Unit).
6. Panduan Praktik Klinik (PPK) / *Clinical Pathway* (CP).
7. Indikator Keselamatan Pasien dan Budaya Keselamatan Rumah Sakit.
8. Manajemen Risiko Rumah Sakit.
9. Akreditasi Rumah Sakit.

Sasaran Keselamatan Pasien di RS Marzoeki Mahdi terdiri dari:

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

Sasaran kegiatan Manajemen Risiko di RS Marzoeki Mahdi adalah sebagai berikut:

1. Tersusunnya program kerja dan regulasi manajemen risiko RS yang telah dievaluasi.
2. Terlaksananya penerapan program manajemen risiko di tingkat unit dan tingkat RS.
3. Terlaksananya workshop mengenai Manajemen Risiko RS
4. Tersusunnya Risk Register RS berdasarkan Risk Register unit-unit di RS.
5. Tersusunnya Identifikasi Risiko Unit, Analisa Risiko dan Prioritas Risiko Rumah Sakit
6. Adanya pelaporan Risk Register RS dan Strategi pengurangan risiko di rumah sakit.
7. Memandu pemilihan minimal satu Analisa secara proaktif terhadap proses berisiko tinggi yang diprioritaskan untuk dilakukan Analisa FMEA setiap tahun.
8. Adanya manajemen terkait tuntutan atau klaim.
9. Terlaksananya pemantauan terhadap rencana penanganan dan melaporkan kepada Direktur dan Representatif pemilik / Dewan Pengawas setiap bulan.

BAB IV

STRATEGI PELAKSANAAN

BAB IV STRATEGI PELAKSANAAN

4.1 Strategi Pencapaian Tujuan dan Sasaran

RS dalam memastikan pencapaian tujuan dan sasaran mutu di rumah sakit (RS) selama Semester I Tahun 2024, Komite Mutu menerapkan siklus *Plan-Do-Study-Act* (PDSA) sebagai strategi utama. Siklus ini dirancang untuk mendukung perbaikan berkelanjutan dan efektivitas dalam pelaksanaan kebijakan mutu. Berikut adalah rincian strategi penerapan siklus PDSA:

1. *Plan* (Perencanaan):

- a. Penetapan Tujuan dan Sasaran: Menentukan tujuan dan sasaran mutu yang ingin dicapai selama semester I tahun 2024. Sasaran ini bisa mencakup pengurangan waktu tunggu pasien, peningkatan kepuasan pasien, atau peningkatan kepatuhan terhadap standar prosedur.
- b. Analisis Situasi: Melakukan analisis mendalam terhadap kondisi saat ini, termasuk hasil audit, feedback pasien, dan data kinerja sebelumnya. Mengidentifikasi area yang membutuhkan perbaikan dan menetapkan prioritas.
- c. Pengembangan Rencana Perbaikan: Merumuskan rencana tindakan spesifik untuk mencapai sasaran yang telah ditetapkan. Rencana ini mencakup langkah-langkah konkret, alokasi sumber daya, dan penjadwalan kegiatan. Contohnya, jika sasaran adalah pengurangan waktu tunggu pasien, rencana bisa meliputi implementasi sistem pendaftaran elektronik dan pelatihan staf.

2. *Do* (Pelaksanaan):

- a. Implementasi Rencana: Menerapkan rencana perbaikan yang telah disusun, melibatkan semua pihak terkait, dan memastikan bahwa tindakan yang direncanakan dilaksanakan sesuai dengan jadwal. Misalnya, meluncurkan sistem pendaftaran baru di area pendaftaran utama.
- b. Dokumentasi dan Pemantauan: Mencatat semua aktivitas yang dilakukan selama pelaksanaan rencana dan memantau kemajuan terhadap target yang ditetapkan. Pengumpulan data secara real-time sangat penting untuk evaluasi selanjutnya.

3. *Study* (Studi/Evaluasi):

- a. Pengumpulan Data Hasil: Mengumpulkan data mengenai hasil dari perubahan yang diterapkan. Data ini mencakup indikator kinerja yang relevan seperti waktu tunggu pasien, kepuasan pasien, dan kepatuhan terhadap prosedur.
- b. Analisis Kinerja: Menganalisis data yang dikumpulkan untuk menilai apakah perubahan yang dilakukan telah memenuhi sasaran. Menilai efektivitas tindakan yang diterapkan dan membandingkan hasil aktual dengan target yang ditetapkan.

4. *Act* (Tindakan):

- a. Evaluasi dan Tindakan Korektif: Berdasarkan analisis hasil, mengevaluasi apakah tujuan dan sasaran tercapai. Jika hasil tidak memadai, mengidentifikasi penyebab dan menentukan tindakan korektif yang diperlukan untuk mengatasi masalah yang teridentifikasi.
- b. Standardisasi dan Penyebaran: Jika perubahan berhasil, mengintegrasikan perbaikan ke dalam prosedur standar rumah sakit dan menyebarkannya ke seluruh bagian yang relevan. Memastikan bahwa perubahan menjadi praktik rutin dan memonitor keberlanjutannya.

Strategi-strategi upaya peningkatan mutu di RS Marzoeki Mahdi adalah:

1. Menginvestasikan sumber daya untuk membangun definisi operasional dan pengukuran mutu RS. Semua standar yang diperlukan untuk menjamin mutu RS perlu dikembangkan lengkap dengan metode pengukurannya.
2. Menyediakan sumber daya dan panduan strategi peningkatan mutu dan dilakukan pengawasan secara berkala.
3. Memperbaiki pemanfaatan pembiayaan dan strategi untuk perbaikan mutu RS. Perlu peningkatan kapasitas dan pelatihan agar RS dapat memberi layanan bermutu sesuai standar. Implementasi strategi dapat berupa pembuatan definisi operasional untuk tiap layanan dan melakukan pengawasan berkala.

4. Kombinasi pelaksanaan berbagai strategi. Tidak ada strategi tunggal yang dapat berhasil optimal saat dijalankan. Implementasi berbagai strategi berdasar diagnosis masalah akan sangat dibutuhkan untuk memecahkan masalah mutu RS.

Strategi khusus untuk meningkatkan mutu RS adalah:

1. Pimpinan berperan aktif dalam proses penentuan serta penilaian indikator mutu.
2. Penyesuaian indikator mutu sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1128 Tahun 2022 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit dan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 30 Semester I Tahun 2024 Tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan Tempat Praktik Mandiri Dokter Dan Dokter Gigi, Klinik, Pusat Kesehatan Masyarakat, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan, Dan Unit Transfusi Darah.
3. Optimalisasi SDM dan sistem yang bersinergi dalam penyediaan data untuk pengukuran /indikator mutu.
4. Pemusatan data dan informasi yang memudahkan dalam pencarian serta penyediaan data dengan membangun aplikasi SIMANDATURI.
5. Review profil indikator RS.
6. Melakukan *self assessment hospital readiness* Semester I Tahun 2024.
7. Penguatan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) pada seluruh pegawai RS yang berkelanjutan.
8. Melakukan koordinasi dengan unit kerja untuk upaya continuous quality improvement.
9. Melakukan rapat *feedback* capaian mutu unit kerja setiap bulan.
10. Melakukan pendampingan dan sosialisasi.
11. Melakukan monitoring dan supervisi unit kerja secara rutin
12. Melakukan ronde ruangan bersama dengan SubKomite KPRS dan SubKomite Manajemen Risiko secara rutin setiap hari Selasa.
13. Pelaksanaan dan monitoring kepatuhan serta audit penerapan PPK/CP.
14. Webinar, pelatihan, seminar, dan workshop
15. Pelaporan bulanan seluruh indikator mutu RS.
16. Pelaporan tentang program mutu RS kepada Direktur Utama dan Dewan Pengawas RS.
17. Pelaporan eksternal Indikator Nasional Mutu (INM) setiap bulan dan *self assessment hospital readiness* per triwulan ke aplikasi <http://mutufasyankes.kemkes.go.id/>.
18. Melakukan publikasi pada website RS tentang Capaian Indikator Mutu RS, Laporan Validasi Data, Laporan berkala Komite Mutu
19. Melakukan continuous quality improvement di seluruh unit kerja.
20. Inovasi: Aplikasi SIMANDATURI, Duta Mutu RS, dan *Department of The Month*.

Strategi-strategi menuju keselamatan pasien RS terdiri dari:

1. Membangun budaya keselamatan.
Membangun kesadaran akan nilai Keselamatan Pasien. Ciptakan budaya adil dan terbuka.
2. Memimpin dan mendukung staf.
Menegakkan fokus yang kuat dan jelas tentang keselamatan pasien di RS.
3. Mengintegrasikan kegiatan manajemen risiko.
Membangun sistem dan proses untuk mengelola risiko dan mengidentifikasi kemungkinan terjadinya kesalahan
4. Mengembangkan sistem pelaporan.
Memastikan staf mudah untuk melaporkan insiden secara internal maupun eksternal (nasional).
5. Melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien dan masyarakat.
Mengembangkan cara-cara berkomunikasi cara terbuka dan mendengarkan pasien.
6. Belajar dan berbagi pengalaman tentang Keselamatan Pasien.
Mendorong staf untuk menggunakan analisa akar masalah guna pembelajaran tentang bagaimana dan mengapa terjadi insiden.
7. Mencegah cedera melalui implementasi sistem Keselamatan Pasien.
Pembelajaran lewat perubahan-perubahan di dalam praktik, proses atau sistem. Untuk sistem yang sangat kompleks dibutuhkan perubahan budaya dan komitmen yang tinggi bagi seluruh staf dalam waktu yang cukup lama.

Strategi khusus untuk mempertahankan mutu dan keselamatan pasien RS adalah:

1. Pimpinan berperan aktif dalam proses penentuan serta penilaian komponen /indikator mutu.
2. Menyusun program keselamatan pasien RS yang telah dievaluasi.
3. Meningkatkan peran aktif Duta KPRS.
4. Melakukan pendampingan, sosialisasi, dan pemantauan keselamatan pasien RS.
5. Webinar, pelatihan, seminar, dan workshop:
6. Pelaporan bulanan sasaran keselamatan pasien dan insiden keselamatan pasien RS.
7. Pelaporan internal tentang program keselamatan pasien kepada Direktur Utama dan Dewan Pengawas RS.
8. Pelaporan eksternal Insiden Keselamatan Pasien (IKP) setiap bulan ke aplikasi <http://mutufasyankes.kemkes.go.id/>.
9. Inovasi: Duta KPRS.

Strategi-strategi penerapan manajemen risiko RS Marzoeqi Mahdi meliputi:

1. Melakukan penilaian risiko dan pengendalian risiko yang mempunyai dampak negatif yang signifikan terhadap pencapaian tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan.
2. Menyiapkan sarana dan prasarana yang meliputi sumber daya manusia, infrastruktur, dan prosedur operasional standar.
3. Mengintegrasikan manajemen risiko dalam perencanaan, pelaksanaan dan pertanggungjawaban program dan kegiatan untuk mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan.
4. Melakukan pemantauan terus menerus untuk perbaikan pada saat pelaksanaan, pertanggungjawaban, dan ataupun untuk bahan perencanaan berikutnya.

Strategi khusus manajemen risiko RS untuk mempertahankan mutu dan keselamatan pasien RS Marzoeqi Mahdi adalah:

1. Menyusun program kerja manajemen Risiko.
2. Menyusun profil risiko RS.
3. Menyusun risk register RS.
4. Webinar, pelatihan, dan workshop yang diselenggarakan pada:
5. Penyusunan Profil Risiko RS melalui Kelas Kecil sesuai dengan PIC Manajemen Risiko.

4.2 Hambatan dalam Pelaksanaan Tujuan

Komite Mutu RS Marzoeqi Mahdi berusaha menjalankan program /kegiatan dengan baik, efektif, dan efisien agar lancar dan tercapai tujuan. Strategi-strategi yang disusun dalam upaya mempertahankan mutu dan keselamatan pasien telah dilaksanakan, namun dalam pelaksanaannya ada beberapa hambatan-hambatan yang ditemui, antara lain:

Tabel 4.1 Hambatan dalam Pelaksanaan Tujuan

NO	HAMBATAN
1	Man <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pemahaman mutu, budaya keselamatan, dan manajemen risiko belum optimal. ▪ Pelaporan indikator mutu RS secara real time belum optimal. ▪ Implementasi SIMANDATURI oleh user belum optimal. ▪ Duta Mutu belum optimal dalam melaksanakan tugas dan fungsinya. ▪ Budaya pelaporan IKP belum optimal dan belum tepat waktu. ▪ Perubahan ruangan, sehingga penempatan dan keberadaan Duta KPRS tidak sesuai lagi dengan SK yang ditetapkan, ada ruangan yang Duta-nya 2 atau 3, dan ada ruangan yang sama sekali tidak ada Duta KPRS. ▪ Apabila Duta KPRS cuti, sakit, dll, tidak lapor ke atasan langsung, sehingga pelaporan terlambat /harus diingatkan. ▪ Pemahaman manajemen risiko belum merata.
2	Money <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pengelolaan anggaran untuk kegiatan dan pelatihan Komite Mutu belum optimal
3	Method <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pendampingan ke unit kerja secara daring dan luring belum optimal. ▪ Sosialisasi dan edukasi belum optimal. ▪ Metode edukasi keselamatan pasien belum optimal. ▪ Supervisi mutu dan keselamatan pasien belum optimal. ▪ Pengelolaan dan pemantauan manajemen risiko belum berkesinambungan. ▪ Penggunaan tools monitoring dan evaluasi manajemen risiko belum optimal.

NO	HAMBATAN
4	Materials <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pelaporan pemantauan manajemen risiko unit kerja belum terdokumentasi dengan optimal. ▪ Masih adanya transisi demografi dan new emerging dan reemerging disease. ▪ Sarana, prasarana, dan alat kesehatan yang belum semuanya terpenuhi dan sesuai standar. ▪ Dukungan hardware belum sesuai standar.
5	Machines <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aplikasi SIMANDATURI dalam tahap pengembangan. ▪ Pelaporan KPRS dan IKP belum terintegrasi dalam Aplikasi SIMANDATURI. ▪ Pelaporan dan pemantauan manajemen risiko menggunakan spreadsheet

4.3 Upaya Tindak Lanjut

Untuk meminimalkan hambatan dalam pelaksanaan strategi dilakukan beberapa upaya antara lain adalah:

Tabel 4.2 Upaya Tindak Lanjut

NO	UPAYA TINDAK LANJUT
1	Man <ul style="list-style-type: none"> ▪ Optimalisasi aplikasi SIMANDATURI oleh user secara <i>real time</i>. ▪ Peningkatan kompetensi Komite Mutu dalam rangka optimalisasi capaian program mutu, budaya keselamatan, dan manajemen risiko melalui seminar, workshop, pelatihan, dll. ▪ Optimalisasi layanan RS sesuai standar. ▪ Optimalisasi peran Duta Mutu RS untuk menjalankan tupoksinya. ▪ Optimalisasi pendampingan dan monev Subkomite sesuai dengan pembagian area yang ada. ▪ Meningkatkan kesadaran pentingnya pelaporan IKP tepat waktu. ▪ Membangun budaya keselamatan RS. ▪ Terkait Duta KPRS, Kepala ruangan diminta untuk menunjuk petugas baru untuk menjadi Duta KPRS baru sehingga monev di ruangan tetap dapat dilaksanakan. ▪ Meningkatkan kesadaran pentingnya pelaporan IKP tepat waktu. ▪ Melakukan supervisi mutu dan keselamatan pasien. ▪ Pelatihan /workshop manajemen risiko sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2019 Tentang Penerapan Manajemen Risiko Terintegrasi Di Lingkungan Kementerian Kesehatan. ▪ Meningkatkan kesadaran pentingnya pelaporan risk register unit kerja tepat waktu. ▪ Meningkatkan kesadaran pentingnya penyusunan profil risiko dan FMEA unit kerja. ▪ Mendorong penelitian di bidang mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko.
2	Money
3	Method <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pengelolaan anggaran untuk kegiatan dan pelatihan Komite Mutu. ▪ Peningkatan kompetensi Sub Komite Manajemen Risiko dalam rangka optimalisasi capaian program melalui seminar, workshop, pelatihan, dll. ▪ Pendampingan mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko ke unit kerja secara daring dan luring. ▪ Pendampingan unit kerja untuk pelaporan IKP internal dan eksternal tepat waktu. ▪ Pendampingan dan supervisi unit kerja terkait pembuatan risk register dan FMEA. ▪ Pendampingan kegiatan manajemen risiko ke unit kerja secara daring dan luring. ▪ Optimalisasi pendampingan, monitoring, dan evaluasi tentang mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko sesuai dengan pembagian area yang ada (1 petugas : 5 area). ▪ Sosialisasi dan edukasi tentang mutu, keselamatan pasien, budaya keselamatan, dan manajemen risiko. ▪ Memodifikasi kegiatan sosialisasi dan edukasi melalui media cetak, elektronik, maupun daring. ▪ Supervisi mutu dan keselamatan pasien dijadwalkan per triwulan. ▪ Pengelolaan dan pemantauan manajemen risiko dilaksanakan setiap bulan oleh Subkomite Manajemen Risiko sesuai pembagian areanya. ▪ Optimalisasi pelaksanaan budaya mutu dan keselamatan pasien di seluruh unit kerja. ▪ Pengoptimalan pemakaian tools pemantauan manajemen risiko setiap Ronde Komite Mutu. ▪ Mendorong unit kerja melakukan pemantauan dan pengelolaan manajemen risiko yang terdokumentasi dan dilaporkan setiap bulan ke Subkomite Manajemen Risiko.
4	Machines <ul style="list-style-type: none"> ▪ Implementasi aplikasi SIMANDATURI untuk mutu dan keselamatan pasien dilakukan evaluasi setiap bulan. ▪ Pengembangan aplikasi SIMANDATURI untuk dapat menampilkan tren capaian. ▪ Usulan pembuatan sistem untuk pelaporan insiden keselamatan pasien internal. ▪ Pengembangan aplikasi manajemen risiko pada aplikasi "Data Center RS".
5	Materials <ul style="list-style-type: none"> ▪ Optimalisasi layanan RS sesuai standar. ▪ Penyusunan standar sarana, prasarana dan alat kesehatan sebagai pedoman dalam pemenuhan kebutuhan unit kerja. ▪ Usulan hardware untuk seluruh unit kerja.

4.4 Inovasi

Selama semester I tahun 2024, Komite Mutu RS Marzoeqi Mahdi telah melaksanakan beberapa inovasi untuk meningkatkan mutu layanan dan efisiensi. Inovasi ini dirancang untuk memperbaiki mutu layanan rumah sakit, mempercepat proses, dan meningkatkan keselamatan pasien melalui berbagai inisiatif strategis dan teknologi. Adapun deskripsi dari masing-masing inovasi adalah sebagai berikut:

Tabel 4.3 Inovasi Komite Mutu

NO	INOVASI
1	<p>Sistem Manajemen Data Mutu Terintegrasi (SIMANDATURI)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aplikasi berbasis web untuk pengelolaan indikator mutu, meliputi pengumpulan, pelaporan, dan analisis data. ▪ Manfaat: Mempermudah pengelolaan data, meningkatkan efisiensi, dan mendukung pengambilan keputusan yang tepat waktu.
2	<p><i>Department of The Month</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Penghargaan bulanan untuk unit kerja yang menunjukkan pelaporan indikator mutu secara lengkap dan akurat. ▪ Manfaat: Mendorong unit kerja untuk meningkatkan mutu pelaporan dan memberikan apresiasi atas kinerja yang baik.
3	<p><i>Quality Improvement (Q) Championship</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Inisiatif untuk meningkatkan mutu dengan menerapkan siklus PDSA (Plan-Do-Study-Act). ▪ Tujuan: Mengidentifikasi dan mengatasi permasalahan, serta merumuskan strategi perbaikan yang berkelanjutan di unit kerja.
4	<p>Duta Mutu RS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Program untuk membantu PIC Data dalam pengukuran dan pelaporan indikator mutu di unit kerja. ▪ Tugas: Melakukan monitoring, pengumpulan data, analisis, pelaporan, serta edukasi dan koordinasi terkait mutu.
5	<p>Duta KPRS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Program untuk memantau dan mengevaluasi upaya keselamatan pasien di berbagai unit layanan rumah sakit. ▪ Tugas: Melakukan edukasi, monitoring, pelaporan insiden keselamatan, serta koordinasi terkait keselamatan pasien.

BAB V

HASIL KERJA

BAB V HASIL KERJA

Pengukuran kinerja dilakukan untuk mengetahui sejauh mana keberhasilan dan kegagalan dari sasaran dengan alat ukur berupa indikator-indikator. Berdasarkan pengukuran kinerja tersebut diperoleh informasi mengenai kondisi yang dicapai saat ini, kendala dan permasalahan, upaya yang sudah dilakukan, dan rencana tindak lanjut dalam rangka pencapaian program di masa yang akan datang. Adapun hasil pengukuran kinerja Semester I Tahun 2024 adalah sebagai berikut:

5.1 Realisasi Program Mutu RS

5.1.1 Realisasi Program Peningkatan Mutu Rumah Sakit

Realisasi program peningkatan mutu Semester I Tahun 2024 adalah sebagai berikut:

Tabel 5.1 Realisasi Program Peningkatan Mutu

NO	PROGRAM	REALISASI
1	Penyusunan kebijakan, pedoman, dan program kerja terkait pengelolaan dan penerapan program mutu layanan RS.	<ul style="list-style-type: none"> Telah disusun regulasi terkait pengelolaan dan penerapan program mutu pelayanan RS. Telah disusun program mutu tahun 2024.
2	Pemberian masukan dan pertimbangan kepada Direktur RS terkait perbaikan mutu di tingkat RS.	<ul style="list-style-type: none"> Memberi masukan dan pertimbangan dalam bentuk laporan Komite Mutu RS yang dilaporkan setiap bulannya kepada Direktur Utama dan Dewan Pengawas.
3	Pemilihan prioritas perbaikan tingkat RS dan pengukuran indikator tingkat RS serta menindaklanjuti hasil capaian indikator tersebut.	<ul style="list-style-type: none"> Sudah dilakukan pemilihan prioritas perbaikan tingkat RS menyesuaikan dengan standar Akreditasi RS yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan meliputi indikator sasaran keselamatan pasien, pelayanan klinis prioritas, tujuan strategis RS, perbaikan sistem, manajemen risiko, dan penelitian klinis dan program pendidikan kedokteran. Prioritas perbaikan tingkat RS adalah layanan PDC dengan 16 Indikator Mutu Prioritas (IMP) RS. Pengukuran indikator mutu prioritas RS setiap bulan dan dilaporkan kepada Direktur Utama dan Dewan Pengawas beserta rekomendasinya.
4	Pemantauan dan memandu penerapan program mutu di unit kerja.	<ul style="list-style-type: none"> Penerapan program mutu dipandu oleh Subkomite Mutu dengan pembagian area 1:5 (1 petugas : 5 area). Dilakukan monev unit kerja untuk memantau penerapan mutu unit kerja. Dilakukan supervisi mutu dan keselamatan pasien rutin tiap 6 bulan. Dilakukan Ronde Komite Mutu yang melibatkan 3 (tiga) Subkomite yakni Subkomite Mutu, Subkomite KPRS, dan Subkomite Manajemen Risiko agar upaya perbaikan yang dilakukan lebih komprehensif.
5	Pemantauan dan memandu unit kerja dalam memilih prioritas perbaikan, pengukuran mutu/indikator mutu, dan menindaklanjuti hasil capaian indikator mutu.	<ul style="list-style-type: none"> Pemilihan dan penetapan indikator mutu prioritas RS sesuai dengan STARKES pada layanan prioritas PDC. Dilakukan evaluasi terhadap mutu/indikator mutu yang belum mencapai standar. Pengukuran mutu prioritas dan tindak lanjutnya dilakukan setiap bulan. Kunjungan Pemantauan dan Evaluasi Sistem Pelaporan INM dan IKP di Rumah Sakit pada tanggal 04 Januari 2024. Evaluasi Pelaporan INM dan IKP yang diselenggarakan oleh Dinas Kesehatan Kota Bogor dan Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI pada tanggal 06 Mei 2024. Evaluasi INM dan IKP yang diselenggarakan oleh Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat dan Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI pada tanggal 07 Mei 2024.
6	Fasilitasi penyusunan profil indikator mutu dan instrumen untuk pengumpulan data.	<ul style="list-style-type: none"> Sudah dilakukan review profil indikator untuk pemilihan dan penetapan indikator mutu prioritas unit (IMP-Unit) Semester I Tahun 2024 pada bulan Oktober-Desember 2022 yang dihadiri oleh manajemen dan Kepala Unit Kerja, baik melalui rapat koordinasi maupun rapat per masing-masing bagian. Sudah ada penetapan profil indikator mutu unit (IMP-Unit) Semester I Tahun 2024 untuk upaya perbaikan mutu berkesinambungan di unit tersebut.
7	Fasilitasi pengumpulan data, analisis capaian, validasi dan pelaporan data dari seluruh unit kerja.	<ul style="list-style-type: none"> Dilakukan optimalisasi implementasi dan pengembangan aplikasi SIMANDATURI. Implementasi aplikasi ini dievaluasi rutin setiap bulannya. Pelaporan data dari unit kerja Sebagian besar sudah dilakukan dengan tepat waktu pada tanggal 5 setiap bulannya, dan sebagian lagi dikumpulkan maksimal pada tanggal 10 setiap bulannya.

NO	PROGRAM	REALISASI
8	Pengumpulan data, analisis capaian, validasi, dan pelaporan data indikator prioritas RS dan Indikator Nasional Mutu (INM) RS.	<ul style="list-style-type: none"> Validasi data indikator mutu dilakukan untuk PIC PMKP baru. Pengumpulan, analisis capaian dan laporan beserta rekomendasi dari IMP dan INM sudah rutin dilakukan setiap bulannya. INM dilaporkan kepada Direktur Mutu Pelayanan Kesehatan Kemenkes RI dengan cara menginput hasil capaian ke dalam aplikasi SIMAR (http://mutufasyankes.kemkes.go.id/SIMAR)
9	Koordinasi dan komunikasi dengan Komite Medis dan Komite lainnya, Satuan Pemeriksaan Internal, dan unit kerja lainnya yang terkait, serta staf.	<ul style="list-style-type: none"> Melakukan koordinasi dan komunikasi dengan seluruh unit kerja di RS baik secara luring maupun daring (rapat, diskusi, konsultasi, dll). Koordinasi dengan Komite-komite terkait penyederhanaan formulir PPK/CP untuk dimasukkan dalam ERM. Rapat koordinasi dengan seluruh unit kerja dilakukan rutin setiap bulan untuk mendapatkan feedback dan pembelajaran setiap tanggal 20 tiap bulannya. Melakukan koordinasi, komunikasi, konsultasi, dan pendampingan tentang mutu dan keselamatan pasien serta manajemen ruangan kepada Duta Mutu, Duta KPRS, Manajemen Ruangan.
10	Pelaksanaan dukungan untuk implementasi budaya mutu di RS.	<ul style="list-style-type: none"> Implementasi regulasi mutu di RS. Dukungan RS terkait sarana prasarana, fasilitas, dan alat kesehatan sesuai dengan standar. Optimalisasi penerapan mutu RS mulai dari hal-hal yang sederhana seperti membaca satu SPO setiap operan di ruang rawat inap, melakukan supervisi berjenjang terkait standar mutu unit kerja dan kompetensi petugas terhadap keterampilan dasar (APAR, BHD, Spill Kit, Hand Hygiene, dan Etika Batuk). Memotivasi unit kerja untuk bersama-sama melaksanakan quality improvement sesuai dengan standar tiap harinya, tidak hanya saat akan mendekati akreditasi RS saja. Melakukan monev terhadap kepatuhan pengisian rekam medik elektronik, memberi feedback kepada unit kerja, memotivasi agar petugas dapat melengkapi pengisian rekam medis tiap shiftnya. Menerapkan "Tulis apa yang dilakukan, Lakukan apa yang ditulis". Diskusi terkait permasalahan mutu dengan unit kerja. Melakukan ronde Komite Mutu setiap Hari Selasa untuk memantau penerapan mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko di unit kerja. Unit kerja membuat display mutu yang up to date setiap semester sebagai acuan dalam upaya peningkatan mutu di masing-masing unit kerja.
11	Pengkajian standar mutu pelayanan di RS terhadap pelayanan, pendidikan, dan penelitian.	<ul style="list-style-type: none"> Pengkajian standar pelayanan, Pendidikan, dan penelitian dilakukan oleh seluruh Kepala Unit Kerja melalui rapat koordinasi. Meningkatkan kompetensi staf terhadap standar mutu RS melalui seminar, workshop, pelatihan, dll. Memotivasi staf untuk melakukan journal reading yang berkaitan dengan mutu RS. Melakukan review standar mutu RS (pelayanan, Pendidikan, dan penelitian) baik di internal Komite Mutu maupun dengan unit kerja.
12	Penyelenggaraan pelatihan peningkatan mutu.	<ul style="list-style-type: none"> Pelatihan, workshop, seminar, bimbingan teknis dll tentang Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) sebagai berikut: <ul style="list-style-type: none"> Bimbingan Teknis Standar Pelayanan Minimal di FKRTL yang diselenggarakan oleh Dinas Kesehatan Kota Bogor pada tanggal 01 Februari 2024.
13	Penyusunan laporan pelaksanaan program peningkatan mutu.	<ul style="list-style-type: none"> Laporan dan rekomendasi dibuat setiap bulan dan dilaporkan kepada Direktur Utama dan Dewan Pengawas untuk mendapatkan feedback dan pembelajaran.

5.1.2 Realisasi Program Keselamatan Pasien Rumah Sakit

Realisasi program keselamatan pasien Semester I Tahun 2024 adalah sebagai berikut:

Tabel 5.2 Realisasi Program Peningkatan Keselamatan Pasien

NO	PROGRAM	REALISASI
1	Penyusunan kebijakan, pedoman, dan program kerja terkait keselamatan pasien RS.	<ul style="list-style-type: none"> Regulasi mengacu pada STARKES. Disusun program kerja keselamatan pasien RS tahun 2024.
2	Pemberian masukan dan pertimbangan kepada Direktur RS dalam rangka pengambilan kebijakan keselamatan pasien.	<ul style="list-style-type: none"> Laporan insiden keselamatan pasien dilaporkan setiap tanggal 10 setiap bulannya. Insiden keselamatan pasien dengan grading biru dan hijau dilakukan investigasi sederhana dan membuat rekomendasi berdasar analisis setiap insiden keselamatan pasien yang terjadi maksimal pada hari ke 7 sejak insiden. Insiden keselamatan pasien dengan grading kuning dan merah, dilakukan Root Cause Analysis (RCA) oleh Tim RCA dan membuat rekomendasi dari insiden

NO	PROGRAM	REALISASI
		<p>keselamatan pasien tersebut untuk dilakukan perbaikan-perbaikan maksimal 45 hari sejak insiden.</p> <ul style="list-style-type: none"> Laporan kejadian terkait perilaku yang tidak mendukung budaya keselamatan dilaporkan setiap bulan.
3	Pemantauan dan memandu penerapan keselamatan pasien di unit kerja.	<ul style="list-style-type: none"> Pemantauan dan memandu penerapan keselamatan pasien dan budaya keselamatan dilakukan oleh Subkomite KPRS dan Duta KPRS melalui money langsung ke unit kerja. Penerapan program keselamatan pasien dipandu oleh Subkomite KPRS dengan pembagian 1:5 (1 petugas : 5 area). Meningkatkan peran Duta KPRS yang telah berperan dalam penerapan keselamatan pasien di unit kerja. Dilakukan Ronde Komite Mutu untuk melakukan pemantauan dan memandu penerapan program keselamatan pasien di unit kerja. Kunjungan Pemantauan dan Evaluasi Sistem Pelaporan INM dan IKP di Rumah Sakit pada tanggal 04 Januari 2024. Evaluasi Pelaporan INM dan IKP yang diselenggarakan oleh Dinas Kesehatan Kota Bogor dan Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI pada tanggal 06 Mei 2024. Evaluasi INM dan IKP yang diselenggarakan oleh Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat dan Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI pada tanggal 07 Mei 2024.
4	Motivasi, edukasi, konsultasi, pemantauan dan penilaian tentang penerapan program keselamatan pasien.	<ul style="list-style-type: none"> Pemberian motivasi, edukasi, konsultasi, pemantauan dan penilaian melalui kegiatan money dan supervisi yang dilaksanakan oleh Subkomite KPRS. Konsultasi secara tidak langsung dilaksanakan melalui telepon. Membuat sarana edukasi seperti leaflet dan spanduk sasaran keselamatan pasien. Memotivasi PPA agar melaporkan insiden keselamatan pasien dan kejadian yang tidak mendukung budaya keselamatan 1x24 jam.
5	Pencatatan, analisis, dan pelaporan insiden, termasuk melakukan Root Cause Analysis (RCA), dan pemberian solusi untuk meningkatkan keselamatan pasien.	<ul style="list-style-type: none"> Pengumpulan data sasaran keselamatan pasien menggunakan google spreadsheet. Analisis capaian dilakukan pada indikator yang belum stabil capaiannya, yang belum mencapai target, dan yang sangat sulit tercapai. Pelaporan data Duta KPRS dilakukan tepat waktu pada tanggal 03 setiap bulannya ke Subkomite KPRS untuk dilaporkan ke Komite Mutu pada tanggal 05 setiap bulannya. Pengumpulan, analisis capaian, dan laporan beserta rekomendasi untuk meningkatkan keselamatan pasien dilakukan setiap bulan RCA telah dilaksanakan pada insiden keselamatan pasien dengan grading kuning dan merah.
6	Pelaporan insiden secara kontinu sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.	<ul style="list-style-type: none"> Pelaporan internal insiden keselamatan pasien 1x24 jam dilaksanakan melalui http://bit.ly/LAPOR_KPRS. Pelaporan IKP internal dari unit kerja maksimal 2x24 jam dan dilakukan rekapitulasi setiap bulan. Grading hijau dan biru dilakukan investigasi sederhana, sedangkan grading kuning dan merah dilakukan RCA. Pelaporan eksternal insiden keselamatan pasien dan RCA dilaksanakan setiap bulan dan dilaporkan kepada Direktur Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan Kemenkes RI dengan cara menginput hasil capaian indikator ke dalam aplikasi http://mutufasyankes.kemkes.go.id/.
7	Melaksanakan pelatihan keselamatan pasien.	<ul style="list-style-type: none"> Pelatihan keselamatan pasien RS dan budaya keselamatan RS sebagai berikut: <ul style="list-style-type: none"> Workshop “Implementasi RCA dan FMEA Untuk Meningkatkan Keselamatan Pasien di Fasilitas Pelayanan Kesehatan” yang diselenggarakan oleh IKPRS–PERSI pada tanggal 31 Mei – 01 Juni 2024 di Hotel Santika Premiere Slipi, Jakarta. Workshop “Membangun Budaya Keselamatan Pasien. Pengukuran, Monitoring dan Evaluasi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan” pada tanggal 27 – 28 Juni 2024.
8	Penyusunan laporan pelaksanaan program keselamatan pasien.	<ul style="list-style-type: none"> Laporan dan rekomendasi dibuat setiap bulan kepada Direktur Utama dan Dewan Pengawas untuk mendapatkan feedback dan pembelajaran.

5.1.3 Realisasi Program Manajemen Risiko Rumah Sakit

Realisasi program manajemen risiko Semester I Tahun 2024 adalah:

Tabel 5.3 Realisasi Program Manajemen Risiko

NO	PROGRAM	REALISASI
1	Penyusunan kebijakan, pedoman dan program kerja terkait manajemen risiko rumah sakit.	<ul style="list-style-type: none"> Penyusunan program kerja subkomite manajemen risiko tahun 2024. Program manajemen risiko disusun dengan mengacu pada peraturan perundang-undangan yang berlaku secara terintegrasi. Penyusunan Profil Risiko Rumah Sakit tahun 2024.
2	Pemberian masukan dan pertimbangan kepada Direktur RS terkait manajemen risiko di RS.	<ul style="list-style-type: none"> Pemberian masukan dan pertimbangan terkait manajemen risiko dilaksanakan melalui rapat manajemen.
3	Pemantauan dan memandu penerapan manajemen risiko di unit kerja.	<ul style="list-style-type: none"> Pemantauan dan memandu penerapan manajemen risiko dilakukan oleh Subkomite Manajemen Risiko dengan pembagian 1:5 (1 petugas : 5 area). Melakukan kegiatan Ronde setiap hari Selasa bersama dengan subkomite lainnya untuk melakukan pemantauan kegiatan manajemen risiko unit kerja. Melakukan kelas kecil pembuatan risk register dan FMEA unit kerja.
4	Pemberian usulan atas profil risiko dan rencana penanganannya.	<ul style="list-style-type: none"> Melakukan pendampingan oleh subkomite ke seluruh unit kerja untuk pembuatan profil risiko. Profil risiko dan rencana penanganan yang disusun unit kerja masih perlu penyempurnaan. Menyusun profil risiko RS dan rencana penanganannya.
5	Penyusunan Risk Register Unit Kerja	<ul style="list-style-type: none"> Melakukan permohonan pembuatan profil risiko unit kerja berdasarkan Nota Dinas No. YM.01.02/D.XXXV/646/2024. Melakukan pendampingan ke unit kerja dalam proses penyusunan profil risiko unit kerja. Pengumpulan profil risiko masing-masing unit kerja dan memberikan feedback atas profil risiko yang telah dikumpulkan melalui link https://linktr.ee/marzoekimanris Telah dilakukan pengelompokan PIC pembuatan Profil Risiko dan FMEA di Instalasi Rawat Inap. Semester I TA 2024 telah terkumpul 30 profil risiko unit kerja.
6	Penyusunan Profil Risiko RS	<ul style="list-style-type: none"> Profil Risiko RS telah ditetapkan melalui SK Direktur Utama Nomor HK.02.03/D.XXXV/1232/2024 tentang Penetapan Profil Risiko Tahun 2024 di RSMM Bogor.
7	Penyusunan <i>Failure Mode and Effect Analysis</i> (FMEA) Unit Kerja	<ul style="list-style-type: none"> Melakukan pendampingan ke unit kerja mengenai penyusunan FMEA. Pengumpulan FMEA masing-masing unit kerja dan memberikan feedback atas FMEA yang telah dikumpulkan. Melakukan kelas kecil penyusunan FMEA unit kerja.
8	Penilaian Manajemen Risiko	<ul style="list-style-type: none"> Penilaian manajemen risiko oleh eksternal: <ul style="list-style-type: none"> Maturity Rating Kemenkeu. Sistem Pengendalian Intern Pemerintah Terintegrasi (SPIP-T) Kemenkes. Pengendalian Intern atas Pelaporan Keuangan (PIPK). Penilaian SPI/SKI Mandiri Menyusun dan mengupload dokumen-dokumen yang diperlukan dalam penilaian manajemen risiko. Skor penilaian Manajemen Risiko pada Maturity Rating Kemenkeu adalah 5/5
9	Pelaksanaan dan pelaporan rencana penanganan risiko sesuai lingkup tugasnya.	<ul style="list-style-type: none"> Monev pelaksanaan mitigasi unit kerja masih belum terlaksana. Pelaksanaan dan pelaporan rencana penanganan belum terdokumentasi dengan baik. Memotivasi unit kerja untuk melaporkan pemantauan risiko pada tanggal 10 setiap bulannya ke Subkomite Manajemen Risiko.
10	Pemberian usulan rencana kontingensi apabila kondisi yang tidak normal terjadi	<ul style="list-style-type: none"> Manajemen risiko pada kondisi yang tidak normal dan cepat berubah di masa pandemik Covid-19 dilakukan rapat segera. Usulan disusun berdasarkan masukan pada Direktur, Timker, Asisten Timker, Ketua Komite, SPI dan para pihak terkait.
11	Pelaksanaan pelatihan manajemen risiko.	<ul style="list-style-type: none"> Pelatihan Manajemen Risiko sebagai berikut: <ul style="list-style-type: none"> Penyusunan Risk Register dan FMEA Unit Kerja melalui Kelas Kecil. Seminar Online Zoom Risk Management ISO 31000:2018, tanggal 15 Februari 2024. Workshop "Peningkatan Kapasitas SDM tentang Manajemen Risiko di RS", tanggal 20 – 22 Mei 2024 di Harris Hotel Batam Centre. Workshop "Implementasi RCA dan FMEA Untuk Meningkatkan Keselamatan Pasien di Fasilitas Pelayanan Kesehatan" yang diselenggarakan oleh IKPRS-PERSI pada tanggal 31 Mei – 01 Juni 2024 di Hotel Santika Premiere Slipi, Jakarta
12	Penyusunan laporan pelaksanaan program manajemen risiko.	<ul style="list-style-type: none"> Laporan dan rekomendasi dibuat setiap bulan kepada Direktur Utama dan Dewan Pengawas untuk mendapatkan feedback dan pembelajaran.

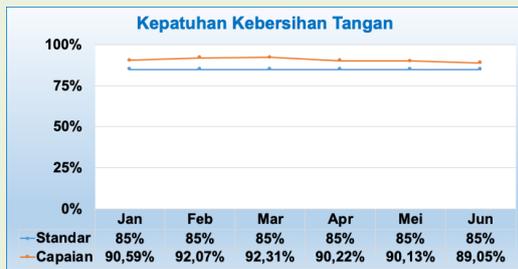
5.2 Pencapaian Indikator Nasional Mutu (INM)

Indikator Nasional Mutu (INM) pada semester I tahun 2024 ada tigabelas indikator sebagai berikut:

Tabel 5.4 Indikator Nasional Mutu (INM)

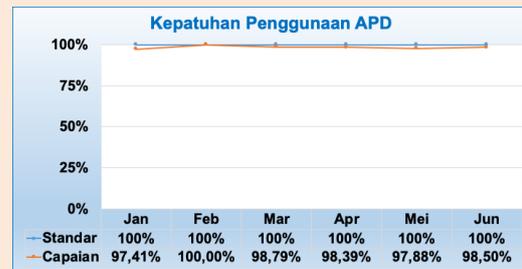
NO	INDIKATOR MUTU	STANDAR
1	Kepatuhan kebersihan tangan	≥85%
2	Kepatuhan penggunaan APD	100%
3	Kepatuhan identifikasi pasien	100%
4	Waktu tanggap <i>Sectio Caesaria Emergency</i>	80%
5	Waktu tunggu rawat jalan	≥80%
6	Penundaan operasi elektif	<5%
7	Kepatuhan waktu visite dokter spesialis	≥80%
8	Pelaporan hasil kritis laboratorium	100%
9	Kepatuhan penggunaan formularium nasional	≥80%
10	Kepatuhan terhadap <i>Clinical Pathway</i>	≥80%
11	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh	100%
12	Kecepatan waktu tanggap komplain	>80%
13	Kepuasan pasien dan keluarga	>76.61%

Hasil pengukuran INM semester I tahun 2024 adalah sebagai berikut:



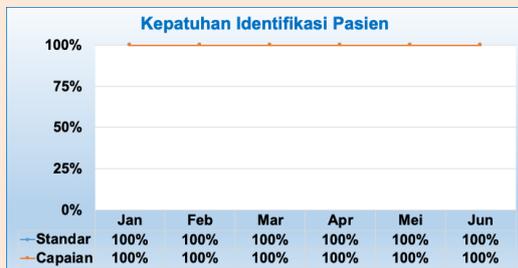
Grafik 5.1 INM: Kepatuhan Kebersihan Tangan

Rerata capaian kepatuhan kebersihan tangan selama semester I tahun 2024 adalah 90,73%. Indikator kepatuhan kebersihan tangan masih belum menunjukkan capaian yang stabil. Komite PPI terus melakukan upaya perbaikan dengan melakukan edukasi secara terus menerus terkait pelaksanaan kebersihan tangan yang benar. Monev dan supervisi rutin dilakukan setiap bulannya mulai menunjukkan konsistensi dalam penerapan kebersihan tangan sesuai standar PPI. Perlu adanya penguatan dan upaya optimalisasi untuk upaya pencapaian kebersihan tangan yang lebih baik lagi.



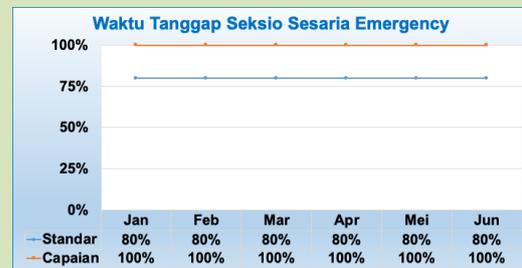
Grafik 5.2 INM: Kepatuhan Penggunaan APD

Rerata capaian kepatuhan kebersihan tangan selama semester I tahun 2024 adalah 98,49%. Indikator kepatuhan kebersihan tangan masih belum menunjukkan capaian yang stabil. Komite PPI terus melakukan upaya perbaikan dengan melakukan edukasi secara terus menerus terkait pelaksanaan penggunaan APD yang benar. Monev dan supervisi yang rutin dilakukan setiap bulannya mulai menunjukkan konsistensi dalam penerapan penggunaan APD sesuai standar PPI. Perlu adanya penguatan dan upaya optimalisasi untuk upaya pencapaian penggunaan APD yang lebih baik lagi.



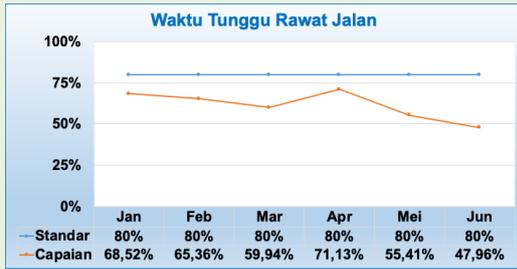
Grafik 5.3 INM: Kepatuhan Identifikasi Pasien

Rerata capaian indikator kepatuhan identifikasi pasien selama semester I tahun 2024 adalah 100%. Hal ini perlu dipertahankan.



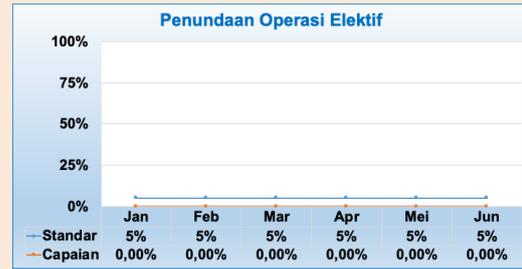
Grafik 5.4 INM: Waktu Tanggap *Sectio Caesaria Emergency*

Rerata capaian indikator waktu tanggap SC *emergency* selama semester I tahun 2024 adalah 100%. Seluruh ibu yang melahirkan dengan SC ditangani ≤ 30 menit. Hal ini perlu dipertahankan.



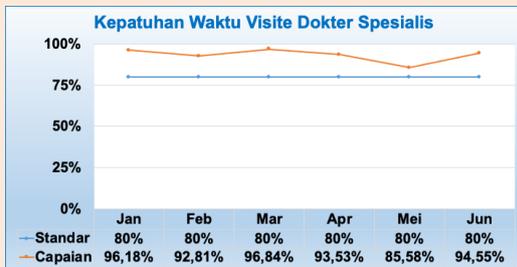
Grafik 5.5 INM: Waktu Tunggu Rawat Jalan

Rerata capaian waktu tunggu rawat jalan selama semester I tahun 2024 adalah 61,39%. Hasil capaian belum menunjukkan perbaikan yang berarti. Perbaikan dilakukan pada unit TPP, pelayanan perawat, dan pelayanan dokter. Bridging SIMRS dengan V-Claim sudah selesai dilaksanakan sehingga dapat menerbitkan SEP secara elektronik di mesin APM pada pasien BPJS. Sudah dilakukan pengaturan jadwal dokter berdasarkan hasil evaluasi (redesign ke III). Sosialisasi jadwal praktik dokter kepada pasien sudah diupayakan untuk mengurangi waktu tunggu rawat jalan.



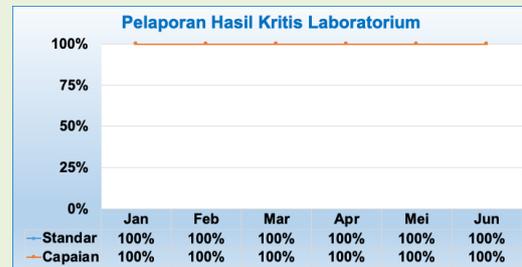
Grafik 5.6 INM: Penundaan Operasi Elektif

Rerata capaian penundaan operasi elektif selama semester I tahun 2024 adalah 0%. Operasi elektif selalu dilaksanakan tepat waktu dengan mengutamakan keselamatan pasien RS.



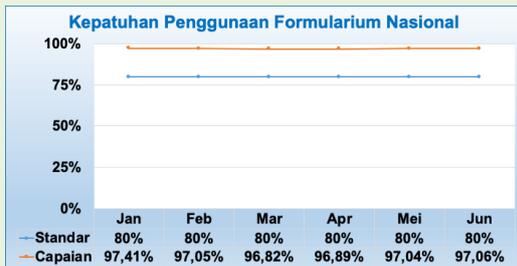
Grafik 5.7 INM: Ketepatan Waktu Visite Dokter Spesialis

Rerata capaian ketepatan waktu visite Dokter Spesialis selama semester I tahun 2024 adalah 93,25%. Capaian ini sangat baik di atas standar. Hal ini perlu dipertahankan.



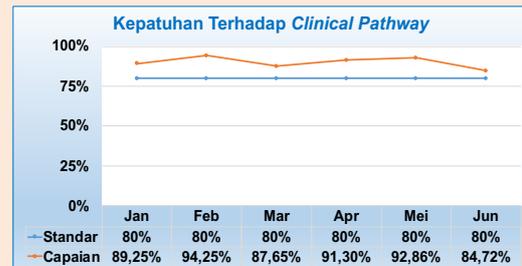
Grafik 5.8 INM: Pelaporan hasil Kritis Laboratorium

Rerata capaian pelaporan hasil kritis laboratorium selama semester I tahun 2024 adalah 100%. Hal ini perlu dipertahankan.



Grafik 5.9 INM: Ketepatan Penggunaan Formularium Nasional

Rerata capaian ketepatan penggunaan formularium nasional selama semester I tahun 2024 adalah 97,04%. Capaian ketepatan penggunaan formularium nasional ini sudah melebihi standar yang telah ditetapkan dan harus dipertahankan.



Grafik 5.10 INM: Ketepatan Terhadap Clinical Pathway

Rerata capaian indikator ketepatan terhadap Clinical Pathway (CP) selama semester I tahun 2024 adalah 90,01%. Capaian CP sudah di atas standar dan meningkat dari waktu ke waktu. Ketidaktepatan CP yang terjadi terbanyak disebabkan karena penggunaan terapi yang tidak sesuai dengan standarisasi asuhan klinik yang telah ditetapkan dan juga LoS yang masih >18 hari. Setelah dilakukan sosialisasi, move dan supervisi setiap bulan maka capaian semakin meningkat dan melampaui standar yang sudah ditetapkan. Hal ini perlu dipertahankan dan lebih dioptimalkan lagi sebagai upaya kendali mutu dan kendali biaya.



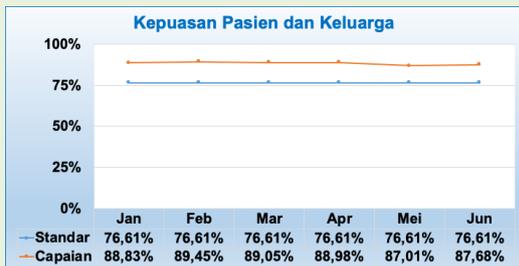
Grafik 5.11 INM: Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh

Rerata capaian indikator kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh selama semester I tahun 2024 adalah 100%. Hal ini perlu dipertahankan.



Grafik 5.12 INM: Kecepatan Waktu Tanggap komplain

Rerata capaian indikator kecepatan waktu tanggap komplain pada selama semester I tahun 2024 adalah 100%. Seluruh komplain sudah ditanggapi dan ditindaklanjuti oleh RS.



Grafik 5.13 INM: Kepuasan Pasien dan Keluarga

Rerata capaian indikator kepuasan pasien dan keluarga pada selama semester I tahun 2024 adalah sebesar 88,50%. Survei kepuasan pelanggan dilakukan pada seluruh unit layanan dengan cara mengakses barcode melalui handphone. Survei kepuasan ini mengacu pada PermenPAN&RB Nomor 14 Tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan masyarakat Unit Penyelenggara Pelayanan Publik yang meliputi 9 (sembilan) unsur, yaitu: Persyaratan. Sistem, mekanisme, dan prosedur. Waktu penyelesaian. Biaya/tarif. Produk spesifikasi jenis pelayanan. Kompetensi pelaksana. Perilaku pelaksana. Penanganan pengaduan, saran, dan masukan. dan Sarana dan prasarana.

Kondisi yang dicapai saat ini:

1. Pelaporan INM pada aplikasi <http://mutufasyankes.kemkes.go.id/> sudah dilakukan tepat waktu maksimal tanggal 10 setiap bulannya.
2. Dari 13 indikator Nasional Mutu tercapai 11 indikator, yaitu:
 - Kepatuhan kebersihan tangan
 - Kepatuhan identifikasi pasien
 - Waktu tanggap seksio sesaria *emergency*
 - Penundaan operasi elektif
 - Kepatuhan waktu visite dokter spesialis
 - Pelaporan hasil kritis laboratorium
 - Kepatuhan penggunaan formularium nasional
 - Kepatuhan terhadap *clinical pathway*
 - Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh
 - Kecepatan waktu tanggap komplain
 - Kepuasan pasien dan keluarga
3. INM yang tidak tercapai ada 2 indikator yaitu:
 - Indikator "Kepatuhan penggunaan APD" dengan rerata capaian 98,49% (standar 100%).
 - Indikator "Waktu tunggu rawat jalan" dengan rerata capaian 61,39% (standar ≥80%).

4. Pada indikator yang belum tercapai tersebut sudah dilakukan upaya perbaikan dengan melakukan rapat koordinasi dan monev secara berjenjang untuk masing-masing indikator tersebut.

Kendala dan permasalahan:

1. Belum konsistennya Profesional Pemberi Asuhan (PPA) dalam pencapaian kepatuhan penggunaan APD sesuai dengan transmisi dan indikasi yang tertuang dalam pedoman PPI.
2. Mesin APM hanya dapat mencetak nomor antrian, belum bisa mencetak SEP.
3. SIMRS terkendala (*error*) di beberapa waktu pada aplikasi ERM di rawat jalan (TPP, Poliklinik dan Farmasi rawat jalan) sehingga menghambat waktu pelayanan.
4. Petugas di TPP, Poli, dan Farmasi belum konsisten untuk meningkatkan kepatuhan dalam pelayanan serta kepatuhan mengklik setiap *task* pada SIMRS di masing-masing unit.
5. Sistem yang ada di RS belum bisa melakukan pemblokiran *by system* ketika pasien rawat jalan datang jauh lebih awal dari jadwal dokter di Poliklinik.
6. Monev dan supervisi dari atasan langsung yang belum optimal.

Hal yang sudah dilakukan:

1. Melakukan monev dan supervisi kepatuhan penggunaan APD secara rutin dan melakukan reedukasi pada petugas yang tidak patuh dalam penggunaan APD.
2. Koordinasi dengan SIRS untuk segera mengatasi ERM yang error.
3. *Bridging VClaim* sudah selesai dilakukan, namun APM belum dapat mencetak SEP langsung.
4. Selalu mengingatkan petugas *security* agar tidak berinisiatif membantu pasien untuk melakukan *entry data* mandiri di mesin APM, karena APM seharusnya dilakukan oleh pasien atau keluarga secara mandiri.
5. Edukasi pada pasien dan/atau keluarga pasien setelah mendaftar agar langsung menuju Poliklinik yang dituju.
6. Optimalisasi penerapan aplikasi *e-prescribing*.
7. Terus menerus menghimbau kepada seluruh perawat poliklinik, dokter, dan petugas farmasi untuk menyelesaikan seluruh *task* yang ada di SIMRS.
8. Rapat koordinasi dengan Timker Hukum dan Humas, Timker Pelayanan Medik dan Timker Pelayanan Penunjang untuk pemenuhan *display* jadwal Poli Dokter Spesialis. Display sudah tercetak, namun dari bagian Medik ada perbaikan jam pelayanan Dokter spesialis sehingga belum bisa di display.
9. Rapat koordinasi untuk evaluasi dan pembahasan strategi perbaikan dan pencapaian waktu pelayanan agar mencapai standar yang sudah ditetapkan.
10. Melakukan monitoring dan evaluasi pelayanan di TPP, Poliklinik (Perawat dan Dokter), dan Farmasi secara berkala.
11. Monev dan supervisi berkala Komite Mutu untuk perbaikan waktu tunggu pelayanan rawat jalan.

Rencana Tindak lanjut:

1. Indikator "Kepatuhan penggunaan APD":
 - Memastikan ketersediaan APD yang memadai
 - Melakukan monev dan supervise rutin untuk memastikan bahwa petugas menggunakan APD sesuai dengan pedoman PPI
 - Libatkan seluruh tim dalam membangun budaya keselamatan merupakan prioritas utama
 - Reedukasi secara terus menerus tentang pentingnya penggunaan APD sesuai dengan pedoman PPI. Gunakan variasi metode komunikasi agar pesan yang ingin disampaikan efektif
 - Berikan penghargaan pada petugas yang patuh dalam penggunaan APD bisa berupa sertifikat atau pengakuan dihadapan rekan kerja
 - Evaluasi teratur tentang tingkat kepatuhan penggunaan APD dan identifikasi faktor yang mungkin menghambat kepatuhan untuk dilakukan upaya perbaikan

Secara rinci rekomendasinya adalah sebagai berikut:

Tabel 5.5 Rekomendasi Kepatuhan Penggunaan APD

Deskripsi	Komite PPI	IGD, Rawat Jalan, Rawat Inap, Instalasi Penunjang
Komitmen seluruh petugas	Komitmen Komite PPI sudah baik	Komitmen perawat, dokter, dan petugas di Instalasi Penunjang dalam kepatuhan penggunaan APD sesuai dengan standar PPI harus dipertahankan
Edukasi	Komite PPI sudah memberikan edukasi terus menerus pada PPA yang tidak patuh dalam menggunakan AP saat dilakukan audit	Edukasi terus menerus pada perawat, dokter, dan petugas di Instalasi Penunjang dalam kepatuhan penggunaan APD sesuai dengan standar PPI
Monev dan supervisi berjenjang	Sebelum melakukan monev, Komite PPI mengedukasi dan mensosialisasikan tools penilaian kepatuhan APD sehingga pada saat dilakukan monev dan supervisi seluruh PPA patuh dalam menggunakan APD.	Monev dan supervisi berjenjang oleh atasan langsung, Timker Pelayanan Medik, Timker Pelayanan Keperawatan, Timker Pelayanan Penunjang, dan Komite Mutu untuk kepatuhan penggunaan APD
Reward and punishment	Memasukkan kepatuhan penggunaan APD dalam indikator kinerja individu.	Memasukkan kepatuhan penggunaan APD dalam indikator kinerja individu.

2. Indikator “Waktu tunggu rawat jalan”:

Tabel 5.6 Rekomendasi Waktu Tunggu Rawat Jalan

Deskripsi	SIRS	TPP	Perawat	Dokter
Komitmen	<ul style="list-style-type: none"> Komitmen seluruh petugas SIRS untuk mendukung perbaikan waktu pelayanan rawat jalan, terutama maintenance ERM dan SIMRS. Komitmen untuk dapat mengupayakan APM dapat mencetak SEP. 	<ul style="list-style-type: none"> Komitmen seluruh petugas TPP untuk melakukan upaya perbaikan waktu tunggu rawat jalan. 	<ul style="list-style-type: none"> Komitmen seluruh petugas rawat jalan untuk melakukan upaya perbaikan waktu tunggu rawat jalan. 	<ul style="list-style-type: none"> Komitmen seluruh petugas rawat jalan untuk melakukan upaya perbaikan waktu tunggu rawat jalan Komitmen dokter untuk konsisten hadir di jam praktik dokter sesuai yang sudah disepakati
Kehadiran	<ul style="list-style-type: none"> Senantiasa untuk hadir dan tanggap memperbaiki jika terjadi kendala jaringan dan error pada aplikasi ERM dan SIMRS 	<ul style="list-style-type: none"> Masuk jam kerja pukul 07.30 -16.00 WIB dan melakukan pelayanan sesuai jam kerja. Untuk di bulan Ramadhan, jam kerja menyesuaikan Surat Edaran. 	<ul style="list-style-type: none"> Masuk jam kerja pukul 07.30 -16.00 WIB. Untuk di bulan Ramadhan, jam kerja menyesuaikan Surat Edaran. Segera memberikan pelayanan setelah pasien mendapat nomor antrian Asesmen rawat jalan dilakukan secara manual jika terkendala jaringan, sehingga pasien tidak menumpuk. Jika ada perawat yang cuti/sakit/izin dll agar dapat digantikan oleh perawat lainnya. 	<ul style="list-style-type: none"> Mengatur waktu antara visite ke rawat inap dan pelayanan rawat jalan di Poliklinik. Melakukan pelayanan di Poliklinik sesuai dengan jadwal yang telah ditetapkan dalam aplikasi HFIS, baik di Poliklinik Psikogeriatri, Poliklinik Spesialis, Poliklinik Psikiatri Terpadu, dan Asesmen Center. Usulan pengadaan <i>fingerprint</i> untuk mengevaluasi ketepatan dokter dalam melakukan pelayanan di Poliklinik.
Informasi dan edukasi	<ul style="list-style-type: none"> Informasi pada RS jika ada kendala pada jaringan sehingga Instalasi Rawat Jalan dapat segera menginformasikan kepada pasien dan/atau keluarga 	<ul style="list-style-type: none"> Informasi kepada pasien dan keluarga terkait jam buka pelayanan rawat jalan dengan adanya display jadwal dokter di Poliklinik (koordinasi dengan Timker Hukum dan Humas Informasi kepada pasien dan keluarga terkait aplikasi pendaftaran online RSJMM Care melalui media sosial / website Edukasi pada pasien agar dapat melakukan 	<ul style="list-style-type: none"> Informasi terkait penundaan pelayanan sementara jika ada kendala SIMRS dan saat dokter yang berhalangan hadir sesuai dengan jadwal polikliniknya Informasi kepada pasien dan/atau keluarga untuk dialihkan pada dokter spesialis lain jika dokter yang dituju berhalangan hadir (cuti/sakit/izin dll) 	<ul style="list-style-type: none"> Informasi kontrol minimal H-3 H+3 sebelum jadwal kontrol selanjutnya untuk mengurai kepadatan rawat jalan Informasi pelayanan Dokter di Hari Libur Nasional via website atau media sosial Informasi kepada pasien agar melakukan control selanjutnya ke faskes I sesuai dengan Program Rujuk Balik Informasi kepada pasien untuk datang

Deskripsi	SIRS	TPP	Perawat	Dokter
		<p>pendaftaran mandiri pada mesin APM</p> <ul style="list-style-type: none"> Informasi kepada pasien untuk segera menuju poli yang dituju sesuai dengan alur pelayanan rawat jalan 	<ul style="list-style-type: none"> Informasi kepada pasien untuk segera menunggu di depan ruang tunggu dokter masing-masing agar jika dipanggil ybs ada 	<p>sesuai dengan jadwal praktik dokter yang dituju di poliklinik</p> <ul style="list-style-type: none"> Informasi kepada pasien untuk segera menuju farmasi rawat jalan
Sarana dan prasarana	<ul style="list-style-type: none"> Memastikan jaringan internet stabil. Pemenuhan sarpras untuk mendukung bridging VClaim agar terbit SEP secara langsung. Penyempurnaan dan optimalisasi Aplikasi <i>RSJMM Care</i> untuk menunjang perbaikan waktu pelayanan rawat jalan <i>end to end</i> agar dapat dilihat jam antian pasien yang bersangkutan. 	<ul style="list-style-type: none"> Optimalisasi pasien dan/atau keluarga agar dapat melakukan <i>entry</i> secara mandiri pada mesin APM Pemisahan antrian prioritas sesuai kebijakan Pemenuhan <i>display</i> jadwal praktik dokter 	<ul style="list-style-type: none"> <i>Display</i> antrian pasien di Poliklinik pergedung perlantai Pengeras suara 	<ul style="list-style-type: none"> <i>Display</i> antrian pasien Pengeras suara <i>Fingerprint</i> (untuk <i>record</i> ketepatan waktu Dokter di Poliklinik)
Pengaturan kuota	<ul style="list-style-type: none"> Memastikan pengaturan kuota dokter agar dapat dimasukkan ke aplikasi <i>RSJMM Care</i> dan HFIS 	<ul style="list-style-type: none"> Pengaturan kuota disesuaikan pada kebijakan yang dikeluarkan oleh Timker Pelayanan Medik sesuai dengan jadwal praktik dokter 	<ul style="list-style-type: none"> Jika ada dokter yang sudah selesai praktik, pasien bisa dialihkan ke dokter yang masih memberikan layanan 	<ul style="list-style-type: none"> Memberikan layanan sesuai dengan jumlah pasiennya di hari tersebut
Sistem	<ul style="list-style-type: none"> Percepatan agar dapat mencetak SEP di mesin APM Pemblokiran <i>by system</i> untuk pasien yang tidak sesuai dengan alur pelayanan Implementasi aplikasi <i>RSJMM Care</i> agar dapat memunculkan dashboard antrian pasien (memberikan kepastian pelayanan pada pasien) Perbaikan segera jika SIMRS dan ERM error baik hardware maupun software 	<ul style="list-style-type: none"> Usulan alternatif untuk pelayanan TPP jika terkendala SIMRS secara manual Pengaturan sistem antrian di TPP untuk pasien yang termasuk dalam populasi berisiko masuk ke jalur antrian fast track sesuai dengan standar akreditasi PAP Melakukan pencatatan ketika ada kendala yang berkaitan dengan sistem 	<ul style="list-style-type: none"> Pemblokiran <i>by system</i> untuk pasien yang sudah datang jauh sebelum jam praktik dokter dan sudah dilakukan asesmen oleh perawat Melakukan pencatatan ketika ada kendala yang berkaitan dengan sistem 	<ul style="list-style-type: none"> Pemblokiran <i>by system</i> untuk pasien yang sudah datang jauh sebelum jam praktik dokter dan sudah dilakukan asesmen oleh perawat

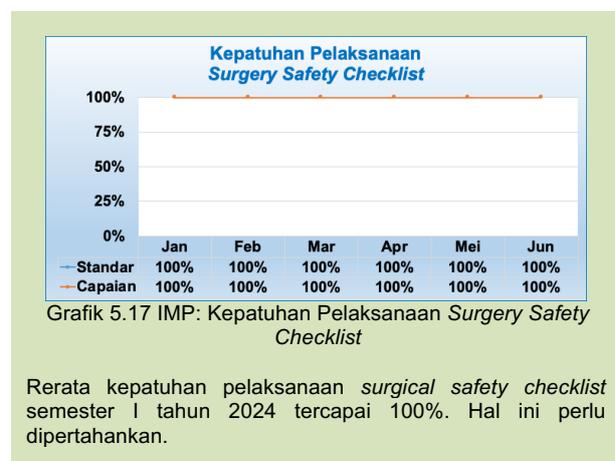
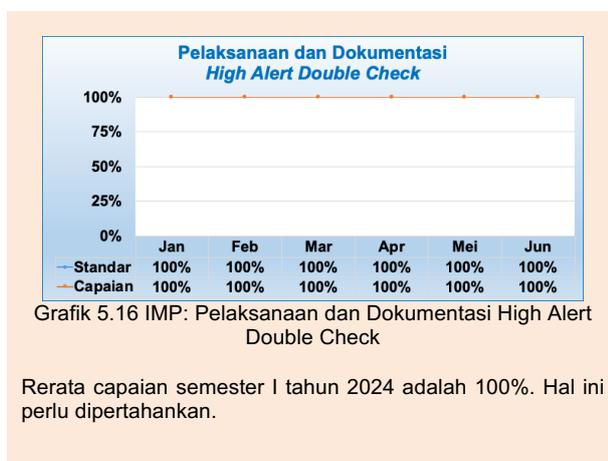
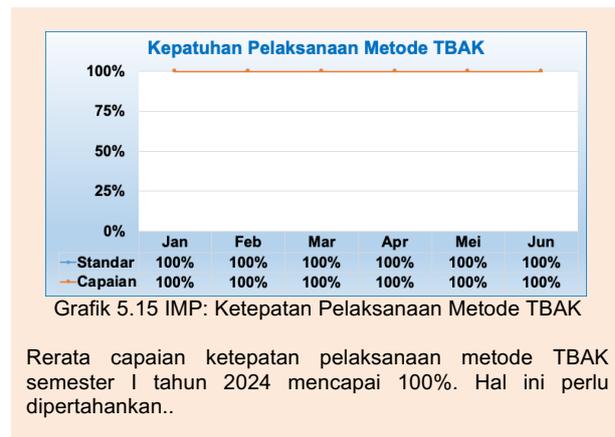
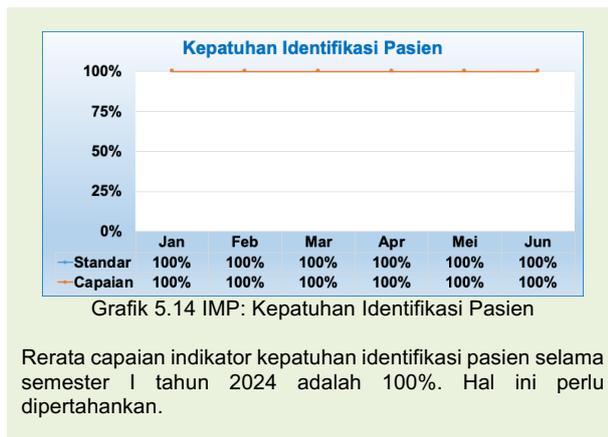
5.3 Pencapaian Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit (IMP-RS)

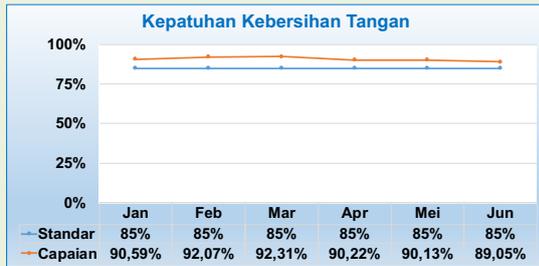
Indikator Nasional Prioritas Rumah Sakit (IMP-RS) pada semester I tahun 2024 ada 16 (enam belas) indikator sebagai berikut:

Tabel 5.7 Indikator Nasional Prioritas Rumah Sakit (IMP-RS)

NO	INDIKATOR MUTU	STANDAR
1	Kepatuhan identifikasi pasien	100%
2	Ketepatan pelaksanaan metode TBAK	100%
3	Pelaksanaan dan Dokumentasi High Alert Double Check	100%
4	Kepatuhan pelaksanaan Surgery Safety Checklist	100%
5	Kepatuhan kebersihan tangan	≥85%
6	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh	100%
7	Kepatuhan terhadap clinical pathway	80%
8	Optimalisasi perawatan pasien skizofrenia	≥ 60%
9	Pasien ketergantungan stimulan yang mengalami perbaikan kualitas hidup	70%
10	Tingkat pertumbuhan pemanfaatan layanan unggulan	100%
11	Waktu tunggu pelayanan farmasi	60 Menit
12	Kepuasan pasien dan keluarga	76,61%
13	Tingkat kepuasan pegawai	80%
14	Implementasi <i>Failure Mode and Effect Analysis (FMEA)</i> di RS	80%
15	Publikasi penelitian nasional dan/atau internasional	100%
16	Tingkat kepuasan pelanggan terhadap pelayanan rumah sakit atas dilaksanakannya pendidikan klinis	>76.61%

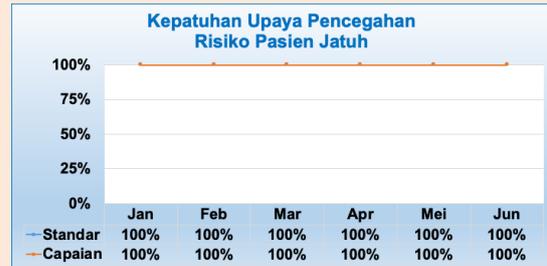
Hasil pengukuran IMP-RS semester I tahun 2024 adalah sebagai berikut:





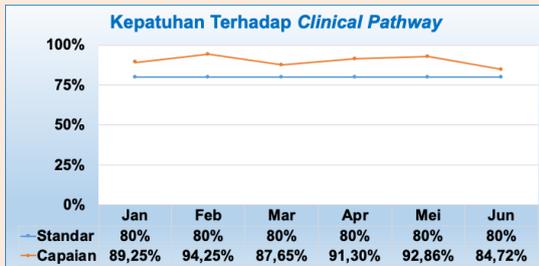
Grafik 5.18 IMP: Kepatuhan Kebersihan Tangan

Rerata capaian kepatuhan kebersihan tangan selama semester I tahun 2024 adalah 90,73%. Indikator kepatuhan kebersihan tangan masih belum menunjukkan capaian yang stabil. Komite PPI terus melakukan upaya perbaikan dengan melakukan edukasi secara terus menerus terkait pelaksanaan kebersihan tangan yang benar. Monev dan supervisi yang rutin dilakukan setiap bulannya mulai menunjukkan konsistensi dalam penerapan kebersihan tangan sesuai standar PPI. Perlu adanya penguatan dan upaya optimalisasi untuk upaya pencapaian kebersihan tangan yang lebih baik lagi.



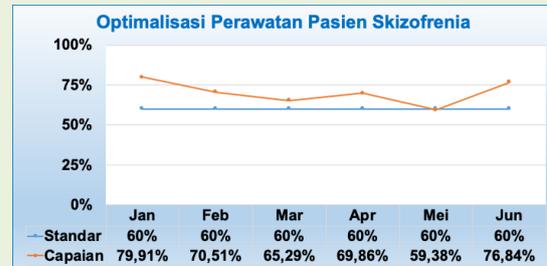
Grafik 5.19 IMP: Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh

Rerata kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh semester I tahun 2024 mencapai 100%. Hal ini perlu dipertahankan.



Grafik 5.20 IMP: Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway

Rerata capaian indikator kepatuhan terhadap Clinical Pathway (CP) selama semester I tahun 2024 adalah 90,01%. Capaian CP sudah di atas standar dan meningkat dari waktu ke waktu. Ketidakepatuhan CP yang terjadi terbanyak disebabkan karena penggunaan terapi yang tidak sesuai dengan standarisasi asuhan klinik yang telah ditetapkan dan juga LoS yang masih >18 hari. Setelah dilakukan sosialisasi, monev dan supervisi setiap bulan maka capaian semakin meningkat dan melampaui standar yang sudah ditetapkan. Hal ini perlu dipertahankan dan lebih dioptimalkan lagi sebagai upaya kendali mutu dan kendali biaya.



Grafik 5.21 IMP: Optimalisasi Perawatan Pasien Skizofrenia

Rerata optimalisasi perawatan pasien Skizofrenia selama semester I tahun 2024 adalah 70,30%. Salah satu upaya dalam meningkatkan mutu pasien skizofrenia adalah dengan melihat peningkatan PANSS Remisi pasien. Hal ini sudah di sosialisasikan dan diupayakan ketercapaiannya untuk seluruh pasien Skizofrenia. Capaian dari bulan ke bulan semakin meningkat melebihi standar kecuali di bulan Mei 2024. Hal ini perlu ditingkatkan. Penting sekali seluruh DPJP Psikiatri untuk mengisi formulir PANSS REMisi.



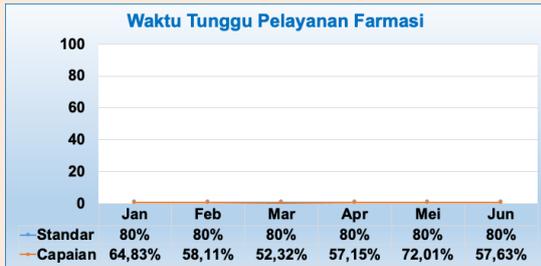
Grafik 5.22 IMP: Pasien Adiksi Napza Yang Mengalami Perbaikan Kualitas Hidup

Rerata capaian pasien adikis napza yang mengalami perbaikan kualitas hidup selama semester I tahun 2024 adalah 98,81%. Hal ini perlu dipertahankan.



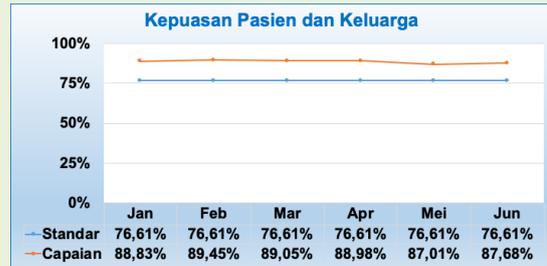
Grafik 5.23 IMP: Tingkat Pertumbuhan Pemanfaatan Layanan Unggulan

Rerata capaian indikator tingkat pertumbuhan pemanfaatan layanan unggulan selama semester I tahun 2024 adalah 100%. Hal ini perlu dipertahankan.



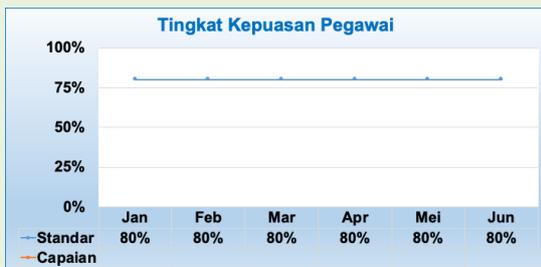
Grafik 5.24 IMP: Waktu Tunggu Pelayanan Farmasi

Rerata capaian indikator waktu tunggu pelayanan farmasi selama semester I tahun 2024 adalah 60,34%. Masih ada petugas farmasi yang tidak patuh klik untuk menyelesaikan task. Pada saat jam peak, sudah dilakukan mobilisasi SDM agar dapat membantu menyelesaikan pelayanan farmasi rawat jalan. Hal ini perlu diupayakan perbaikan secara komprehensif untuk pelayanan farmasi.



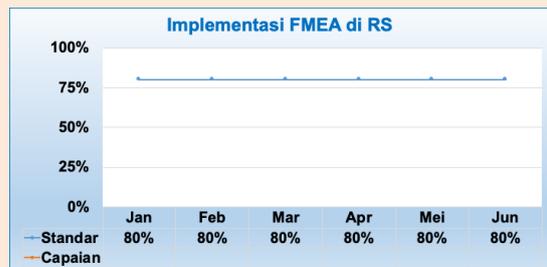
Grafik 5.25 IMP: Kepuasan Pasien dan Keluarga

Rerata capaian indikator kepuasan pasien dan keluarga pada selama semester I tahun 2024 adalah sebesar 88,50%. Survei kepuasan pelanggan dilakukan pada seluruh unit layanan dengan cara mengakses barcode melalui handphone. Survei kepuasan ini mengacu pada PermenPAN&RB Nomor 14 Tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan masyarakat Unit Penyelenggara Pelayanan Publik yang meliputi 9 (sembilan) unsur, yaitu: Persyaratan. Sistem, mekanisme, dan prosedur. Waktu penyelesaian. Biaya/tarif. Produk spesifikasi jenis pelayanan. Kompetensi pelaksana. Perilaku pelaksana. Penanganan pengaduan, saran, dan masukan. dan Sarana dan prasarana.



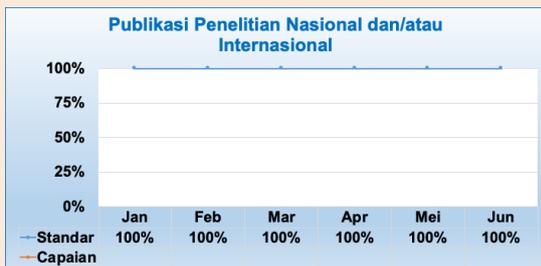
Grafik 5.26 IMP: Tingkat Kepuasan Pegawai

Indikator tingkat kepuasan pegawai diukur per tahun meliputi 5 dimensi, yaitu: kepuasan terhadap promosi, kepuasan terhadap rekan kerja, kepuasan terhadap atasan langsung, kepuasan terhadap pekerjaan, kepuasan terhadap pendapatan (gaji dan remunerasi).



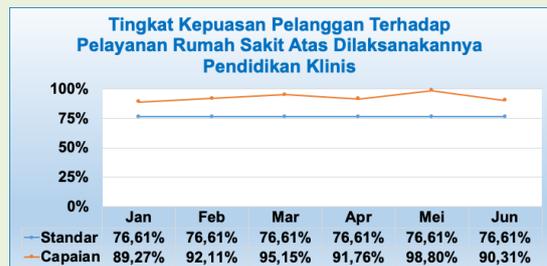
Grafik 5.27 IMP: Implementasi FMEA di RS

Rerata capaian indikator implementasi FMEA di RS diukur per tahun, minimal 1 FMEA per tahun.



Grafik 5.28 IMP: Publikasi Penelitian Nasional dan/atau Internasional

Rerata capaian indikator publikasi penelitian nasional dan/atau internasional diukur per tahun.



Grafik 5.29 IMP: Tingkat Kepuasan Pelanggan Terhadap Pelayanan Rumah Sakit Atas Dilaksanakannya Pendidikan Klinis

Rerata capaian indikator tingkat kepuasan pelanggan terhadap pelayanan rumah sakit atas dilaksanakannya pendidikan klinis selama semester I tahun 2024 adalah 92,90%. Capaian ini sudah melebihi standar. Hal ini perlu dipertahankan dan ditingkatkan.

Kondisi yang dicapai saat ini:

1. Capaian IMP semester I tahun 2024, dari enambelas Indikator Mutu Prioritas duabelas indikator sudah tercapai, yaitu:
 - Kepatuhan identifikasi pasien
 - Kepatuhan pelaksanaan metode TBAK
 - Pelaksanaan dan Dokumentasi *High Alert Double Check*.
 - Kepatuhan pelaksanaan *Surgery Safety Checklist*
 - Kepatuhan kebersihan tangan
 - Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh
 - Kepatuhan terhadap *clinical pathway*
 - Optimalisasi perawatan pasien SKizofrenia
 - Pasien adiksi NAPZA yang mengalami perbaikan kualitas hidup
 - Tingkat pertumbuhan pemanfaatan layanan unggulan
 - Kepuasan pasien dan keluarga
 - Tingkat kepuasan pelanggan terhadap pelayanan rumah sakit atas dilaksanakannya Pendidikan klinis.
2. Terdapat satu indikator yang belum tercapai, yaitu:
 - Waktu tunggu pelayanan farmasi dengan rerata capaian Semester I TA 2024 sebesar 60,34% (standar 80%)
3. Terdapat tiga indikator yang diukur per tahun, yaitu:
 - Tingkat kepuasan pegawai
 - Implementasi FMEA di RS
 - Publikasi penelitian nasional dan/atau internasional

Kendala dan Permasalahan:

1. Komitmen petugas farmasi untuk menyelesaikan task yang belum optimal.
2. SDM Farmasi masih belum sesuai ABK.

Rencana Tindak Lanjut:

1. Pertahankan capaian.
2. Lakukan survei tingkat kepuasan pegawai di PKJN RS Marzoeeki Mahdi 1 kali dalam setahun.
3. Lakukan implementasi FMEA di RS minimal 1 FMEA dalam setahun.
4. Lakukan publikasi penelitian nasional dan/atau internasional.
5. Rekomendasi indikator mutu "Optimalisasi perawatan pasien Skizofrenia" adalah:
 - *Feedback* kepatuhan pengisian form PANSS Remisi per dokter
 - Menghimbau psikiater untuk patuh dalam mengisi formulir PANSS Remisi dalam ERM saat pasien masuk dan pulang
6. Rekomendasi indikator mutu "Waktu tunggu pelayanan farmasi" adalah:

Tabel 5.8 Rekomendasi Waktu Tunggu Pelayanan Farmasi

Deskripsi	Instalasi SIRS	Farmasi
Komitmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Komitmen seluruh petugas SIRS untuk mendukung perbaikan waktu pelayanan farmasi. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Komitmen seluruh petugas farmasi untuk melakukan perbaikan rawat jalan dengan waktu 60 menit. ▪ Komitmen untuk menyelesaikan task pada SIMRS setelah menyelesaikan obat. ▪ Komitmen petugas farmasi bersama dengan Instalasi VAPP untuk cepat tanggap merespon kendala adm pasien terkait obat khususnya untuk pengguna BPJS
Kehadiran	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Senantiasa untuk hadir untuk memperbaiki jika terjadi kendala jaringan dan aplikasi e-prescribing 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Modifikasi pengalihan SDM dari Farmasi belakang ke Farmasi Rawat Jalan disaat <i>peak hour</i>
Informasi dan edukasi	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informasi pada RS jika ada kendala pada jaringan sehingga Instalasi Farmasi dapat segera menginformasikan kepada pasien dan/atau keluarga 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Display</i> antrian farmasi rawat jalan agar senantiasa berfungsi. ▪ Informasi pada pengunjung terutama pada <i>peak hour</i> bahwa pelayanan akan memanjang

Deskripsi	Instalasi SIRS	Farmasi
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Edukasi pada pengunjung agar tidak meninggalkan tempat setelah menyerahkan resep ▪ Edukasi pada <i>security</i> agar mengatur pasien dan/atau keluarga yang sedang menunggu antrian obat (tidak duduk di lantai).
SDM	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pemenuhan SDM SIRS sesuai ABK 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Memastikan ketersediaan SDM apoteker sesuai dengan ABKnya ▪ Modifikasi SDM di jam jam <i>peak hour</i> ▪ Jika memungkinkan adanya petugas Instalasi VAPP yang bertugas di Apotek untuk memudahkan koordinasi
Sarana dan prasarana	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Memastikan jaringan internet stabil. ▪ Dukungan server yang mumpuni untuk pelayanan 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Memastikan jaringan internet stabil.
Pengaturan kuota		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Koordinasi dengan dengan Timker Pelayanan Medik terkait pelayanan dokter spesialis agar resep tidak menumpuk di jam 10.00 – 11.00 WIB
Sistem	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dukungan <i>e-prescribing</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kepatuhan petugas untuk menyelesaikan <i>task</i> serah obat pada SIMRS ketika obat sudah selesai diproses

5.4 Pencapaian Indikator Mutu Perbaikan Waktu Pelayanan *End to End*

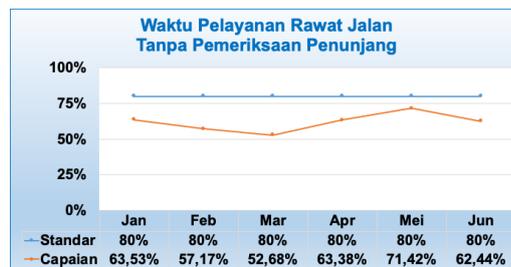
Indikator mutu perbaikan waktu pelayanan *end to end* semester I tahun 2024 adalah sebagai berikut:

Tabel 5.9 Indikator Mutu Perbaikan Waktu Pelayanan *End to End*

NO	INDIKATOR MUTU	STANDAR
1	Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang	80%
2	Waktu Pemeriksaan Laboratorium (WPL)	80%
3	Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)	80%
4	Pembatalan Operasi Elektif	≤ 3%
5	Waktu Pelayanan pasien di IGD ≤ 4 jam	90%
6	Realisasi pasien yang direncanakan pulang H-1	≥ 90%
7	Waktu masuk rawat inap	≥ 90%
8	Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI	80%
9	Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik	80%
10	Ketepatan waktu layanan	80%

Hasil pengukuran indikator mutu perbaikan waktu pelayanan *end to end* semester I tahun 2024 adalah sebagai berikut:

1. Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang



Grafik 5.30 Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang

Kondisi yang dicapai saat ini:

1. Rerata capaian waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang pada semester I tahun 2024 adalah 61,77% masih belum mencapai standar namun sudah mengalami peningkatan walaupun masih fluktuatif (standar 80%).
2. Terus menerus melakukan edukasi dan mengajari penggunaan APM agar dapat dilakukan mandiri oleh pasien dan/atau keluarga di mesin APM.
3. Evaluasi kehadiran petugas TPP, Perawat, dan Dokter Spesialis secara periodik.
4. Evaluasi jumlah ketenagaan Farmasi Rawat Jalan (Apoteker dan TTK) terutama di jam peak.
5. Koordinasi dengan Instalasi SIRS terkait bridging VClaim dan penerbitan SEP melalui mesin APM.
6. Koordinasi dengan Timker Hukum dan Humas untuk *display* jadwal dokter di Poliklinik.
7. Redesign jadwal poliklinik dokter spesialis.
8. Jadwal praktik dokter di poli reguler yang *overlapping* dengan jadwal dokter di poli eksekutif.
9. *Feedback* dan edukasi pasien dan/atau keluarga untuk datang sesuai jadwal praktik dokter spesialis.
10. Meningkatkan kepatuhan perawat, dokter, dan petugas farmasi rawat jalan untuk menyelesaikan setiap task SIMRS.
11. Pengaturan SDM Farmasi Rawat Jalan jika terjadi penumpukan resep, terutama di jam 10.00 – 11.00 WIB (*peak hour*) dan di hari-hari tertentu setelah libur panjang yaitu pengalihan SDM Farmasi belakang ke Farmasi rawat jalan.
12. Evaluasi ketepatan waktu pelayanan rawat jalan *end to end* secara periodik.
13. Mesin *fingerprint* sudah terpasang di 26 titik di ruang rawat inap maupun di poliklinik.

Kendala dan Permasalahan:

1. Gedung TPP, poliklinik, dan farmasi yang letaknya berjauhan.
2. Konsistensi petugas untuk mempertahankan dan meningkatkan capaian masih kurang.
3. Komitmen dokter untuk hadir sesuai dengan jadwal praktik yang telah disepakati dan ditetapkan belum optimal.
4. Pasien yang datang jauh lebih cepat dari jadwal praktik poliklinik walaupun sudah dilakukan edukasi.
5. Pengaturan waktu praktik poli reguler dengan eksekutif, visite rawat inap yang belum tepat, masih terdapat *overlapping* jadwal risiko berpengaruh pada memanjangnya waktu layanan rawat jalan
6. Masih ditemukan pasien dari TPP tidak langsung ke poli yang dituju, begitu pula setelah dapat pelayanan dokter pasien tidak langsung menuju farmasi.
7. Pendaftaran melalui *RSJMM Care* tidak dapat digunakan untuk mendaftar online karena sedang dalam maintenance.
8. Penumpukan resep masuk di jam 10.00 – 11.00 WIB masih terjadi sebagai dampak dari ketidaktepatan dokter memulai pelayanan.
9. Penumpukan pasien dihari-hari tertentu seperti pasca libur panjang.
10. Terdapat beberapa dokter yang menuliskan resep obat racikan dalam resep manual.
11. Tenaga Apoteker dan TTK yang tidak sesuai dengan beban kerja.
12. SIMRS yang error di beberapa waktu berdampak pada memanjangnya waktu pelayanan farmasi, akibat beberapa resep diproses manual sembari menunggu perbaikan.

13. Terdapat jeda waktu layanan yang cukup lama dari pasien dilayani oleh perawat sampai dengan dilayani oleh dokter.
14. Penerapan *fingerprint* masih dalam proses uji coba, belum ada SPO terkait penerapan *fingerprint*, penarikan data pada bulan Juni masih terkendala belum dapat ditarik

Rencana pemecahan masalah:

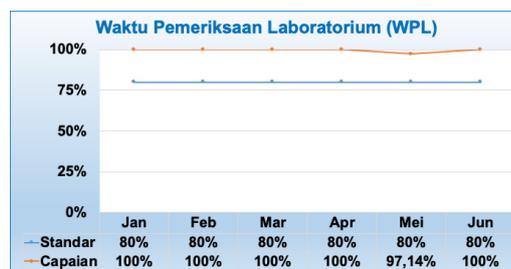
Tabel 5.10 Rekomendasi Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang

DESKRIPSI	SIRS	TPP	PERAWAT	DOKTER	FARMASI
Komitmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Komitmen seluruh petugas SIRS untuk mendukung perbaikan waktu pelayanan rawat jalan. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Komitmen seluruh petugas TPP untuk melakukan upaya perbaikan waktu tunggu rawat jalan, untuk di TPP 5 menit. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Komitmen seluruh petugas rawat jalan untuk melakukan upaya perbaikan waktu tunggu rawat jalan, untuk di perawat 15 menit. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Komitmen seluruh petugas rawat jalan untuk melakukan upaya perbaikan waktu tunggu rawat jalan, untuk di dokter 40 menit. ▪ Komitmen dokter untuk konsisten hadir di jam praktik dokter sesuai yang sudah disepakati 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Komitmen seluruh petugas farmasi untuk melakukan perbaikan rawat jalan dengan waktu 60 menit. ▪ Komitmen untuk menyelesaikan task pada SIMRS setelah menyelesaikan obat.
Kehadiran	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Senantiasa untuk hadir untuk memperbaiki jika terjadi kendala jaringan dan aplikasi ERM 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Masuk jam kerja pukul 07.30-16.00 WIB dan melakukan pelayanan sesuai jam kerja. Untuk di bulan Ramadhan, jam kerja menyesuaikan Surat Edaran. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Masuk jam kerja pukul 07.30 - 16.00 WIB. ▪ Segera memberikan pelayanan setelah pasien mendapat nomor antrian ▪ Asesmen rawat jalan dilakukan secara manual jika terkendala jaringan, sehingga pasien tidak menumpuk. ▪ Jika ada perawat yang cuti/sakit/izin dll agar dapat digantikan oleh perawat lainnya. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Melakukan pelayanan di poliklinik sesuai dengan jadwal yang telah ditetapkan dalam aplikasi HFIS, baik di poliklinik psikogeriatri, poliklinik spesialis, poliklinik psikiatri terpadu, dan asesmen center. ▪ Melakukan rekam kehadiran pada mesin presensi RS. ▪ Adanya fingerprint untuk memastikan ketepatan waktu praktik dokter di poliklinik 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pengalihan SDM dari Farmasi belakang ke Farmasi Rawat Jalan disaat <i>peak hour</i>.
SPO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ SPO terkait fingerprint dan tersosialisasi (PIC Pelayanan Medik) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ SPO terkait fingerprint dan tersosialisasi (PIC Pelayanan Medik) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ SPO terkait fingerprint dan tersosialisasi (PIC Pelayanan Medik) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ SPO terkait fingerprint dan tersosialisasi (PIC Pelayanan Medik) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ SPO terkait fingerprint dan tersosialisasi (PIC Pelayanan Medik)
Proses layanan	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lakukan analisis menyeluruh terhadap seluruh alur proses layanan rawat jalan mulai dari pendaftara s.d. pelayanan farmasi. Identifikasi tahapan yang menyebabkan terjadinya penundaan. ▪ Buat sistem antrian yang efisien dapat mengoptimalkan pendaftaran online, penjadwalan janji, dan manajemen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lakukan analisis menyeluruh terhadap seluruh alur proses layanan rawat jalan mulai dari pendaftara s.d. pelayanan farmasi. Identifikasi tahapan yang menyebabkan terjadinya penundaan. ▪ Buat sistem antrian yang efisien dapat mengoptimalkan pendaftaran online, penjadwalan janji, dan 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lakukan analisis menyeluruh terhadap seluruh alur proses layanan rawat jalan mulai dari pendaftara s.d. pelayanan farmasi. Identifikasi tahapan yang menyebabkan terjadinya penundaan. ▪ Buat sistem antrian yang efisien dapat mengoptimalkan pendaftaran online, penjadwalan janji, dan 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lakukan analisis menyeluruh terhadap seluruh alur proses layanan rawat jalan mulai dari pendaftara s.d. pelayanan farmasi. Identifikasi tahapan yang menyebabkan terjadinya penundaan. ▪ Buat sistem antrian yang efisien dapat mengoptimalkan pendaftaran online, penjadwalan janji, dan 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lakukan analisis menyeluruh terhadap seluruh alur proses layanan rawat jalan mulai dari pendaftara s.d. pelayanan farmasi. Identifikasi tahapan yang menyebabkan terjadinya penundaan. ▪ Buat sistem antrian yang efisien dapat mengoptimalkan pendaftaran online, penjadwalan janji, dan

DESKRIPSI	SIRS	TPP	PERAWAT	DOKTER	FARMASI
	<p>antrian yang terkoordinasi</p> <ul style="list-style-type: none"> Rancang rute alur layanan pasien yang optimal, minimalkan perpindahan antar ruangan yang berbeda untuk mengurangi waktu tunggu dan meningkatkan efisiensi 	<p>manajemen antrian yang terkoordinasi</p> <ul style="list-style-type: none"> Rancang rute alur layanan pasien yang optimal, minimalkan perpindahan antar ruangan yang berbeda untuk mengurangi waktu tunggu dan meningkatkan efisiensi 	<p>manajemen antrian yang terkoordinasi</p> <ul style="list-style-type: none"> Rancang rute alur layanan pasien yang optimal, minimalkan perpindahan antar ruangan yang berbeda untuk mengurangi waktu tunggu dan meningkatkan efisiensi 	<p>manajemen antrian yang terkoordinasi</p> <ul style="list-style-type: none"> Rancang rute alur layanan pasien yang optimal, minimalkan perpindahan antar ruangan yang berbeda untuk mengurangi waktu tunggu dan meningkatkan efisiensi 	<p>manajemen antrian yang terkoordinasi</p> <ul style="list-style-type: none"> Rancang rute alur layanan pasien yang optimal, minimalkan perpindahan antar ruangan yang berbeda untuk mengurangi waktu tunggu dan meningkatkan efisiensi
Informasi dan edukasi	<ul style="list-style-type: none"> Informasi pada RS jika ada kendala pada jaringan sehingga Instalasi Rawat Jalan dapat segera menginformasikan kepada pasien dan/atau keluarga 	<ul style="list-style-type: none"> Informasi kepada pasien dan keluarga terkait jam buka pelayanan rawat jalan dengan adanya display jadwal dokter di poliklinik (koordinasi dengan Timker Hukum dan Humas Informasi kepada pasien dan keluarga terkait aplikasi pendaftaran online RSJMM Care melalui media sosial / website Informasi kepada pasien untuk segera menuju poli yang dituju sesuai dengan alur pelayanan rawat jalan 	<ul style="list-style-type: none"> Informasi terkait penundaan pelayanan sementara jika ada dokter yang berhalangan hadir sesuai dengan jadwal polikliniknya Informasi kepada pasien dan/atau keluarga untuk dialihkan pada dokter spesialis lain jika dokter yang dituju berhalangan hadir (cuti/sakit/izin dll) Informasi kepada pasien untuk segera menunggu di depan ruang tunggu dokter masing-masing agar jika dipanggil ybs ada 	<ul style="list-style-type: none"> Informasi kontrol minimal H-3 H+3 sebelum jadwal kontrol selanjutnya untuk mengurai kepadatan rawat jalan Informasi kepada pasien agar melakukan control selanjutnya ke faskes I sesuai dengan Program Rujuk Balik Informasi kepada pasien untuk datang sesuai dengan jadwal praktik dokter yang dituju di poliklinik Informasi kepada pasien untuk segera menuju farmasi rawat jalan 	<ul style="list-style-type: none"> Display antrian farmasi rawat jalan agar senantiasa berfungsi. Informasi pada pengunjung terutama pada <i>peak hour</i> bahwa pelayanan akan memanjang Edukasi pada pengunjung agar tidak meninggalkan tempat setelah menyerahkan resep Edukasi pada security agar mengatur pasien dan/atau keluarga yang sedang menunggu antrian obat (tidak duduk di lantai).
Sarana dan prasarana	<ul style="list-style-type: none"> Memastikan jaringan internet stabil. Pemenuhan sarpras untuk mendukung bridging VClaim agar terbit SEP secara langsung. Penyempurnaan dan optimalisasi Aplikasi RSJMM Care untuk menunjang perbaikan waktu pelayanan rawat jalan end to end agar dapat dilihat jam antian pasien ybs. Dukungan server yang mumpuni untuk pelayanan 	<ul style="list-style-type: none"> Optimalisasi pasien dan/atau keluarga agar dapat melakukan entry secara mandiri pada mesin APM Pemenuhan display jadwal praktik dokter Mesin presensi kehadiran dokter di poliklinik 	<ul style="list-style-type: none"> Display antrian pasien di poliklinik pergedung perlantai Pengeras suara 	<ul style="list-style-type: none"> Display antrian pasien Pengeras suara 	<ul style="list-style-type: none"> Display antrian pasien di ruang tunggu farmasi tambahan
Pengaturan kuota	<ul style="list-style-type: none"> Memastikan pengaturan kuota dokter agar dapat dimasukkan ke 	<ul style="list-style-type: none"> Pengaturan kuota disesuaikan pada kebijakan yang 	<ul style="list-style-type: none"> Jika ada dokter yang sudah selesai praktik, pasien bisa 	<ul style="list-style-type: none"> Memberikan layanan sesuai dengan jumlah 	<ul style="list-style-type: none"> Koordinasi dengan Timker Pelayanan Medik

DESKRIPSI	SIRS	TPP	PERAWAT	DOKTER	FARMASI
	aplikasi RSJMM Care dan HFIS	dikeluarkan oleh Timker Pelayanan Medik sesuai dengan jadwal praktik dokter	dialihkan ke dokter yang masih memberikan layanan	pasiennya di hari tersebut	terkait pelayanan dokter spesialis agar resep tidak menumpuk di jam 10.00 – 11.00 WIB
SDM	<ul style="list-style-type: none"> Memastikan ketersediaan SDM sesuai kebutuhan, jika diperlukan pertimbangkan penambahan SDM untuk meningkatkan kapasitas layanan 	<ul style="list-style-type: none"> Memastikan ketersediaan SDM sesuai kebutuhan, jika diperlukan pertimbangkan penambahan SDM untuk meningkatkan kapasitas layanan 	<ul style="list-style-type: none"> Memastikan ketersediaan SDM sesuai kebutuhan, jika diperlukan pertimbangkan penambahan SDM untuk meningkatkan kapasitas layanan 	<ul style="list-style-type: none"> Memastikan ketersediaan SDM sesuai kebutuhan, jika diperlukan pertimbangkan penambahan SDM untuk meningkatkan kapasitas layanan 	<ul style="list-style-type: none"> Memastikan ketersediaan SDM sesuai kebutuhan, jika diperlukan pertimbangkan penambahan SDM untuk meningkatkan kapasitas layanan, buat identifikasi berapa tenaga Apoteker dan TTK existing dengan kebutuhan ABKnya
Sistem	<ul style="list-style-type: none"> Mesin APM agar dapat mencetak SEP tidak hanya nomor antrian Pemblokiran by sistem untuk pasien yang tidak sesuai dengan alur pelayanan Optimalisasi Aplikasi RSJMM Care agar dapat memunculkan dashboard antrian pasien (memberikan kepastian pelayanan pada pasien) Mengupayakan melakukan pemblokiran by sistem untuk pelayanan di masing-masing task 	<ul style="list-style-type: none"> Usulan alternatif untuk pelayanan TPP jika terkendala SIMRS secara manual 	<ul style="list-style-type: none"> Pemblokiran by sistem untuk pasien yang sudah datang jauh sebelum jam praktik dokter dan sudah dilakukan asesmen oleh perawat 	<ul style="list-style-type: none"> Pemblokiran by sistem untuk pasien yang sudah datang jauh sebelum jam praktik dokter dan sudah dilakukan asesmen oleh perawat 	<ul style="list-style-type: none"> Kepatuhan petugas untuk menyelesaikan task pada SIMRS

2. Waktu Pemeriksaan Laboratorium (WPL)



Grafik 5.31 Waktu Pemeriksaan Laboratorium

Kondisi yang dicapai saat ini:

1. Rerata waktu pemeriksaan laboratorium semester I tahun 2024 adalah 99,52%, sudah mencapai standar 100%. Hal ini perlu dipertahankan.
2. Bridging LIS dengan SIMRS.
3. Usulan pemeriksaan laboratorium *paperless*.
4. Koordinasi untuk integrasi menyeluruh antara SIMRS dengan LIS dan sudah dilaksanakan uji coba.

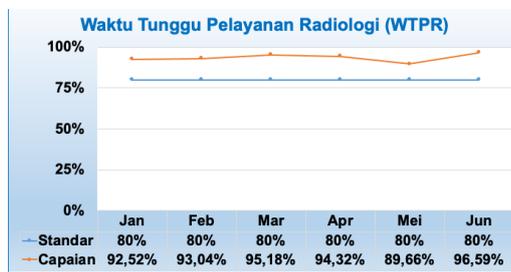
Kendala dan Permasalahan:

1. Hasil pemeriksaan laboratorium belum *paperless*.

Rencana pemecahan masalah:

1. Membuat sistem agar hasil pemeriksaan laboratorium *paperless*.
2. Segera menyediakan provider, bridging SIM RS dengan LIS untuk digunakan sebagai penyampaian hasil laboratorium secara *paperless*.
3. Membuat sistem agar hasil pemeriksaan laboratorium dapat diakses secara online (*paperless*) atau memasukkan hasil pemeriksaan penunjang pasien pada aplikasi *RSJMM Care*.
4. Segera menyediakan provider, bridging SIM RS dengan LIS untuk digunakan sebagai penyampaian hasil laboratorium secara *paperless*.
5. Penyempurnaan integrasi SIMRS dan LIS untuk output data WPL.

3. Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)



Grafik 5.32 Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi

Kondisi yang dicapai saat ini:

1. Rerata waktu pemeriksaan radiologi sudah mencapai standar 80% dengan rerata capaian semester I tahun 2024 adalah 93,55%. Capaian ini sudah mengalami perbaikan jika dibandingkan dengan tahun sebelumnya. Hal ini perlu dipertahankan.
2. Sudah dilakukan pengaturan jadwal dokter spesialis radiologi sebagai upaya percepatan waktu tunggu layanan radiologi.
3. Kajian terkait PACS sudah dilakukan, namun belum terealisasi.
4. Usulan hasil pemeriksaan radiologi *paperless*
5. Kajian PACS sudah dilakukan dan diusulkan pengadaan PACS, namun belum terealisasi.

Kendala dan Permasalahan:

1. Harga PACS yang mahal dengan load pemeriksaan radiologi yang tidak terlalu banyak.
2. Pembacaan hasil expertise sudah mengalami perbaikan namun belum konsisten < 1 jam.
3. Usulan hasil pemeriksaan radiologi *paperless* yang belum terealisasi.
4. Beberapa waktu terkendala pada sistem, pembacaan hasil pemeriksaan terlewat karena tanggal order pemeriksaan radiologi cukup jauh dari tanggal dilakukan pemeriksaan, hasil output pemeriksaan radiologi masuk ke tanggal order sedangkan di tanggal order tersebut dokter sudah melakukan pembacaan hasil di waktu tersebut sehingga hasil yang baru keluar terlewat.

Rencana pemecahan masalah:

1. Membuat sistem agar hasil expertise pemeriksaan radiologi dapat diakses secara online (*paperless*) sampai diterima oleh pasien atau memasukkan hasil pemeriksaan penunjang pasien salah satunya hasil pemeriksaan radiologi pada aplikasi *RSJMM Care*.
2. Segera menyediakan provider, bridging pada SIM RS untuk digunakan sebagai penyampaian hasil radiologi secara *paperless*.
3. Usulan pengadaan PACS (*Picture Archiving Communication System*) sesuai standar Direktorat Tata Kelola Kemenkes RI.
4. Pengadaan PACS (kebutuhan *dashboard* dan fitur-fitur yang dibutuhkan radiologi) sesuai dengan hasil rapat Instalasi Radiologi, Instalasi SIRS, dan Timker Pelayanan Penunjang.
5. Melakukan perbaikan pada sistem agar hasil pemeriksaan di tanggal order yang sudah lama, hasil output pemeriksaan radiologi tetap masuk di hari dimana hasil tersebut diperiksa.

4. Pembatalan Operasi Elektif



Grafik 5.33 Pembatalan Operasi Elektif

Kondisi yang dicapai saat ini:

1. Hasil capaian pembatalan operasi elektif semester I tahun 2024 sudah baik mencapai standar $\leq 3\%$. Hal ini perlu dipertahankan.
2. Sudah dilakukan koordinasi dengan Instalasi SIRS terkait display pasien operasi.
3. Menu informasi pasien operasi sudah ada dalam ERM, siap terdisplay dan terhubung dalam monitor. Sudah dilakukan koordinasi dengan Timker Hukum dan Humas terkait informasi pasien operasi

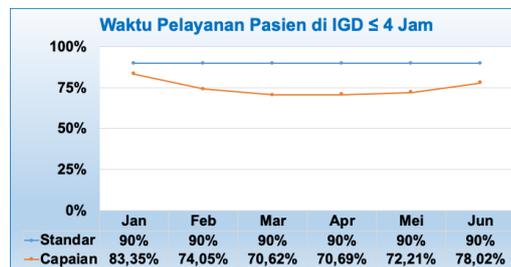
Kendala dan Permasalahan:

1. Penarikan data pembatalan operasi masih manual. Pencatatan dalam ERM sedang proses uji coba.

Rencana pemecahan masalah:

1. Pertahankan capaian.
2. Segera menyediakan display (monitor) pasien operasi yang akan dilakukan operasi elektif.
3. Pencatatan rencana operasi elektif mulai dari order, penentuan tanggal rencana operasi, dan realisasi operasi elektif terdokumentasi dengan benar dan real time.
4. Memastikan setelah melakukan operasi elektif seluruh petugas patuh untuk menyelesaikan status tindakan pasien pada SIM RS agar statusnya tidak menggantung.

5. Waktu Pelayanan Pasien Di IGD ≤ 4 Jam



Grafik 5.34 Waktu Pelayanan Pasien di IGD ≤ 4 Jam

Kondisi yang dicapai saat ini:

1. Waktu pelayanan pasien di IGD ≤ 4 Jam pada semester I tahun 2024 belum mencapai standar 90% dengan rerata capaian 74,83%. Hal ini harus senantiasa untuk dilakukan upaya perbaikan secara terus menerus.
2. Rapat koordinasi, monitoring, dan feedback atas capaian dan kendala yang dialami secara berkala.
3. Feedback kepada dokter umum dan dokter spesialis agar segera memberikan advis jika ada konsul pasien.
4. Jika pasien sudah stabil dan siap dipindahkan ke ruang rawat inap agar segera mengklik pindah pada menu SIMRS dan mengisi formulir transfer antar ruang sehingga waktu pelayanan IGD tidak memanjang.
5. Untuk pasien yang ACC pulang, petugas agar mengedukasi keluarga untuk segera menyelesaikan administrasi.
6. Koordinasi dengan MPP dan Timker Pelayanan Keperawatan untuk pasien psikiatri yang akan dipindahkan ke ruang rawat inap (terutama pasien ACT).
7. Meningkatkan komunikasi efektif antara dokter umum dan dokter spesialis.
8. Meningkatkan waktu tanggap pelayanan farmasi dengan adanya "alarm" yang menandakan adanya resep yang masuk.
9. Kepatuhan dokter umum untuk "klik" status pasien pada ERM yang belum optimal.

Kendala dan Permasalahan:

1. Konsistensi petugas untuk segera melayani pasien belum optimal disaat terjadi penumpukan pasien di IGD.
2. Konsistensi petugas untuk melakukan klik status pulang pada ERM yang belum real time.
3. Konsultasi DPJP diluar jam kerja yang memerlukan respon cukup lama terutama di malam hari.
4. Masalah administrasi pasien terkait penjaminan pasien.
5. Beberapa waktu terkendala pada alat laboratorium yang error sehingga menunggu hasil pemeriksaan laboratorium.
6. Rujukan pasien ke RS lain terkendala ruangan yang penuh dan kesiapan RS setempat.

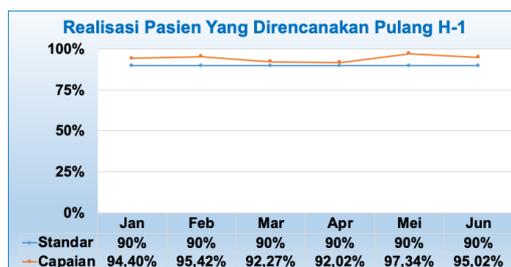
Rencana pemecahan masalah:

Tabel 5.11 Rekomendasi Waktu Pelayanan Pasien di IGD ≤ 4 Jam

Deskripsi	Pasien dan Keluarga	Perawat	Dokter	Farmasi
Komitmen		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Komitmen petugas untuk tanggap darurat terhadap seluruh pasien yang masuk ke IGD ▪ Komitmen perawat untuk penanganan segera kondisi emergency pasien ▪ Diperlukan leadership, komunikasi, dan kerjasama multidisiplin tim 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Komitmen petugas untuk tanggap darurat terhadap seluruh pasien yang masuk ke IGD ▪ Komitmen dokter spesialis untuk segera memberikan advis jika mendapatkan konsultasi dari dokter umum ▪ Komitmen dokter umum untuk menghubungi dokter spesialis melalui telfon tidak melalui <i>Whatsapp</i> sesuai dengan SPO ▪ Adanya hand over dokter tiap pertukaran shift ▪ Tuangkan dalam berita acara apabila terjadi kendala pada proses konsultasi dengan dokter spesialis dan rutin dilaporkan agar dapat difeedbackkan dan di lakukan upaya perbaikan ▪ Komitmen dokter umum untuk menyelesaikan task segera setelah melakukan pelayanan ▪ Komitmen petugas untuk segera mengklik status keluar pasien pada ERM ▪ Diperlukan leadership, komunikasi, dan kerjasama multidisiplin tim 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Komitmen Farmasi untuk segera memberikan layanan jika ada alarm permintaan obat dari IGD ▪ Diperlukan leadership, komunikasi, dan kerjasama multidisiplin tim
Respon time		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Respon time pelayanan perawat di gawat darurat ≤ 2 menit 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Respon time pelayanan dokter di gawat darurat ≤ 5 menit 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Respon time pelayanan Farmasi di gawat darurat ≤ 30 menit
Komunikasi	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informasi tim casemix terkait pembiayaan ▪ Informasi dari petugas ke pasien dan keluarga tentang pelayanan 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Koordinasi dengan Katimker Keperawatan, MPP, dan NOD tentang kondisi pasien dengan kasus kompleks. ▪ Konsistensi petugas untuk merawat pasien < 4 jam, agar dikomunikasikan dengan Timker Pelayanan Keperawatan, MPP, Kepala Instalasi Rawat Inap, dan Kepala Ruangan 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tidak melakukan konsultasi melalui chat <i>whatsapp</i> (harus telfon sesuai dengan SPO) → 10 menit pertama menghubungi DPJP utama, 10 menit tidak terhubung hubungi dokter spesialis lain, 10 menit tidak terhubung hubungi manajemen ▪ Koordinasi dengan Timker Pelayanan Medik untuk optimalisasi pelayanan dokter dan konsultasi dokter spesialis 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Koordinasi antara Instalasi Farmasi dan IGD terkait penyediaan obat untuk pasien
Reward and Punishment		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Memasukkan kinerja petugas terkait waktu 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Memberikan insentif DPJP pada saat memberikan 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Memasukkan kinerja petugas terkait waktu

Deskripsi	Pasien dan Keluarga	Perawat	Dokter	Farmasi
		<ul style="list-style-type: none"> • pelayanan pasien di IGD ≤ 4 pada penilaian indikator kinerja individu 	<ul style="list-style-type: none"> • konsultasi diluar jam kerja 	<ul style="list-style-type: none"> • pelayanan pasien di IGD ≤ 4 pada penilaian indikator kinerja individu
Sarana dan Prasarana	<ul style="list-style-type: none"> • Leaflet pelayanan yang dilayani di RS 	<ul style="list-style-type: none"> • Melakukan uji fungsi alat kesehatan rutin setiap hari • Memastikan ketersediaan tempat tidur bagi pasien di IGD 		
Sistem rujukan	<ul style="list-style-type: none"> • Senantiasa siaga untuk mendampingi keluarga dan pasien dalam rujukan 	<ul style="list-style-type: none"> • Optimalisasi sistem rujukan (Sisrute, ESIR, SPGDT) 		
Transportasi		<ul style="list-style-type: none"> • Segera menghubungi petugas pool kendaraan untuk memindahkan pasien ke ruang ranap atau rujuk ke RS lain 		
SPO		<ul style="list-style-type: none"> • Adanya Panduan Praktik Klinis (PPK) dan SPO di IGD 	<ul style="list-style-type: none"> • Adanya Panduan Praktik Klinis (PPK) dan SPO di IGD 	<ul style="list-style-type: none"> • Adanya Panduan Praktik Klinis (PPK) dan SPO di IGD
Dukungan IT		<ul style="list-style-type: none"> • Dukungan dashboard pemantuan waktu layanan pasien di IGD 	<ul style="list-style-type: none"> • Dukungan dashboard pemantuan waktu layanan pasien di IGD • Adanya sistem yang memberitahu pada DPJP terkait pasien di IGD untuk segera mendapatkan keputusan klinis 	<ul style="list-style-type: none"> • Dukungan dashboard pemantuan waktu layanan pasien di IGD
Monitoring dan Evaluasi	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoring dan evaluasi rutin terkait penyebab keterlambatan waktu layanan, peran masing-masing petugas sampai ke petugas transportasi, ketersediaan tempat di bangsal, full capacity protocol (difasilitasi melalui forum komunikasi yang melibatkan manajemen RS dan pengelola – IGD, IRJ, Ranap,dll). 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoring dan evaluasi rutin terkait penyebab keterlambatan waktu layanan, peran masing-masing petugas sampai ke petugas transportasi, ketersediaan tempat di bangsal, full capacity protocol (difasilitasi melalui forum komunikasi yang melibatkan manajemen RS dan pengelola – IGD, IRJ, Ranap,dll). 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoring dan evaluasi rutin terkait penyebab keterlambatan waktu layanan, peran masing-masing petugas sampai ke petugas transportasi, ketersediaan tempat di bangsal, full capacity protocol (difasilitasi melalui forum komunikasi yang melibatkan manajemen RS dan pengelola – IGD, IRJ, Ranap,dll). 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoring dan evaluasi rutin terkait penyebab keterlambatan waktu layanan, peran masing-masing petugas sampai ke petugas transportasi, ketersediaan tempat di bangsal, full capacity protocol (difasilitasi melalui forum komunikasi yang melibatkan manajemen RS dan pengelola – IGD, IRJ, Ranap,dll).

6. Realisasi Pasien Yang Direncanakan Pulang H-1



Grafik 5.35 Realisasi Pasien Yang Direncanakan Pulang H-1

Kondisi yang dicapai saat ini:

1. Rerata capaian realisasi pasien yang direncanakan pulang H-1 pada semester I tahun 2024 adalah 94,41%, sudah mencapai standar (standar $\geq 90\%$). Perlu dilakukan upaya mempertahankan capaian dan upaya perbaikan yang berkesinambungan.
2. Sudah dilakukan rapat koordinasi antara Timker Pelayanan Hukum dan Humas, Timker Pelayanan Medik, Timker Pelayanan Keperawatan, Timker Pelayanan Penunjang, Instalasi PKRS, Instalasi Rekam Medik, MPP, dan Kepala Ruangan untuk percepatan pasien yang sudah ACC untuk pulang atau direncanakan untuk pulang.
3. Koordinasi dengan Instalasi Rekam Medik untuk menambahkan identitas dan nomor telfon penanggung jawab pasien pada saat mendaftarkan pasien.
4. Edukasi kepada para DPJP untuk melakukan pengisian formulir resume medis pada jam kerja.
5. Edukasi kepada ruangan agar segera menghubungi Instalasi PKRS jika pasien akan dilakukan *dropping* (proses administrasi *dropping* membutuhkan waktu ± 2 minggu).
6. Koordinasi dengan ruangan dan DPJP agar segera melakukan updating resume pulang pasien h-1 pasien dipulangkan.
7. Koordinasi dengan Timker TU dan RT agar segera membuat surat tugas bagi petugas yang akan melakukan *dropping*.
8. Koordinasi lintas sektor (pihak yayasan dan Dinas Sosial) untuk segera menjemput pasien jika sudah diinformasikan untuk pulang.

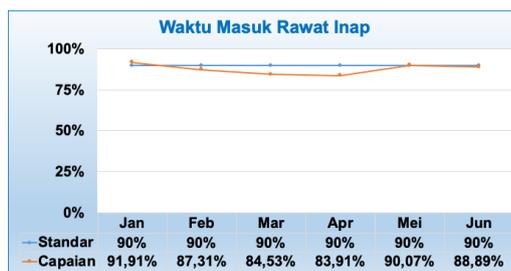
Kendala dan Permasalahan:

1. Keluarga pasien maupun dinas sosial yang tidak kunjung menjemput ketika pasien sudah di ACC untuk pulang oleh DPJP. Masih banyak alasan terkait penguluran waktu pulang pasien.
2. Identitas dan nomor telfon penanggung jawab sering sekali sulit dihubungi terutama pada pasien psikiatri.
3. Beberapa keluarga pasien bersedia untuk menjemput pasien namun ketika sudah saatnya pulang, yang bersangkutan tidak jadi menjemput.
4. Ditemukannya beberapa DPJP yang membuat resume medis di luar jam kerja, berpengaruh pada hasil akhir perhitungan realisasi pulang pasien H-1.
5. Masih ditemukan beberapa pasien rawat inap non psikiatri yang tidak tepat waktu untuk dipulangkan setelah mendapat ACC pulang dari DPJP.
6. Pengisian resume pulang pasien rawat inap dapat dicicil oleh DPJP pada ERM, jika tidak ada perubahan resume, maka waktu terakhir mengisi itulah yang akan tertarik pada data realisasi pasien pulang H-1 sehingga terkesan pasien memanjang untuk waktu pemulangannya.

Rencana pemecahan masalah:

1. Dokter menulis resume medis di jam kerja.
2. Updating resume pulang pasien ketika sudah acc pulang oleh DPJP walaupun sudah mencicil pembuatan resume pulang sejak pasien awal masuk, hal ini berpengaruh pada hasil penarikan data realisasi pulang pasien H-1 yang terkesan memanjang jika resume sudah dibuat sejak awal dan tidak ada updating.
3. Adanya alur/SOP pemulangan pasien rawat inap.
4. Komitmen pihak keluarga, Dinas Sosial, Yayasan untuk segera menjemput pasien jika kondisi pasien sudah baik / ACC pulang.
5. Koordinasi Instalasi Rawat Inap dengan Instalasi PKRS terkait pemulangan pasien *dropping*.
6. Koordinasi Katimker Pelayanan Keperawatan, Instalasi Rawat Inap, dan Instalasi PKRS terkait pemulangan pasien.
7. Kepala ruangan agar terus menerus menghubungi keluarga pasien yang sudah ACC pulang.
8. Kepala ruangan segera mengajukan *dropping* pasien jika ada indikasi tidak ada yang bisa menjemput pulang pasien.
9. Memastikan pasien rawat inap non psikiatri tepat waktu dipulangkan setelah mendapat ACC pulang dari DPJP.

7. Waktu Masuk Rawat Inap



Grafik 5.36 Waktu Masuk Rawat Inap

Kondisi yang dicapai saat ini:

1. Rerata waktu masuk rawat inap belum mencapai standar ($\geq 90\%$) pada semester I tahun 2024 dengan rerata capaian yaitu 87,77%. Capaian ini perlu dilakukan upaya perbaikan secara berkesinambungan.
2. Sudah dilakukan rapat koordinasi antara Timker Pelayanan Medik, Timker Pelayanan Keperawatan, MPP, dan Kepala Ruangan untuk proses waktu masuk rawat inap.
3. Edukasi pada perawat agar segera mengisi formulir transfer pasien dan segera memindahkan pasien ≤ 60 menit.
4. Edukasi pada perawat ruangan senantiasa siap menerima pasien yang akan masuk rawat inap.
5. Edukasi pada perawat di IGD maupun di rawat inap untuk patuh klik pada formulir transfer pasien.
6. Sudah tidak ada penolakan dari ruang rawat inap apabila ada pasien yang akan ditransfer dari IGD.

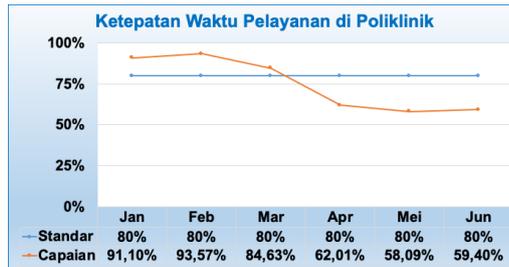
Kendala dan Permasalahan:

1. Ada beberapa waktu dimana ruangan UPIP yang penuh, sehingga pasien dari IGD tidak dapat masuk ruang rawat inap.
2. Keluarga pasien tidak menunggu di tempat, sehingga pasien belum dapat dilakukan transfer ke ruang rawat inap.
3. Beberapa kondisi ditemukan penanggung jawab dari Yayasan tidak sesuai dengan daftar penanggung jawab pasien yang diberikan oleh Yayasan.
4. Beberapa waktu pemindahan pasien di Bulan Juni dari IGD tidak menggunakan ambulans melainkan mobil biasa.

Rencana pemecahan masalah:

1. Komunikasi efektif antara petugas IGD, perawat ruangan, Katimker Keperawatan, MPP, dan NOD terkait ketersediaan ruangan.
2. Koordinasi terus menerus dengan Instalasi PKRS terkait ACT.
3. Edukasi keluarga/Yayasan agar ada yang menunggu pasien di IGD sampai masuk ke rawat inap/rujuk/pulang.
4. Koordinasi dengan yayasan dan dinas sosial terkait pendampingan pasien sampai masuk ke rawat inap.
5. Memastikan ruang rawat inap siap ketika IGD akan memindahkan pasien ke ruang rawat inap (baik ranap umum maupun ranap psikiatri).
6. Memastikan tersedianya tempat yang aman saat memindahkan pasien antar ruang.
7. Kepatuhan petugas untuk menyelesaikan pengisian form transfer pasien antar ruang pada ERM.
8. Pengkajian ruang intermediate untuk mengurai kepadatan ruang rawat inap.
9. Memastikan pemeliharaan ambulance dilakukan secara periodik untuk menghindari kerusakan yang dapat menghambat mobilitas pemindahan pasien di RS.

8. Ketepatan Waktu Pelayanan di Poliklinik



Grifik 5.37 Ketepatan Waktu Pelayanan di Poliklinik

Kondisi yang dicapai saat ini:

1. Rerata ketepatan waktu pelayanan di poliklinik sudah mencapai standar ($\geq 80\%$) pada semester I tahun 2024 yaitu 74,80%. Sudah mengalami perbaikan namun masih fluktuatif dan perlu dilakukan upaya mempertahankan capaian dan perbaikan berkesinambungan.
2. Koordinasi dengan Komite Medik, Ketua KSM Psikiatri, KSM Non Psikiatri, KSM Gigi, dan Instalasi Rawat Jalan terkait penjadwalan dokter spesialis di Poliklinik.
3. Redesign jadwal dokter spesialis sesuai dengan hasil evaluasi waktu pelayanan rawat jalan.
4. Evaluasi kehadiran para dokter spesialis setiap bulan.
5. *Feedback* pada para Ketua KSM terkait kinerja dokter spesialis di Poliklinik.
6. Edukasi pada para dokter agar melakukan pelayanan sesuai dengan jadwal HFIS.
7. Jadwal poli reguler overlapping dengan jadwal di poli eksekutif

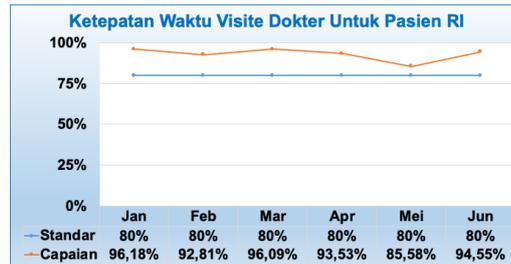
Kendala dan Permasalahan:

1. Komitmen para dokter spesialis untuk memberikan pelayanan di Poliklinik sesuai dengan jadwal yang sudah ditentukan masih kurang.
2. Jadwal praktik Poliklinik dan visite dokter yang overlapping.
3. Masih ditemukan dokter spesialis yang hadir diluar jadwal HFIS.
4. Masih ditemukan para dokter yang belum patuh klik "keluar" pada status keluar pasien di ERM setelah selesai melakukan pelayanan.
5. Belum ada display jadwal praktik dokter spesialis di Poliklinik.
6. Evaluasi ketepatan poli didasarkan pada penarikan data pelayana rawat jalan di SIMRS saat waktu pertama kali dokter melayani pasien, namun hasil yang ada masih berisiko bias. Perlu adanya fingerprint untuk mengevaluasi ketepatan waktu pelayanan dokter spesialis di Poliklinik dengan lebih tepat.
7. Belum ada pengeras suara untuk memanggil pasien.
8. Jadwal poli reguler overlapping dengan jadwal di poli eksekutif

Rencana pemecahan masalah:

1. Komitmen pada dokter spesialis untuk hadir sesuai dengan jadwal praktik yang sudah ditetapkan.
2. Komitmen para dokter spesialis untuk melakukan klik "keluar" pada status pasien di ERM setelah selesai melakukan pelayanan.
3. Komitmen petugas farmasi untuk melakukan klik "obat serah" pada ERM setelah selesai memberikan pelayanan.
4. Redesign jadwal dokter spesialis di poliklinik reguler dan eksekutif yang ideal sesuai dengan hasil evaluasi ketepatan waktu pelayanan dokter spesialis di poliklinik.
5. Supervisi dari Katimker Pelayanan Medik terkait kinerja dokter spesialis di Poliklinik.
6. Koordinasi dengan Komite Medik untuk memberikan feedback atas kinerja dokter spesialis.
7. Penyediaan informasi, sarana dan prasarana terkait jadwal praktik dokter spesialis dan pemanggilan pasien di Poliklinik.
8. Realisasi fingerprint untuk mengevaluasi ketepatan waktu dokter di poliklinik selain dengan menggunakan tarikan data waktu layanan rawat jalan di SIM RS.
9. Penerapan *reward and punishment*.

9. Ketepatan Waktu Visite Dokter Untuk Pasien RI



Grafik 5.38 Ketepatan Waktu Visite Dokter Untuk Pasien RI

Kondisi yang dicapai saat ini:

1. Rerata capaian ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI semester I tahun 2024 yaitu 93,12% sudah mencapai standar (standar 80%). Hal ini perlu dipertahankan.
2. Waktu visite dokter *overlapping* dengan waktu pelayanan dokter di poliklinik.
3. Koordinasi dengan Komite Medik dan para dokter spesialis untuk mengatur waktu visite sesuai dengan waktu yang telah ditetapkan.
4. Sudah ada fingerprint yang dialokasikan di 26 titik namun belum dapat ditarik output laporannya sesuai kebutuhan.

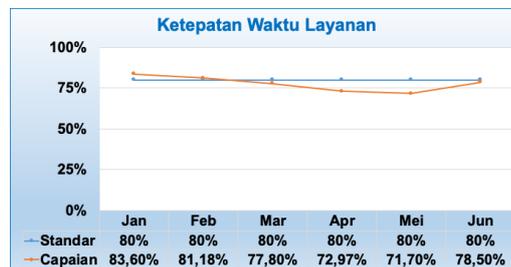
Kendala dan Permasalahan:

1. Waktu visite dokter *overlapping* dengan waktu pelayanan dokter di Poliklinik.
2. Belum adanya SPO implementasi fingerprint bagi DPJP dan Dokter Umum.
3. Output laporan fingerprint belum dapat difasilitasi sesuai dengan kebutuhan.

Rencana pemecahan masalah:

1. Komitmen para DPJP untuk melakukan visite dokter di rawat inap sesuai dengan waktu yang telah ditetapkan.
2. Memastikan penyedia segera memfasilitasi output laporan sesuai dengan yang dibutuhkan.
3. Penerapan reward and punishment.

10. Ketepatan Waktu Layanan



Grafik 5.39 Ketepatan Waktu Layanan

Kondisi yang dicapai saat ini:

1. Rerata capaian ketepatan waktu layanan pada semester I tahun 2024 adalah 76,56% belum mencapai standar (standar 80%). Hal ini perlu dilakukan upaya perbaikan secara berkesinambungan.
2. Waktu tunggu rawat jalan tanpa penunjang cenderung menurun disebabkan oleh faktor-faktor yang sudah diuraikan diatas.
3. Kepatuhan kehadiran dokter spesialis di Poliklinik masih perlu ditingkatkan.
4. Konsistensi untuk memberikan pelayanan pada 3 indikator (waktu tunggu rawat jalan tanpa penunjang, ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI, dan ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik) masih belum optimal.

Kendala dan Permasalahan:

1. Kendala dan permasalahan waktu tunggu rawat jalan tanpa penunjang, ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI, dan ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik sudah diuraikan di atas.

Rencana pemecahan masalah:

1. Rekomendasi waktu tunggu rawat jalan tanpa penunjang, ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI, dan ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik sudah diuraikan di atas.
2. Komitmen bersama-sama dari Timker Pelayanan Medik, Timker Pelayanan Keperawatan, Timker Pelayanan Penunjang untuk perbaikan dan pencapaian indikator ketepatan waktu layanan.
3. Feedback dari manajemen untuk upaya perbaikan ketepatan waktu layanan.
4. Penerapan reward and punishment.

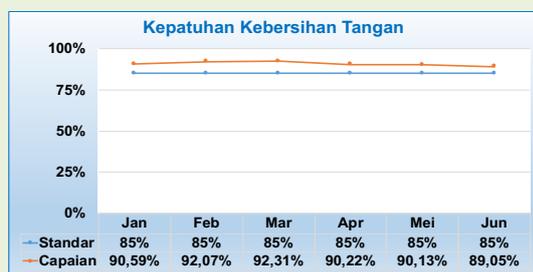
5.5 Pencapaian Indikator Mutu Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)

Indikator mutu PPI semester I tahun 2024 ada 20 (dua puluh) indikator sebagai berikut:

Tabel 5.12 Indikator Mutu Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)

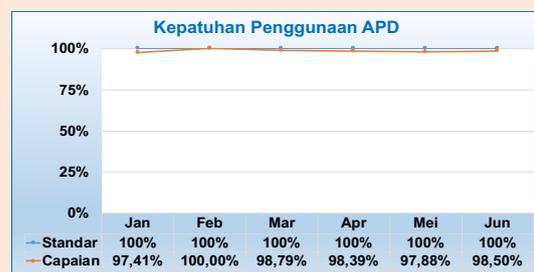
NO	INDIKATOR MUTU	STANDAR
1	Kepatuhan kebersihan tangan	≥ 85%
2	Kepatuhan penggunaan APD	100%
3	Kepatuhan manajemen linen ruangan	100%
4	Kepatuhan manajemen limbah tajam	100%
5	Kepatuhan manajemen limbah infeksius	100%
6	Kepatuhan manajemen lingkungan kerja	85%
7	Kepatuhan manajemen alat kesehatan pasien	100%
8	Kepatuhan menyuntik aman	100%
9	Etika batuk	100%
10	Kejadian Ventilator Associated Pneumonia (VAP)	≤5,8‰
11	Kejadian Hospital-Acquired Pneumonia (HAP)	< 1‰
12	Kejadian Infeksi Alirah Darah Perifer (Phlebitis)	5% dan < 1‰
13	Kejadian Infeksi Saluran Kencing (ISK)	2% dan < 4,7‰
14	Kejadian Infeksi Daerah Operasi (IDO)	2%
15	Kejadian dekubitus	2% dan <1,5‰
16	Kejadian scabies pada pasien psikiatri	< 5%
17	Kejadian pedikulosis pada pasien psikiatri	< 5%
18	Kejadian konjungtivitis pada pasien psikiatri	< 5%
19	Ketercapaian personal hygiene pasien psikiatri	100%
20	Kepatuhan pelaksanaan ICRA	100%

Hasil pengukuran indikator mutu PPI semester I tahun 2024 adalah sebagai berikut:



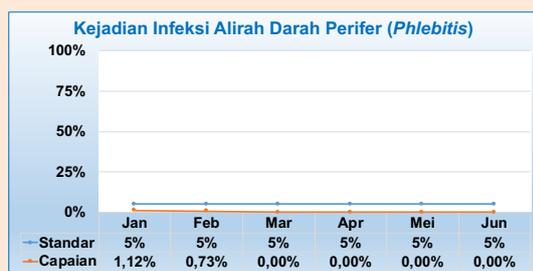
Grafik 5.40 Kepatuhan Kebersihan Tangan

Rerata capaian kepatuhan kebersihan tangan selama semester I tahun 2024 adalah 90,73%. Indikator kepatuhan kebersihan tangan masih belum menunjukkan capaian yang stabil. Komite PPI terus melakukan upaya perbaikan dengan melakukan edukasi secara terus menerus terkait pelaksanaan kebersihan tangan yang benar. Move dan supervisi yang rutin dilakukan setiap bulannya mulai menunjukkan konsistensi dalam penerapan kebersihan tangan sesuai standar PPI. Perlu adanya penguatan dan upaya optimalisasi untuk upaya pencapaian kebersihan tangan yang lebih baik lagi.

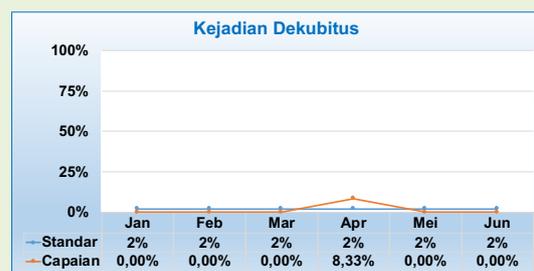


Grafik 5.41 Kepatuhan Penggunaan APD

Rerata capaian kepatuhan penggunaan APD selama semester I tahun 2024 adalah 98,49%. Indikator kepatuhan penggunaan APD masih belum menunjukkan capaian yang stabil. Komite PPI terus melakukan upaya perbaikan dengan melakukan edukasi secara terus menerus terkait pelaksanaan penggunaan APD yang benar. Move dan supervisi yang rutin dilakukan setiap bulannya mulai menunjukkan konsistensi dalam penerapan penggunaan APD sesuai standar PPI. Perlu adanya penguatan dan upaya optimalisasi untuk upaya pencapaian penggunaan APD yang lebih baik lagi.



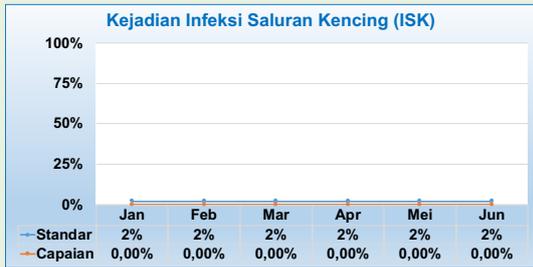
Grafik 5.42 Angka Kejadian Phlebitis



Grafik 5.43 Angka Kejadian Dekubitus

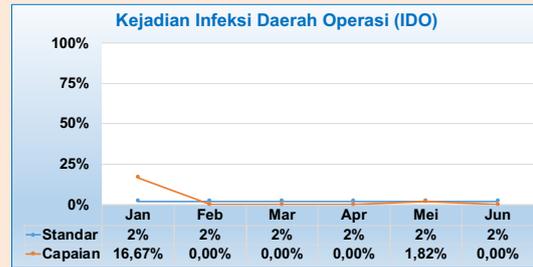
Rerata angka kejadian phlebitis selama semester I tahun 2024 adalah 0%. Hal ini perlu dipertahankan.

Rerata angka kejadian dekubitus selama semester I tahun 2024 adalah 1,39%. Hal ini perlu dipertahankan.



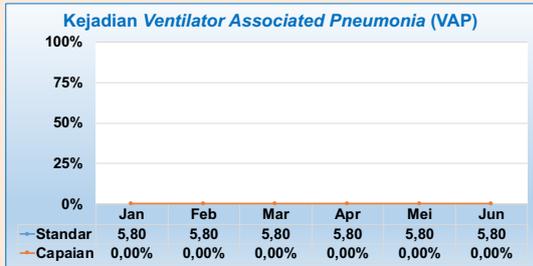
Grafik 5.44 Angka Kejadian Infeksi Saluran Kemih (ISK)

Rerata angka kejadian ISK selama semester I tahun 2024 adalah 0%. Hal ini perlu dipertahankan.



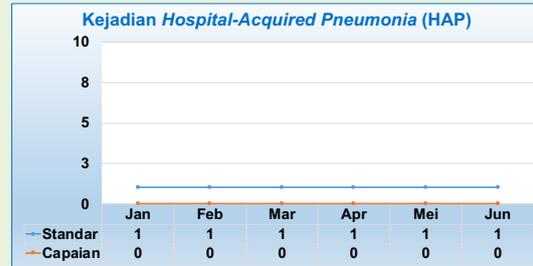
Grafik 5.45 Angka Kejadian Infeksi Daerah Operasi (IDO)

Rerata angka kejadian IDO selama semester I tahun 2024 terjadi 1 kasus dari 6 pasien operasi Sectio Cesaria, terjadi di bulan Januari 2024. Upaya yang dilakukan untuk mencegah terjadinya IDO di antaranya melakukan persiapan operasi dengan baik, melakukan tindakan operasi sesuai dengan SPO yang berlaku untuk meminimalisir kejadian infeksi akibat luka operasi, edukasi pasien saat persiapan pulang untuk melakukan perawatan luka operasi dengan steril.



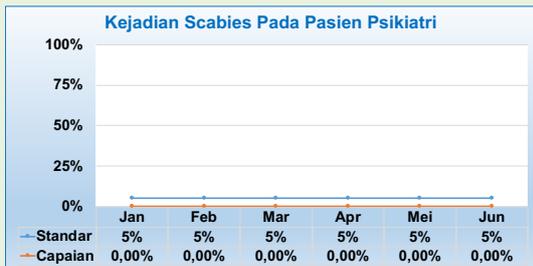
Grafik 5.46 Angka Kejadian Ventilatory Associated Pneumonia (VAP)

Tidak ada kejadian Ventilatory Associated Pneumonia (VAP) selama semester I tahun 2024. Hal ini perlu dipertahankan.



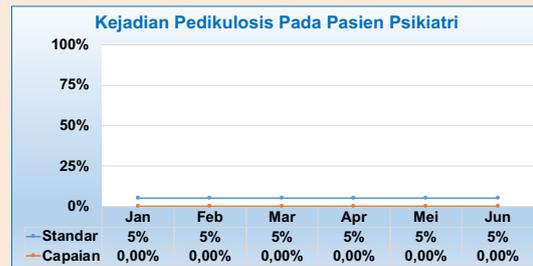
Grafik 5.47 Angka Kejadian Hospital Acquired Pneumonia (HAP)

Tidak ada kejadian Hospital Acquired Pneumonia (HAP) selama semester I tahun 2024. Hal ini perlu dipertahankan.



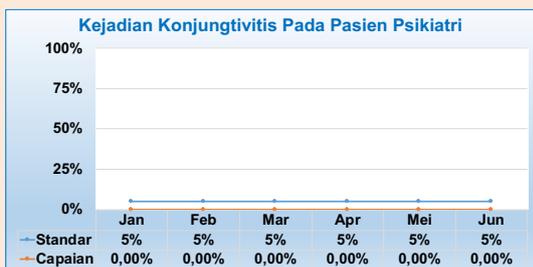
Grafik 5.48 Angka Kejadian Scabies

Tidak ada kejadian scabies selama semester I tahun 2024. Hal ini perlu dipertahankan.

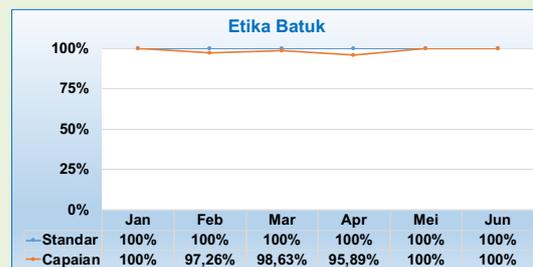


Grafik 5.49 Angka Kejadian Pedikulosis

Tidak ada kejadian pedikulosis selama semester I tahun 2024. Hal ini perlu dipertahankan.



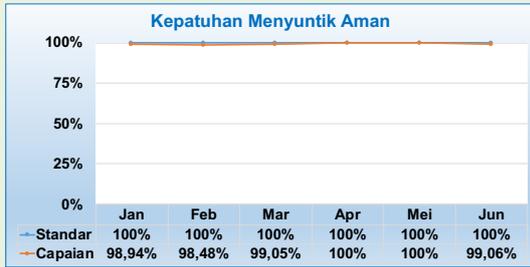
Grafik 5.50 Angka Kejadian Konjungtivitis



Grafik 5.51 Etika Batuk

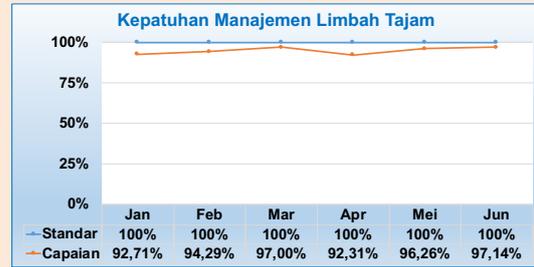
Tidak ada kejadian konjungktivitis pada pasien psikiatri selama semester I tahun 2024. Hal ini perlu dipertahankan.

Rerata capaian indikator etika batuk selama semester I tahun 2024 adalah 98,63%. Hal ini masih terus diupayakan ketercapaian indikator dengan selalu mengedukasi petugas jika tidak patuh etika batuk.



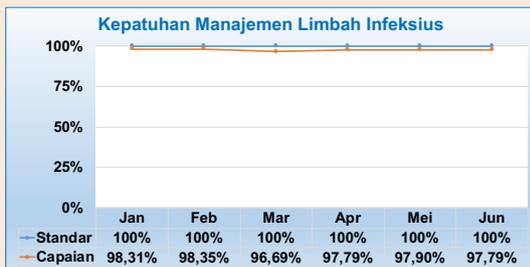
Grafik 5.52 Menyuntik Aman

Rerata capaian indikator menyuntik aman semester I tahun 2024 adalah 99,25%. Capaian ini masih belum mencapai standar yang telah ditetapkan. Perlu dilakukan monitoring dan evaluasi dari Kepala Ruang atau Ketua Tim terkait cara menyuntik yang aman bagi pasien dan petugas. Menyuntik aman bila tidak dilakukan dengan baik dapat menyebabkan insiden tertusuk jarum. Oleh sebab itu, penting untuk mengingatkan dan meningkatkan kesadaran petugas akan prosedur menyuntik aman. Indikator ini perlu dimasukkan ke dalam indikator kinerja PPA agar semua patuh menyuntik aman sehingga tercipta keselamatan pasien RS.



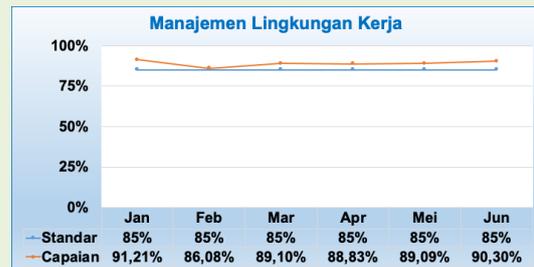
Grafik 5.53 Manajemen Limbah Tajam

Rerata capaian indikator manajemen limbah tajam semester I tahun 2024 adalah 94,95% dan belum mencapai standar. Beberapa ruangan belum mematuhi rentang waktu pembuangan limbah tajam 3-7 hari dan isinya lebih dari ¾ penuh. Hal ini perlu diperhatikan pengelolaan limbah jarum suntik di ruangan agar dapat dituliskan tanggal saat pertama penyiapan dan kapan mengganti boxnya. Perlu dilakukan koordinasi pengelolaan limbah tajam antara Komite PPI, Instalasi Rawat Inap, IGD, Instalasi K3KL, dan unit lainnya yang terkait dalam melakukan manajemen limbah tajam ini.



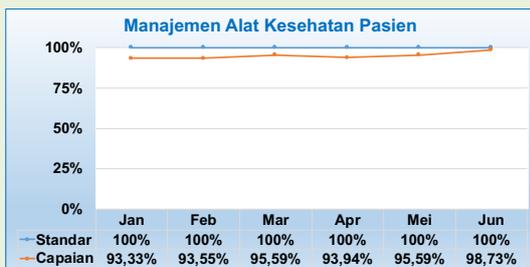
Grafik 5.54 Manajemen Limbah Infeksius

Rerata capaian indikator manajemen limbah infeksius semester I tahun 2024 adalah 97,80% dan belum mencapai standar yang ditetapkan. Masih ditemukan peruntukan plastik infeksius (kuning) yang belum tepat sasaran, tempat sampah yang tidak berpedal dan tidak dilapisi plastik infeksius. Manajemen limbah infeksius harus sesuai dengan standar PPI. Pemantauan dan koordinasi terus dilakukan antara Komite Mutu, Komite PPI, Instalasi K3KL, serta unit lain yang terkait dalam mengelola limbah infeksius agar sesuai dengan standar yang ditetapkan.



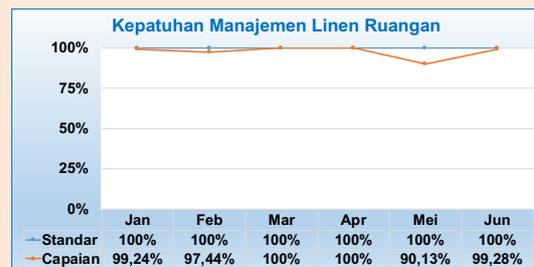
Grafik 5.55 Manajemen Lingkungan Kerja

Rerata capaian indikator manajemen lingkungan kerja semester I tahun 2024 adalah 89,10% hampir mencapai standar. Elemen penilaian indikator manajemen lingkungan kerja terkait penilaian 5R (Ringkas, Rapi, Rawat, Resik, dan Rajin). Diharapkan ke depannya dapat meningkat seiring dengan meningkatnya kesadaran petugas akan pentingnya pengelolaan lingkungan kerja yang baik. Upaya mengelola lingkungan yang baik diharapkan mampu menciptakan lingkungan yang sehat. Salah satunya dengan membudayakan 5R. Monitoring rutin dan koordinasi dengan supervisor cleaning service sudah dilakukan oleh Komite PPI.



Grafik 5.56 Manajemen Alat Kesehatan

Rerata capaian indikator manajemen alat kesehatan pasien semester I tahun 2024 adalah 95,12%, belum mencapai standar yang telah ditetapkan. Ketidaktercapaian indikator

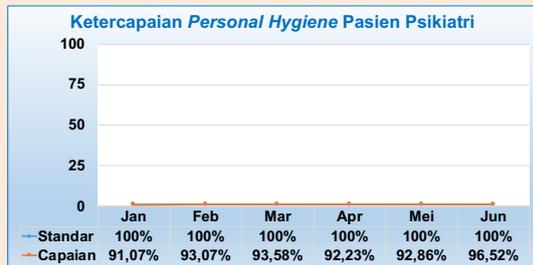


Grafik 5.57 Manajemen Lini Ruang

Rerata capaian indikator manajemen lini ruangan semester I tahun 2024 adalah 97,68%. Capaian ini belum mencapai standar yang telah ditetapkan yaitu 100% serta belum

manajemen alat kesehatan pasien disebabkan belum semua tersedia prasarana proses pre cleaning di setiap layanan yang sesuai standar dan jumlahnya belum memenuhi kebutuhan kegiatan di ruangan. Sudah dilakukan sentralisasi alat Kesehatan di Instalasi CSSD.

menunjukkan konsistensi. Hal ini disebabkan karena masih ditemukannya pengemasan linen bersih menggunakan selimut atau seprai yang seharusnya menggunakan plastik transparan. Selain itu, pengelolaan linen di ruang rawat harus diperhitungkan sesuai dengan kebutuhan pasien, jangan sampai kurang ataupun menumpuk. RS sudah menerapkan sentralisasi linen.



Grafik 5.58 Ketercapaian *Personal Hygiene* Pasien Psikiatri

Rerata capaian indikator *personal hygiene* pasien psikiatri semester I tahun 2024 adalah 93,22%. Capaian ini belum mencapai standar yang telah ditetapkan. Hal ini disebabkan karena ketersediaan prasarana di setiap layanan belum sesuai dengan standar dan alokasinya belum sesuai dengan kebutuhan pasien di ruangan seperti ketersediaan sabun mandi dan alas kaki. Upaya perbaikan dan mempertahankan capaian perlu dilakukan karena pasien psikiatri cenderung kurang memperhatikan perawatan dirinya mulai dari penampilan, pemakaian alas kaki, kebersihan pakaian, tersedianya alat kebersihan pasien, dan kebersihan pasien.



Grafik 5.59 Kepatuhan Pelaksanaan ICRA

Indikator kepatuhan pelaksanaan ICRA selama semester I tahun 2024 adalah 100%. ICRA renovasi dibuat dan dilaksanakan di bulan Februari 2024.

Kondisi yang dicapai saat ini:

- Dari duapuluh indikator PPI, tercapai sebelas indikator, yaitu:
 - Kepatuhan kebersihan tangan
 - Kepatuhan manajemen lingkungan kerja
 - Kejadian *Ventilator Associated Pneumonia* (VAP)
 - Kejadian *Hospital-Acquired Pneumonia* (HAP)
 - Kejadian Infeksi Alirah Darah Perifer (Phlebitis)
 - Kejadian Infeksi Saluran Kencing (ISK)
 - Kejadian dekubitus
 - Kejadian scabies pada pasien psikiatri
 - Kejadian pedikulosis pada pasien psikiatri
 - Keadian konjungtivitis pada pasien psikiatri
 - Kepatuhan pelaksanaan ICRA
- Selama semester I tahun 2024 ada sembilan indikator yang belum mencapai standar, yaitu:
 - Kepatuhan penggunaan APD rerata capaian 97,28% (standar 100%)
 - Kepatuhan manajemen linen ruangan rerata capaian 97,36% (standar 100%)
 - Kepatuhan manajemen limbah tajam rerata capaian 94,95% (standar 100%)
 - Kepatuhan manajemen limbah infeksius rerata capaian sebesar 97,80% (standar 100%)
 - Kepatuhan manajemen alat kesehatan pasien rerata capaian sebesar 95,12% (standar 100%)
 - Kepatuhan menyuntik aman rerata capaian sebesar 99,25% (standar 100%)
 - Kepatuhan etika batuk rerata capaian sebesar 98,63% (standar 100%)
 - Kejadian Infeksi Daerah Operasi (IDO) rerata capaian sebesar 3,08% (standar 2%)
 - Ketercapaian *personal hygiene* pasien psikiatri rerata capaian sebesar 93,22% (standar 100%)
- Melakukan koordinasi Timker Pelayanan Medik, Timker Pelayanan Keperawatan, Timker Pelayanan Penunjang, Timker TU dan RT, Komite PPI, Instalasi Gawat Darurat, Instalasi Rawat Jalan, Instalasi Rawat Inap, Instalasi Radiologi, Instalasi Farmasi, Instalasi Gizi, Instalasi CSSD dan Binatu, dan Instalasi K3KL untuk pencapaian indikator PPI.
- Koordinasi Komite PPI, IPCN, Para Kepala Ruangan untuk pencapaian kepatuhan kebersihan tangan dan kepatuhan penggunaan APD.

5. Monev dan supervisi sudah dilakukan oleh Komite PPI dan Komite Mutu.
6. Program *reward and punishment* indikator PPI belum menyeluruh diimplementasikan pada seluruh Profesional Pemberi Asuhan (PPA).

Kendala dan Permasalahan:

1. Ketidapatuhan kebersihan tangan rerata tidak patuh dalam momen 1 yaitu sebelum kontak dengan pasien dan momen 5 yaitu setelah kontak dengan lingkungan sekitar pasien
2. Ketidapatuhan penggunaan APD sebagian besar di temukan di Ruang Rawat Inap Umum, Instalasi CSSD, dan Ruang HD yang disebabkan tidak tepat menggunakan APD sesuai dengan indikasi/tindakan, tidak tepat menggunakan APD, tidak patuh menggunakan APD sesuai dengan transmisi
3. Ketidapatuhan manajemen linen ruangan sebagian besar ditemukan di ruang rawat inap psikiatri maupun umum yang disebabkan lemari linen yang melebihi kapasitas penyimpanan serta ada yang tersimpan di dalam kardus
4. Ketidapatuhan manajemen limbah tajam sebagian besar ditemukan di Poliklinik Jiwa dan Ruang Rawat Inap Psikiatri yang disebabkan safety box tidak diberi tanggal, tidak terdapat safety box, dan safety box berada di lantai tidak digantung
5. Kepatuhan manajemen limbah infeksius sebagian besar ditemukan di Ruang Rawat Inap Psikiatri, Ruang Kebidanan, dan Poli Pita Aruna yang disebabkan isi limbah yang tidak sesuai peruntukannya, dan limbah tidak diangkut sesuai jadwal
6. Kepatuhan manajemen alat kesehatan pasien sebagian besar ditemukan di Ruang Rawat Inap Umum dan Ruang Kebidanan yang disebabkan peralatan / alkes non kritikal setelah digunakan tidak dilakukan desinfeksi dan tidak ada SPO tidak terpasang di ruang precleaning
7. Kepatuhan menyuntik aman sebagian besar ditemukan di Poli HD akibat pengumpulan benda tajam tidak tepat
8. Kejadian Infeksi Daerah Operasi (IDO) terdapat 1 kasus SC di Bulan Januari, 1 kasus Appendix di Bulan Mei.
9. Ketercapaian *personal hygiene* pasien psikiatri sebagian besar disebabkan alat kebersihan pasien tidak tersimpan rapih, tidak melakukan kebersihan tangan sebelum dan sesudah makan, rambut pasien kotor dan tidak rapi, gigi dan mulut kotor.

Rencana pemecahan masalah:

1. Review kembali kamus indikator seluruh indikator PPI dan formulir Audit PPI .
2. Pengukuran indikator PPI sesuai dengan profil indikator yang sudah ditetapkan.
3. Reeducasi dan mengajarkan langsung pada PPA jika ditemukan ketidapatuhan petugas dalam memenuhi standar PPI.
4. Monev dan supervisi atasan langsung, Timker Pelayanan Medik, Timker Pelayanan Keperawatan, dan Timker Pelayanan Penunjang untuk memantau keberhasilan dari edukasi yang sudah dilakukan.
5. Optimalisasi penerapan *reward and punishment* atas indikator PPI.

5.6 Evaluasi Panduan Praktik Klinik (PPK) / Clinical Pathway (CP)

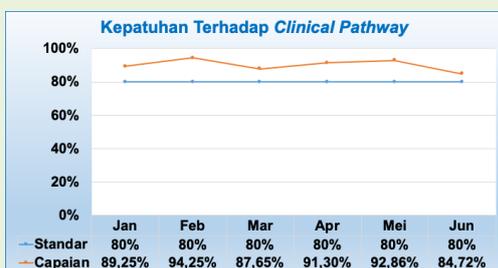
Standarisasi asuhan klinik diukur dengan indikator kepatuhan terhadap PPK/CP. PPK adalah prosedur yang dilaksanakan oleh sekelompok profesi yang mengacu pada Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK) yang dibuat oleh organisasi profesi dan disahkan oleh pimpinan rumah sakit (Permenkes RI, 2014). Sedangkan CP dibuat dengan mengintegrasikan PPK terhadap suatu penyakit tertentu yang dibuat oleh organisasi profesi dan literatur berdasarkan studi berbasis bukti. Hal ini kemudian disesuaikan dengan keadaan setempat dan dibutuhkan kolaborasi berbagai bidang (dokter, keperawatan dan tenaga kesehatan lainnya).

Audit kepatuhan PPK/CP dilakukan pada pasien psikiatri dan non psikiatri. PPK yang ada di RS Marzoeki Mahdi dibuat pada seluruh bidang ilmu kedokteran. CP yang ditetapkan saat ini ada 15 (lima belas), yaitu

8 psikiatri dan 7 non psikiatri. CP psikiatri yaitu: Skizofrenia Paranoid, Skizofrenia pada anak dan remaja, Bipolar, Demensia, Skizoafektif, Depresi, Bipolar Anak, Retardasi Mental dengan Hendaya Perilaku. CP non psikiatri, yaitu: Asma bronkiale, Apendisitis, Diabetes Melitus, STEMI, Stroke, TB Paru, dan Epilepsi. Saat ini CP yang sudah dilakukan audit rutin setiap bulannya adalah CP Skizofrenia.

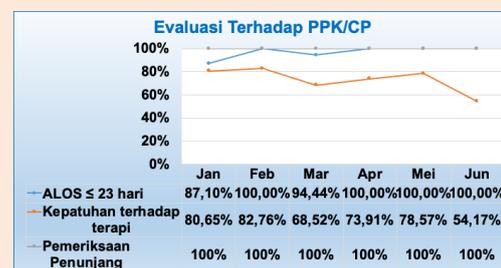
Kondisi yang dicapai saat ini:

1. *Clinical Pathway* (CP) yang bisa diaudit adalah CP Skizofrenia Paranoid. Adapun capaian CP pada semester I tahun 2024 tersebut sudah memenuhi standar yaitu 90,01% (standar 80%). Pentingnya upaya untuk mempertahankan capaian yang sudah ada.
2. Konsistensi kepatuhan dokter dalam penerapan PPK/CP belum optimal.
3. Audit CP sudah dilakukan rutin setiap bulan.
4. Kepatuhan LOS < 18 hari di Bulan Junimencapai 100%.
5. Kepatuhan pemberian medikamentosa dengan capaian 78,57% (standar 80%). Hal ini disebabkan oleh obat yang diberikan kepada pasien sesuai dengan kondisinya.



Grafik 5.60 Kepatuhan Terhadap PPK/CP

Rerata kepatuhan PPK/CP Semester I Tahun 2024 adalah 87,57%. Capaian terendah terjadi di Bulan Januari 2023 yang disebabkan oleh perubahan ALOS dari 23 hari menjadi 18 hari. Setelah dilakukan sosialisasi, monev dan supervisi setiap bulan maka capaian semakin meningkat dan melampaui standar yang sudah ditetapkan. Hal ini perlu dipertahankan dan lebih dioptimalkan lagi sebagai upaya kendali mutu dan kendali biaya.



Grafik 5.61 Evaluasi Kepatuhan PPK/CP

Rerata kepatuhan Semester I Tahun 2024 terhadap pemeriksaan penunjang 100%, rerata kepatuhan pemberian terapi 87,57%, dan rerata ALOS ≤23 sebesar 81,15%. Rerata lama rawat pada pasien skizofrenia pada Semester I Tahun 2024 berada rentang 18-19 Hari Rawat

Kendala dan permasalahan:

1. Masih ditemukan pemberian terapi pada pasien diluar *clinical pathway* yang telah ditetapkan menyesuaikan dengan kondisi pasien.
2. Masih ditemukan memanjangnya LoS yang disebabkan oleh kondisi pasien yang masih gaduh gelisah dan memerlukan perawatan lebih lanjut.
3. Masih ditemukan pasien yang tidak kunjung dijemput untuk pasien yang sudah di ACC pulang.
4. Formulir CP masih manual, usulan agar masuk dalam ERM sudah dilakukan.
5. Ditemukan formulir CP yang kosong (tidak terisi untuk CP selain diagnosis Skizofrenia Paranoid).

Rencana tindak lanjut:

1. LoS pasien psikiatri 18 Hari.
2. Pemberian terapi sesuai dengan *Clinical Pathway* yang dibuat.
3. Koordinasi dengan unit terkait dan penanggung jawab pasien terkait pemulangan pasien yang sudah di ACC pulang.
4. Penyederhanaan formulir CP yang akan dimasukkan kedalam ERM.
5. Optimalisasi pengisian 15 CP agar dapat diaudit seluruh CP yang sudah dibuat.
6. Evaluasi/audit kepatuhan CP oleh seluruh PPA.
7. Melakukan audit 5 PPK tahun 2024.

5.7 Pencapaian Indikator Mutu Prioritas Unit (IMP-Unit)

5.7.1 Pencapaian Indikator Mutu Direktorat Medik dan Keperawatan

Hasil capaian indikator mutu unit kerja di Direktorat Medik dan Keperawatan semester I tahun 2024 adalah:

Tabel 5.13 Indikator Mutu Unit di Direktorat Medik dan Keperawatan

NO	INDIKATOR MUTU	STANDAR	TAHUN	KET
INDIKATOR MUTU GAWAT DARURAT				
1	Kemampuan menangani kasus gawat darurat (<i>live saving</i>)	100%	100%	1
2	Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat Dokter	100%	100%	1
3	Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat Perawat	100%	100%	1
4	Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat PONEK	100%	100%	1
5	Ketersediaan Tim penanggulangan bencana	100%	100%	1
6	Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat	≤ 5 menit	2.99 Menit	1
7	Waktu tanggap pelayanan perawat di gawat darurat	≤ 2 menit	1.50 Menit	1
8	<i>Emergency psychiatric respon time</i> (EPRT)	≤ 240 menit	62.97 Menit	1
9	Angka kematian pasien di IGD	≤ 2‰	0.32‰	1
10	Ketepatan indikasi masuk rawat inap psikiatri akut	90%	100%	1
11	Waktu pelayanan pasien di IGD ≤ 4 Jam	90%	74,83%	0
12	Waktu masuk rawat inap ≤ 60 Menit	≥ 90%	87,77%	0
INDIKATOR MUTU RAWAT JALAN				
1	Waktu tunggu rawat jalan (WTRJ)	≤ 60 menit	56.21 Menit	1
	Waktu tunggu rawat jalan (WTRJ)	≥ 80%	61,18%	0
2	Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang	80%	61,76%	0
3	Ketepatan waktu pelayanan di poliklinik	85%	74,80%	0
4	Asesmen medis dan keperawatan rawat jalan (awal dan ulang)	100%	100,00%	1
5	Program rujuk balik berkualitas	80%	100,00%	1
6	Waktu tunggu pasien rehabilitasi medik ≤ 60 menit	100%	100,00%	1
7	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100%	100,00%	1
8	Kejadian <i>drop out</i> pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan	≤ 25 %	2,58%	1
9	Waktu tunggu pelayanan di <i>assessment center</i>	30 menit	1.16 Menit	1
10	Waktu pelaksanaan pelayanan di <i>assessment center</i>	≤ 3 jam	2.07 Jam	1
11	Waktu pengambilan hasil <i>assessment center</i> 2 hari	100%	100,00%	1
12	<i>Drop out Antiretroviral</i> (DO ARV)	12%	0,23%	1
13	<i>Voluntary Counselling and Testing</i> (VCT)	100%	100,00%	1
14	<i>Antiretroviral Therapy</i> (ART)	100%	58,66%	0
15	<i>Prevention of Mother to Child Transmission</i> (PMTCT)	100%	100,00%	1
16	Infeksi Oportunistik (IO)	0%	9,15%	0
17	Injection Drug Use (IDU)	0%	N/A	
18	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskop TB	Pasien	58	
19	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	100%	100%	1
20	Penemuan dan pengobatan pasien TBC:			
	Pasien baru	Pasien	58	
	Pasien kambuh	Pasien	4	
	Pasien dengan riwayat pengobatan TBC selain kambuh (diobati setelah loss to follow up, diobati setelah gagal)	Pasien	0	
	Pasien tidak diketahui riwayat pengobatan TBC sebelumnya	Pasien	8	
21	Laporan hasil pengobatan pasien TBC:			
	Pasien baru	Pasien	58	
	Pasien kambuh	Pasien	4	
	Pasien dengan riwayat pengobatan TBC selain kambuh (diobati setelah loss to follow up, diobati setelah gagal)	Pasien	0	
	Pasien tidak diketahui riwayat pengobatan TBC sebelumnya	Pasien	28	
	Pasien TBC dengan HIV Positif (semua tipe)	Pasien	11	
22	Persentase ibu hamil dengan anemia	28%	0,00%	1
23	Persentase ibu hamil yang mendapat tablet tambah darah (TTD)	95%	89,31%	0
INDIKATOR MUTU RAWAT INAP				
1	Ketepatan jam visite dokter spesialis	80%	93,12%	1
2	Assesment awal medis	100%	100,00%	1
3	Assesment awal keperawatan	100%	100,00%	1
4	Kejadian rawat ulang (<i>re-admission</i>) pasien gangguan jiwa dalam waktu ≤ 1 bulan	<10%	4,19%	1
	Kejadian rawat ulang (<i>re-admission</i>) pasien umum dalam waktu ≤ 1 bulan	<10%	1,23%	1

NO	INDIKATOR MUTU	STANDAR	TAHUN	KET
5	Cedera/trauma fisik akibat fiksasi (caf) di unit pelayanan intensif psikiatri (UPIP)	≤1.5%	0,00%	1
6	Tidak adanya kejadian pasien yang dirawat di UPIP > 7 hari	≥90%	97,71%	1
7	Tidak adanya kejadian pasien yang dirawat inap psikiatri > 18 hari	≥90%	96,52%	1
8	Tidak adanya pasien yang dilakukan fiksasi setelah masa rawat 24 jam di UPIP	≥95%	96,31%	1
9	Realisasi pasien yang direncanakan pulang H-1	≥ 90%	94,41%	1
10	Asesmen awal medis pada pasien PHCU 1 x 24 jam	100%	100,00%	1
11	Asesmen awal keperawatan pada pasien PHCU 1 x 24 jam	100%	100,00%	1
12	Kepatuhan visite dokter spesialis di PHCU	80%	98,07%	1
13	Kepatuhan identifikasi pada pasien psikiatri akut	100%	100,00%	1
14	Kepatuhan upaya pencegahan pasien jatuh pada pasien psikiatri akut	100%	100,00%	1
15	Kepatuhan upaya pencegahan risiko bunuh diri pada pasien psikiatri akut	100%	100,00%	1
16	Kepatuhan upaya pencegahan perilaku kekerasan pada pasien psikiatri akut	100%	100,00%	1
17	Personal hygiene pasien psikiatri akut	85%	100,00%	1
18	Ketersediaan obat/psikofarmaka pada pasien psikiatri akut	100%	100,00%	1
19	Medication error pada pasien psikiatri akut	0%	0,00%	1
20	Persentase penanganan fase akut pasien gangguan jiwa di PHCU	100%	97,76%	0
21	Tepat indikasi masuk ruang rawat inap psikiatri akut	100%	100,00%	1
22	Waktu tunggu operasi elektif	≤48 jam	14 Jam 29 Menit	1
23	Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan <i>endotracheal tube</i>	≤6%	0%	1
24	Kejadian kematian di meja operasi	0%	0%	1
25	Kepatuhan assessmen pra anestesi	100%	100%	1
26	Kepatuhan assessmen pra sedasi	100%	100%	1
27	Kepatuhan assessmen pra bedah	100%	100%	1
28	Kepatuhan dokumentasi pelaksanaan <i>surgical safety cek list</i>	100%	100%	1
29	Kepatuhan pelaksanaan sign ini, sign out, dan time out	100%	100%	1
30	Penerapan keselamatan ECT	100%	N/A	
31	Waktu tunggu tindakan ECT	≤48 jam	N/A	
32	Discrepansi diagnosa pre dan post operasi	0%	0%	1
33	Pembatalan operasi elektif	≤3%	0%	1
34	Penundaan operasi elektif	<5%	0%	1
35	Ketepatan kriteria masuk dan keluar ICU	100%	97,74%	0
36	Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan icu dengan kasus yang sama < 72 jam	≤3%	0%	1
37	Respon time tindakan, pemasangan ventilator ≤ 30 menit	100%	N/A	
38	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	100%	100,00%	1
39	Kemampuan menangani BLSR dan BBLR	100%	100,00%	1
40	Pertolongan persalinan melalui SC	≤20%	82,41%	0
41	Waktu tanggap seksio sesaria emergency	80%	100,00%	1
42	Kejadian kematian ibu karena persalinan	0%	0,00%	1
43	Persentase IMD	≥ 80%	100,00%	1
44	Pemberian asi eksklusif pada bayi baru lahir selama perawatan	60%	100,00%	1
45	Persentase rawat gabung	80%	84,86%	1
46	Perawatan metode kanguru	80%	100%	1
47	Angka kejadian keterlambatan operasi SC > 30 Menit	0%	0,00%	1
48	Angka kejadian keterlambatan penyediaan darah > 60 menit	0%	0,00%	1
49	Angka kejadian kematian bayi saat persalinan	0%	0,00%	1
50	MOW	Pasien	9	
51	IUD	Pasien	N/A	
52	Persentase bayi dengan BBLR	8%	17,01%	0
53	Persentase bayi usia kurang dari 6 bulan mendapatkan ASI	47%	16,67%	0
54	Kepatuhan identifikasi pasien	100%	100,00%	1
55	Kepatuhan upaya pencegahan risiko cedera pasien akibat terjatuh	100%	100,00%	1
56	Kepatuhan upaya pencegahan risiko bunuh diri	100%	100,00%	1
57	Kepatuhan upaya pencegahan MRSTI	100%	100,00%	1
58	Kepatuhan upaya pencegahan risiko perilaku kekerasan	100%	100,00%	1
INDIKATOR MUTU REHABILITASI PSIKOSOSIAL				
1	Hasil pencapaian rehabilitasi psikososial	>75%	88,41%	1
2	Asesmen rehabilitasi psikososial	≥80%	98,61%	1
3	Rujukan rehab sesuai indikasi	≥80%	100%	1
4	Persentase rehabilitan yang mengalami perbaikan fungsi personal dan sosial	85%	100%	1
5	Pembinaan kelompok swabantu dalam pelayanan kesehatan jiwa 3 kelompok	100%	100%	1
6	Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan	<25%	11,59%	1
7	Tingkat kemandirian pasien secara fisik dan sosial	100%	100%	1
8	Tingkat kemandirian pasien secara finansial	50%	100%	1
9	Waktu tunggu pelayanan rehabilitasi psikososial	30 Menit	8.13 Menit	1

NO	INDIKATOR MUTU	STANDAR	TAHUN	KET
10	Program psikoedukasi rehabilitasi psikososial	100%	100%	1
INDIKATOR MUTU NAPZA				
1	Asesmen <i>Addiction Severity Index</i> (max 3x24 jam)	100%	100%	1
2	Ketepatan visite dokter spesialis	80%	100%	1
3	Upaya pencegahan pasien jatuh pada kondisi withdrawal	100%	100%	1
4	Konseling selama pasien dirawat	100%	100%	1
5	Terlaksananya sesi terstruktur pada hari kerja	100%	100%	1
6	Terlaksananya terapi vokasional	100%	100%	1
7	Pemeriksaan urine negatif pada pasien pulang	100%	100%	1
8	Asesmen awal medis	100%	100%	1
9	Asesmen awal keperawatan	100%	100%	1
10	Penyuluhan keluarga	80%	100%	1
11	Tingkat pengetahuan pasien terhadap keberhasilan program NAPZA	70%	80,64%	1
INDIKATOR MUTU RADIODIAGNOSTIK, IMAGING, DAN ELEKTRONIK				
1	Waktu tunggu pelayanan radiologi (WTPR)	≤ 180 menit	1 Jam 21 Menit	1
2	Kejadian kegagalan hasil pemeriksaan radiologi	≤ 2%	0,25%	1
3	Waktu pemeriksaan radiologi (konvensional non kontras) ≤ 60 menit hingga diterima oleh pasien	80%	93,55%	1
4	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian label	100%	100%	1
5	Waktu pelaporan hasil kritis radiologi	≤ 30 menit	14 Menit	1
6	Pelaporan hasil kritis radiologi	100%	100%	1
7	Waktu tunggu pelayanan elektromedis	60 Menit	17.68 Menit	1
8	Waktu tunggu pelayanan USG	≤ 180 menit	42.40 Menit	1
INDIKATOR MUTU LABORATORIUM				
1	Waktu tunggu pelayanan laboratorium (WTPL)	< 2 Jam	49.50 Menit	1
2	Waktu pelaporan hasil kritis laboratorium	≤ 30 menit	1.53 Menit	1
3	Pelaporan hasil kritis laboratorium	100%	100%	1
4	Tidak adanya kejadian tertukar spesimen pemeriksaan laboratorium	100%	100%	1
5	Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium	100%	100%	1
6	Angka pengulangan pemeriksaan laboratorium	<5%	0,01%	1
7	Angka kejadian reaksi transfusi	0%	0,00%	1
8	Efektivitas penggunaan darah	>90%	99,52%	1
9	Waktu tunggu pelayanan laboratorium CITO	50 Menit	19.84 Menit	1
10	Waktu pemeriksaan laboratorium (hematologi rutin) ≤ 60 menit sampai diterima oleh pasien	80%	99,52%	1
11	PME	90%	N/A	
12	Waktu tunggu pelayanan laboratorium rujukan	3 Hari	3.95 Hari	0
INDIKATOR MUTU FARMASI				
1	Ketersediaan obat sesuai formularium RS	90%	100%	1
2	Waktu tunggu pelayanan obat jadi (WTOJ)	≤ 30 menit	27.31 Menit	1
3	Waktu tunggu pelayanan obat racikan (WTOR)	≤ 60 menit	58.31 Menit	1
4	Waktu tunggu pelayanan farmasi	60 Menit	58.54 Menit	0
5	Tidak ada kejadian kesalahan pemberian obat (medication error fase pemberian)	100%	100%	1
6	Kejadian kesalahan peresepan obat (medication error fase peresepan)	0%	0,02%	0
7	Kepatuhan penggunaan formularium nasional	≥90%	97,54%	1
8	Kepatuhan penggunaan formularium RS	100%	100%	1
9	Kepatuhan pelaksanaan UDD	100%	100%	1
10	Kepatuhan penyiapan elektrolit konsentrat	100%	100%	1
11	Tidak ada obat kadaluarsa dalam tahun berjalan	100%	100%	1
13	Tidak ada obat rusak	100%	100%	1
14	Tidak ada BMHP rusak	100%	100%	1
15	Persediaan BMHP memenuhi TKDN minimal 25%	≥ 50%	50,77%	1
16	Persediaan obat memenuhi TKDN minimal 25%	≥ 85%	81,13%	1
17	Tidak ada reagen yang expired dalam tahun berjalan	100%	100%	1
18	Kepatuhan petugas untuk menyelesaikan setiap tahapan pelayanan di aplikasi SIMRS	100%	100%	1
INDIKATOR MUTU GIZI				
1	Ketepatan waktu pemberian diet kepada pasien	90%	92,06%	1
2	Kepuasan pelanggan terhadap pelayanan gizi	≥ 80 %	86,33%	1
3	Persentase sisa makanan pasien yang tidak termakan pasien	≤ 20 %	17,51%	1
4	Tidak adanya kerusakan makanan	100%	100%	1
5	Tidak Adanya Kesalahan Dalam Pemberian Diit	100%	100%	1

NO	INDIKATOR MUTU	STANDAR	TAHUN	KET
6	Pasien Yang Mendapat Makanan Sesuai Kebutuhan Gizi	100%	100%	1
7	Pencatatan Asuhan Gizi Dalam Rekam Medik	100%	100%	1
8	Pasien Berdiit yang Mendapat Konseling	100%	100%	1
9	Persentase faktor risiko gizi teridentifikasi dengan memadai	≥ 90%	100%	1
10	Persentase pergantian menu dalam 1 bulan	< 5%	0,05%	1
11	Persentase skrining pasien baru dalam waktu 2 x 24	100%	100%	1
12	Persentase balita <i>underweight</i>	17%	24,11%	0
13	Prevalensi balita stunting	28%	27,78%	0
14	Prevalensi balita wasting	9,50%	24,16%	0
15	Persentase ibu hamil kurang energi kronis (KEK) mendapatkan makanan tambahan	80%	100%	1
16	Persentase balita kurus mendapat makanan tambahan	85%	100%	1
17	Persentase kunjungan pasien di poliklinik gizi rawat jalan	85%	100%	1

Tercapai (1) / Tidak Tercapai (0)

Tabel 5.14 Rekomendasi Indikator Mutu Unit di Direktorat Medik dan Keperawatan

UNIT KERJA	DESKRIPSI
Instalasi Gawat Darurat	<p>Dari 12 indikator IGD masih terdapat 2 indikator yang belum mencapai standar di Semester I yaitu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Waktu pelayanan pasien di IGD ≤ 4 Jam dengan capaian 74,83%, standar 90% 2. Waktu masuk rawat inap ≤ 60 Menit dengan capaian 87,77%, standar ≥90% <p>Kondisi saat ini dan rekomendasi atas indikator waktu pelayanan pasien di IGD ≤4 Jam dan Waktu masuk rawat inap ≤ 60 menit sudah tertuang dalam rekomendasi inisiatif perbaikan waktu layanan <i>end to end</i>.</p> <p>Rekomendasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berdasarkan hasil evaluasi dengan tim rekam medik, Instalasi Laboratorium, dan Instalasi Gawat Darurat terdapat pengeluaran biaya yang cukup besar untuk pemeriksaan laboratorium pasien di IGD, kiranya dapat dilakukan pemantauan dan pengendalian pemeriksaan laboratorium apa saja yang dapat dilakukan di IGD. 2. Adanya penetapan Clinical Pathway (CP) sejak pasien di IGD.
Instalasi Rawat Jalan	<p>Dari 24 indikator Rawat jalan, masih terdapat 6 indikator yang belum mencapai standar pada Semester I Tahun 2024, yaitu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ) dengan capaian 61,18% standar ≥80% 2. Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang dengan capaian 61,76%, standar 80% 3. Ketepatan Waktu Pelayanan di Poliklinik dengan capaian 74,80%, standar 90% 4. <i>Antiretroviral Therapy</i> (ART) dengan capaian 58,66%, standar 100% 5. <i>Infeksi Oportunistik</i> (IO) dengan capaian 9,15%, standar 0% 6. Persentase ibu hamil yang mendapat tablet tambah darah (TTD) dengan capaian 89,31%, standar 95% <p>Ada 1 indikator yang tidak dapat diukur karena tidak ada pasien, yaitu indikator IDU (<i>Injecting Drug User</i>)</p> <p>Rekomendasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rekomendasi atas capaian indikator waktu tunggu rawat jalan, waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang, dan ketepatan waktu pelayanan di poliklinik sudah tercantum dalam rekomendasi inisiatif perbaikan waktu layanan <i>end to end</i> dan rekomendasi Indikator Nasional Mutu (INM). 2. Edukasi berobat rutin ke Poli Pita Aruna untuk kontrol sesuai jadwal dan mendapat ART secara rutin 3. Melibatkan pendamping pasien HIV/AIDS untuk program terapi pasien 4. Pentingnya PMO untuk memantau obat pasien dan nutrisi pasien 5. Memastikan bahwa semua ibu hamil mendapat tablet tambah darah (TTD)
Instalasi Rawat Inap	<p>Dari 63 indikator, masih terdapat 4 indikator yang belum mencapai standar di Semester I Tahun 2024, yaitu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Persentase penanganan fase akut pasien gangguan jiwa di PHCU dengan capaian 58,66%, standar 100% 2. Kriteria pasien masuk dan keluar ICU dengan capaian 97,74%, standar 100% 3. Pertolongan persalinan melalui SC dengan capaian 58,66%, standar ≤20% 4. Persentase bayi dengan BBLR dengan capaian 17,01%, standar 8% <p>Terdapat 4 indikator yang tidak dapat dilakukan pengukuran karena tidak adanya pasien, yaitu indikator:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penerapan keselamatan ECT 2. Waktu tunggu Tindakan ECT 3. IUD 4. Persentase bayi usia kurang dari 6 bulan mendapatkan ASI

UNIT KERJA	DESKRIPSI
	<p>Kondisi saat ini:</p> <ol style="list-style-type: none"> Sudah dilakukan upaya komunikasi dengan DPJP terkait terapi yang akan diberikan kepada pasien gaduh gelisah namun respon pasien terhadap program terapi berbeda-beda Pertolongan persalinan melalui SC tinggi karena RSMM merupakan rujukan untuk kasus persalinan ibu dengan penyulit Terdapat ibu yang tidak melakukan IMD karena kondisi ibu yang tidak memungkinkan melakukan IMD (asfixia, HIV+, BBLR, Covid-19) Terdapat bayi yang tidak mendapatkan asi eksklusif selama perawatan karena ibu dengan kondisi HIV+ Terdapat pasien yang keluar ICU tidak sesuai kriteria keluar diakibatkan APK <p>Rekomendasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> Penanganan pasien gaduh gelisah dengan melakukan kolaborasi antara perawat dan DPJP Optimalisasi medikasi mentosa sesuai dengan rekomendasi DPJP untuk penanganan pasien gaduh gelisah agar mengalami penurunan skor PANSS-EC ≤ 15 dalam waktu ≤ 7 hari dan / atau tidak dirawat kembali di ruang intensif psikiatri setelah dipindahkan ke ruang stabilisasi Melakukan review kembali indikator pertolongan persalinan melalui SC, persentase IMD, dan persentase bayi dengan BBLR sesuai dengan kondisi di RSMM Melakukan perhitungan sampel sesuai dengan kamus indikator yang telah disepakati Melakukan pemantauan dan pengendalian biaya pasien yang dirawat inap.
Instalasi Rehabilitasi Psikososial	<p>Seluruh indikator IRP pada Semester I Tahun 2024 sudah tercapai, hal ini perlu dipertahankan</p> <p>Rekomendasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> Review indikator Instalasi IRP Inovasi pelayanan rehabilitasi psikososial agar ada pembaruan program sesuai dengan minat bakat pasien dan visi misi IRP/PKJN RSMM Perlu dilakukan validasi data indikator Instalasi IRP sehubungan dengan Kepala Instalasi IRP sebagai PIC Data Instalasi IRP
Instalasi Napza	<p>Dari 11 indikator, seluruh indikator sudah mencapai standar</p> <p>Kondisi saat ini:</p> <ol style="list-style-type: none"> Tingkat pengetahuan pasien di beberapa bulan sebelumnya dipengaruhi oleh latar belakang pendidikan pasien yang berbeda-beda. <p>Rekomendasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> Pendekatan petugas untuk memberikan pemahaman pada pasien terkait program sesi edukasi Napza untuk meningkatkan pengetahuan pasien terhadap program Napza. Melakukan review kembali terhadap pertanyaan untuk mengukur tingkat pengetahuan pasien agar dapat dipahami oleh seluruh latar belakang pendidikan pasien atau dapat menetapkan kriteria eksklusi untuk pengukuran indikator tersebut. Pertahankan capaian
Instalasi Radiodiagnostik, Imaging, dan Elektromedik	<p>Dari 8 Indikator pada Semester I Tahun 2024, seluruhnya sudah tercapai, hal ini perlu dipertahankan.</p> <p>Rekomendasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> Konsistensi dokter spesialis radiologi untuk melakukan pembacaan hasil radiologi sesuai dengan standar waktu yang telah ditetapkan. Tindak lanjut realisasi pengadaan PACS. Tindak lanjut realisasi paperless hasil pemeriksaan radiologi. Pertahankan capaian. Memastikan kepatuhan petugas baik radiographer maupun dokter untuk patuh dalam penggunaan SIMRS secara real time
Instalasi Laboratorium	<p>Dari 12 indikator pada Semester I Tahun 2024, terdapat 11 indikator sudah tercapai, 1 indikator diukur pertahun yaitu indikator PME.</p> <p>Kondisi saat ini:</p> <ol style="list-style-type: none"> Sudah dilakukan usulan pemilihan provider agar hasil pemeriksaan laboratorium dapat dilakukan secara paperless. <p>Rekomendasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> Memastikan bahwa hasil waktu pelaporan hasil kritis yang terlapor selama ini merupakan waktu yang dibutuhkan sampai hasil lab kritis terinfo pada DPJP. Memastikan tahun 2024 dilakukan PME. Tindak lanjut realisasi paperless hasil pemeriksaan laboratorium Berkoordinasi dengan Instalasi SIRS terkait proses pengajuan provider untuk hasil pemeriksaan laboratorium paperless.
Instalasi Farmasi	<p>Dari 18 indikator pada Semester I Tahun 2024, masih terdapat 2 indikator yang belum mencapai standar, yaitu:</p> <ol style="list-style-type: none"> Waktu tunggu pelayanan farmasi dengan capaian 60,34%, standar 80%

UNIT KERJA	DESKRIPSI
	<p>2. Kejadian kesalahan persepsan obat (medication error fase persepsan) dengan capaian 0,02%, standar 0%</p> <p>Kondisi saat ini:</p> <ol style="list-style-type: none"> Standar waktu tunggu pelayanan farmasi 60 menit namun capaian nya masih fluktuatif, capaian waktu tunggu farmasi Semester I Tahun 2024 yaitu 58.54 Menit Sudah dilakukan penyesuaian SDM di Apotek di jam jam puncak resep diterima oleh apotek Sudah dilakukan redesign alur pelayanan farmasi untuk mempercepat waktu layanan namun belum berpengaruh signifikan untuk mempercepat waktu layanan Jam masuk resep tidak tersebar merata sejak pagi, ada jam jam tertentu mulai terjadi penumpukan resep (sekitar pukul 11.00 WIB keatas) Beberapa resep terkendala pada proses pengkajian karena perlu berkoordinasi terlebih dahulu dengan instalasi VAPP Terdapat beberapa resep yang masuk terjadi kesalahan dalam proses persepsan obat <p>Rekomendasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> Kepatuhan petugas farmasi untuk menyelesaikan task obat serah pada SIMRS Komitmen petugas Instalasi VAPP untuk cepat tanggap merespon jika ada kendala pengkajian obat pasien BPJS, jika memungkinkan ada 1 Instalasi VAPP yang ditempatkan di Farmasi Apotek Penambahan / pemenuhan SDM Apoteker menyesuaikan dengan ABK yang sudah dibuat Meningkatkan kepatuhan petugas untuk melengkapi formulir laporan insiden dan investigasi sederhana untuk kejadian medication error baik fase pemberian maupun fase persepsan Melakukan supervisi terkait pelayanan resep oleh Kepala Unit dan/atau Kepala Instalasi Farmasi Mengoptimalkan persepsan obat melalui e-prescribing dan mensosialisasikan pedoman e-prescribing pada para dokter untuk menghindari kesalahan dalam meresepkan obat
Instalasi Gizi	<p>16 indikator pada Semester I Tahun 2024, terdapat 3 indikator yang belum mencapai standar, yaitu:</p> <ol style="list-style-type: none"> Persentase balita underweight dengan capaian 24,11%, standar 17% Prevalensi balita stunting dengan capaian 27,78%, standar 28% Prevalensi balita wasting dengan capaian 24,16%, standar 9,5% <p>Rekomendasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> Koordinasi dengan Puskesmas setempat untuk penanganan balita underweight, stunting, dan wasting di komunitas Promosikan dan dukung pemberian asi eksklusif selama 6 bulan pertama kehidupan bayi Memberikan suplementasi gizi pada ibu hamil dan menyusui Pemberian makanan tambahan untuk anak balita dan mengajarkan ibu tentang pemberian makanan pendamping asi (MP-ASI) yang bergizi dan tepat waktu Memastikan bahwa balita dan keluarganya memiliki akses yang memadai untuk mendapat pangan yang bergizi Beri makanan tambahan dengan gizi seimbang / nutrisi terapeutik untuk kasus-kasus yang parah yang dapat mengancam jiwa Edukasi terkait balita wasting, pentingnya gizi seimbang di keluarga dan komunitas Pemberdayaan masyarakat untuk pencegahan dan penanganan gizi buruk dan penyuluhan praktik pemberian makanan yang tepat untuk balita

5.7.2 Pencapaian Indikator Mutu Direktorat Perencanaan, Keuangan, dan Layanan Operasional

Hasil capaian indikator mutu unit kerja di Direktorat Perencanaan, Keuangan, dan Layanan Operasional semester I tahun 2024 adalah:

Tabel 5.15 Indikator Mutu Unit di Direktorat Perencanaan, Keuangan, dan Layanan Operasional

NO	INDIKATOR MUTU	STANDAR	TAHUN	KET
INDIKATOR MUTU PELAKSANA KEUANGAN				
1	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	100%	100,00%	1
2	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif)	100%	100,00%	1
3	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100%	100,00%	1
4	Tingkat efisiensi anggaran	90%	N/A	
INDIKATOR MUTU AKUNTANSI DAN BMN				
1	Indikator Kinerja Pelaksanaan Anggaran (IKPA)	TW I 15% TW II 40% TW III 60% TW IV 90%	73,57%	1
2	Rasio kas	240-300%	243,83%	1

NO	INDIKATOR MUTU	STANDAR	TAHUN	KET
3	Rasio lancar	>600%	1801,31%	1
4	Periode penagihan piutang	<30 hari	17.23 Hari	1
5	Perputaran aset tetap	>20%	0,57%	0
6	Imbalan atas aset tetap	>6%	0,09%	0
7	Imbalan ekuitas	>8%	0,06%	0
8	Rasio PNPB terhadap biaya operasional (POBO)	45%	74,29%	1
9	Tingkat pertumbuhan pendapatan	2,5%	13,07%	0
10	Perputaran persediaan	30-35 Hari	47.79 Hari	0
INDIKATOR MUTU PERENCANAAN PROGRAM, ANGGARAN, DAN EVALUASI				
1	Kelengkapan dan ketepatan laporan akuntabilitas kinerja	100%	100,00%	1
2	Kelengkapan dan ketepatan pelaporan rumah sakit	100%	100,00%	1
3	Persentase realisasi kegiatan evaluasi kontrak klinis dan kontrak manajemen	60%	N/A	
4	Persentase dokumen perencanaan yang sesuai dengan ketentuan	100%	N/A	
INDIKATOR MUTU HUKUM DAN HUMAS				
1	Ketersediaan informasi tempat tidur RS dalam bentuk display, online, real time	100%	100,00%	1
2	Ketersediaan Informasi Jadwal Dokter Poliklinik	100%	N/A	
3	Ketersediaan informasi RS yang mudah diakses masyarakat (Poster, Leaflet, dan web dinamis 100%, Poster, leaflet, dan web statis 75%, Poster dan leaflet 50%, Poster 25%)	100%	100,00%	1
4	Tingkat efektivitas penggunaan media informasi rumah sakit	75%	N/A	
5	Kecepatan respon terhadap komplain Dokumen pendukung: 1. Form komplain sesuai grading 2. Analisa komplain 3. Hasil tindak lanjut (rapat, dll)	≥80%	100,00%	1
6	Kepuasan pelanggan RS	≥80%	88,50%	1
7	Persentase pelaksanaan perjanjian kerja sama	80%	N/A	
INDIKATOR MUTU TATA USAHA DAN RUMAH TANGGA				
1	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi dan struktural	100%	100,00%	1
2	Waktu proses administrasi persuratan	≤ 1 Minggu	6.13 Hari	1
3	Penerapan GNSTA	60%	88,89%	1
4	Terlaksananya program manajemen gedung, sarpras, alat medik dan non medik, manajemen sistem utilitas	100%	100,00%	1
5	Terlaksananya program manajemen cleaning service	100%	88,46%	0
6	Ketersediaan mobil ambulance, jenazah dan keswa	100%	100,00%	1
7	Ketersediaan mobil ambulance/jenazah 24 jam	100%	100,00%	1
8	Terlaksananya program pemeliharaan ambulance, mobil jenazah, dan mobil keswa	100%	100,00%	1
9	Waktu tanggap pelayanan ambulance dan mobil jenazah ≤ 30 menit (Ambulan IGD, Ambulan Rujuk, Ambulan Ruangan, Ambulan Jenazah)	100%	100,00%	1
10	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah ≤ 2 jam	≥ 90%	95,56%	1
11	Waktu tanggap pelayanan administrasi jenazah ≤ 30 menit	≥ 90%	100,00%	1
12	Ketepatan pemasangan identitas pada jenazah	100%	100,00%	1
13	Petugas keamanan bersertifikat pengamanan BHD, PPI dasar, kesiapsiagaan bencana	100%	83,73%	0
14	Petugas keamanan melakukan pengawasan keliling RS	100%	100,00%	1
15	Evaluasi terhadap sistem pengamanan setiap bulan	100%	100,00%	1
16	Tidak adanya barang milik pasien, pengunjung, karyawan yang hilang	100%	98,92%	1
17	Pemenuhan Sarana dan Prasarana Layanan Unggulan (Napza, Rehabilitasi Psikososial, dan PDC)	80%	N/A	
18	Ketersediaan Fasilitas Parkir sesuai Standar (KFK)	100%	100,00%	1
INDIKATOR MUTU CSSD DAN BINATU				
1	Tidak ada kejadian linen yang hilang	100%	100,00%	1
2	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	100%	100,00%	1
3	Ketepatan pengelolaan linen infeksius	100%	100,00%	1
4	Tingkat kepatuhan sentralisasi linen rawat inap	100%	100,00%	1
5	Tingkat kepatuhan sentralisasi alkes	100%	100,00%	1
6	Ketepatan suhu pengeringan (60-95 Celcius)	100%	100,00%	1
7	Ketepatan waktu penyediaan alat steril	100%	100,00%	1
8	Ketersediaan alat steril	100%	100,00%	1
9	Ketersediaan alkes steril untuk poli gigi	100%	100,00%	1
10	Ketersediaan alkes steril untuk kamar operasi	100%	100,00%	1
11	Ketepatan baku mutu CSSD	100%	100,00%	1
12	Baku mutu Binatu	100%	N/A	
13	Tidak adanya alkes yang expired	100%	99,98%	1

NO	INDIKATOR MUTU	STANDAR	TAHUN	KET
INDIKATOR MUTU PEMELIHARAAN SARANA PRASARANA RUMAH SAKIT				
1	Ketepatan kalibrasi alat sesuai jadwal	100%	100,00%	1
2	Tingkat Keandalan Sarpras / Overall Equipment Effectiveness (OEE)	85%	91,42%	1
3	Waktu Tanggap Kerusakan Alat	≥80%	100,00%	1
4	Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat Kesehatan (Radiologi, CT-Scan)	100%	100,00%	1
5	Ketepatan waktu pemeliharaan utilitas dan mesin (AC, Boiler, Lift, Trafo, Genset)	100%	N/A	
6	Ketepatan Waktu Pemeliharaan Sarana dan Prasarana	100%	100,00%	1
7	Waktu Tanggap Kerusakan Gedung < 2 Jam	100%	N/A	
8	Kelas rawat inap sesuai standar (KRIS)	60%	100,00%	1
9	Ketersediaan bahan bakar dan genset	100%	100,00%	1
10	Ketepatan waktu pemenuhan utilitas (listrik, air, genset, gas medis)	100%	N/A	
11	Kepatuhan perizinan (genset, penangkal petir, dll)	100%	90,00%	0
INDIKATOR MUTU KESEHATAN LINGKUNGAN				
1	Capaian Baku Mutu Air Limbah	BOD < 30 mg/l COD < 80 mg/l TSS < 30 mg/l pH 6-9 100%	N/A	
2	Ketepatan jadwal pengambilan limbah padat	100%	100,00%	1
3	Capaian implementasi DELH	100%	87,88%	0
4	Capaian toilet yang memenuhi syarat	85%	61,70%	0
5	Capaian baku mutu pangan olahan siap saji	100%	86,11%	0
6	Capaian baku mutu suhu udara gudang penyimpanan bahan pangan kering (kurang dari 25°C)	100%	100,00%	1
7	Capaian baku mutu suhu udara gudang penyimpanan bahan makanan basah	100%	66,67%	0
8	Capaian baku mutu suhu udara dan kelembaban tempat pengolahan makanan	100%	58,33%	1
9	Ketersediaan bank sampel makanan yang disimpan selama 2 x 24 jam	100%	66,34%	0
10	Capaian angka bebas jentik	95%	59,17%	0
11	Capaian indeks populasi lalat maksimal 2 ekor/grill	95%	22,22%	0
12	Ketepatan penangkapan binatang pengganggu dan berbahaya	90%	100,00%	1
13	Capaian sludge volume 30	100%	28,40%	0
14	Capaian pemeliharaan bak kontrol	85%	88,89%	1
15	Capaian pemenuhan baku mutu kualitas lingkungan di ruang rawat inap	60%	52,33%	0
INDIKATOR MUTU KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA				
1	Capaian pemberian vaksin Hepatitis B bagi pegawai	HepB1 100% HepB2 95% HepB3 90%	77,82%	0
2	Tidak adanya kejadian KTD dan/atau sentinel pegawai	0 Kejadian	2	0
3	Tidak adanya kejadian insiden bagi pegawai	0 Kejadian	4	0
4	Ketepatan waktu penyelesaian laporan kecelakaan kerja dan/atau penyakit akibat kerja dan investigasi maksimal 2 x 24 jam	100%	N/A	
5	Kepatuhan penggunaan APD bagi pekerja proyek di rumah sakit	70%	N/A	
6	Pelaksanaan training/simulasi/workshop K3 bagi pegawai	100%	N/A	
7	Pembuatan laporan PCRA konstruksi rumah sakit	100%	100,00%	1
8	Pelaksanaan pemantauan konstruksi di rumah sakit	100%	100,00%	1
INDIKATOR MUTU REKAM MEDIK				
1	Kelengkapan informed consent setelah mendapatkan informasi yang jelas	80%	100,00%	1
2	Kelengkapan pengisian jati diri / identitas pasien (termasuk foto pada pasien psikiatri ranap)	100%	100,00%	1
3	Kepatuhan pelaksanaan general consent	100%	100,00%	1
4	Kepatuhan pengisian elektronik rekam medik	100%	88,84%	0
5	Persentase pelaksanaan retensi	TW 1 30% TW 2 50% TW 3 65% TW 4 80%	100,00%	1
6	Kelengkapan penyediaan data untuk pelepasan informasi	100%	100,00%	1
7	Kepatuhan penggunaan kode diagnosis, kode prosedur, singkatan, dan simbol	100%	100,00%	1
8	Kepatuhan penggunaan singkatan dan simbol	100%	100,00%	1
9	Kepatuhan identifikasi pasien (nama, no rm, tgl lahir, dan foto)	100%	100,00%	1
10	Kepatuhan informed consent pemberian darah dan produk darah	100%	100,00%	1

NO	INDIKATOR MUTU	STANDAR	TAHUN	KET
INDIKATOR MUTU SISTEM INFORMASI RUMAH SAKIT				
1	Waktu tanggap penanganan kerusakan hardware ≤ 30 menit	90%	100,00%	1
2	Waktu tanggap penanganan kerusakan software ≤ 30 menit	90%	100,00%	1
3	Ketepatan waktu maintenance hardware	100%	100,00%	1
4	Ketepatan waktu maintenance software	100%	100,00%	1
5	Waktu tanggap down time ≤ 5 menit	100%	N/A	
6	Persentase realisasi program sistem informasi	100%	N/A	
7	Tingkat efektivitas dan efisiensi modul layanan rumah sakit	80%	N/A	
8	Tingkat teknologi informasi yang terintegrasi dan mandiri	TW I 25% TW II 50% TW III 75% TW IV 100%	N/A	
INDIKATOR MUTU VERIFIKASI ADMINISTRASI DAN PENJAMINAN PASIEN				
1	Waktu melengkapi berkas tagihan pasien rawat jalan	≤ 2 hari kerja	0,11 Hari	1
2	Waktu melengkapi berkas tagihan pasien rawat inap	≤ 2 hari kerja	1,44 Hari	1
3	Kelengkapan berkas tagihan rawat jalan	100%	100%	1
4	Kelengkapan berkas tagihan rawat inap	100%	100%	1
5	Tidak ada penolakan klaim karena masalah administrasi rawat jalan	100%	100%	1
6	Tidak ada penolakan klaim karena masalah administrasi rawat inap	100%	100%	1
INDIKATOR MUTU PROMOSI KESEHATAN RUMAH SAKIT				
1	Tingkat kualitas sistem rujukan dalam pelayanan kesehatan jiwa	95%	100,00%	1
2	Konsultasi dan koordinasi program kesehatan jiwa	85%	100,00%	1
3	Tingkat kualitas kemitraan, kerja sama lintas program dan lintas sektor	90%	94,00%	1
4	Tingkat kemandirian advokasi kesehatan jiwa	80%	91,67%	1
5	Promosi kesehatan eksternal:			
	Program kesehatan ibu dan bayi	70%	100,00%	1
	Program kesehatan TB	70%	100,00%	1
	Program kesehatan HIV/AIDS	70%	100,00%	1
	Program kesehatan Stunting dan Wasting	70%	100,00%	1
	Promosi kesehatan pelayanan keluarga berencana	70%	100,00%	1
	Promosi kesehatan geriatri	70%	100,00%	1
	Program kesehatan ke sekolah	70%	100,00%	1
	Program kesehatan ke instansi pemerintah dan swasta	70%	100,00%	1
6	Promosi kesehatan internal	85%	100,00%	1
7	Tingkat kualitas intervensi krisis	85%	100,00%	1
8	Persentase pasien psikiatri yang dilayani case management	50%	100,00%	1
9	Kepatuhan pemberian informasi dan edukasi	80%	100,00%	1
10	Ketersediaan media informasi cetak dan elektronik	70%	100,00%	1
INDIKATOR MUTU UNIT LAYANAN PENGADAAN (ULP)				
1	Kelengkapan dokumen lelang	100%	100,00%	1
2	Persentase gagal lelang	≤ 20%	0,00%	1
3	Kejadian sanggahan pada lelang	≤ 2%	0,00%	1
4	Tingkat Komponen Dalam Negeri (TKDN)	70%	N/A	
5	Ketepatan waktu proses pengadaan langsung	1 Bulan	100,00%	1
6	Ketepatan waktu proses pengadaan tender	100%	100,00%	1
7	Ketepatan waktu pelaksanaan kontrak	100%	100,00%	1
8	Proses negosiasi ulang kontrak	<20%	0,00%	1
INDIKATOR MUTU UNIT PENGEMBANGAN BISNIS (PERINTIS APEL)				
1	Optimalisasi pemanfaatan aset (rumah duka, lapangan golf, lapangan bola)	Tahun ke 1 = 30% Tahun ke 2 = 40% Tahun ke 3 = 50% Tahun ke 4 = 60% Tahun ke 5 = 70%	100,00%	1
2	Kepuasan pelanggan	80%	N/A	
3	Ketersediaan sarana dan prasarana	60%	80,00%	1
4	Angka kejadian insiden pada petugas	0	0	1
5	Angka kejadian insiden pada pelanggan	0	100,00%	1

Tercapai (1) / Tidak Tercapai (0)

Tabel 5.16 Rekomendasi Indikator Mutu Unit di Direktorat Perencanaan, Keuangan, dan Layanan Operasional

UNIT KERJA	DESKRIPSI
Keuangan dan BMN	<p>Pada Semester I Tahun 2024 dari 14 indikator keuangan dan BMN, masih terdapat 5 indikator yang belum mencapai standar, yaitu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perputaran aset tetap dengan capaian 0,57%, standar >20% 2. Imbalan atas aset tetap dengan capaian 0,09%, standar >6% 3. Imbalan ekuitas dengan capaian 0,06%, standar >8% 4. Tingkat pertumbuhan pendapat dengan capaian 13,07%, standar 2,5% 5. Perputaran persediaan dengan capaian 47,79 hari, standar 30—35 hari <p>Terdapat 1 indikator yang diukur persemester yaitu tingkat efisiensi anggaran.</p> <p>Rekomendasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Optimalisasi pengelolaan aset untuk meningkatkan pendapatan operasional 2. Meningkatkan pendapatan BLU dari pendapatan pelayanan, kerjasama dengan pihak lain, sewa, dll. 3. Lakukan pengukuran tingkat efisiensi anggaran
Perencanaan Program, Evaluasi dan Anggaran	<p>Semester I Tahun 2024, dari 2 indikator perencanaan sudah mencapai standar, 1 indikator belum mencapai standar yaitu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Persentase realisasi kegiatan evaluasi kontrak klinis dan kontrak manajemen dengan capaian 58,82%, standar 60% <p>Terdapat 1 indikator yang belum dilakukan pengukuran, yaitu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Persentase dokumen perencanaan yang sesuai dengan ketentuan <p>Rekomendasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan capaian yang sudah tercapai 2. Melakukan evaluasi kontrak klinis dan kontrak manajemen yang belum dilakukan evaluasi 3. Lakukan pengukuran pada indikator yang belum diukur
Hukum dan Hubungan Masyarakat	<p>Dari 7 indikator pada Semester I Tahun 2024, 4 indikator sudah tercapai, perlu dipertahankan. Masih terdapat 2 indikator yang belum dilakukan pengukuran, yaitu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Persentase pelaksanaan perjanjian Kerjasama 2. Ketersediaan informasi jadwal dokter poliklinik <p>Kondisi saat ini:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sudah dilakukan sosialisasi pada indikator mutu Tim kerja Hukum dan Hubungan Masyarakat yang belum terukur dan akan mulai dilakukan pengukuran bulan selanjutnya. 2. Ketersediaan informasi jadwal dokter di poliklinik terkendala menunggu perubahan jadwal praktik dari Pelayanan Medik saat ini informasi jadwal dokter baru terdisplay pada website rumah sakit dan perlu dipastikan kebaruan informasi jadwal praktik dokter yang terupload 3. Tingkat efektifitas penggunaan media informasi rumah sakit akan diukur setiap satu tahun sekali <p>Rekomendasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyediakan informasi terkait jadwal praktik dokter di poliklinik yang dapat diakses oleh pasien 2. Melakukan survei tingkat efektifitas penggunaan media informasi rumah sakit pada tahun 2023 yang belum dilakukan dan di tahun 2024 3. Melakukan survei kepuasan pelanggan eksternal 4. Melakukan <i>survei patient experience</i> 5. Melakukan pengukuran terkait kesesuaian PKS dengan realisasinya
Tata Usaha dan Rumah Tangga	<p>Dari 18 indikator pada Semester I Tahun 2024, 15 indikator sudah tercapai, perlu dipertahankan. Masih terdapat 2 indikator yang belum tercapai, yaitu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Terlaksananya program manajemen cleaning service dengan capaian 88,46%, standar 100% 2. Petugas keamanan bersertifikasi pengamanan BHD, PPI Dasar, Kesiapsiagaan Bencana dengan capaian 83,73%, standar 100% <p>Terdapat 1 indikator yang belum dilakukan pengukuran yaitu pemenuhan sarana dan prasarana layanan unggulan (Napza, Rehabilitasi Psikososial, dan PDC).</p> <p>Rekomendasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan pelatihan pengamanan BHD, PPI Dasar, dan Kesiapsiagaan Bencana pada seluruh petugas keamanan 2. Memastikan terpenuhinya sarana dan prasarana layanan unggulan yang ada di RSMM (Layanan Napza, Rehabilitasi Psikososial, dan PDC)
CSSD dan Binatu	<p>Dari 13 indikator pada Semester I Tahun 2024, 12 indikaotor sudah tercapai</p> <p>Terdapat 1 indikator yang belum dapat dilakukan pengukuran yaitu Baku Mutu Binatu</p> <p>Rekomendasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Feedback kepada ruang rawat inap terkait kepatuhan sentralisasi linen 2. Melakukan monev alkes di ruang rawat inap 3. Mengoptimalkan sentralisasi alkes steril di ruang ranap, ICU, kamar operasi, dan Poli gigi untuk mencegah adanya alkes yang expired

UNIT KERJA	DESKRIPSI
IPSRS	<p>Dari 11 indikator pada Semester I Tahun 2024, 8 indikator sudah tercapai.</p> <p>Terdapat 2 belum dilakukan pengukuran, yaitu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ketepatan waktu pemeliharaan utilitas dan mesin (AC, Boiler, Lift, Trafo, Genset) 2. Ketepatan waktu pemeliharaan sarana dan prasarana <p>1 indikator yang diukur persemester yaitu kelas rawat inap sesuai standar dan menunggu ruangan selesai direnovasi</p> <p>Rekomendasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengukuran pada indikator yang belum diukur 2. Pemenuhan sarana dan prasarana sesuai dengan standar kelas rawat inap 3. Dokumentasi pencatatan respon time pelayanan IPSRS (laporan dari ruangan dan waktu tanggapnya realtime) 4. Memantau proses pengajuan ulang perpanjangan surat laik operasiona yang sudah habis masa berlakunya sejak bulan Agustus 2023 5. Melakukan inventris sarana dan prasarana yang ada di RS agar dapat diukur apakah sarpras tersebut sudah terpelihara secara rutin atau tidaknya
Kesling dan K3RS	<p>Dari 23 indikator pada Semester I Tahun 2024, 8 yang sudah tercapai</p> <p>Terdapat 12 indikator yang belum tercapai, yaitu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Capaian Implementasi DELH 2. Capaian toilet yang memenuhi standar 3. Capaian baku mutu pangan olahan siap saji 4. Capaian baku mutu suhu udara gedung penyimpanan bahan makanan basah 5. Ketersediaan bank sampel makanan yang disimpan selama 2 x 24 jam 6. Capaian angka bebas jentik 7. Capaian indeks populasi lalat maksimal 2 ekor.grill 8. Capaian sludge volume 30 9. Capaian pemenuhan baku mutu kualitas lingkungan di ruang rawat inap 10. Capaian pemberian vaksin hepatitis B bagi pegawai 11. Tidak adanya kejadian KTD dan/atau sentinel pegawai 12. Tidak adanya kejadian insiden bagi pegawai <p>Terdapat 1 indikator yang belum keluar hasil yaitu : Capaian baku mutu air limbah</p> <p>Terdapat 1 indikator yang belum dapat terlaksana, yaitu: Pelaksanaan training/simulasi/workshop K3 bagi pegawai</p> <p>Terdapat 1 indikator yang tidak dapat diukur, yaitu Kepatuhan penggunaan APD bagi pekerja proyek di rumah sakit (tidak ada pengerjaan proyek)</p> <p>Kondisi saat ini:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Masih terdapat permasalahan pada toilet beberapa diantaranya lantai, flusing yang bermasalah, dan aliran air yang tidak lancar • DELH masih terdapat beberapa parameter yang tidak memenuhi syarat • Baku mutu olahan pangan masih ditemukan penjamah makanan (salmonella) dan masih ada yang ditemukan e-coli • Suhu udara gudang terdapat di beberapa tempat yaitu chiller, cooler, dan freezer yang tidak memenuhi syarat suhu gudang • Bank sampel tidak memenuhi standar disebabkan ada yang tidak tersedia sampel makanan dari pagi s.d sore, atau sudah dibuang sebelum 2 x 24 jam baik di diklit maupun di dapur • Masih ditemukan jentik nyamuk ditempat yang diperiksa • Terdapat kebocoran jalur IPAL yang menyebabkan lumpur tidak bagus sehingga SV30 tidak mencapai standar • Kualitas lingkungan tidak memenuhi syarat, Sebagian besar ruang jiwa tidak menggunakan modifikasi udara ruanga dan berpengaruh pada kualitas udara lingkungan • Terdapat 1 kejadian KTD pada pegawai yang diakibatkan kekerasan terhadap pegawai oleh pasien yang terjadi di Bulan Juni • Terdapat 4 kejadian insiden pegawai (Januari 1 kejadian, Maret 2 kejadian, Juni 1 kejadian) <p>Rekomendasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Optimalisasi pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan 2. Standar toilet di RS dengan luas 20 m², terdiri dari: <ul style="list-style-type: none"> • Toilet umum • Toilet disabilitas di area public • Toilet ruangan • Toilet pasien • Toilet pegawai 3. <i>Handrail</i> pada toilet disabilitas 4. Hal yang perlu diperhatikan dalam <i>hygiene</i> toilet

UNIT KERJA	DESKRIPSI
	<ul style="list-style-type: none"> • Pemisahan toilet (pria dan wanita) • Air bersih • Kloset • Wastafel • Air limbah • Lantai • Letak toilet • Ventilasi • Tempat sampah <ol style="list-style-type: none"> 5. Pengecekan rutin toilet setiap jam (lembar checklist) 6. Monev Instalasi K3KL untuk toilet area publik terutama terkait lantai, flushing, dan aliran air lancar memenuhi syarat toilet yang bersih dan nyaman 7. Memastikan dan menjaga kebersihan dan sanitasi di area produksi pangan mulai dari peralatan, area kerja, kebersihan tangan untuk menghindari kontaminasi silang serta pemilihan bahan baku berkualitas tinggi dan bebas dari kontaminasi 8. Mengontrol dan mengevaluasi suhu dan parameter lain yang relevan untuk memastikan produk baku mutu suhu udara gedung penyimpanan bahan pangan basah 9. Mengingatkan kembali terkait penyimpanan sampel pangan 2 x 24 jam baik di diklit maupun di gizi 10. Pengendalian lingkungan yang berpotensi menjadi tempat perkembangan nyamuk, jika ada genangan air yang sulit dihindari atau dikelola gunakan larvasida, penyemprotan insektisida untuk mengendalikan populasi nyamuk dewasa, dan pemantauan rutin untuk mengidentifikasi area-area dimana nyamuk berkembang biak atau area-area yang menjadi titik fokus penyebaran 11. Kebersihan yang ketat di tempat yang menjadi sarang potensial bagi lalat, tutup makanan yang tidak digunakan, bersihkan sisa-sisa makanan dan minuman yang dapat menarik lalat, pasang perangkap lalat / repelan lalat yang efektif, mengelola sampah dengan baik dan pastikan tersimpan dalam wadah yang tertutup rapat, pemantauan rutin 12. Melakukan pengajuan perbaikan bocoran distribusi IPAL dan pemberian bakteri tambahan 13. Memastikan ventilasi ruangan rawat inap dapat berfungsi dengan baik untuk memastikan sirkulasi udara yang cukup serta memonitor suhu dan kelembaban di ruangan untuk memastikan kenyamanan pasien dan mencegah pertumbuhan jamur dan bakteri yang merugikan 14. Pengukuran dan pelaporan insiden secara elektronik dan lakukan investigasi/RCA 15. Melakukan sosialisasi dan/atau edukasi kepada seluruh pegawai akan kesadaran dan pentingnya untuk melaporkan setiap insiden dan/atau aksiden yang dialami 16. Memastikan ketersediaan APD yang memadai, lakukan pengawasan secara teratur berlakukan sanksi/konsekuensi yang sesuai bagi pekerja yang melanggar aturan penggunaan APD, sampaikan aturan pentingnya penggunaan APD, dan lakukan evaluasi rutin tingkat kepatuhan APD dan identifikasi area-area dimana perbaikan diperlukan 17. Rekomendasi untuk mencegah kekerasan pegawai oleh pasien: <ul style="list-style-type: none"> • Melakukan penilaian dan mengidentifikasi risiko kekerasan pasien • Memberikan pelatihan pada staf terkait teknik de-eskalasi dan manajemen kekerasan dan cara mengidentifikasi tanda-tanda awal perilaku kekerasan, menggunakan teknik komunikasi yang efektif dan empatik • Memastikan lingkaran yang aman terpantau, tersedia ruangan yang terpisah untuk pasien risiko tinggi kekerasan • Adanya SPO (ada prosedur keamanan yang ketat misal tombol panik yang dapat digunakan staf disituasi darurat) • Menyediakan kegiatan terapi yang dapat menurunkan tingkat stres pasien • Menerapkan komunikasi yang efektif, libatkan pasien dalam perencanaan perawatan dan dorong mereka untuk mengutarakan jika merasa tidak nyaman atau terancam • Intervensi medis sesuai kondisi medis dan psikologis yang mungkin memicu perilaku kekerasan • Kolaborasi antar disiplin untuk menangani pasien dengan risiko kekerasan
Rekam Medik	<p>Dari 10 indikator pada Semester I Tahun 2024, terdapat 1 indikator yang belum mencapai standar yaitu kepatuhan pengisian elektronik rekam medik.</p> <p>Rekomendasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Revisi pedoman ERM sesuai standar PMK ERM dan KMK standar akreditasi rumah sakit. 2. Melengkapi buku pedoman kode diagnosis, kode prosedur, singkatan, dan symbol 3. Melakukan sosialisasi pedoman kode diagnosis, kode prosedur, singkatan, dan symbol pada seluruh PPA 4. Monev dan supervisi kepatuhan pengisian ERM 5. Himbauan kepada seluruh PPA untuk patuh dalam mengisi ERM 6. Feedback kepada seluruh PPA terkait kepatuhan ERM 7. Updating kode diagnosis sesuai dengan ICD X 8. Koordinasi Instalasi Rekam Medik dan Instalasi SIRS untuk kelengkapan formulir ERM yg di revisi ataupun usulan formulir baru untuk dimasukkan kedalam ERM 9. Memberikan feedback rutin tatalaksana klaim BPJS berdasarkan pada berita acara kesepakatan bersama panduan penatalaksanaan solusi permasalahan klaim INA CBG
SIRS	<p>Dari 8 indikator SIRS pada Semester I Tahun 2024, sudah tercapai 4 indikator perlu dipertahankan. Masih terdapat 4 indikator yang belum dilakukan pengukuran, yaitu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Waktu tanggap down time \leq 5 menit 2. Persentase realisasi program sistem informasi 3. Tingkat efektifitas dan efisiensi modul layanan rumah sakit

UNIT KERJA	DESKRIPSI
	<p>4. Tingkat teknologi informasi yang terintegrasi dan mandiri Keempat indikator tersebut sudah dilakukan pembahasan dengan Instalasi SIRS dan akan mulai dilakukan pengukuran di tahun 2024</p> <p>Rekomendasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Validasi data indikator SIRS 2. Identifikasi kebutuhan terkait IT di RS 3. Pemetaan prioritas pemenuhan IT di RS 4. Pemenuhan SDM SIRS sesuai ABK 5. Melakukan pelatihan SDM SIRS untuk pengetahuan terkait software 6. Maintenance jaringan dan software secara periodik 7. Pengadaan server sesuai dengan kapasitas dan spesifikasi yang dibutuhkan 8. Usulan server eksternal 9. Usulan <i>door lock</i> ruang server untuk keamanan data 10. Kerjasama dengan eksternal terkait mirroring data 11. Optimalisasi aplikasi RSJMM Care 12. Dukungan manajemen terhadap kebutuhan teknologi informasi di RS 13. Segera menyelesaikan bridging Vclaim dan penerbitan SEP dari APM 14. Menjaga kestabilan internet 15. Pengukuran pada 4 indikator yang belum diukur
VAPP	<p>Seluruh indikator VAPP sudah tercapai, hal ini perlu dipertahankan.</p> <p>Rekomendasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Koordinasi Tim Casemix terkait penagihan klaim 2. Pertahankan capaian
PKRS	<p>Seluruh indikator PKRS sudah tercapai, hal ini perlu dipertahankan.</p> <p>Rekomendasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi dengan unit terkait tentang masalah pasien di RS dan di komunitas 2. Koordinasi internal dan eksternal untuk proses pemulangan pasien 3. Optimalisasi edukasi di masyarakat untuk PROGNAS, Kesehatan Jiwa, dan Program RSMM lainnya 4. Koordinasi dengan Timker Pelayanan Keperawatan terkaait penjemputan pasien ACT 5. Penyediaan media edukasi yang bisa diakses secara online melalui barcode
ULP	<p>Dari 8 indikator ULP pada Semester I Tahun 2024, sudah tercapai 6 indikator perlu dipertahankan. Masih terdapat 2 indikator yang tidak dapat terukur yaitu indikator tingkat komponen dalam negeri (TKDN) karena tidak ada pembelian alkes dan Proses negosiasi ulang kontrak karena tidak ada proses negosiasi</p>
Unit Pengembangan Bisnis (Perintis Apel)	<p>Dari 5 indikator Perintis APEL pada Semester I Tahun 2024, 1 indikator udah tercapai, 2 indikator tidak ada kejadian insiden, 1 indikator kepuasan pelanggan tidak dapat terukur karena tidak ada pengunjung yang mengisi survei, dan 1 indikator belum mencapai standar yaitu ketersediaan sarana dan prasarana.</p> <p>Rekomendasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemenuhan sarana dan prasana untuk menunjang pelayanan pengembangan bisnis sesuai dengan kebutuhan. 2. Memastikan agar pengunjung mengisi survei kepuasan pelanggan

5.7.3 Pencapaian Indikator Mutu Direktorat SDM, Pendidikan, dan Penelitian

Hasil capaian indikator mutu unit kerja di Direktorat SDM, Pendidikan, dan Penelitian semester I tahun 2024 adalah:

Tabel 5.17 Indikator Mutu Unit di Direktorat SDM, Pendidikan, dan Penelitian

NO	JUDUL INDIKATOR	STANDAR	TAHUN	KET
INDIKATOR MUTU ORGANISASI DAN SUMBER DAYA MANUSIA				
1	Jumlah tenaga kesehatan yang memiliki surat penugasan klinis	100%	N/A	
2	Jumlah tenaga kesehatan yang memiliki Surat Tanda Registrasi (STR)	100%	N/A	
3	Persentase disiplin pegawai sesuai budaya kinerja	85%	100,00%	1
4	Persentase SDM yang memiliki kinerja sesuai standar	85%	92,66%	1
5	Persentase SDM yang memiliki kompetensi sesuai standar persyaratan jabatan	85%	97,83%	1
6	Jumlah SDM yang melanjutkan pendidikan formal	2%	100,00%	1
7	Jumlah SDM yang melanjutkan pendidikan non formal	5%	100,00%	1
INDIKATOR MUTU PENDIDIKAN DAN PELATIHAN				
1	Jumlah SDM yang melanjutkan pendidikan formal	2%	2,12%	1
2	Jumlah SDM yang melanjutkan pendidikan non formal	5%	0,07%	0
INDIKATOR MUTU PENDIDIKAN DAN PELATIHAN				
1	Rasio peserta pendidikan klinis dengan staf yang memberikan pendidikan klinis Koas 5:1	100%	100,00%	1
	PPDS 3:1	100%	100,00%	Tidak ada PPDS
	Perawat 5:1	100%	88,88%	0
	Profesi lain 5:1	100%	100,00%	1
2	Kepatuhan peserta didik melaksanakan kebersihan tangan	85%	99,50%	1
3	Kepatuhan peserta didik melaksanakan etika batuk	85%	99,50%	1
4	Kepatuhan peserta didik melaksanakan identifikasi pasien	85%	99,50%	1
5	Keterlibatan peserta didik melaksanakan edukasi kebersihan tangan	80%	99,50%	1
6	Keterlibatan Peserta didik melaksanakan edukasi etika batuk	80%	99,50%	1
7	Tingkat kepuasan pelanggan terhadap pelayanan rumah sakit atas dilaksanakannya pendidikan klinis	80%	92,90%	1
8	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun	80% Target TW 1 = 20%, TW 2 = 40%, TW 3 = 60%, TW 4 = 80%	8,86%	0
9	Tingkat partisipasi / kehadiran pegawai dalam pelatihan internal	80%	83,33%	1
10	Evaluasi pasca pelatihan	90%	83,33%	1
INDIKATOR MUTU PENELITIAN				
1	Penelitian klinis oleh staf internal	100% Target TW 1 = Poin 1 . TW 2 = Poin 1-3 . TW 3 = Poin 1-5 . TW 4 = Poin 1-6	0,00%	0
2	Penelitian non klinis oleh staf internal	100% Target TW 1 = Poin 1 . TW 2 = Poin 1-3 . TW 3 = Poin 1-5 . TW 4 = Poin 1-6	0,00%	0
3	Publikasi penelitian nasional dan/atau internasional	100%	N/A	

Tercapai (1) / Tidak Tercapai (0)

Rekomendasi indikator mutu prioritas unit Direktorat SDM, Pendidikan, dan Umum adalah:

Tabel 5.18 Rekomendasi Indikator Mutu Unit di Direktorat SDM, Pendidikan, dan Penelitian

UNIT KERJA	DESKRIPSI
Organisasi dan SDM	<p>Dari 8 indikator mutu tim kerja organisasi dan SDM pada Semester I Tahun 2024, seluruh indikator sudah tercapai, perlu dipertahankan, yaitu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jumlah tenaga kesehatan yang memiliki surat penugasan klinis 2. Jumlah tenaga kesehatan yang memiliki Surat Tanda Registrasi (STR) 3. Persentase disiplin pegawai sesuai budaya kinerja 4. Persentase SDM yang memiliki kinerja sesuai standar 5. Persentase SDM yang memiliki kompetensi sesuai standar persyaratan jabatan 6. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat 7. Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala 8. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu <p>Rekomendasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perlu dilakukan pengukuran pada indikator yang belum diukur 2. Pemenuhan kebutuhan ABK rumah sakit (rekrutmen/mutasi internal Kementerian Kesehatan) 3. Feedback presensi kepada seluruh pegawai 4. Aplikasi e-kinerja untuk mengukur kinerja individu pegawai rumah sakit 5. Penerapan <i>reward and punishment</i> untuk pegawai yang melakukan pekerjaan sesuai dengan tugas dan fungsi, tugas tambahan, dan inovasi 6. Rapat koordinasi direktorat SPU untuk pembagian indikator sesuai SOTK yang baru
Pendidikan dan Pelatihan	<p>Dari 2 indikator mutu tim kerja organisasi dan SDM pada Semester I Tahun 2024, sudah tercapai 1 indikator, perlu dipertahankan.</p> <p>Masih terdapat 1 indikator yang belum tercapai, yaitu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jumlah SDM yang melanjutkan pendidikan non formal dengan capaian 0,07%, standar 5% <p>Rekomendasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemetaan kebutuhan pelatihan pegawai sesuai dengan standar persyaratan jabatan 2. Pemenuhan usulan kebutuhan peningkatan kompetensi pegawai sesuai dengan tugas dan fungsinya
Diklit	<p>Dari 10 indikator Diklit pada Semester I Tahun 2024, 1 indikator belum tercapai, yaitu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun dengan capaian 5,88%, standar 80% (Target TW 1 = 20%, TW 2 =40%, TW 3 = 60%, TW 4 = 80%) <p>Rekomendasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mapping pelatihan pegawai 2. Memfasilitasi kebutuhan pelatihan pegawai agar tercapai pelatihan minimal 20 jam pertahun
Penelitian	<p>Pada Semester I Tahun 2024, dari 3 indikator tim kerja penelitian belum dapat diukur, yaitu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penelitian klinis oleh staf internal 2. Penelitian non klinis oleh staf internal 3. Publikasi penelitian nasional dan/atau internasional <p>Rekomendasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengukuran pada indikator tim kerja penelitian. 2. Motivasi pegawai untuk melakukan penelitian di RS 3. Kerjasama dengan instansi lain untuk pembiayaan penelitian 4. Reward untuk pegawai yang melakukan penelitian

5.8 Pencapaian Keselamatan Pasien dan Budaya Keselamatan RS

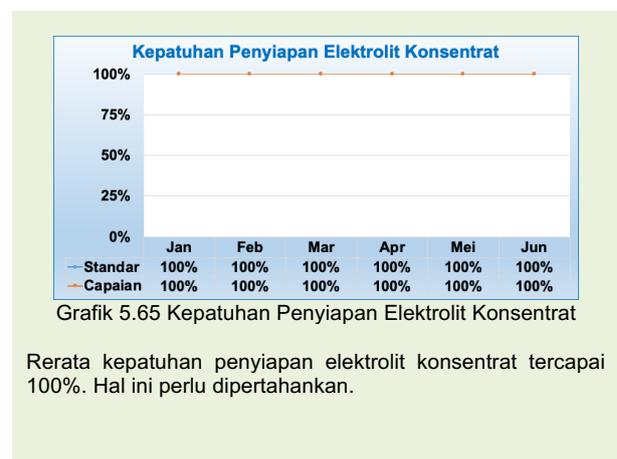
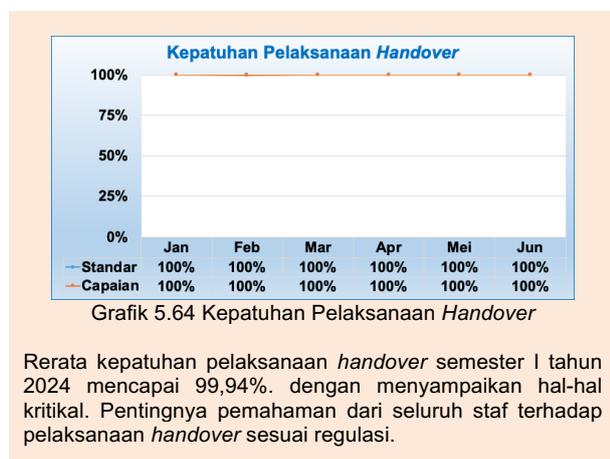
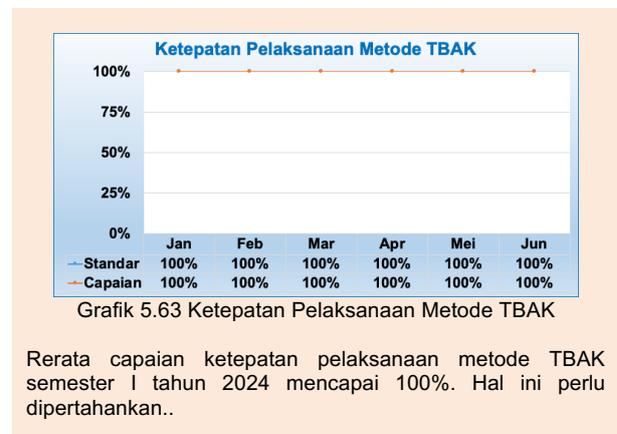
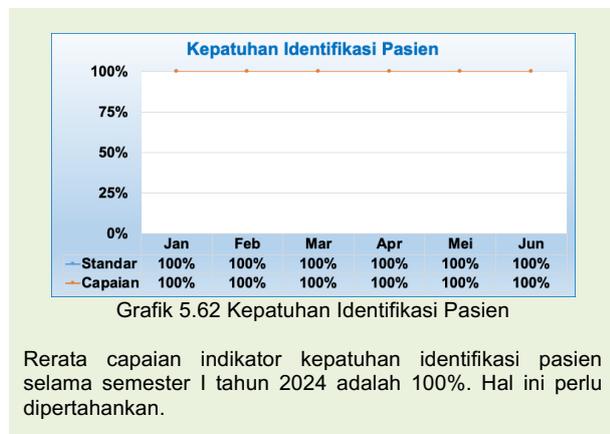
5.8.1 Pencapaian Keselamatan Pasien Rumah Sakit

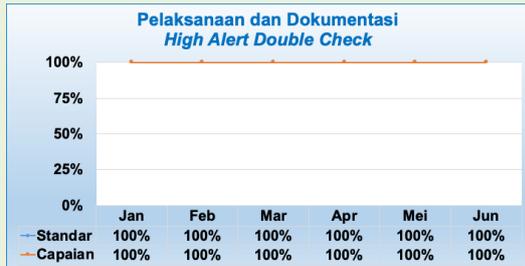
Indikator keselamatan pasien RS pada semester I tahun 2024 ada 13 (tiga belas) indikator sebagai berikut:

Tabel 5.19 Indikator Keselamatan Pasien Rumah Sakit

NO	KATEGORI	INDIKATOR MUTU	STANDAR
1	Mengidentifikasi pasien dengan benar	Kepatuhan identifikasi pasien	100%
2	Meningkatkan Komunikasi Yang efektif	Ketepatan pelaksanaan metode TBAK	100%
		Kepatuhan pelaksanaan hand over	100%
		Kepatuhan penyiapan elektrolit konsentrat	100%
3	Meningkatkan keamanan obat yang perlu diwaspadai (High Alert Medication)	Pelaksanaan dan dokumentasi high alert double check	100%
		Kepatuhan penyimpanan high alert di unit layanan	100%
		Kepatuhan pemberian label high alert di unit layanan	100%
4	Memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang benar	Kepatuhan pelaksanaan Surgery Safety Checklist	100%
5	Mengurangi risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan	Kepatuhan kebersihan tangan	85%
6	Mengurangi risiko cedera pasien akibat terjatuh	Kepatuhan upaya pencegahan risiko cedera pasien akibat terjatuh	100%
		Kepatuhan upaya pencegahan Risiko Bunuh Diri (RBD)	100%
7	Indikator kekhususan psikiatri	Kepatuhan upaya pencegahan MRSTI	100%
		Kepatuhan upaya pencegahan Risiko Perilaku Kekerasan (RPK)	100%

Hasil pengukuran indikator keselamatan pasien semester I tahun 2024 adalah sebagai berikut:





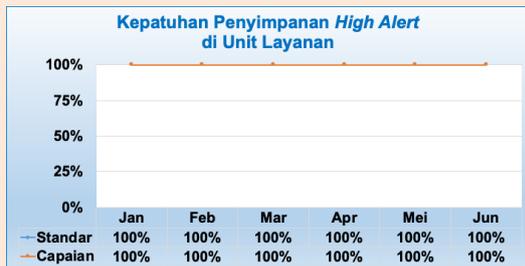
Grafik 5.66 Pelaksanaan dan Dokumentasi High Alert Double Check

Rerata capaian pelaksanaan dan dokumentasi high alert double check selama semester I tahun 2024 adalah 100%. Hal ini perlu dipertahankan.



Grafik 5.67 Kepatuhan Pemberian Label High Alert di Unit Layanan

Rerata kepatuhan pemberian label high alert di unit layanan semester I tahun 2024 adalah 100%. Hal ini perlu dipertahankan.



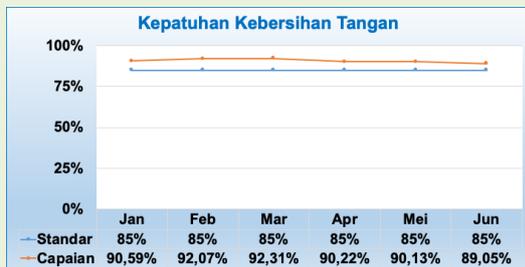
Grafik 5.68 Kepatuhan Penyimpanan High Alert di Unit Layanan

Rerata kepatuhan penyimpanan high alert di unit layanan semester I tahun 2024 tercapai 100%. Hal ini perlu dipertahankan.



Grafik 5.69 Kepatuhan Pelaksanaan Surgery Safety Checklist

Rerata kepatuhan pelaksanaan surgical safety checklist semester I tahun 2024 tercapai 100%. Hal ini perlu dipertahankan.



Grafik 5.70 Kepatuhan Kebersihan Tangan

Rerata capaian kepatuhan kebersihan tangan selama semester I tahun 2024 adalah 90,73%. Indikator kepatuhan kebersihan tangan masih belum menunjukkan capaian yang stabil. Komite PPI terus melakukan upaya perbaikan dengan melakukan edukasi secara terus menerus terkait pelaksanaan kebersihan tangan yang benar. Movev dan supervisi yang rutin dilakukan setiap bulannya mulai menunjukkan konsistensi dalam penerapan kebersihan tangan sesuai standar PPI. Perlu adanya penguatan dan upaya optimalisasi untuk upaya pencapaian kebersihan tangan yang lebih baik lagi.



Grafik 5.71 Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh

Rerata kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh semester I tahun 2024 mencapai 100%. Hal ini perlu dipertahankan.



Grafik 5.72 Kepatuhan Upaya Pencegahan RBD

Rerata kepatuhan upaya pencegahan risiko bunuh diri Semester I Tahun 2024 mencapai 100%. Hal ini perlu dipertahankan.



Grafik 5.73 Kepatuhan Upaya Pencegahan MRSTI

Rerata kepatuhan upaya pencegahan MRSTI Semester I Tahun 2024 mencapai 100%. Hal ini perlu dipertahankan.



Grafik 5.74 Kepatuhan Upaya Pencegahan RPK

Rerata kepatuhan upaya pencegahan risiko perilaku kekerasan Semester I Tahun 2024 mencapai 100%. Hal ini perlu dipertahankan.

Kondisi yang dicapai saat ini:

- Dari tiga belas indikator keselamatan pasien, terdapat dua belas indikator sudah mencapai standar, yaitu:
 - Kepatuhan identifikasi pasien
 - Ketepatan pelaksanaan metode TBAK
 - Kepatuhan penyiapan elektrolit konsentrat
 - Pelaksanaan dan dokumentasi *high alert double check*
 - Kepatuhan penyimpanan *high alert* di unit layanan
 - Kepatuhan pemberian label *high alert* di unit layanan
 - Kepatuhan pelaksanaan *Surgery Safety Checklist*
 - Kepatuhan kebersihan tangan
 - Kepatuhan upaya pencegahan risiko cedera pasien akibat terjatuh
 - Kepatuhan upaya pencegahan risiko bunuh diri
 - Kepatuhan upaya pencegahan MRSTI
 - Kepatuhan upaya pencegahan risiko perilaku kekerasan
- Terdapat satu indikator yang belum mencapai standar yaitu Kepatuhan pelaksanaan *hand over*. Terjadi 1 ketidakpatuhan pelaksanaan *handover* di Bulan Februari 2024.
- Seluruh unit kerja sudah berupaya meningkatkan keselamatan pasien.
- Peran Duta KPRS menjadi *role model* di masing-masing unit kerja.

Kendala dan Permasalahan:

- Ketidakpatuhan pelaksanaan *handover* belum optimal.

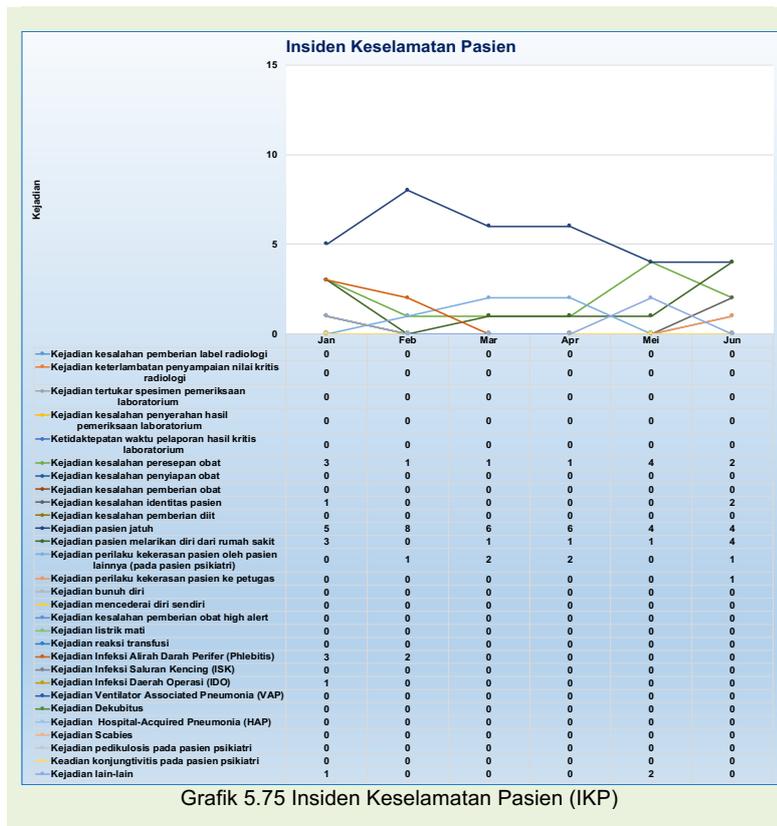
Rencana Tindak lanjut:

- Indikator kepatuhan pelaksanaan *hand over* yang baik sangat penting untuk memastikan kontinuitas dan kualitas layanan, Adapun rekomendasinya adalah:
 - Kelengkapan dan keakuratan informasi yang disampaikan selama *hand over* yang didokumentasikan. Pastikan semua informasi penting disampaikan.

- b. Konsistensi Waktu dalam pelaksanaan hand over sesuai dengan jadwal yang telah ditetapkan dengan durasi waktu hand over yang konsisten.
 - c. Partisipasi Tim multidisiplin (hadir dan aktif)
 - d. Komunikasi Efektif → kesempatan untuk bertanya dan klarifikasi selama hand over dalam diskusi dan umpan balik dua arah.
 - e. Kepatuhan terhadap SPO hand over sesuai dengan prosedur atau protokol yang telah ditetapkan.
2. Pelaporan insiden yang terjadi akibat hand over yang tidak efektif

5.8.2 Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP)

Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) semester I tahun 2024 adalah:



Grafik 5.75 Insiden Keselamatan Pasien (IKP)



Grafik 5.76 Insiden Keselamatan Pasien (IKP) Per Jenis Kejadian

Kondisi yang dicapai saat ini:

1. Selama semester I tahun 2024, terdapat 74 (tujuh puluh empat) laporan insiden keselamatan pasien, yaitu:
 - Kejadian kesalahan persepsan obat 12 kejadian
 - Kejadian kesalahan identitas pasien 3 kejadian
 - Kejadian pasien jatuh 33 kejadian
 - Kejadian pasien melarikan diri dari rumah sakit 10 kejadian
 - Kejadian perilaku kekerasan pasien oleh pasien lainnya 6 kejadian
 - Kejadian infeksi alirah darah perifer (Phlebitis) 5 kejadian
 - Kejadian infeksi daerah operasi (IDO) 1 kejadian
 - Kejadian tertimpa kasur 1 kejadian
 - Kejadian cedera akibat fiksasi 1 kejadian
 - Kejadian cedera terkena keramik 1 kejadian
2. Insiden terbanyak adalah kejadian pasien jatuh.
3. Tidak terjadi kejadian sentinel.

Kendala dan permasalahan:

1. Belum seluruh petugas memiliki pemahaman yang sama tentang keselamatan pasien Rumah Sakit.
2. Belum seluruh duta KPRS memahami cara pelaporan monitoring evaluasi indikator KPRS.
3. Belum seluruh pelaporan monev oleh duta KPRS dilaporkan tepat waktu.
4. Sarana dan prasarana belum tersedia secara lengkap dan kontinu.
5. Belum seluruh petugas memahami alur pelaporan insiden keselamatan pasien.
6. Belum seluruh manajer ruangan memahami grading, dan cara investigasi sederhana.
7. Belum seluruh petugas memahami prosedur keselamatan pasien rumah sakit.
8. Belum optimal tindak lanjut laporan insiden keselamatan pasien oleh sub komite KPRS.

Rencana pemecahan masalah:

1. Pencatatan dan Pelaporan

- Sub Komite KPRS melakukan pencatatan Insiden Keselamatan Pasien dan melaporkan ke KMRS.
- Insiden dengan grading biru dan hijau dilakukan analisis sederhana oleh ruangan atau unit.
- Membentuk area manajer untuk masing- masing area jika terjadi insiden pada unit tertentu, untuk membantu unit atau kepala ruang dalam melakukan analisis insiden.
- Monev keselamatan pasien secara berjenjang (terhadap): ka. unit kerja, manajer kasus, KMRS.

2. Supervisi

- Melakukan supervisi kepada Duta KPRS tentang pelaporan insiden keselamatan pasien, dan laporan monev Duta KPRS bersama dengan KMRS pada saat ronde mingguan.
- Melakukan bimbingan cara melakukan investigasi sederhana.
- Pengoptimalan supervisi Kepada Duta KPRS tentang pelaporan insiden keselamatan pasien, dan laporan monev Duta KPRS Bersama dengan KMRS pada saat ronde mingguan.

3. Pendidikan dan Pelatihan

- Sub Komite KPRS melakukan Workshop Duta KPRS.
- Sub Komite KPRS melakukan orientasi keselamatan pasien pada mahasiswa Praktik dan Pegawai Baru di RSJ dr H Marzoeeki Mahdi, setiap penerimaan mahasiswa dan pegawai baru
- Pelatihan eksternal anggota sub komite KPRS tentang pelaksanaan FMEA dan RCA.
- Pelatihan Internal Duta KPRS.
- Meningkatkan peran duta KPRS, atasan langsung dan struktural PJ unit kerja
- Pendidikan Keselamatan Pasien pada Mahasiswa Praktik dan Pegawai Baru di RSJ dr. H. Marzoeeki Mahdi Bogor, setiap penerimaan mahasiswa dan pegawai baru.

4. Sarana dan Prasarana

- Optimalisasi sarana dan prasarana guna mendukung keselamatan pasien rumah sakit.

5. Regulasi

- Revisi regulasi tentang keselamatan pasien rumah sakit sesuai referensi terkini.

6. Koordinasi dan Kolaborasi

- Berkoordinasi dengan Komite-Komite RS lainnya.
- Pembahasan kasus Interdisiplin dan Menyusun siklus perbaikan berkesinambungan
- Meningkatkan kolaborasi dan koordinasi antar PPA

7. Reward and Consequences

- Pelaksanaan sistem reward and consequences untuk mendorong terciptanya budaya keselamatan

8. Benchmark dengan RS lain

- Pelaksanaan *benchmarking* dengan rumah sakit lain. meliputi sistem pelaporan, regulasi, dan indikator keselamatan RS, dengan tujuan meningkatkan keselamatan pasien rumah sakit

9. Rekomendasi per kejadian

Tabel 5.20 Rekomendasi Insiden Keselamatan Pasien Rumah Sakit

Nama Insiden	Komitmen	Edukasi	Pemantauan dan Pengawasan	Supervisi	Ronde Keselamatan Pasien	Sarana dan Prasarana, SPO, dll
Kejadian kesalahan peresepan obat	Komitmen dokter untuk melakukan peresepan obat racikan melalui peresepan elektronik (e-prescribing)	Edukasi para dokter spesialis untuk melakukan peresepan obat racikan dengan e-prescribing	Pemantauan dan pengawasan penggunaan e-prescribing oleh Katimker Pelayanan Penunjang	Supervisi dari Katimker pelayanan penunjang	Ronde keselamatan pasien oleh Subkomite KPRS, Komite Mutu, dan para Katimker	Maintenance jaringan dan aplikasi e-prescribing
Kejadian kesalahan identitas	Komitmen untuk melakukan verifikasi identitas pasien tepat dengan dua poin identifikasi atau gelang dan/atau foto pasien	Edukasi pasien dan keluarga tentang pentingnya verifikasi identitas pasien agar turut terlibat dalam setiap proses perawatan sesuai identitas pasien	Pemantauan dan pengawasan terhadap identitas pasien, selalu lakukan identifikasi pasien sebelum memberikan asuhan	Supervisi dari atasan langsung, komite mutu, katimker pelayanan keperawatan	Ronde keselamatan pasien oleh Subkomite KPRS, Komite Mutu, Komite Keperawatan, dan para Katimker	Foto senantiasa terlampir pada ERM pasien
Kejadian pasien jatuh	Komitmen petugas dalam melakukan pencegahan dan pengawasan pasien risiko jatuh (asesmen awal, asesmen lanjut, edukasi)	Melakukan edukasi tentang pentingnya upaya pencegahan jatuh	Pemantauan dan pengawasan pasien risiko jatuh oleh petugas yang berdinis sesuai dengan score risiko pada SPO dan tata laksana jatuh	Supervisi dari atasan langsung dan Komite Mutu	Ronde keselamatan pasien oleh Subkomite KPRS, Komite Mutu, Komite Keperawatan, dan para Katimker	Handrail di toilet dan gedung, contoh pada gedung PGT
Kejadian pasien melarikan diri dari rumah sakit	Komitmen petugas dalam melakukan pencegahan dan pengawasan pasien risiko MRSTI (asesmen awal, asesmen lanjut, edukasi)	Melakukan edukasi tentang pentingnya upaya pencegahan MRSTI	Pemantauan dan pengawasan pasien risiko MRSTI oleh petugas yang berdinis sesuai dengan score risiko pada SPO dan tata laksana jatuh	Supervisi dari atasan langsung dan Komite Mutu	Ronde keselamatan pasien oleh Subkomite KPRS, Komite Mutu, Komite Keperawatan, dan para Katimker	Memperbaiki sarpras yang menjadi sarana pasien untuk melarikan diri
Kejadian perilaku kekerasan pasien oleh pasien lainnya	Komitmen untuk melakukan penilaian risiko kekerasan pasien Komitmen untuk memeriksa riwayat kekerasan atau gangguan perilaku pasien	Edukasi pada staf untuk melakukan teknik de-eskalasi dan manajemen kekerasan, mengenali tanda awal potensi kekerasan, dan meresponnya dengan tepat	Pengawasan yang cukup untuk pasien yang risiko tinggi	Supervisi dari atasan langsung, komite mutu, katimker pelayanan medik, katimker pelayanan keperawatan	Ronde keselamatan pasien oleh Subkomite KPRS, Komite Mutu, Komite Keperawatan, dan para Katimker	Memastikan lingkungan yang aman (pengaturan ruangan yang dapat terpantau dengan baik, tersedia ruangan terpisah untuk pasien dengan risiko kekerasan tinggi) Tersedia CCTV untuk memantau area dan record dapat tersimpan
Kejadian infeksi aliran darah perifer (Phlebitis)	Komitmen untuk melakukan persiapan dan pengelolaan sebelum injeksi (misal	Latih staf secara rutin terkait teknik pemasangan dan perawatan yang benar	Pantau situs injeksi setidaknya sekali per shift atau sesuai SPO yang berlaku untuk	Supervisi dari atasan langsung, komite mutu, komite PPI, katimker pelayanan medik,	Ronde keselamatan pasien oleh Subkomite KPRS, Komite Mutu, Komite Keperawatan,	SPO pencegahan phlebitis

Nama Insiden	Komitmen	Edukasi	Pemantauan dan Pengawasan	Supervisi	Ronde Keselamatan Pasien	Sarana dan Prasarana, SPO, dll
	bersihkan kulit dengan antiseptik) ▪ Komitmen untuk melakukan pemasangan yang benar (teknik aseptik ketat, lokasi pemasangan ideal memperhatikan kondisi vena pasien)	serta cara mendeteksi dan menangani phlebitis ▪ Edukasi pasien jika terjadi gejala seperti nyeri, kemerahan, atau pembengkakan disekitar area injeksi	mendeteksi tanda-tanda awal phlebitis ▪ Catat semua pengamatan dan tindakan perawatan yang dilakukan pada ERM pasien	katimker pelayanan keperawatan,	Komite PPI, dan para Katimker	
▪ Kejadian infeksi daerah operasi (IDO)	▪ Komitmen untuk memastikan persiapan praoperasi, teknik operasi yang aseptik	▪ Edukasi rutin pada seluruh staf bedah mengenai teknik aseptik, kebersihan tangan, dan langkah mencegah infeksi ▪ Edukasi pasien mengenai pentingnya kebersihan dan perawatan luka pascaoperasi (merawat luka yang tepat, memantau luka operasi) dan tanda tanda infeksi	▪ Implementasi pemantauan dan melaporkan kejadian IDO ▪ Melakukan audit rutin terhadap prosedur bedah dan kepatuhan terhadap protokol pencegahan infeksi	▪ Supervisi dari atasan langsung, komite mutu, komite PPI, katimker pelayanan medik, katimker pelayanan keperawatan,	▪ Ronde keselamatan pasien oleh Subkomite KPRS, Komite Mutu, Komite Keperawatan, Komite PPI, dan para Katimker	▪ Kontrol lingkungan operasi (ventilasi yang efektif untuk mengurangi kontaminasi udara, batasi jumlah orang yang keluar dan masuk ruang operasi selama prosedur berlangsung untuk mengurangi risiko kontaminasi)
▪ Kejadian tertimpa kasur	▪ Komitmen untuk memastikan lingkungan pasien aman		▪ Pemantauan dan pengawasan lingkungan oleh petugas sesuai SPO yang berlaku	▪ Supervisi dari atasan langsung, komite mutu, subkomite KPRS, Katimker Keperawatan	▪ Ronde keselamatan pasien oleh Subkomite KPRS, Komite Mutu, Komite Keperawatan, dan para Katimker	▪ Memastikan kasur pasien senantiasa aman
▪ Kejadian cedera akibat fiksasi	▪ Komitmen petugas untuk melakukan fiksasi sesuai dengan teknik yang aman dan sesuai SPO	▪ Gunakan fiksasi hanya ketika semua alternatif lain telah dicoba namun tidak berhasil ▪ Mengedukasi petugas untuk melakukan teknik deeskalasi verbal dan intervensi non fisik untuk mengurangi kebutuhan akan fiksasi fisik	▪ Pemantauan kondisi pasien rutin untuk memastikan dalam kondisi baik dan tidak ada risiko cedera	▪ Supervisi rutin terhadap pasien yang dilakukan fiksasi	▪ Ronde keselamatan pasien oleh Subkomite KPRS, Komite Mutu, Komite Keperawatan, dan para Katimker	▪ Penggunaan peralatan fiksasi yang sesuai standar
▪ Kejadian cedera terkena keramik	▪ Komitmen petugas untuk memastikan kondisi lingkungan yang aman untuk pasien		▪ Pemantauan rutin kondisi lingkungan	▪ Supervisi dari atasan langsung	▪ Ronde keselamatan pasien oleh Subkomite KPRS, Komite Mutu, Komite Keperawatan, dan para Katimker	▪ Desain ruangan yang aman dan memastikan tidak ada benda tajam atau berbahaya seperti keramik yang terlepas, alat alat yang runcing dll

5.8.3 Pelaporan Budaya Keselamatan Rumah Sakit

Budaya keselamatan suatu organisasi adalah produk dari nilai-nilai individu dan kelompok, sikap, persepsi, kompetensi, dan pola perilaku yang menentukan komitmen, dan gaya serta kemampuan, manajemen pelayanan kesehatan dan keselamatan RS. RS dengan budaya keselamatan positif dicirikan oleh komunikasi atas dasar saling percaya, dengan persepsi yang sama tentang pentingnya keselamatan, dan yakin akan manfaat Langkah-langkah pencegahan. Budaya keselamatan adalah produk dari keyakinan, nilai, sikap, persepsi, kompetensi, dan pola perilaku, dari individu dan kelompok yang menentukan komitmen (RS) organisasi terhadap mutu dan keselamatan pasien. RS dengan budaya keselamatan yang kuat ditandai dengan komunikasi yang dibangun atas dasar saling percaya, dengan berbagi persepsi tentang pentingnya keselamatan, dan dengan keyakinan akan kemanjuran langkah-langkah penting.

Komponen Budaya Keselamatan:

1. Budaya terinformasi: Mereka yang mengelola dan mengoperasikan sistem mempunyai pengetahuan tentang faktor-faktor manusia, teknik, organisasi dan lingkungan yang menentukan safety dari sistem sebagai suatu keseluruhan
2. Budaya melapor: Suatu iklim RS dimana orang-orang disiapkan untuk melaporkan error serta KNC/*near miss* yang mereka lakukan
3. Budaya yang adil: Suatu suasana saling percaya/trust dimana orang-orang didorong (bahkan diberi hadiah) untuk memberikan informasi penting terkait safety, tetapi dimana mereka juga memahami tentang garis batas antara perilaku yang dapat diterima dan tidak akseptabel
4. Budaya fleksibel: Suatu budaya dimana RS mampu merubah diri dan wajah mereka menjadi mampu beroperasi dalam tempo tinggi atau dalam berbagai bahaya tertentu – seringkali beralih dari cara hierarkis konvensional ke cara yang lebih datar/serederhana
5. Budaya belajar: Suatu organisasi harus memiliki kemauan dan kompetensi untuk menarik kesimpulan yang tepat dari sistem informasi keselamatannya dan kemauan untuk melaksanakan perubahan/reformasi besar.

11 Prinsip Budaya Keselamatan:

1. Terapkan pendekatan yang transparan dan tidak menghukum dan belajar dari insiden keselamatan, KNC dan kondisi tidak aman.
2. Gunakan proses berbasis risiko yang jelas, adil, dan transparan untuk mengenali dan membedakan kesalahan manusia dan kesalahan sistem dari tindakan yang tidak aman, atau yang patut disalahkan.
3. CEO dan semua pemimpin mengadopsi dan memodelkan perilaku yang sesuai dan memperjuangkan upaya untuk memberantas perilaku mengintimidasi.
4. Kebijakan mendukung budaya keselamatan dan pelaporan insiden keselamatan, KNC dan kondisi tidak aman. Kebijakan ini ditegaskan dan dikomunikasikan kepada semua anggota tim.
5. Kenali anggota tim asuhan yang melaporkan insiden keselamatan dan KNC, yang mengidentifikasi kondisi tidak aman, atau yang memiliki baik saran untuk peningkatan keselamatan. Bagikan “pelajaran gratis” ini dengan semua anggota tim.
6. Tentukan ukuran dasar organisasi untuk kinerja budaya keselamatan menggunakan alat yang divalidasi.
7. Menganalisis hasil survei budaya keselamatan dari seluruh unit di RS untuk menemukan peluang untuk peningkatan mutu dan keselamatan
8. Gunakan informasi dari penilaian keselamatan dan atau survei untuk mengembangkan dan menerapkan mutu berbasis unit, dan inisiatif peningkatan keselamatan yang dirancang untuk meningkatkan budaya keselamatan.
9. Tanamkan pelatihan budaya tim keselamatan ke dalam peningkatan mutu proyek dan proses organisasi untuk memperkuat sistem keselamatan.
10. Secara proaktif menilai kekuatan dan kerentanan sistem, dan memprioritaskannya untuk perbaikan atau peningkatan.
11. Ulangi evaluasi budaya keselamatan setiap 18 hingga 24 bulan untuk meninjau kemajuan dan mempertahankan peningkatan.

Hal-hal penting menuju budaya keselamatan RS adalah:

1. Staf RS mengetahui bahwa kegiatan operasional RS berisiko tinggi dan bertekad untuk melaksanakan tugas dengan konsisten serta aman.
2. Regulasi serta lingkungan kerja mendorong staf tidak takut mendapat hukuman bila membuat laporan tentang insiden keselamatan pasien.
3. Direktur RS mendorong Subkomite Keselamatan Pasien melaporkan insiden keselamatan pasien ke tingkat nasional sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
4. Mendorong kolaborasi antar staf klinis dengan pimpinan untuk mencari penyelesaian masalah keselamatan pasien.

Perilaku yang tidak mendukung budaya keselamatan ada 4 (empat), yaitu:

1. Perilaku yang tidak layak (inappropriate), seperti kata-kata atau bahasa tubuh yang merendahkan atau menyinggung perasaan sesama staf, misalnya mengumpat, memaki.
2. Perilaku yang mengganggu (*disruptive*) antara lain perilaku tidak layak yang dilakukan secara berulang, bentuk tindakan verbal atau non verbal yang membahayakan atau mengintimidasi staf lain, “celetukan maut” adalah komentar sembrono di depan pasien yang berdampak menurunkan kredibilitas staf klinis lain, contoh mengomentari negatif hasil tindakan atau pengobatan staf lain di depan pasien, misalnya “obatnya ini salah, tamatan mana dia...?”, melarang perawat untuk membuat laporan tentang kejadian tidak diharapkan, memarahi staf klinis lainnya di depan pasien, kemarahan yang ditunjukkan dengan melempar alat bedah di kamar operasi, membuang rekam medis di ruang rawat.
3. Perilaku yang melecehkan (harassment) terkait dengan ras, agama, suku, gender.
4. Pelecehan seksual.



Grafik 5.77 Pelaporan Kejadian Yang Tidak Mendukung Budaya Keselamatan RS

Kondisi yang dicapai saat ini:

1. Pada semester I tahun 2024 tidak ada pelaporan kejadian yang terkait budaya keselamatan RS.
2. Budaya *just culture* belum optimal. Saat ini masih ada PPA yang takut untuk melaporkan karena adanya *punishment*.
3. Himbauan untuk melaporkan atas kejadian yang tidak mendukung budaya keselamatan RS.
4. Satu staf Komite Mutu mengikuti workshop “*Membangun Budaya Keselamatan Pasien. Pengukuran, Monitoring dan Evaluasi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan*” pada tanggal 27 – 28 Juni 2024.

Kendala dan permasalahan:

1. Budaya *no blamming culture* belum optimal diterapkan.
2. Petugas takut untuk melapor perilaku tidak mendukung budaya keselamatan disebabkan adanya isu terkait *punishment* yang akan diberikan.
3. Masih adanya rasa tidak nyaman untuk melaporkan PPA lain yang berperilaku tidak mendukung budaya keselamatan.

Rencana pemecahan masalah:

1. Kampanye *no blamming culture*.
2. Mempertahankan dan mengembangkan program-program keselamatan pasien yang telah berjalan.
3. Memelihara budaya keselamatan RS yang telah berjalan.

4. Melaksanakan evaluasi secara berkelanjutan terhadap penerapan budaya keselamatan secara menyeluruh dan berkesinambungan agar berjalan efektif dan efisien.
5. Sosialisasi terus menerus agar PPA melaporkan perilaku yang tidak mendukung budaya keselamatan.
6. Segera melaporkan kejadian jika ditemukan perilaku tidak mendukung budaya keselamatan (RS sudah mempunyai sistem pelaporan yang aman dan rahasia).

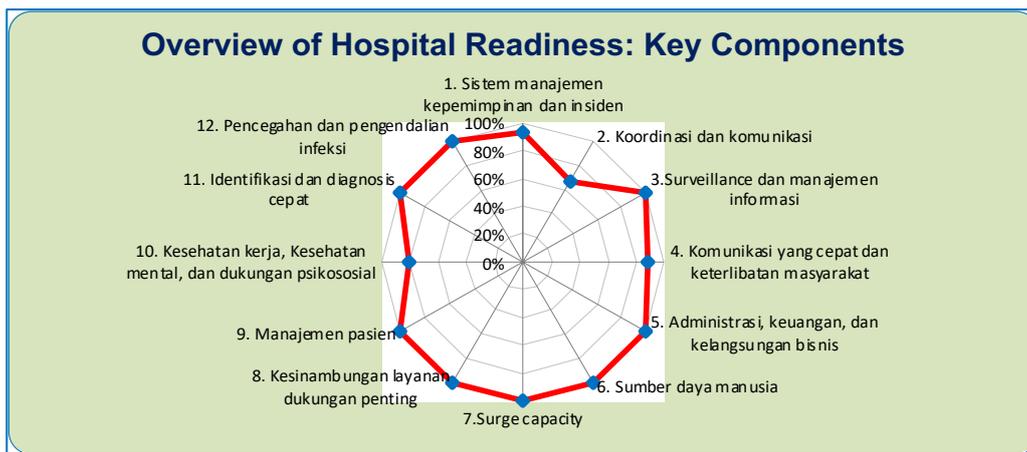
5.9 Pencapaian Self Assessment Hospital Readiness

Indonesia saat ini memasuki masa endemi sesuai dengan Surat Keputusan Presiden Republik Indonesia Nomor 17 Semester I Tahun 2024 Tentang “Penetapan Berakhirnya Status Pandemi Corona Virus Disease 2019 (Covid-19) di Indonesia”. Secara faktual jumlah kasus penderita dan tingkat keparahan Covid-19 secara nasional telah mengalami penurunan secara signifikan melalui penanganan yang tepat dan terpadu serta telah dapat meningkatnya ketahanan kesehatan masyarakat yang dilakukan melalui Pola Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) serta pelaksanaan vaksinasi Covid-19.

Layanan Covid-19 di RS Marzoeki Mahdi di masa endemi tetap dilakukan pemantauan dan evaluasi mutu menggunakan tools WHO checklist: Hospital Readiness. Self assessment hospital readiness ini di upload ke dalam aplikasi <http://mutufasyankes.kemkes.go.id/> setiap triwulan. Adapun hasil self assessment tersebut adalah sebagai berikut:

Tabel 5.21 Self Assessment Hospital Readiness

NO	KOMPONEN	SKOR	CAPAIAN
1	Kepemimpinan dan manajemen insiden	6.5	93%
2	Koordinasi dan komunikasi	4	67%
3	Manajemen pengawasan dan informasi	6	100%
4	Komunikasi risiko dan keterlibatan masyarakat	3.5	88%
5	Administrasi, keuangan, dan keberlangsungan bisnis	8	100%
6	Sumber daya manusia	6	100%
7	Kapasitas lonjakan	5	100%
8	Keberlanjutan layanan dukungan penting	6	100%
9	Manajemen pasien	4	100%
10	Kesehatan kerja, kesehatan mental dan dukungan psikososial	4	80%
11	Identifikasi dan diagnosis yang cepat	6	100%
12	Pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI)	16	100%



Grafik 5.78 Overview of Hospital Readiness

Strategi proaktif, persuasif, terfokus, dan terkoordinir, perlu diambil Langkah-langkah pencegahan dan pengendalian Covid-19 pada masa endemi sebagai berikut:

a. Protokol Kesehatan

1. Mendorong masyarakat untuk tetap menggunakan masker dengan benar, terutama:
 - a) pada keadaan kerumunan aktifitas masyarakat.
 - b) di dalam Gedung/ruangan tertutup dan sempit (termasuk dalam transportasi publik).

- c) masyarakat yang bergejala penyakit pernafasan (seperti batuk, pilek/dan bersin).
 - d) masyarakat yang kontak erat dan terkonfirmasi.
2. Mendorong masyarakat untuk tetap mencuci
 3. Mengingatkan masyarakat bahwa risiko penularan Covid-19 masih bisa terjadi sehingga tetap waspada dan meningkatkan ketahanan mandiri agar tidak tertular Covid-19.
 4. Mendorong implementasi penggunaan aplikasi SatuSehat untuk memasuki/ menggunakan fasilitas publik termasuk bagi pelaku perjalanan dalam negeri yang akan menggunakan transportasi publik.
- b. Surveilans**
1. Mendorong masyarakat dalam melaksanakan pemeriksaan (testing) bagi yang bergejala Covid-19.
 2. Tetap memberikan perhatian dan perlindungan dari risiko penularan covid-19 bagi komunitas khusus yang rentan terkena Covid-19 seperti panti jompo, sekolah berasrama, lapas, panti asuhan, dll).
 3. Meningkatkan kesadaran masyarakat untuk melakukan testing jika menjadi kontak erat dari kasus terkonfirmasi Covid-19.
- c. Vaksinasi**
- Mendorong masyarakat tetap melakukan vaksinasi dosis primer dan dosis lanjutan (booster) secara mandiri atau terpusat di tempat-termpat umum antara lain seperti kantor, pabrik, tempat ibadah, pasar, dan terminal.
- d. Komunikasi Publik**
- Mengintensifkan komunikasi, informasi, dan edukasi dengan mengoptimalkan semua media baik media cetak maupun media sosial dengan melibatkan tokoh masyarakat serta jaringan masyarakat yang berpengaruh.

5.10 Pencapaian Manajemen Risiko RS

Pembangunan kesehatan di bidang pelayanan seperti rumah sakit bertujuan untuk meningkatkan mutu, cakupan dan efisiensi pelaksanaan pelayanan kesehatan yang meliputi kegiatan perencanaan, pelaksanaan, pengawasan, pengendalian dan penilaian. Semakin meningkatnya tingkat pendidikan, sosial dan ekonomi masyarakat. Sistem nilai dan orientasi dalam masyarakat mulai berubah. Masyarakat mulai menuntut pelayanan yang lebih baik, lebih ramah dan lebih bermutu. Meningkatnya tuntutan masyarakat akan mutu pelayanan kesehatan dan semakin banyaknya jenis risiko yang muncul tersebut memaksa fungsi rumah sakit dalam pemberi pelayanan kesehatan secara bertahap terus ditingkatkan agar menjadi efektif dan efisiensi serta memberi kepuasan pasien, keluarga dan masyarakat. Berdasarkan hal tersebut, maka peningkatan mutu pelayanan kesehatan rumah sakit perlu dilakukan secara terus menerus dan menyeluruh. Peningkatan pelayanan dan mutu RS tidak dapat lepas dengan pengelolaan dan manajemen RS yang bermutu.

Pengembangan dan perubahan dalam peningkatan pelayanan rumah sakit memang dilakukan secara bertahap. Salah satu usaha peningkatan penampilan dari masing-masing sarana pelayanan seperti rumah sakit adalah dengan meningkatkan mutu pelayanan di semua unit pelayanan dengan memperhatikan prinsip penerapan manajemen risiko dalam setiap lini pelayanan yang dilakukan. Kegiatan peningkatan mutu tersebut di atas dapat dilaksanakan dengan berbagai pendekatan, di antaranya dengan mengembangkan gugus kendali mutu, pengendalian mutu terpadu, penyusunan/penerapan standar pelayanan atau penyediaan pelayanan prima di rumah sakit. Tahapan tersebut dilakukan dengan menerapkan prinsip dari manajemen risiko yaitu tetap harus mengenali risiko yang mungkin dapat muncul dan implementasi perubahan program dalam peningkatan mutu tetap harus mengandung prinsip-prinsip dari pengelolaan risiko yang mungkin dapat muncul dan membahayakan bisnis RS. Kegiatan manajemen risiko dalam bentuk upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien dapat diartikan sebagai kegiatan secara integratif untuk memantau dan menilai mutu pelayanan, memecahkan masalah yang terjadi serta mencari jalan keluar yang paling tepat agar mutu pelayanan dan keselamatan pasien terjaga dengan baik.

Pelaksanaan kegiatan manajemen risiko ini didasari oleh regulasi nasional yang diatur secara bertahap. Peraturan yang utama tertuang dalam Undang-undang tentang RS nomor 44 tahun 2009 dinyatakan bahwa pasien berhak mendapatkan pelayanan yang bermutu, efektif dan efisien, adil, jujur, tanpa diskriminasi. Rumah sakit wajib menerapkan standar keselamatan pasien melalui pelaporan insiden, menganalisis dan menetapkan pemecahan masalah dengan memegang teguh konsep manajemen risiko dan prinsip efisiensi. Disebutkan juga dalam Undang-undang nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan bahwa RS wajib memberikan pelayanan kesehatan yang paripurna, setiap orang memiliki hak mendapatkan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu dan terjangkau. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien di rumah sakit bahwa setiap rumah sakit wajib memberikan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, anti diskriminasi dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan minimal.

Untuk melakukan antisipasi terhadap kondisi ketidakpastian di masa yang akan datang dan mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan nomor 25 Tahun 2019 tentang Penerapan Manajemen Risiko Terintegrasi di Lingkungan Kementerian Kesehatan, RS Marzoeki Mahdi dituntut untuk dapat mengelola risiko yang ada secara terintegrasi. Manajemen risiko merupakan pendekatan yang tepat untuk mengidentifikasi, menganalisis, mengevaluasi dan mengendalikan risiko yang dapat menghambat pencapaian tujuan dan sasaran RSMM Bogor. Manajemen risiko dapat diterapkan ke seluruh satuan kerja lingkup RSMM Bogor.

Tujuan penerapan manajemen risiko secara umum adalah terlaksananya pengelolaan risiko di RS Marzoeki Mahdi dengan cara pencegahan cedera pada pasien dan petugas serta meminimalkan kerugian finansial/ sumber daya. Sedangkan tujuan khususnya adalah:

1. Terciptanya budaya pro aktif untuk mengelola risiko rumah sakit.
2. Terciptanya budaya keselamatan pasien dan keselamatan kerja (K3RS).
3. Meningkatkan akuntabilitas kinerja.
4. Menurunnya kejadian tidak diharapkan (KTD).
5. Terlaksananya program-program pencegahan, sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian yang tidak diharapkan.
6. Meminimalkan risiko yang mungkin terjadi di masa mendatang. Dengan adanya antisipasi risiko, apabila terjadi insiden sudah terdapat alternatif penyelesaiannya.
7. Melindungi pasien, karyawan, pengunjung dan pemangku kepentingan lainnya.
8. Mengurangi kerugian akibat dampak risiko.

Ruang lingkup manajemen risiko rumah sakit meliputi:

1. Pasien dan keluarga.
2. Pengunjung.
3. Staf medis.
4. Tenaga kesehatan lain yang bekerja di rumah sakit.
5. Fasilitas dan lingkungan rumah sakit yang terdiri dari:
 - a. Keselamatan dan keamanan:
 - b. Bahan berbahaya dan beracun dan limbahnya: risiko penanganan, penyimpanan dan penggunaan bahan radioaktif serta bahan berbahaya lainnya dan limbah bahan berbahaya.
 - c. Penanggulangan bencana (emergency). risiko kemungkinan terjadi bencana, respons bila terjadi wabah, bencana dan keadaan emergensi termasuk evaluasi lingkungan pasien secara terintegrasi.
 - d. Proteksi kebakaran (fire safety: risiko kebakaran dan properti/ bangunan dan penghuninya.
 - e. Peralatan medis: risiko pemilihan, pemeliharaan dan penggunaan alat medis.
 - f. Sistem penunjang (utilitas) risiko kegagalan pengoperasian listrik, air dan sistem pendukung lainnya.
6. Bisnis RS

Pengelompokan manajemen risiko berdasarkan kategori risiko adalah:

1. Keuangan: risiko yang disebabkan oleh segala sesuatu yang menimbulkan tekanan terhadap pendapatan dan belanja organisasi.
2. Kebijakan: risiko yang disebabkan oleh adanya penetapan kebijakan organisasi baik internal maupun eksternal yang berdampak langsung terhadap organisasi.
3. Kepatuhan: risiko yang disebabkan oleh organisasi atau pihak eksternal tidak mematuhi dan/atau tidak melaksanakan peraturan perundang-undangan dan ketentuan lain yang berlaku.
4. Legal: risiko yang disebabkan oleh adanya tuntutan hukum kepada organisasi.
5. Fraud: risiko yang disebabkan oleh kecurangan yang disengaja oleh pihak internal yang merugikan keuangan negara.
6. Reputasi: risiko yang disebabkan oleh menurunnya kepercayaan publik/masyarakat yang bersumber dari persepsi negatif organisasi.
7. Operasional: risiko yang disebabkan oleh ketidakcukupan dan/ atau tidak berfungsinya proses internal, kesalahan manusia dan kegagalan sistem serta adanya kejadian eksternal yang mempengaruhi operasional organisasi.

Pengelompokan manajemen risiko berdasarkan jenisnya adalah:

1. Risiko Klinis.
2. Risiko Non Klinis.

Dalam melaksanakan tugas pelaksanaan dan evaluasi manajemen risiko memiliki fungsi:

1. Risk Management Unit: mengkoordinasikan aktivitas pengelolaan risiko, Menyusun pelaporan profil risiko.
2. Risk Owner: Penanggungjawab atas terjadinya risiko, mengendalikan aset dan fasilitas terkait terjadinya risiko, berwenang mengambil keputusan.
3. Risk Officer: Pelaksana dari unit kerja, memiliki tanggung jawab melakukan identifikasi dan asesmen atas risiko, pelaksanaan mitigasi risiko.

Kondisi yang dicapai saat ini:

Manajemen risiko merupakan aspek krusial dalam memastikan keselamatan pasien dan keberlanjutan operasional rumah sakit. Penerapan sistem manajemen risiko yang efektif membantu dalam mengidentifikasi, menilai, dan mengelola risiko yang mungkin mempengaruhi mutu layanan kesehatan. Pencapaian dan evaluasi terkait manajemen risiko di RS adalah sebagai berikut:

Tabel 5.22 Kegiatan Manajemen Risiko Rumah Sakit

NO	KEGIATAN	DESKRIPSI
1	Pengembangan dan Implementasi Sistem Manajemen Risiko	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Penyusunan Kebijakan: Telah disusun dan diimplementasikan kebijakan manajemen risiko yang komprehensif sesuai dengan standar akreditasi dan regulasi terkini. Kebijakan ini mencakup prosedur identifikasi, penilaian, mitigasi, dan pemantauan risiko. ▪ Penerapan Sistem Risiko: Implementasi sistem manajemen risiko berbasis elektronik (dashboard manajemen risiko) yang memungkinkan pencatatan, pelaporan, dan analisis risiko secara real-time. Sistem ini terintegrasi dengan aplikasi SIMANDATURI untuk memfasilitasi pemantauan risiko yang lebih efektif. Saat ini masih terus dilakukan pengembangan
3	Identifikasi dan Penilaian Risiko	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Audit risiko: Telah dilaksanakan audit risiko secara berkala baik internal maupun eksternal untuk mengidentifikasi dan mengevaluasi potensi risiko yang dapat mempengaruhi operasional rumah sakit. Hasil audit ini digunakan untuk merancang strategi mitigasi yang tepat. ▪ Pemetaan Risiko: Pemetaan risiko telah dilakukan untuk berbagai aspek operasional, termasuk keselamatan pasien, operasional rumah sakit, dan keamanan informasi. Pemetaan ini membantu dalam prioritas penanganan risiko yang paling kritis. ▪ Penilaian Manajemen Risiko <ul style="list-style-type: none"> ○ Maturity Rating Kemenkeu. ○ Sistem Pengendalian Intern Pemerintah Terintegrasi (SPIP-T) Kemenkes. ○ Pengendalian Intern atas Pelaporan Keuangan (PIPK). ○ Penilaian SPI/SKI Mandiri
4	Mitigasi Risiko dan Tindakan Korektif	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rencana Mitigasi: Pengembangan dan penerapan rencana mitigasi untuk risiko-risiko utama yang teridentifikasi. Tindakan mitigasi ini mencakup perbaikan prosedur, pelatihan staf, dan peningkatan infrastruktur. ▪ Tindakan Korektif: Penerapan tindakan korektif yang efektif terhadap insiden dan masalah yang terjadi. Evaluasi hasil tindakan korektif dilakukan untuk memastikan bahwa solusi yang diterapkan berhasil mengurangi atau menghilangkan risiko.

NO	KEGIATAN	DESKRIPSI
5	Pelatihan dan Kesadaran Risiko	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pelatihan Staf: Pelaksanaan pelatihan reguler mengenai manajemen risiko untuk seluruh staf rumah sakit. Pelatihan ini bertujuan untuk meningkatkan pemahaman dan kesadaran mengenai pentingnya manajemen risiko dalam menjaga keselamatan pasien dan operasional. ▪ Pelatihan Manajemen Risiko sebagai berikut: <ul style="list-style-type: none"> ○ Penyusunan Risk Register dan FMEA Unit Kerja melalui Kelas Kecil. ○ Seminar Online Zoom Risk Management ISO 31000:2018, tanggal 15 Februari 2024. ○ Workshop "Peningkatan Kapasitas SDM tentang Manajemen Risiko di RS", tanggal 20 – 22 Mei 2024 di Harris Hotel Batam Centre. ○ Workshop "Implementasi RCA dan FMEA Untuk Meningkatkan Keselamatan Pasien di Fasilitas Pelayanan Kesehatan" yang diselenggarakan oleh IKPRS–PERSI pada tanggal 31 Mei – 01 Juni 2024 di Hotel Santika Premiere Slipi, Jakarta ▪ Edukasi Berkelanjutan: Program edukasi berkelanjutan mengenai perubahan dalam kebijakan manajemen risiko dan teknik terbaru dalam mitigasi risiko.
	Monitoring dan Evaluasi	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pemantauan Risiko: Melakukan koordinasi dengan seluruh unit kerja untuk pengelolaan dan pemantauan risiko. Pemantauan terus-menerus terhadap risiko yang telah diidentifikasi dan pelaksanaan strategi mitigasi. Penggunaan indikator kinerja untuk mengukur efektivitas tindakan mitigasi yang diterapkan. ▪ Evaluasi Kinerja: Evaluasi kinerja sistem manajemen risiko dilakukan secara berkala untuk menilai pencapaian dan mengidentifikasi area perbaikan.
	Hasil dan Dampak	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pencapaian Positif: Sistem manajemen risiko yang diterapkan telah berhasil mengidentifikasi dan mengelola risiko utama dengan lebih baik. Ini telah berkontribusi pada peningkatan keselamatan pasien dan efisiensi operasional. ▪ Tantangan: Beberapa tantangan yang dihadapi termasuk kebutuhan untuk penyesuaian lebih lanjut pada sistem manajemen risiko dan peningkatan keterlibatan seluruh staf dalam proses manajemen risiko.

Kendala dan permasalahan:

1. Belum semua unit kerja mengisi formulir risk register dengan lengkap.
2. Pengelolaan dan pemantauan risiko belum dilakukan di seluruh unit kerja.
3. Manajemen risiko unit kerja belum terdokumentasi dengan baik.

Rencana pemecahan masalah:

1. Optimalisasi sosialisasi dan pendampingan ke unit kerja.
2. Pembuatan FMEA bagi unit kerja yang belum mengumpulkan.
3. Penguatan program manajemen risiko unit kerja.
4. Optimalisasi pengelolaan dan pemantauan risiko unit kerja dengan dipandu oleh Subkomite Manajemen Risiko.
5. Meningkatkan keterlibatan semua pihak dalam pengelolaan risiko.
6. Meningkatkan sistem pemantauan. Pemantauan dan pelaporan manajemen risiko dilakukan secara berkala.
7. Terus memperbaiki strategi mitigasi berdasarkan *feedback* dan hasil evaluasi.
8. Penguatan internal Subkomite Manajemen Risiko.
9. Optimalisasi penggunaan IT.
10. Memperkuat pelatihan/workshop manajemen risiko, , dan

Pencapaian dalam manajemen risiko selama Semester I Tahun 2024 menunjukkan kemajuan signifikan dalam mengidentifikasi, menilai, dan mengelola risiko di RS. Dengan melanjutkan upaya untuk meningkatkan sistem manajemen risiko dan menanggapi tantangan yang ada, diharapkan rumah sakit dapat terus meningkatkan keselamatan pasien dan keberlanjutan operasionalnya di masa mendatang.

5.11 Akreditasi Rumah Sakit

Akreditasi merupakan aspek penting dalam penjaminan mutu layanan di rumah sakit. Akreditasi bertujuan untuk memastikan bahwa rumah sakit memenuhi standar mutu yang telah ditetapkan dan terus berupaya meningkatkan mutu pelayanan kesehatan. Laporan Komite Mutu mencakup evaluasi dan pencapaian terkait akreditasi rumah sakit sebagai bagian dari upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien. Pada Semester I Tahun 2024, RS Marzoeki Mahdi telah melakukan berbagai upaya untuk mematuhi standar akreditasi yang berlaku, seperti yang ditetapkan oleh Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. Status akreditasi saat ini adalah Paripurna.

Kegiatan dan upaya peningkatan yang telah dilakukan untuk mendukung pencapaian dan pemeliharaan akreditasi:

Tabel 5.23 Kegiatan Akreditasi Rumah Sakit

NO	KEGIATAN	DESKRIPSI
1	Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien	<ul style="list-style-type: none"> Penetapan Indikator Mutu Prioritas (IMP) RS pada layanan PDC tahun 2024. Penyusunan profil risiko dan risk register RS tahun 2024. Pelaporan indikator mutu nasional (INM) dan insiden keselamatan pasien (IKP) setiap bulan serta self assessment hospital readiness ke aplikasi http://mutufasyankes.kemkes.go.id/. Pelaporan indikator mutu RS, insiden keselamatan pasien dan budaya keselamatan setiap bulan. Pelaksanaan dan monitoring kepatuhan serta audit penerapan PPK/CP. Melakukan feedback capaian mutu unit kerja setiap 3 (tiga) bulan. Melakukan investigasi sederhana IKP grading biru dan hijau dan RCA untuk IKP grading kuning dan merah. Melakukan pendampingan, sosialisasi, dan pemantauan manajemen risiko unit kerja. Melakukan continuous quality improvement di seluruh unit kerja. Penerapan siklus PDSA.
2	Pelatihan dan Pendidikan	<ul style="list-style-type: none"> Bimbingan Teknis Standar Pelayanan Minimal di FKRTL yang diselenggarakan oleh Dinas Kesehatan Kota Bogor pada tanggal 01 Februari 2024. Seminar Online Zoom Risk Management ISO 31000:2018, tanggal 15 Februari 2024. Workshop "Peningkatan Kapasitas SDM tentang Manajemen Risiko di RS", tanggal 20 – 22 Mei 2024 di Harris Hotel Batam Centre. Workshop "Implementasi RCA dan FMEA Untuk Meningkatkan Keselamatan Pasien di Fasilitas Pelayanan Kesehatan" yang diselenggarakan oleh IKPRS-PERSI pada tanggal 31 Mei – 01 Juni 2024 di Hotel Santika Premiere Slipi, Jakarta. Workshop "Membangun Budaya Keselamatan Pasien. Pengukuran, Monitoring dan Evaluasi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan" pada tanggal 27 – 28 Juni 2024.
3	Audit Internal dan Eksternal	<ul style="list-style-type: none"> Pelaksanaan audit internal secara rutin untuk mengevaluasi kepatuhan terhadap standar akreditasi dan mengidentifikasi area yang memerlukan perbaikan. Persiapan dan partisipasi dalam audit eksternal oleh badan akreditasi untuk memastikan bahwa seluruh standar dipenuhi. Self assessment hospital readiness Semester I Tahun 2024. Kunjungan Pemantauan dan Evaluasi Sistem Pelaporan INM dan IKP di Rumah Sakit pada tanggal 04 Januari 2024. Evaluasi Pelaporan Indikator Nasional Mutu Rumah Sakit (INM RS) yang diselenggarakan oleh Dinas Kesehatan Kota Bogor dan Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI pada tanggal 06 Mei 2024. Evaluasi Insiden Keselamatan Pasien / IKP dan Rumah Sakit yang diselenggarakan oleh Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat dan Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI pada tanggal 07 Mei 2024.
4	Peningkatan Infrastruktur dan Prosedur	<ul style="list-style-type: none"> Perbaikan dan pembaharuan fasilitas dan peralatan medis untuk memenuhi standar akreditasi. Penyempurnaan prosedur operasional dan dokumentasi untuk meningkatkan mutu layanan dan keselamatan pasien. Implementasi dan pemeliharaan Sistem Manajemen Data Mutu Terintegrasi (SIMANDATURI) untuk pengelolaan dan pelaporan indikator mutu. Pengembangan sistem informasi RS secara efektif dan aman.
5	Evaluasi	<ul style="list-style-type: none"> Pencapaian: Selama periode ini, RS Marzoeki Mahdi telah mencapai kemajuan signifikan dalam beberapa area pelayanan Tantangan: Beberapa tantangan yang dihadapi termasuk keterbatasan sumber daya, masalah teknologi memerlukan perhatian dan perbaikan lebih lanjut. Rekomendasi: Untuk memelihara dan meningkatkan status akreditasi, disarankan agar RS terus melaksanakan rekomendasi dari audit internal dan eksternal, serta memperbaiki area yang teridentifikasi memerlukan perhatian khusus.

Pencapaian akreditasi yang baik menunjukkan komitmen RS Marzoeki Mahdi terhadap mutu dan keselamatan layanan kesehatan. Melalui upaya yang terus-menerus dalam peningkatan mutu dan

kepatuhan terhadap standar akreditasi, rumah sakit diharapkan dapat mempertahankan status akreditasi dan terus memberikan layanan kesehatan yang terbaik kepada pasien. Saat ini RS mempunyai 9 sembilan Surveior Akreditasi internal yang memiliki pengetahuan dan keterampilan khusus dalam bidang akreditasi dan manajemen mutu.

Dalam mencapai dan mempertahankan akreditasi, RS menghadapi berbagai kendala dan permasalahan. Berikut ini adalah beberapa kendala dan permasalahan utama yang dihadapi RS dalam upaya mencapai akreditasi selama Semester I Tahun 2024:

1. Sumber Daya Manusia (SDM): Beban kerja yang tinggi pada sebagian staf rumah sakit sering kali menghambat keterlibatan mereka dalam kegiatan yang berkaitan dengan akreditasi.
2. Pengelolaan Anggaran: Tantangan dalam mengelola anggaran dengan efektif untuk memastikan bahwa semua kebutuhan yang berkaitan dengan akreditasi dapat terpenuhi.
3. Infrastruktur dan Teknologi: Fasilitas dan Peralatan: Keterbatasan fasilitas dan peralatan medis yang sesuai dengan standar akreditasi. Beberapa peralatan mungkin sudah usang dan memerlukan penggantian atau pembaruan. Sistem Informasi: Perlunya pengembangan sistem informasi yang terintegrasi untuk mendukung pengelolaan data dan pelaporan yang sesuai dengan standar akreditasi.
4. Proses dan Prosedur: Kompleksitas prosedur dan birokrasi internal yang dapat memperlambat implementasi standar akreditasi. Tantangan dalam memastikan bahwa semua staf mematuhi prosedur dan protokol yang ditetapkan untuk memenuhi standar akreditasi.
5. Komunikasi dan Koordinasi: Kurangnya komunikasi dan koordinasi yang efektif antar unit kerja di rumah sakit. Tantangan dalam koordinasi berbagai program dan inisiatif yang berkaitan dengan akreditasi, terutama yang memerlukan partisipasi dari berbagai pihak.
6. Pemahaman dan Kesadaran: Kesadaran dan pemahaman yang belum optimal mengenai pentingnya akreditasi dan manajemen mutu di kalangan staf rumah sakit.

Strategi Mengatasi Kendala dan Permasalahan:

Untuk mengatasi kendala dan permasalahan tersebut, beberapa strategi yang dapat diterapkan adalah:

1. Pelatihan dan Pengembangan SDM: Meningkatkan pelatihan dan pengembangan kapasitas staf terkait standar akreditasi dan manajemen mutu.
2. Pengelolaan Anggaran yang Efektif: Mengelola anggaran dengan lebih efektif dan mencari sumber pendanaan tambahan untuk mendukung kegiatan akreditasi.
3. Peningkatan Infrastruktur dan Teknologi: Memperbarui fasilitas dan peralatan medis serta mengembangkan sistem informasi yang terintegrasi.
4. Penyederhanaan Prosedur: Menyederhanakan prosedur dan birokrasi internal untuk mempercepat pelaksanaan standar akreditasi.
5. Peningkatan Komunikasi dan Koordinasi: Meningkatkan komunikasi dan koordinasi antar unit kerja melalui pertemuan rutin dan penggunaan teknologi komunikasi yang efektif.
6. Edukasi dan Sosialisasi: Menyediakan program edukasi dan sosialisasi berkelanjutan mengenai pentingnya akreditasi dan manajemen mutu.

5.12 Upaya Reformasi Birokrasi dan Pembangunan Zona Integritas (ZI) Wilayah Bebas Dari Korupsi (WBK)/ Wilayah Birokrasi Bersih dan Melayani (WBBM)

Reformasi birokrasi merupakan langkah penting dalam meningkatkan efektivitas, efisiensi, dan transparansi pelayanan publik, termasuk dalam konteks rumah sakit. Upaya reformasi ini bertujuan untuk memperbaiki sistem dan proses internal sehingga mendukung pencapaian standar mutu yang lebih tinggi. Laporan Komite Mutu Semester I Tahun 2024 mencakup evaluasi dan upaya reformasi birokrasi yang telah dilakukan untuk mendukung mutu layanan di RS Marzoeeki Mahdi.

Inisiatif Reformasi Birokrasi yang dilakukan adalah sebagai berikut:

Tabel 5.24 Kegiatan Reformasi Birokrasi Komite Mutu

NO	KEGIATAN	DESKRIPSI
1	Penyederhanaan Proses dan Prosedur	<ul style="list-style-type: none"> Reengineering Proses: Melakukan reengineering proses internal untuk mengidentifikasi dan mengurangi prosedur yang tidak efisien. Penyederhanaan ini bertujuan untuk mempercepat alur kerja dan mengurangi birokrasi yang berlebihan. Digitalisasi Proses: Implementasi sistem manajemen elektronik untuk menggantikan proses manual, termasuk sistem pengelolaan data dan pelaporan yang terintegrasi.
2	Peningkatan Transparansi dan Akuntabilitas	<ul style="list-style-type: none"> Laporan Berkala: Penyusunan laporan berkala yang transparan mengenai kinerja mutu dan hasil evaluasi untuk publikasi dan informasi kepada semua stakeholder. Sistem Pelaporan dan Pengaduan: Membangun sistem pelaporan dan pengaduan yang efektif untuk meningkatkan akuntabilitas dan memberikan kesempatan bagi staf dan pasien untuk menyampaikan masukan.
3	Peningkatan Kapasitas dan Kompetensi Staf	<ul style="list-style-type: none"> Pelatihan dan Pengembangan: Menyelenggarakan pelatihan reguler untuk staf mengenai standar mutu, prosedur reformasi, dan penggunaan teknologi baru. Fokus pada pengembangan kompetensi manajerial dan teknis untuk mendukung perubahan birokrasi. Program Pengembangan Karir: Implementasi program pengembangan karir yang memberikan kesempatan bagi staf untuk meningkatkan keterampilan dan pengetahuan mereka sesuai dengan kebutuhan reformasi.
4	Penguatan Manajemen dan Kepemimpinan	<ul style="list-style-type: none"> Peningkatan Kepemimpinan: Memperkuat peran kepemimpinan dalam menerapkan dan mendukung reformasi birokrasi. Kepemimpinan yang kuat diperlukan untuk mengarahkan perubahan dan memastikan bahwa seluruh tim mengikuti kebijakan baru. Manajemen Perubahan: Menerapkan strategi manajemen perubahan untuk memfasilitasi transisi yang lancar ke proses baru dan mengatasi resistensi terhadap perubahan.
5	Monitoring dan Evaluasi	<ul style="list-style-type: none"> Audit Internal: Melaksanakan audit internal secara rutin untuk memantau implementasi reformasi dan mengidentifikasi area yang memerlukan perbaikan. Evaluasi Kinerja: Menilai kinerja dan dampak reformasi birokrasi terhadap mutu layanan dan efisiensi operasional secara berkala.
6	Hasil dan Dampak	<ul style="list-style-type: none"> Kemajuan Positif: Reformasi birokrasi telah menunjukkan kemajuan dalam penyederhanaan proses, peningkatan transparansi, dan pengembangan kapasitas staf. Ini berdampak positif pada efektivitas dan efisiensi operasional. Tantangan: Beberapa tantangan yang dihadapi termasuk resistensi terhadap perubahan dan kebutuhan untuk penyesuaian lebih lanjut pada sistem digital yang diterapkan. Rekomendasi: Untuk memaksimalkan hasil reformasi birokrasi, disarankan agar RS terus memperkuat program pelatihan, mengatasi tantangan teknologi, dan memperluas sistem transparansi dan akuntabilitas.

Upaya reformasi birokrasi di Rumah Sakit [Nama RS] telah memberikan dampak positif dalam meningkatkan proses internal dan mutu layanan. Dengan terus melaksanakan reformasi dan menanggapi tantangan yang ada, diharapkan rumah sakit dapat mencapai tujuan mutu yang lebih tinggi dan memberikan pelayanan yang lebih efisien dan efektif kepada pasien.

BAB VI

PENUTUP

BAB VI PENUTUP

Komite Mutu RS Marzoeki Mahdi pada Semester I Tahun 2024 selalu berupaya melaksanakan tugas dan fungsi dalam upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien RS. Dukungan seluruh staf dan manajemen dalam proses pelaksanaan menjadi penyemangat Komite Mutu dalam meningkatkan kinerja. Keberhasilan atas pencapaian kinerja pada Semester I Tahun 2024 hendaknya dapat dipertahankan dan ditingkatkan serta dapat menjadi parameter untuk pencapaian kinerja selanjutnya. Hal-hal yang kendala dan permasalahan untuk mencapai target dan rencana kinerja diharapkan diselesaikan melalui proses continuous quality improvement dengan cara memperbaiki, mencari solusi, dan alternatif penyelesaiannya.

6.1 Kesimpulan

Komite Mutu RS telah melaksanakan berbagai kegiatan dan inovasi untuk meningkatkan mutu layanan dan memastikan pemenuhan standar mutu. Komite Mutu telah menunjukkan kemajuan positif dalam meningkatkan mutu layanan rumah sakit melalui berbagai inovasi dan program. Beberapa tantangan dan hambatan memerlukan penyesuaian strategi dan tambahan sumber daya untuk memastikan pencapaian hasil yang optimal di masa mendatang. Berdasarkan laporan yang telah disusun, berikut adalah kesimpulan laporan Komite Mutu pada semester I tahun 2024:

1. Pencapaian dan Kemajuan:

- Inovasi yang Diterapkan: Beberapa inovasi signifikan telah diimplementasikan, termasuk penerapan Data Center RS, pengembangan Sistem Manajemen Data Mutu Terintegrasi (SIMANDATURI), serta pembentukan Duta Mutu RS dan Duta KPRS. Inovasi ini telah meningkatkan efisiensi pengelolaan data, mempermudah pelaporan indikator mutu, dan memperkuat upaya keselamatan pasien.
- Program Penghargaan: Penghargaan "*Department of The Month*" berhasil memotivasi unit kerja untuk meningkatkan mutu pelaporan dan mempercepat proses pengelolaan data mutu.
- Program Komite Mutu sebagian besar sudah terlaksana. Peran aktif dari 3 (tiga) Subkomite memberikan sumbangsih terbesar untuk keberlangsungan program.
- Pengukuran indikator kinerja korporasi yang terkait Komite Mutu dilaporkan tepat waktu setiap bulan.
- Pencatatan dan pelaporan indikator mutu menggunakan SIMANDATURI, namun jika terjadi kendala di backup dengan menggunakan *google spreadsheet* atau email.
- Capaian INM, dari tigabelas indikator Nasional Mutu tercapai sebelas indikator, masih ada dua indikator yaitu: indikator "Kepatuhan penggunaan APD" dengan rerata capaian 98,49% (standar 100%) dan indikator "Waktu tunggu rawat jalan" dengan rerata capaian 61,39% (standar $\geq 80\%$).
- Capaian IMP RS, dari enambelas Indikator Mutu Prioritas tiga belas indikator sudah tercapai, satu indikator yang belum tercapai, yaitu: indikator "Waktu tunggu pelayanan farmasi" dengan rerata capaian Semester I TA 2024 sebesar 60,34% (standar 80%) dan tiga indikator yang diukur per tahun, yaitu: indikator "Tingkat kepuasan pegawai", "Implementasi FMEA di RS" dan "Publikasi penelitian nasional dan/atau internasional"
- Capaian indikator mutu perbaikan waktu pelayanan *end to end*, dari indikator, tercapai lima indikator, lima indikator tidak tercapai, yaitu: indikator "Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang", "Waktu pelayanan pasien di IGD ≤ 4 jam", "Waktu masuk rawat inap", "Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik", "Ketepatan waktu layanan".
- Capaian indikator PPI, dari duapuluh Indikator PPI, tercapai sebelas indikator, ada sembilan indikator yang belum mencapai standar, yaitu:
 - Kepatuhan penggunaan APD rerata capaian 97,28% (standar 100%)
 - Kepatuhan manajemen linen ruangan rerata capaian 97,36% (standar 100%)
 - Kepatuhan manajemen limbah tajam rerata capaian 94,95% (standar 100%)

- Kepatuhan manajemen limbah infeksius rerata capaian sebesar 97,80% (standar 100%)
 - Kepatuhan manajemen alat kesehatan pasien rerata capaian sebesar 95,12% (standar 100%)
 - Kepatuhan menyuntik aman rerata capaian sebesar 99,25% (standar 100%)
 - Kepatuhan etika batuk rerata capaian sebesar 98,63% (standar 100%)
 - Kejadian Infeksi Daerah Operasi (IDO) rerata capaian sebesar 3,08% (standar 2%)
 - Ketercapaian *personal hygiene* pasien psikiatri rerata capaian sebesar 93,22% (standar 100%)
- Rerata kepatuhan PPK/CP pada semester I tahun 2024 tersebut sudah memenuhi standar yaitu 90,01% (standar 80%).
 - Capaian indikator keselamatan pasien RS, dari tigabelas indikator keselamatan pasien, satu indikator yang belum mencapai standar yaitu Kepatuhan pelaksanaan *hand over* yaitu 99,94% (standar 100%)..
 - Insiden keselamatan pasien pada semester I tahun 2024 sebanyak 74 kejadian,.
 - Tidak ada pelaporan kejadian yang terkait budaya keselamatan RS.
 - Hasil *self assessment Hospital Readiness*, dari dua belas indikator, tercapai delapan indikator, dan empat indikator tidak tercapai, yaitu. Kepemimpinan dan manajemen insiden, Koordinasi dan komunikasi, Komunikasi risiko dan keterlibatan masyarakat, dan Kesehatan kerja, kesehatan mental dan dukungan psikososial.
 - Penyusunan profil risiko dan risk register tahun 2024 sudah dilakukan oleh unit kerja.
2. Tantangan yang Dihadapi:
- Sumber Daya: Keterbatasan anggaran, sarana prasarana menjadi hambatan utama dalam pelaksanaan beberapa inisiatif. Hal ini mempengaruhi kecepatan dan efektivitas implementasi strategi mutu.
 - Teknologi: Integrasi sistem informasi dalam satu sehat. Perbaikan dan pengembangan fitur dari aplikasi masih terus dilakukan.
3. Efektivitas Siklus PDSA:
- Implementasi PDSA: Siklus Plan-Do-Study-Act (PDSA) telah diterapkan untuk meningkatkan mutu secara berkelanjutan. Evaluasi menunjukkan bahwa pendekatan ini cukup efektif dalam mengidentifikasi masalah, menguji perubahan, dan melakukan perbaikan berkelanjutan.
4. Laporan ini memberikan gambaran yang jelas mengenai pencapaian, tantangan, dan langkah-langkah perbaikan yang diperlukan untuk meningkatkan mutu layanan rumah sakit. Dengan pemahaman yang mendalam mengenai hasil dan hambatan, diharapkan Komite Mutu dapat terus berkomitmen untuk mencapai standar mutu yang lebih tinggi dan memastikan pelayanan yang lebih baik di semester berikutnya.

6.2 Rekomendasi

Berdasarkan hasil evaluasi dan analisis kegiatan Komite Mutu selama semester I tahun 2024, berikut adalah beberapa rekomendasi untuk meningkatkan mutu layanan dan efektivitas proses mutu di RS Marzoeeki Mahdi:

1. Peningkatan Kapasitas dan Kompetensi Staf:
 - Pelatihan dan Pendidikan: Melakukan pelatihan tambahan untuk staf terkait manajemen mutu dan keselamatan pasien. Program pelatihan harus mencakup teknik terbaru dalam pengelolaan data, evaluasi mutu, dan penggunaan alat analisis.
 - Peningkatan Keterampilan: Fokus pada peningkatan keterampilan komunikasi dan koordinasi antarunit untuk meningkatkan kolaborasi dan efektivitas pelaporan.
2. Optimalisasi Teknologi dan Sistem Informasi:
 - Pembaruan Teknologi: Investasi dalam teknologi informasi yang lebih canggih dan perbaikan sistem data untuk mengatasi kendala yang ada dalam pengelolaan dan analisis data.

- Pemeliharaan dan Upgrade: Rutin memelihara dan memperbarui aplikasi SIMANDATURI untuk memastikan performa yang optimal dan menghindari gangguan teknis.
 - Integrasi: Integrasi system informasi RS baik *front office* maupun *back office*.
3. Penambahan dan Pengelolaan Sumber Daya:
- Alokasi Anggaran: Menyusun anggaran yang memadai untuk mendukung inisiatif mutu, termasuk perbaikan infrastruktur, sarana prasarana, dan alat Kesehatan yang diperlukan.
 - Rekrutmen: Pertimbangkan penambahan tenaga kerja sesuai ABK yang diperlukan untuk mengelola beban kerja dan mendukung program-program mutu.
4. Penguatan Proses Monitoring dan Evaluasi:
- Sistem Pelaporan: Mengembangkan sistem pelaporan yang lebih terstruktur untuk memantau capaian dan kendala secara lebih efektif (terintegrasi di SIMRS).
 - Evaluasi Berkala: Melakukan evaluasi berkala terhadap implementasi siklus PDSA dan hasilnya, serta menyusun rencana aksi untuk perbaikan berdasarkan temuan evaluasi.
5. Peningkatan Partisipasi dan Komunikasi:
- Keterlibatan Stakeholder: Meningkatkan keterlibatan stakeholder internal dan eksternal dalam proses perencanaan dan evaluasi mutu untuk mendapatkan masukan yang lebih komprehensif.
 - Komunikasi Efektif: Meningkatkan komunikasi antara Komite Mutu dengan unit-unit lain untuk memastikan pemahaman yang sama mengenai tujuan mutu dan proses pelaporan.
6. Pengembangan Program *Reward and Punishment*:
- Program *Reward and Punishment*: Mengembangkan dan memperluas program *Reward and Punishment* untuk memotivasi unit kerja dan staf dalam mencapai standar mutu yang lebih tinggi.
7. Perbaikan Proses dan Implementasi Strategi:
- Strategi Perbaikan: Menyusun strategi perbaikan berdasarkan umpan balik dan hasil evaluasi, serta memastikan implementasi perubahan yang diperlukan untuk mencapai tujuan mutu.
 - Penyesuaian Rencana: Menyesuaikan rencana tindakan berdasarkan hasil evaluasi siklus PDSA untuk mengatasi masalah yang belum terselesaikan dan memastikan hasil yang lebih baik di masa depan.

Dengan mengimplementasikan rekomendasi ini, diharapkan RS dapat meningkatkan efektivitas dan efisiensi proses mutu di RS, serta mencapai standar layanan yang lebih tinggi dan lebih baik di masa mendatang.