



Kemenkes
RS Marzoeeki Mahdi

TAHUN 2025



LAPORAN **KOMITE MUTU**



hukormas@rsmmbogor.com

<https://rsmmbogor.com/>



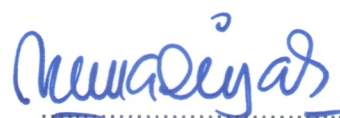
LEMBAR PENGESAHAN

LAPORAN KOMITE MUTU RUMAH SAKIT TAHUN 2025 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. **Plt. Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan**

dr. Rahmi Handayani, Sp. KJ., MARS.

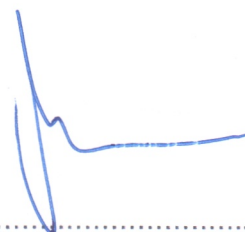
NIP 196903072008012024



3. **Plt. Direktur SDM, Pendidikan, dan Penelitian**

Heru Tri Subagyo, S.Sos., MM.

NIP 196903081994031002



4. **Direktur Perencanaan, Keuangan, dan Layanan Operasional**

Fauzi Alvaro Hertianto, S.E., M.Ak., CIAP., QIA

NIP 198812042010121004



DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN	ii
DAFTAR ISI	iii
IKHTISAR EKSEKUTIF	v
KATA PENGANTAR	vi
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	2
1.2 Maksud dan Tujuan Laporan	2
1.3 Ruang Lingkup	3
1.4 Sistematika Penulisan	3
BAB II ANALISIS SITUASI DAN PERMASALAHAN	5
2.1 Hambatan Tahun Lalu	6
2.2 Kelembagaan	7
2.2.1 Struktur Organisasi	7
2.2.2 Tugas dan Fungsi	9
2.3 Sumber Daya	10
BAB III TUJUAN DAN SASARAN KERJA	12
3.1 Dasar Hukum	13
3.2 Tujuan, Sasaran dan Indikator	14
3.2.1 Tujuan	14
3.2.2 Sasaran dan Indikator	16
BAB IV STRATEGI PELAKSANAAN	18
4.1 Strategi Pencapaian Tujuan dan Sasaran	19
4.1.1 Strategi Peningkatan Mutu RS	19
4.1.2 Strategi Peningkatan Keselamatan Pasien RS	20
4.1.3 Strategi Manajemen Risiko RS	20
4.2 Hambatan dalam Pelaksanaan Tujuan	20
4.3 Upaya Tindak Lanjut	21
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	27
5.1.3 Realisasi Program Manajemen Risiko Rumah Sakit	27
5.2 Pencapaian Indikator Nasional Mutu (INM)	29
5.3 Pencapaian Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit (IMP-RS)	36
5.4 Pencapaian Indikator Mutu Transformasi Kesehatan	41
5.4.1 Pencapaian Indikator Mutu Perbaikan Waktu Pelayanan <i>End to End</i>	41
5.5 Pencapaian Indikator Mutu Unit, Komite, dan SPI	56
1. Komite Medik	56
2. Komite Keperawatan	58
3. Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)	60
4. Unit Layanan Pengadaan (ULP)	67
5. Unit Pengembangan Bisnis (Perintis Apel)	69
5.6 Pencapaian Indikator Mutu Program Nasional	71
1. Prognas 1: Peningkatan Kesehatan Ibu dan Bayi	71
2. Prognas 2: Penurunan Angka Kesakitan Tuberkulosis/TBC	72
3. Prognas 3: Penurunan Angka Kesakitan HIV/AIDS.	73
4. Prognas 4: Penurunan Prevalensi <i>Stunting</i> dan <i>Wasting</i> .	74
5. Prognas 5: Pelayanan Keluarga Berencana Rumah Sakit.	76
6. Prognas 6: Program Pengendalian Resistansi Antimikroba (PPRA)	77

5.7	Pencapaian Indikator Mutu Prioritas Unit (IMP-Unit)	79
5.7.1	Pencapaian Indikator Mutu Direktorat Medik dan Keperawatan	79
5.7.2	Pencapaian Indikator Mutu Direktorat Perencanaan, Keuangan, dan Layanan Operasional	123
5.7.3	Pencapaian Indikator Mutu Direktorat SDM, Pendidikan, dan Penelitian	159
5.8	Pencapaian Keselamatan Pasien dan Budaya Keselamatan Rumah Sakit	167
5.8.1	Pencapaian Keselamatan Pasien Rumah Sakit	167
5.8.2	Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP)	171
5.8.3	Pelaporan Budaya Keselamatan Rumah Sakit	190
5.9	Pencapaian Manajemen Risiko Rumah Sakit	197
5.9.1	<i>Risk Register</i>	199
5.9.2	Profil Risiko Rumah Sakit	199
5.9.3	<i>Failure Mode and Effect Analysis (FMEA)</i>	203
5.9.4	<i>Hazard Vulnerability Assessment (HVA)</i>	204
5.9.5	<i>Hospital Safety Index (HSI)</i>	206
5.9.6	<i>Infection Control Risk Assessment (ICRA)</i>	208
5.9.7	<i>Pre Construction Risk Assessment (PCRA)</i>	211
5.10	Akreditasi Rumah Sakit	214
5.11	Upaya Reformasi Birokrasi dan Pembangunan Zona Integritas (ZI) Wilayah Bebas Dari Korupsi (WBK)/ Wilayah Birokrasi Bersih dan Melayani (WBBM)	215
	BAB VI PENUTUP	217
6.1	Kesimpulan	218
6.2	Pembelajaran / <i>Lesson Learned</i>	219
6.3	Rekomendasi	220

IKHTISAR EKSEKUTIF

Laporan Komite Mutu Rumah Sakit Tahun 2025 disusun sebagai bentuk pertanggungjawaban atas pelaksanaan fungsi peningkatan mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko rumah sakit selama periode Januari sampai dengan Desember 2025. Dokumen ini memberikan gambaran komprehensif mengenai capaian kinerja, implementasi program strategis, serta kontribusi Komite Mutu dalam mendukung tata kelola klinis dan manajerial rumah sakit yang bermutu, aman, dan berorientasi pada pasien.

Sepanjang tahun 2025, Komite Mutu secara konsisten menjalankan perannya dalam mengoordinasikan, memantau, dan mengevaluasi pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien di seluruh unit kerja. Fokus utama diarahkan pada penguatan budaya keselamatan pasien, peningkatan kepatuhan terhadap standar mutu dan akreditasi, serta penerapan manajemen risiko secara terstruktur dan berkelanjutan. Upaya tersebut dilakukan melalui pendampingan unit, revisi indikator mutu dan keselamatan pasien, analisis insiden keselamatan pasien, serta fasilitasi berbagai metode perbaikan mutu berbasis data.

Capaian kinerja Komite Mutu selama tahun 2025 menunjukkan kemajuan yang signifikan. Monitoring indikator mutu prioritas rumah sakit dan unit pelayanan menunjukkan tren perbaikan pada sebagian besar indikator, baik indikator mutu klinis maupun indikator keselamatan pasien. Pelaporan dan pembelajaran dari insiden keselamatan pasien semakin meningkat, yang mencerminkan penguatan budaya melapor (*reporting culture*) dan komitmen organisasi terhadap pembelajaran berkelanjutan. Selain itu, pelaksanaan manajemen risiko rumah sakit berjalan lebih sistematis melalui penyusunan daftar risiko, penilaian risiko prioritas, serta integrasi hasil analisis risiko ke dalam perencanaan dan pengambilan keputusan manajemen.

Dalam rangka mendukung kesiapsiagaan dan ketangguhan rumah sakit, Komite Mutu juga berperan aktif dalam pelaksanaan penilaian keselamatan rumah sakit, termasuk *Hospital Safety Index* (HSI) dan *Hazard Vulnerability Analysis* (HVA). Hasil penilaian tersebut menjadi dasar bagi rumah sakit dalam menetapkan prioritas mitigasi risiko dan penguatan sistem keselamatan, khususnya dalam menghadapi potensi kedaruratan dan bencana. Sinergi lintas komite, manajemen, dan unit kerja menjadi faktor kunci dalam memastikan tindak lanjut hasil penilaian berjalan efektif.

Secara keseluruhan, pelaksanaan program Komite Mutu Tahun 2025 telah memberikan kontribusi nyata terhadap peningkatan kualitas pelayanan dan keselamatan pasien di rumah sakit. Ke depan, Komite Mutu diharapkan terus memperkuat peran strategisnya melalui penguatan sistem monitoring dan evaluasi berbasis kinerja, optimalisasi pemanfaatan data mutu dan keselamatan pasien, serta peningkatan keterlibatan seluruh sumber daya manusia rumah sakit dalam budaya mutu dan keselamatan. Dengan komitmen dan dukungan berkelanjutan dari pimpinan dan seluruh jajaran, rumah sakit diharapkan mampu mewujudkan pelayanan kesehatan yang semakin bermutu, aman, dan berdaya saing.

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas rahmat dan karunia-Nya sehingga Laporan Komite Mutu Rumah Sakit Tahun 2025 ini dapat disusun dan diselesaikan dengan baik. Laporan ini merupakan bentuk akuntabilitas dan transparansi atas pelaksanaan program kerja Komite Mutu dalam mendukung pencapaian tujuan strategis rumah sakit, khususnya dalam bidang peningkatan mutu pelayanan, keselamatan pasien, dan pengelolaan risiko.

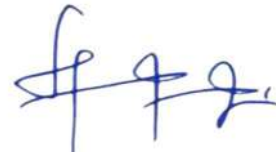
Selama periode Tahun 2025, Komite Mutu telah melaksanakan berbagai kegiatan yang terintegrasi dengan sistem tata kelola rumah sakit, termasuk pemantauan indikator mutu, fasilitasi audit klinis dan non-klinis, evaluasi insiden keselamatan pasien, serta pendampingan unit-unit kerja dalam upaya perbaikan berkelanjutan. Komite juga berperan aktif dalam mendorong terciptanya budaya mutu dan keselamatan melalui sosialisasi, pelatihan internal, serta penguatan sistem pelaporan yang responsif dan non-punitif.

Laporan ini disusun berdasarkan hasil analisis kegiatan tahun, termasuk capaian, hambatan, serta tindak lanjut yang telah dan akan dilakukan. Kami menyadari bahwa dalam pelaksanaan program mutu masih terdapat berbagai tantangan yang memerlukan komitmen bersama dari seluruh jajaran rumah sakit, baik manajemen, tenaga medis, keperawatan, maupun unit penunjang.

Kami mengucapkan terima kasih kepada Direksi Rumah Sakit, seluruh unit kerja, serta tim Komite Mutu yang telah memberikan dukungan, dedikasi, dan kontribusi aktif dalam pelaksanaan program mutu selama Tahun 2025. Harapan kami, laporan ini dapat menjadi dasar evaluasi bersama sekaligus menjadi pijakan untuk meningkatkan kinerja mutu dan keselamatan pasien pada semester berikutnya.

Akhir kata, semoga laporan ini dapat memberikan manfaat dan menjadi bahan pertimbangan dalam pengambilan keputusan strategis demi tercapainya pelayanan rumah sakit yang unggul, aman, dan berorientasi pada keselamatan pasien.

Bogor, 09 Januari 2026
Ketua Komite Mutu Rumah Sakit



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

BAB I PENDAHULUAN

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Peningkatan mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko merupakan pilar utama dalam penyelenggaraan rumah sakit yang bermutu, aman, dan berorientasi pada kebutuhan pasien. Dalam konteks transformasi sistem kesehatan nasional serta meningkatnya tuntutan terhadap pelayanan yang akuntabel, transparan, dan berbasis standar, rumah sakit dituntut untuk memastikan seluruh proses pelayanan berjalan secara konsisten sesuai prinsip tata kelola klinis yang baik, pengendalian risiko yang efektif, serta pengambilan keputusan berbasis data. Dalam kerangka tersebut, Komite Mutu Rumah Sakit memiliki peran strategis sebagai penggerak utama sistem peningkatan mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko secara berkelanjutan.

Komite Mutu berfungsi sebagai fasilitator dan koordinator dalam pengembangan budaya mutu, keselamatan pasien, dan kesadaran risiko di seluruh unit kerja rumah sakit. Peran ini diwujudkan melalui pelaksanaan berbagai program dan kegiatan, antara lain pemantauan indikator mutu rumah sakit, fasilitasi audit internal, pengelolaan pelaporan serta analisis insiden keselamatan pasien, serta pendampingan unit pelayanan dalam merancang dan melaksanakan perbaikan berkelanjutan (continuous quality improvement). Keberhasilan implementasi program tersebut sangat bergantung pada keterlibatan aktif seluruh elemen rumah sakit, mulai dari pimpinan hingga tenaga kesehatan di lini terdepan.

Sebagai bentuk akuntabilitas dan transparansi pelaksanaan program kerja, Komite Mutu secara berkala menyusun laporan semesteran yang memuat capaian kinerja, permasalahan strategis, profil risiko, serta tindak lanjut pelaksanaan kegiatan mutu dan keselamatan pasien. Laporan ini menjadi instrumen penting dalam proses evaluasi dan pengambilan keputusan manajerial, sekaligus sebagai dasar dalam perencanaan dan penetapan prioritas program peningkatan mutu dan pengendalian risiko pada periode selanjutnya. Evaluasi yang dilakukan diarahkan untuk memastikan bahwa upaya perbaikan bersifat sistemik, terintegrasi, dan berkelanjutan.

Pada Tahun 2025, rumah sakit menghadapi berbagai tantangan, baik yang bersumber dari kondisi internal maupun dinamika eksternal, antara lain keterbatasan sumber daya, tingginya beban kerja, serta kebutuhan adaptasi terhadap kebijakan dan regulasi baru dalam sistem mutu nasional dan standar akreditasi. Kondisi tersebut berpotensi memengaruhi kinerja pelayanan dan meningkatkan profil risiko organisasi. Di tengah tantangan tersebut, rumah sakit tetap berkomitmen menjaga kesinambungan implementasi program mutu dan keselamatan pasien, termasuk peningkatan kepatuhan terhadap indikator mutu, optimalisasi pelaporan dan analisis insiden keselamatan pasien, serta penguatan sistem monitoring dan evaluasi berbasis data risiko.

Berdasarkan latar belakang tersebut, Laporan Komite Mutu Rumah Sakit Tahun 2025 disusun untuk memberikan gambaran komprehensif mengenai pelaksanaan program mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko selama periode pelaporan. Diharapkan laporan ini dapat menjadi sarana refleksi bersama serta landasan pengambilan keputusan strategis bagi pimpinan rumah sakit dalam mendorong peningkatan mutu pelayanan yang lebih terarah, terukur, dan berdampak nyata bagi pasien, keluarga, serta seluruh pemangku kepentingan rumah sakit.

1.2 Maksud dan Tujuan Laporan

Maksud

Penyusunan Laporan Komite Mutu Tahun 2025 dimaksudkan sebagai bentuk pertanggungjawaban institusional atas pelaksanaan seluruh program dan kegiatan Komite Mutu dalam mendukung penerapan tata kelola mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko di rumah sakit. Laporan ini juga berfungsi sebagai sarana dokumentasi, evaluasi, dan refleksi kinerja terhadap capaian, tantangan, serta pembelajaran yang diperoleh selama periode Januari hingga Desember 2025, guna memastikan keberlanjutan peningkatan mutu pelayanan kesehatan secara sistematis dan berkesinambungan.

Tujuan

Secara khusus, penyusunan laporan ini bertujuan untuk:

1. Menjamin akuntabilitas pelaksanaan program kerja Komite Mutu Tahun 2025 sesuai standar mutu dan keselamatan pasien.
2. Menyediakan dasar kinerja mutu melalui analisis indikator mutu, insiden keselamatan pasien, dan manajemen risiko.
3. Memperkuat pengendalian mutu melalui identifikasi kendala dan efektivitas upaya perbaikan.
4. Mengarahkan peningkatan mutu berkelanjutan melalui rekomendasi dan rencana tindak lanjut strategis.
5. Mendukung pengambilan keputusan manajerial berbasis data di bidang mutu dan keselamatan pasien.

1.3 Ruang Lingkup

Ruang lingkup Laporan Komite Mutu Tahun 2025 mencakup perencanaan, pelaksanaan, pemantauan, evaluasi, dan tindak lanjut program mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko di seluruh unit pelayanan dan unit pendukung rumah sakit selama periode Januari hingga Desember 2025. Laporan ini meliputi pengelolaan indikator mutu prioritas, pelaksanaan Sasaran Keselamatan Pasien, pelaporan dan analisis insiden keselamatan pasien, penerapan manajemen risiko, kegiatan peningkatan mutu berkelanjutan, serta penguatan budaya mutu dan keselamatan pasien sebagai dasar pengambilan keputusan strategis manajemen rumah sakit.

1.4 Sistematika Penulisan

Laporan Komite Mutu Tahun 2025 disusun secara sistematis untuk memberikan gambaran menyeluruh mengenai pelaksanaan program kerja Komite Mutu dalam mendukung tata kelola mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko rumah sakit selama periode Januari hingga Desember 2025. Sistematika laporan ini terdiri atas enam bab, sebagai berikut:

Bab I Pendahuluan

Menguraikan latar belakang penyusunan laporan, maksud dan tujuan, ruang lingkup, serta sistematika penulisan sebagai landasan konseptual dan operasional penyajian laporan.

Bab II Analisis Situasi dan Permasalahan

Menyajikan analisis kondisi aktual pelaksanaan program mutu Tahun 2025, termasuk evaluasi permasalahan periode sebelumnya, aspek kelembagaan Komite Mutu, serta kesiapan dan dukungan sumber daya dalam pelaksanaan program.

Bab III Tujuan dan Sasaran Kerja

Memuat tujuan umum dan khusus program kerja Komite Mutu Tahun 2025 serta sasaran strategis yang ingin dicapai dalam rangka peningkatan mutu pelayanan, keselamatan pasien, dan manajemen risiko rumah sakit.

Bab IV Strategi Pelaksanaan

Menggambarkan strategi dan pendekatan pelaksanaan program kerja Komite Mutu, meliputi metode kerja, mekanisme koordinasi lintas unit, sistem pemantauan dan evaluasi, serta integrasi dengan unit kerja terkait.

Bab V Hasil Kerja

Menguraikan capaian pelaksanaan program dan kegiatan Komite Mutu selama Tahun 2025 berdasarkan indikator mutu, hasil audit, pelaporan dan analisis insiden keselamatan pasien, penerapan manajemen risiko, serta kegiatan peningkatan mutu berkelanjutan.

Bab VI Penutup

Berisi simpulan atas pelaksanaan program kerja Komite Mutu Tahun 2025 serta rekomendasi dan arah tindak lanjut strategis untuk penguatan mutu dan keselamatan pasien pada periode berikutnya.

BAB II

ANALISIS SITUASI AWAL TAHUN

BAB II ANALISIS SITUASI DAN PERMASALAHAN

Pelaksanaan program mutu di rumah sakit merupakan proses yang dinamis dan memerlukan evaluasi berkelanjutan terhadap situasi aktual, tantangan, serta kapasitas kelembagaan dan sumber daya yang tersedia. Dalam Tahun 2025, Komite Mutu telah mengidentifikasi beberapa faktor penting yang memengaruhi pencapaian program kerja, sebagaimana dijelaskan dalam uraian berikut:

2.1 Hambatan Tahun Lalu

Beberapa hambatan yang masih berlanjut dari tahun sebelumnya turut mempengaruhi pelaksanaan program mutu di tahun 2025ni, antara lain:

1. Keterbatasan pelaporan insiden keselamatan pasien secara aktif di beberapa unit pelayanan, disebabkan oleh rendahnya pemahaman dan budaya pelaporan non-punitif.
2. Integrasi sistem informasi mutu yang belum optimal, sehingga menyulitkan dalam konsolidasi data mutu, analisis tren, serta pelaporan capaian secara real-time.
3. Kurangnya tenaga pendukung dengan kompetensi khusus di bidang mutu dan keselamatan pasien, terutama dalam pelaksanaan audit, RCA/FMEA, dan pengolahan data mutu.
4. Koordinasi antar unit kerja belum sepenuhnya efektif, khususnya dalam implementasi *Continuous Quality Improvement* (CQI) yang lintas layanan.

Hambatan-hambatan ini telah menjadi bahan evaluasi dan menjadi dasar penyusunan strategi pelaksanaan pada Tahun 2025.

Secara spesifik, hambatan yang dihadapi oleh masing-masing Sub Komite dalam pelaksanaan program mutu dan keselamatan pasien selama Tahun 2025 dapat diuraikan sebagai berikut:

1. Sub Komite Mutu
 - Belum seluruh unit kerja menyusun dan melaksanakan program peningkatan mutu secara sistematis.
 - Masih terdapat perbedaan pemahaman di antara petugas terkait konsep dan implementasi mutu pelayanan.
 - Pengukuran dan pelaporan indikator kinerja belum seluruhnya dilakukan secara tepat waktu dan konsisten.
 - Pemantauan pelaksanaan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) serta supervisi berjenjang belum berjalan optimal.
 - Pelaksanaan audit medik dan audit klinis belum sepenuhnya melibatkan kolaborasi lintas Profesional Pemberi Asuhan (PPA).
2. Sub Komite Keselamatan Pasien
 - Tingkat pemahaman petugas terhadap konsep keselamatan pasien, jenis insiden, penilaian risiko (*risk grading*), serta budaya keselamatan rumah sakit masih belum merata.
 - Pelaporan insiden keselamatan pasien belum dilakukan secara tepat waktu sesuai ketentuan.
 - Monitoring dan evaluasi (monev) serta kegiatan supervisi belum dilaksanakan secara maksimal.
 - Budaya mutu dan keselamatan pasien belum terinternalisasi secara optimal di seluruh unit pelayanan.
3. Sub Komite Manajemen Risiko

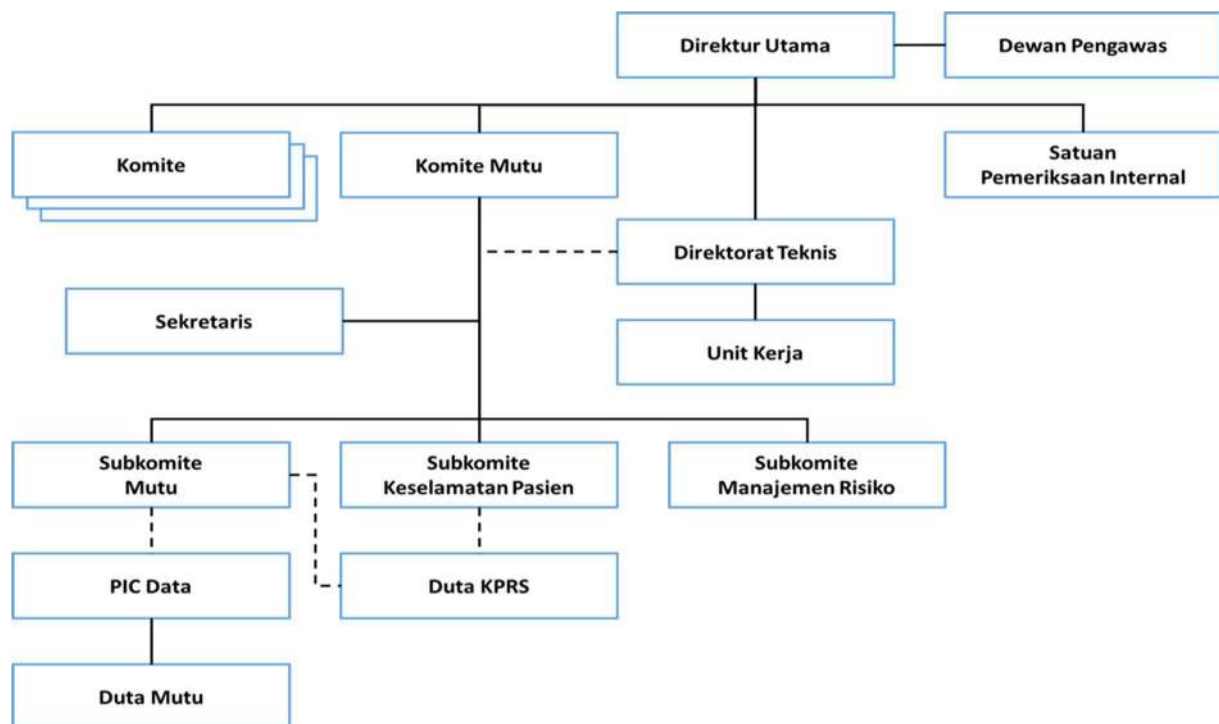
- Pemantauan terhadap pelaksanaan manajemen risiko di unit kerja belum terlaksana secara optimal dan berkesinambungan.
- Implementasi program manajemen risiko di tingkat unit kerja masih terbatas dan belum merata.
- Kegiatan pendampingan unit kerja dalam penerapan manajemen risiko belum berjalan secara maksimal.

2.2 Kelembagaan

Komite Mutu RS Marzuki Mahdi dibentuk dan ditetapkan dengan Surat Keputusan Direktur Utama nomor HK.02.03/D.XXXV/1408/2025. 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

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. Sub Komite Peningkatan Mutu

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

B. Sub Komite Keselamatan Pasien

- Ketua, sekretaris, dan anggota
- Duta KPRS

C. Sub Komite 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
- Instalasi PKRS
- 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 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 Inovasi dan Pengembangan

3. Komite dan SPI

Komite Mutu melakukan koordinasi dengan Para Komite dan SPI di RS Marzuki Mahdi, yaitu:

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

4. 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 RS Marzuki Mahdi. 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 Marzuki 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 Marzuki 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.



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

Komite Mutu masih dihadapkan pada keterbatasan tenaga dengan latar belakang dan pelatihan khusus di bidang mutu dan keselamatan pasien. Beberapa personel yang tergabung di Komite Mutu juga merangkap fungsi di unit kerja rumah sakit, sehingga waktu untuk pelaksanaan kegiatan mutu terbatas.

2. Sumber Daya Sarana dan Prasarana

Sarana pendukung, seperti ruang kerja, perangkat lunak pelaporan mutu, dan sistem *dashboard* indikator belum sepenuhnya tersedia atau terintegrasi. Hal ini berdampak pada kelancaran proses dokumentasi, pemantauan, dan analisis data.

3. Dukungan Anggaran

Ketersediaan anggaran untuk pelatihan, pengembangan sistem informasi mutu, dan pelaksanaan audit masih terbatas, sehingga membatasi ruang gerak program peningkatan mutu berkelanjutan.

Meskipun terdapat berbagai keterbatasan, semangat dan komitmen dari manajemen serta Komite Mutu tetap menjadi modal utama dalam menjaga keberlanjutan program mutu di rumah sakit.

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 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072).
3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607).
4. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887).
5. Undang-Undang Nomor 61 Tahun 2025 tentang Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 39 Tahun 2008 tentang Kementerian Negara.
6. Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2025 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2025 Nomor 135, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6952).
7. Peraturan Presiden Nomor 140 Tahun 2025 tentang Organisasi Kementerian Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2025 Nomor 250). 4. Peraturan Presiden Nomor 161 Tahun 2025 tentang Kementerian Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2025 Nomor 357).
8. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 161 Tahun 2025 Tentang Kementerian Kesehatan.
9. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 2015 Tentang Program Pengendalian Resistensi Antimikroba di Rumah Sakit.
10. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 66 Tahun 2016 Tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit.
11. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 308).
12. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2017 Tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
13. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 21).
14. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2020 Tentang Akreditasi Rumah Sakit.
15. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 80 Tahun 2020 Tentang Komite Mutu Rumah Sakit.
16. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 30 Tahun 2022 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.
17. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2025 Tentang Pencabutan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2019 Tentang Penerapan Manajemen Risiko Terintegrasi di Lingkungan Kementerian Kesehatan.
18. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 21 Tahun 2025 Tentang Organisasi Dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan

19. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/1354/2024 Tentang Penerapan Manajemen Risiko Di Lingkungan Kementerian Kesehatan.
20. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/1596/2024 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit.
21. Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor HK.02.03/D/46938/2024 Tentang Petunjuk Teknis Pelaksanaan *Point Of Care Quality Improvement* (POCQI) Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
22. Surat Edaran Dirjen Pelayanan kesehatan Nomor HK.02.02/I/4254/2021 tanggal: 30 November Tahun 2025, Tentang Penggunaan Laporan IKP Puskesmas, RS, Laboratorium dan Unit Transfusi Darah, per tanggal 1 Januari 2022, diharapkan seluruh Fasilitas pelayanan kesehatan (Rumah sakit, Puskesmas, Laboratorium kesehatan dan Unit transfusi Darah).

3.2 Tujuan, Sasaran dan Indikator

3.2.1 Tujuan

Pelaksanaan program Komite Mutu Tahun 2025 bertujuan untuk mendukung peningkatan tata kelola pelayanan rumah sakit melalui penerapan mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko secara terintegrasi, sistematis, dan berkelanjutan. Ketiga aspek ini menjadi fondasi utama dalam mencapai pelayanan yang unggul, aman, efektif, dan responsif terhadap kebutuhan pasien di RS Marzuki Mahdi, dengan mengacu pada tujuh dimensi mutu pelayanan kesehatan, 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 fasilitas pelayanan kesehatan dan pemberi pelayanan, serta menyediakan pelayanan kesehatan 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: mengoptimalkan sumber daya yang ada, tanpa pemborosan bahan.



Gambar 3.1 Dimensi Mutu Pelayanan Kesehatan

Secara lebih rinci, tujuan dari penerapan masing-masing aspek adalah sebagai berikut:

A. Mutu RS

1. Menjamin tersedianya infrastruktur informasi dan teknologi yang mampu mengukur, memantau, dan melaporkan mutu secara akurat.
2. Mengembangkan sumber daya manusia yang kompeten dan mampu menjawab kebutuhan pelayanan bermutu tinggi.
3. Menunjukkan akuntabilitas organisasi dalam menyediakan layanan yang aman dan berkualitas.
4. Menutup kesenjangan antara mutu layanan yang diterima pasien dengan mutu ideal yang dapat dicapai.
5. Memperkuat tata kelola rumah sakit dan tata kelola klinis.
6. Mendukung implementasi reformasi kesehatan melalui penguatan *Universal Health Coverage* (UHC) berbasis mutu.
7. Memperkuat kemitraan antara penyedia dan penerima layanan dalam upaya perbaikan mutu berkelanjutan.
8. Mendorong pelaksanaan penelitian untuk mendukung inovasi dalam peningkatan mutu layanan.

B. Keselamatan Pasien

1. Meningkatkan mutu pelayanan melalui penerapan manajemen risiko dalam seluruh aspek pelayanan.
2. Menjamin terselenggaranya pelayanan yang aman melalui sistem yang terstruktur, terukur, dan berbasis pembelajaran.
3. Meningkatkan kesadaran dan pemahaman seluruh staf rumah sakit terhadap prinsip keselamatan pasien, termasuk klasifikasi insiden, risk grading, dan budaya keselamatan.
4. Mengurangi kejadian tidak diinginkan melalui sistem pelaporan insiden yang non-punitif dan perbaikan berkelanjutan.
5. Mendukung pencapaian Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) nasional sebagai bagian dari peningkatan sistemik mutu layanan.

C. Manajemen Risiko

1. Melaksanakan fungsi manajemen risiko organisasi untuk mengidentifikasi, menganalisis, dan mengendalikan risiko secara efektif, efisien, dan terintegrasi.
2. Mengantisipasi potensi ancaman terhadap keberlangsungan pelayanan dan keselamatan pasien secara proaktif.
3. Meningkatkan kepatuhan terhadap regulasi eksternal dan kebijakan internal.
4. Memberikan dasar yang kuat bagi proses pengambilan keputusan dan perencanaan strategis.
5. Meningkatkan pencapaian tujuan organisasi dan kinerja secara keseluruhan.
6. Memberikan perlindungan kepada unit kerja dan staf dari dampak risiko yang tidak diinginkan.
7. Meningkatkan kualitas informasi dan keandalan sistem untuk mendukung pengambilan keputusan berbasis data.

D. Pembinaan dan Pengawasan

Pembinaan dan pengawasan terhadap tata kelola mutu di RS Marzuki Mahdi bertujuan untuk memastikan bahwa rumah sakit mampu mempertahankan dan/atau meningkatkan mutu pelayanan secara berkelanjutan. Upaya ini penting untuk menjaga konsistensi pelaksanaan standar pelayanan, mengurangi variasi mutu antar unit, serta memperkuat sistem mutu internal rumah sakit.

Kegiatan pembinaan dan pengawasan dilaksanakan melalui tiga pendekatan utama, yaitu:

1. Advokasi, sosialisasi, supervisi, konsultasi, dan bimbingan teknis, yang bertujuan untuk memperkuat pemahaman, komitmen, serta kapasitas teknis seluruh unit kerja dalam menerapkan prinsip-prinsip mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko.
2. Pendidikan dan pelatihan, yang difokuskan pada peningkatan kompetensi sumber daya manusia dalam menyusun, melaksanakan, dan mengevaluasi program mutu serta mendorong budaya mutu dan keselamatan di seluruh lini pelayanan.
3. Pemantauan dan evaluasi, yang dilaksanakan secara berkala untuk mengukur pencapaian indikator mutu, menilai efektivitas implementasi program, serta mengidentifikasi area yang memerlukan perbaikan atau intervensi lanjut.

3.2.2 Sasaran dan Indikator

Bab ini memuat rumusan sasaran strategis dan indikator pelaksanaan program kerja Komite Mutu RS Marzoeeki Mahdi Tahun 2025. Sasaran dan indikator disusun untuk memastikan arah yang jelas dalam pelaksanaan program peningkatan mutu pelayanan, keselamatan pasien, dan manajemen risiko secara terintegrasi dan berkesinambungan.

A. Sasaran Program Peningkatan Mutu

Sasaran peningkatan mutu dirancang untuk menjamin pelayanan rumah sakit yang berkualitas, aman, dan terukur, sesuai dengan tujuh dimensi mutu: aman, adil, berorientasi pasien, terintegrasi, tepat waktu, efektif, dan efisien.

Sasaran:

1. Seluruh unit kerja melaksanakan program peningkatan mutu berbasis indikator prioritas.
2. Indikator mutu nasional dan internal rumah sakit diukur, dianalisis, dan ditindaklanjuti secara berkala.
3. Terlaksananya evaluasi capaian indikator dan perbaikan mutu di semua unit.
4. Tumbuhnya budaya mutu yang sistematis dan berkesinambungan.

Indikator:

1. Indikator Nasional Mutu (INM).
2. Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit (IMP-RS)
3. Indikator Mutu Transformasi Kesehatan.
4. Indikator Mutu Unit, Komite, dan SPI
5. Indikator Mutu Program Nasional
6. Indikator Mutu Prioritas Unit (IMP-Unit).

B. Sasaran Program Keselamatan Pasien

Mengacu pada Permenkes 80/ 2020 dan Standar SKP dalam Permenkes 11/2017 dan Permenkes 1596/2024, keselamatan pasien merupakan bagian integral dari sistem pelayanan dan menjadi prioritas utama.

Sasaran:

1. Terlaksananya implementasi enam Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) di seluruh unit.
2. Meningkatnya jumlah pelaporan insiden keselamatan pasien yang jujur dan non-punitif.
3. Seluruh insiden sedang dan berat dianalisis melalui pendekatan RCA.
4. Terbangunnya budaya keselamatan melalui pelatihan dan komunikasi efektif.

Indikator:

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

C. Sasaran Program Manajemen Risiko RS

Manajemen risiko bertujuan memetakan, mengendalikan, dan mengantisipasi risiko yang dapat berdampak pada mutu layanan dan keselamatan pasien, sejalan dengan standar akreditasi rumah sakit dan PMK nomor 80 tahun 2020 tentang Komite Mutu Rumah Sakit, dan KMK nomor HK.01.07/MENKES/1354/2024 tentang Penerapan Manajemen Risiko Terintegrasi di Lingkungan Kementerian Kesehatan.

Sasaran:

1. Seluruh unit kerja memiliki dan mengimplementasikan profil risiko dan rencana mitigasinya.
2. Terlaksananya supervisi dan pemantauan manajemen risiko di unit kerja secara berkala.
3. Tersedianya dokumentasi pelaksanaan penanganan risiko, termasuk risiko tinggi.
4. Terlaksananya pelatihan manajemen risiko untuk staf yang relevan.

Indikator:

1. *Risk Register* RS.
2. Profil Risiko RS.
3. Analisa secara proaktif terhadap proses berisiko tinggi yang diprioritaskan untuk dilakukan Analisa FMEA setiap tahun.

BAB IV

STRATEGI PELAKSANAAN

BAB IV STRATEGI PELAKSANAAN

Strategi pelaksanaan program Komite Mutu Rumah Sakit Tahun 2025 dirancang untuk memastikan keberhasilan pencapaian tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan dalam bidang peningkatan mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko. Strategi ini disusun berdasarkan pendekatan sistemik, kolaboratif, dan berkelanjutan, serta selaras dengan kebijakan nasional dan standar akreditasi rumah sakit.

4.1 Strategi Pencapaian Tujuan dan Sasaran

Untuk mendukung pencapaian tujuan dan sasaran sebagaimana dirumuskan dalam Bab III, Komite Mutu menerapkan strategi sebagai berikut:

1. Integrasi Program Kerja Sub Komite
Strategi pelaksanaan dilakukan secara terkoordinasi antar Sub Komite Mutu, Sub Komite Keselamatan Pasien, dan Sub Komite Manajemen Risiko. Masing-masing Sub Komite menyusun rencana kerja spesifik, namun tetap dalam satu arah kebijakan mutu rumah sakit.
2. Penerapan Siklus Perbaikan Berkelanjutan
Setiap kegiatan mutu dijalankan melalui siklus *Plan–Do–Study–Act* (PDSA), dengan fokus pada peningkatan kualitas dan keselamatan secara sistematis, terukur, dan berkelanjutan.
3. Pendekatan Berbasis Risiko
Intervensi program diarahkan pada area pelayanan dengan tingkat risiko tinggi terhadap keselamatan pasien dan mutu pelayanan. Profil risiko digunakan untuk menentukan prioritas program mutu dan mitigasi.
4. Penguatan Budaya Mutu dan Keselamatan Pasien
Strategi dilaksanakan dengan menanamkan nilai budaya mutu dan keselamatan kepada seluruh staf, melalui sosialisasi, pelatihan, komunikasi efektif, dan pemberian contoh oleh pimpinan unit.
5. Pemanfaatan Data untuk Perbaikan Mutu
Data indikator mutu, pelaporan insiden, serta hasil audit dijadikan dasar analisis dan pengambilan keputusan manajerial. Pelaporan dilakukan secara berkala dan digunakan untuk menentukan prioritas perbaikan.
6. Kolaborasi Lintas Unit dan Komite
Komite Mutu melakukan koordinasi dengan Komite Medis, Komite Keperawatan, PPI, SPI, serta unit pelayanan dan manajemen lainnya dalam pelaksanaan kegiatan peningkatan mutu rumah sakit.
7. Peningkatan Kapasitas SDM
Strategi juga diarahkan pada penguatan kompetensi sumber daya manusia, melalui pelatihan internal dan eksternal, bimbingan teknis, dan pengembangan fasilitator mutu di setiap unit kerja.

4.1.1 Strategi Peningkatan Mutu RS

Strategi peningkatan mutu di RS Marzuki Mahdi dilaksanakan melalui pendekatan *continuous quality improvement* (CQI) yang mencakup:

1. Mengembangkan dukungan pimpinan rumah sakit terhadap pelaksanaan program peningkatan mutu, termasuk penyediaan sumber daya dan arahan strategis.
2. Melatih seluruh staf klinis dan non-klinis tentang peningkatan mutu serta metode pengumpulan, analisis, dan validasi data indikator mutu.

3. Menetapkan prioritas pengukuran indikator mutu: Indikator Nasional Mutu (INM), Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit (IMP-RS), dan Indikator Mutu Unit.
4. Menggunakan data objektif hasil pengukuran sebagai dasar pengambilan keputusan dan penyusunan perbaikan.
5. Melakukan audit klinis, monitoring pelaksanaan *Clinical Pathway*, dan implementasi Pedoman Praktik Klinis (PPK).
6. Melakukan evaluasi dampak mutu terhadap efektivitas dan efisiensi pelayanan, termasuk penggunaan sumber daya.
7. Menyampaikan hasil mutu secara berkala kepada direktur dan Dewan Pengawas serta mengomunikasikan capaian kepada staf melalui *dashboard*, *story board*, dan media internal lainnya

4.1.2 Strategi Peningkatan Keselamatan Pasien RS

Strategi keselamatan pasien berfokus pada penerapan budaya keselamatan dan sistem pelaporan insiden:

1. Membangun budaya keselamatan melalui pelatihan, survei budaya keselamatan tahunan, dan penerapan budaya adil (*just culture*).
2. Menyediakan sistem pelaporan insiden keselamatan pasien yang mudah diakses, rahasia, dan non-punitif.
3. Melakukan pelaporan insiden keselamatan pasien (IKP) secara rutin ke sistem nasional (*e-report*) dan internal.
4. Melakukan RCA untuk insiden sedang dan berat, dengan tindak lanjut perbaikan terukur.
5. Melibatkan pasien dan keluarga dalam aspek keselamatan melalui komunikasi terbuka.
6. Melaksanakan pelatihan keselamatan pasien untuk seluruh staf rumah sakit.
7. Melaporkan hasil SKP dan IKP secara berkala kepada Direksi dan Dewas RS serta melakukan evaluasi dampak perbaikannya

4.1.3 Strategi Manajemen Risiko RS

Strategi manajemen risiko diterapkan untuk mengidentifikasi, menganalisis, dan mengendalikan potensi risiko yang dapat berdampak pada mutu dan keselamatan:

1. Menyusun daftar risiko unit dan merangkumnya dalam profil risiko RS yang diperbarui secara berkala.
2. Menentukan prioritas penanganan risiko berdasarkan tingkat risiko dan keselarasan dengan tujuan organisasi.
3. Menerapkan metode analisis risiko proaktif seperti FMEA (*Failure Mode and Effect Analysis*).
4. Mengintegrasikan manajemen risiko dalam proses perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi program.
5. Melakukan monitoring dan pelaporan hasil program manajemen risiko kepada pimpinan RS setiap enam bulan sekali.
6. Memberikan pelatihan dan workshop manajemen risiko kepada PIC unit kerja dan Sub Komite.

4.2 Hambatan dalam Pelaksanaan Tujuan

Dalam pelaksanaan strategi pencapaian tujuan dan sasaran peningkatan mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko di RS Marzuki Mahdi selama Tahun 2025, terdapat berbagai hambatan yang diidentifikasi melalui pendekatan 5M sebagai berikut:

1. **Man** (Sumber Daya Manusia)
 - Belum meratanya pemahaman staf terhadap konsep mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko, khususnya pada lini operasional.
 - Tingginya beban kerja tenaga kesehatan menyebabkan keterbatasan waktu dalam pelaksanaan kegiatan mutu dan pelaporan indikator.
 - Rotasi pegawai menyebabkan kurangnya kesinambungan pengetahuan dan tanggung jawab dalam pelaksanaan program mutu.
 - Masih terbatasnya tenaga dengan kompetensi khusus di bidang audit klinis, RCA/FMEA, dan pelaporan mutu.
2. **Method** (Metode atau Prosedur)
 - Belum semua unit kerja menerapkan siklus *Plan–Do–Study–Act* (PDSA) secara konsisten dalam perbaikan mutu.
 - Pelaksanaan monitoring dan evaluasi program mutu belum terstandardisasi di semua unit kerja.
 - Masih terdapat perbedaan dalam pemahaman dan penerapan indikator mutu serta sasaran keselamatan pasien.
 - Belum optimalnya integrasi antara pelaksanaan mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko dalam satu sistem manajemen.
3. **Material** (Sarana/Alat Penunjang)
 - Ketersediaan media edukasi dan panduan operasional mutu serta keselamatan pasien di unit kerja masih terbatas.
 - Alat pelindung diri (APD) dan sarana pendukung PPI di beberapa unit belum sepenuhnya memenuhi kebutuhan untuk menjaga mutu dan keselamatan.
 - Kekurangan formulir pelaporan manual sebagai cadangan bila sistem aplikasi tidak dapat diakses.
4. **Machine** (Teknologi dan Sistem Informasi)
 - Aplikasi SIMANDATURI sebagai media pelaporan mutu belum sepenuhnya dioptimalkan oleh seluruh unit kerja.
 - Beberapa unit belum memiliki akses atau pelatihan memadai dalam penggunaan sistem informasi pelaporan indikator mutu dan insiden.
 - Belum tersedianya dashboard mutu dan keselamatan pasien yang dapat diakses lintas unit untuk kepentingan monitoring dan umpan balik real-time.
5. **Money** (Pendanaan/Anggaran)
 - Keterbatasan alokasi anggaran untuk pengembangan sistem mutu dan keselamatan pasien, termasuk untuk pelatihan, supervisi, dan audit eksternal.
 - Belum tersedianya anggaran khusus untuk pengembangan inovasi unit dalam mendukung *Continuous Quality Improvement* (CQI).
 - Kegiatan pelatihan, workshop, atau pendampingan internal sering kali harus bergantung pada kolaborasi lintas unit karena keterbatasan biaya pelaksanaan mandiri oleh Komite Mutu.

4.3 Upaya Tindak Lanjut

Sebagai bentuk respons terhadap hambatan pelaksanaan program mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko, RS Marsoeki Mahdi menetapkan berbagai upaya tindak lanjut berdasarkan pendekatan 5M. Tindak lanjut ini diarahkan untuk memperkuat implementasi strategi dan menjamin keberlanjutan peningkatan mutu secara menyeluruh.

4.4 Inovasi

Selama Tahun 2025, 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 4.1 Inovasi Komite Mutu

No	Inovasi
1	SIMANDATURI (Sistem Manajemen Data Mutu Terintegrasi) - 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	<i>Department of The Month</i> - 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	<i>Quality Improvement (QI) Championship</i> - Inisiatif untuk meningkatkan mutu dengan menerapkan siklus PDSA (<i>Plan-Do-Study-Act</i>). - Tujuan: Mengidentifikasi dan mengatasi permasalahan, serta merumuskan strategi perbaikan yang berkelanjutan di unit kerja.
4	Duta Mutu RS - 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	Duta KPRS - 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.
6	SiManis (Sistem Manajemen Risiko Terintegrasi) - SiManis merupakan aplikasi atau platform digital yang dirancang untuk membantu organisasi dalam mengelola risiko secara terstruktur, sistematis, dan efisien. - Aplikasi ini digunakan untuk mempermudah proses identifikasi, penilaian, mitigasi, dan pemantauan risiko yang dapat mempengaruhi pencapaian tujuan. - SiManis membantu rumah sakit menjadi lebih tanggap terhadap risiko yang ada, meningkatkan ketahanan, dan mendukung keberlanjutan operasionalnya.
7	PRISMA (Program Sinergi Mutu Dan Keselamatan Pasien) - PRISMA adalah sebuah aplikasi berbasis web yang bertujuan untuk mengintegrasikan sistem manajemen mutu dan keselamatan pasien dalam satu pendekatan yang sinergis dan berkelanjutan. - Program ini memadukan berbagai elemen penting dalam rumah sakit, mulai dari kebijakan, prosedur, hingga pelaksanaan di lapangan, untuk memastikan bahwa setiap aspek pelayanan pasien dapat dijalankan dengan standar mutu yang tinggi dan dengan memperhatikan keselamatan pasien di setiap tahap pelayanan.

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 Tahun 2025 adalah sebagai berikut:

5.1 Realisasi Program Mutu RS

5.1.1 Realisasi Program Peningkatan Mutu Rumah Sakit

Realisasi program peningkatan mutu Tahun 2025 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.	- Telah disusun regulasi terkait pengelolaan dan penerapan program mutu pelayanan RS. - Telah disusun program mutu tahun 2025.
2	Pemberian masukan dan pertimbangan kepada Direktur RS terkait perbaikan mutu di tingkat RS.	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.	- 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.	- Penerapan program mutu dipandu oleh Sub Komite Mutu dengan pembagian area 1:5 (1 petugas: 5 area). - Dilakukan move 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) Sub Komite yakni Sub Komite Mutu, Sub Komite KPRS, dan Sub Komite 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.	- 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 Dinas Kesehatan Kota Bogor Pemantauan dan Evaluasi Sistem Pelaporan INM dan IKP di Rumah Sakit pada tanggal 16 April 2025. - Kegiatan evaluasi mutu layanan dan kepatuhan fasilitas kesehatan terhadap PKS pada tanggal 4 Juni 2025.
6	Fasilitasi penyusunan profil indikator mutu dan instrumen untuk pengumpulan data.	- Sudah dilakukan review profil indikator untuk pemilihan dan penetapan indikator mutu prioritas unit (IMP-Unit) tahun 2025 pada bulan Oktober-Desember 2025 yang dihadiri oleh manajemen dan Kepala Unit Kerja, baik melalui rapat koordinasi maupun rapat per masing-masing bagian. - Penetapan profil indikator mutu unit (IMP-Unit) Tahun 2025 masih berproses sehubungan dengan adanya perubahan SOTK di RS.
7	Fasilitasi pengumpulan data, analisis capaian, validasi dan pelaporan data dari seluruh unit kerja.	Pengumpulan data indikator mutu saat ini menggunakan <i>spreadsheet</i> sehubungan masih berprosesnya pembaruan aplikasi SIMANDATURI. Proses pengumpulan data, analisis data dievaluasi rutin setiap bulannya.

No	Program	Realisasi
		- 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. - Validasi data indikator mutu dilakukan untuk PIC PMKP baru akan dilakukan setelah adanya penetapan SOTK yang baru.
8	Pengumpulan data, analisis capaian, validasi, dan pelaporan data indikator prioritas RS dan Indikator Nasional Mutu (INM) RS.	- 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 Kemkes sebelum tanggal 10. Saat ini aplikasi mutufasyankes sedang <i>error system</i>.
9	Koordinasi dan komunikasi dengan Komite Medis dan Komite lainnya, Satuan Pemeriksaan Internal, dan unit kerja lainnya yang terkait, serta staf.	- 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. Saat ini formulir CP Skizofrenia sudah masuk kedalam ERM dan sedang dilakukan proses uji coba pada semua PPA. - Rapat koordinasi dengan seluruh unit kerja dilakukan rutin setiap bulan untuk mendapatkan <i>feedback</i> 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.	- 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, <i>Spill Kit</i>, <i>Hand Hygiene</i>, dan Etika Batuk). - Memotivasi unit kerja untuk bersama-sama melaksanakan <i>quality improvement</i> sesuai dengan standar tiap harinya, tidak hanya saat akan mendekati akreditasi RS saja. - Melakukan monev terhadap kepatuhan pengisian rekam medik elektronik, memberi <i>feedback</i> 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 <i>display</i> mutu yang <i>up to date</i> 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.	- 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 <i>journal reading</i> yang berkaitan dengan mutu RS. - Melakukan <i>review</i> standar mutu RS (pelayanan, Pendidikan, dan penelitian) baik di internal Komite Mutu maupun dengan unit kerja.
12	Penyelenggaraan pelatihan peningkatan mutu.	Pelatihan peningkatan mutu belum terealisasi di tahun 2025.
13	Penyusunan laporan pelaksanaan program peningkatan mutu.	Laporan dan rekomendasi dibuat setiap bulan dan dilaporkan kepada Direktur Utama dan Dewan Pengawas untuk mendapatkan <i>feedback</i> dan pembelajaran.

5.1.2 Realisasi Program Keselamatan Pasien Rumah Sakit

Realisasi program keselamatan pasien Tahun 2025 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.	- Regulasi mengacu pada STARKES. - Disusun program kerja keselamatan pasien RS Tahun 2025.
2	Pemberian masukan dan pertimbangan kepada Direktur RS dalam rangka pengambilan kebijakan keselamatan pasien.	- 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 <i>Root Cause Analysis</i> (RCA) oleh Tim RCA dan membuat rekomendasi dari insiden keselamatan pasien tersebut untuk dilakukan perbaikan-perbaikan maksimal 45 hari sejak insiden. - Laporan kejadian terkait perilaku yang tidak mendukung budaya keselamatan dilaporkan setiap bulan.
3	Pemantauan dan memandu penerapan keselamatan pasien di unit kerja.	- Pemantauan dan memandu penerapan keselamatan pasien dan budaya keselamatan dilakukan oleh Sub Komite KPRS dan Duta KPRS melalui movev langsung ke unit kerja. - Penerapan program keselamatan pasien dipandu oleh Sub Komite 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 Dinas Kesehatan Kota Bogor Pemantauan dan Evaluasi Sistem Pelaporan INM dan IKP di Rumah Sakit pada tanggal 16 April 2025.
4	Motivasi, edukasi, konsultasi, pemantauan dan penilaian tentang penerapan program keselamatan pasien.	- Pemberian motivasi, edukasi, konsultasi, pemantauan dan penilaian melalui kegiatan movev dan supervisi yang dilaksanakan oleh Sub Komite KPRS. - Konsultasi secara tidak langsung dilaksanakan melalui telepon. - Membuat sarana edukasi seperti <i>leaflet</i> 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.	- Pengumpulan data sasaran keselamatan pasien menggunakan <i>google spreadsheet</i>. - 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 Sub Komite 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.	- Pelaporan internal insiden keselamatan pasien 1x24 jam dilaksanakan melalui online. - 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 Kemkes.
7	Melaksanakan pelatihan keselamatan pasien.	Pelatihan peningkatan keselamatan pasien belum terealisasi di tahunhun 2025.
8	Penyusunan laporan pelaksanaan program keselamatan pasien.	Laporan dan rekomendasi dibuat setiap bulan kepada Direktur Utama dan Dewan Pengawas untuk mendapatkan <i>feedback</i> dan pembelajaran.

5.1.3 Realisasi Program Manajemen Risiko Rumah Sakit

Realisasi program manajemen risiko Tahun 2025 adalah:

Tabel 5.3 Realisasi Program Manajemen Risiko

No	Program	Realisasi
1	Penyusunan kebijakan, pedoman dan program kerja terkait manajemen risiko rumah sakit.	- Penyusunan program kerja Sub Komite manajemen risiko Tahun 2025. - Program manajemen risiko disusun dengan mengacu pada peraturan perundang-undangan yang berlaku secara terintegrasi. - Penyusunan Profil Risiko Rumah Sakit tahun 2025.
2	Pemberian masukan dan pertimbangan kepada Direktur RS terkait manajemen risiko di RS.	Pemberian masukan dan pertimbangan terkait manajemen risiko dilaksanakan melalui rapat manajemen.
3	Pemantauan dan memandu penerapan manajemen risiko di unit kerja.	- Pemantauan dan memandu penerapan manajemen risiko dilakukan oleh Sub Komite Manajemen Risiko dengan pembagian 1:5 (1 petugas: 5 area). - Melakukan kegiatan Ronde setiap hari Selasa bersama dengan Sub Komite 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.	- Melakukan pendampingan oleh Sub Komite 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	- Melakukan permohonan pembuatan profil risiko unit kerja berdasarkan Nota Dinas No. YM.01.02/D.XXXV/ /2025. - Melakukan pendampingan ke unit kerja dalam proses penyusunan profil risiko unit kerja. - Pengumpulan profil risiko masing-masing unit kerja dan memberikan <i>feedback</i> 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. - Tahun 2025 telah terkumpul 30 profil risiko unit kerja.
6	Penyusunan Profil Risiko RS	Profil Risiko RS telah ditetapkan melalui SK Direktur Utama Nomor HK.02.03/D.XXXV/1842/2025 tentang Penetapan Profil Risiko tahun 2025 di RS Marzoeqi Mahdi.
7	Penyusunan <i>Failure Mode and Effect Analysis</i> (FMEA) Unit Kerja	- Melakukan pendampingan ke unit kerja mengenai penyusunan FMEA. - Pengumpulan FMEA masing-masing unit kerja dan memberikan <i>feedback</i> atas FMEA yang telah dikumpulkan. - Melakukan kelas kecil penyusunan FMEA unit kerja.
8	Penyusunan <i>Hazard Vulnerability Assessment</i> (HVA) dan <i>Hospital Safety Index</i> (HIS)	- Melakukan pendampingan penyusunan HVA dan HIS berdasarkan standar keselamatan RS - Melakukan evaluasi dan umpan balik.
9	Penilaian Manajemen Risiko	- Penilaian manajemen risiko oleh eksternal: <i>Maturity Rating</i> 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.
10	Pelaksanaan dan pelaporan rencana penanganan risiko sesuai lingkup tugasnya.	- 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 Sub Komite Manajemen Risiko.
11	Pemberian usulan rencana kontingensi apabila kondisi yang tidak normal terjadi	- Manajemen risiko pada kondisi yang tidak normal dilakukan rapat segera. - Usulan disusun berdasarkan masukan pada Direktur, Timker, Asisten Timker, Ketua Komite, SPI dan para pihak terkait.
12	Pelaksanaan pelatihan manajemen risiko.	Penyusunan Risk Register dan FMEA Unit Kerja melalui Kelas Kecil.
13	Penyusunan laporan pelaksanaan program manajemen risiko.	Laporan dan rekomendasi dibuat setiap bulan kepada Direktur Utama dan Dewan Pengawas untuk mendapatkan <i>feedback</i> dan pembelajaran.

5.2 Pencapaian Indikator Nasional Mutu (INM)

Indikator Nasional Mutu (INM) pada Tahun 2025 ada tigabelas indikator sebagai berikut:

Tabel 5.4 Hasil Capaian Indikator Nasional Mutu (INM)

No	Indikator Mutu	Standar	TW I	TW II	TW III	TW IV	2025
1	Kepatuhan Kebersihan Tangan	≥85%	91,97%	93,53%	91,94%	93,86%	92,83%
2	Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)	100%	99,29%	99,49%	99,40%	98,11%	99,07%
3	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
4	Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesaria Emergensi	≥80%	100,00%	100,00%	91,67%	100,00%	97,73%
5	Waktu Tunggu Rawat Jalan	≥80%	85,05%	86,17%	80,80%	76,66%	82,17%
6	Penundaan Operasi Elektif	≤5%	0,00%	0,00%	0,00%	5,71%	1,43%
7	Kepatuhan Waktu Visite Dokter	≥80%	93,79%	92,78%	92,28%	86,23%	91,27%
8	Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
9	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional	≥80%	97,39%	97,39%	97,84%	97,32%	97,49%
10	Kepatuhan Terhadap Alur Klinis (<i>Clinical Pathway</i>)	≥80%	83,33%	83,33%	83,33%	83,33%	83,33%
11	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
12	Kecepatan Waktu Tanggap Komplain	≥80%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
13	Kepuasan Pasien	≥76.61	88,83%	89,39%	92,02%	91,81%	90,51%

Kondisi yang dicapai saat ini:

- Pelaporan INM pada aplikasi Kementerian Kesehatan RI sudah dilakukan tepat waktu maksimal tanggal 10 setiap bulannya.
- Dari 13 indikator Nasional Mutu tercapai 12 indikator, yaitu:
 - Kepatuhan Kebersihan Tangan
 - Kepatuhan Identifikasi Pasien
 - Waktu Tanggap Seksio Sesarea Emergensi
 - 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
- INM yang tidak tercapai ada 1 indikator yaitu:
 - Kepatuhan Penggunaan APD" dengan rerata capaian 99,07% (standar 100%).
- 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:

- Ketidakkonsistenan PPA dalam penggunaan APD sesuai pedoman PPI.
- Penggunaan mesin APM belum optimal meskipun sudah tersedia dan sebagian bisa mencetak SEP.
- Error SIMRS/ERM pada TPP, Poliklinik, dan Farmasi yang memperlambat layanan.
- Kepatuhan task SIMRS rendah oleh petugas di TPP, Poli, dan Farmasi.
- Sistem belum bisa memblokir pasien yang datang terlalu awal, menyebabkan penumpukan antrian.
- Jadwal poli reguler dan eksekutif beberapa dokter tumpang tindih, menyebabkan keterlambatan pelayanan.

7. Ketidakkonsistenan kehadiran dokter sesuai jadwal praktik yang ditentukan.
8. Monev dan supervisi atasan langsung belum berjalan optimal.
9. *Feedback person-to-person* kepada dokter belum dilakukan secara konsisten.
10. Sistem *reward dan punishment* dokter belum dijalankan secara terstruktur.

Hal yang sudah dilakukan:

1. Monev dan edukasi ulang petugas terkait kepatuhan penggunaan APD.
2. Koordinasi dengan SIRS untuk atasi gangguan ERM.
3. Pengajuan dan pengadaan mesin APM, 4 unit telah bisa mencetak SEP.
4. Security membantu pendaftaran online pasien yang datang langsung.
5. Edukasi pasien agar menggunakan aplikasi “m-JKN” dan “RSJMM Care”.
6. Himbauan penyelesaian task SIMRS untuk semua lini petugas.
7. Redesain dan validasi ulang jadwal praktik dokter melalui HFIS.
8. Penyesuaian jadwal HFIS dengan kondisi real lapangan.
9. Koordinasi dengan Hukum, Humas, Medik, Penunjang untuk display TV jadwal poli.
10. Koordinasi lintas Komite dan instalasi untuk optimalisasi farmasi dan pelayanan rawat jalan.
11. Evaluasi dan rapat strategis untuk peningkatan waktu layanan.
12. Monitoring berkala terhadap pelayanan dokter, perawat, farmasi.
13. Feedback ketepatan waktu praktik ke struktur direktorat terkait.
14. Monev Komite Mutu untuk pelaporan indikator mutu rawat jalan.

Rekomendasi:

1. Indikator “Kepatuhan penggunaan APD”:
 - Pastikan stok APD selalu cukup dan tersedia di titik layanan.
 - Lakukan supervisi berkala, dokumentasi penggunaan APD, dan intervensi terhadap pelanggaran.
 - Terapkan pelatihan rutin dan reedukasi kepada PPA menggunakan metode interaktif (simulasi, diskusi kasus).
 - Bangun budaya keselamatan pasien secara kolektif melalui kampanye internal.
 - Terapkan reward (penghargaan atau sertifikat) bagi petugas patuh dan sanksi progresif bagi yang tidak patuh.

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 standar PPI harus dipertahankan
Edukasi	Komite PPI sudah memberikan edukasi terus-menerus kepada PPA yang tidak patuh saat dilakukan audit	Edukasi berkelanjutan kepada perawat, dokter, dan petugas lainnya dalam penggunaan APD yang sesuai standar PPI
Monev dan supervisi berjenjang	Komite PPI melakukan sosialisasi dan edukasi tools penilaian sebelum monev, sehingga saat monev dilaksanakan PPA telah paham dan patuh menggunakan APD	Monev dan supervisi berjenjang oleh atasan langsung, Timker Pelayanan Medik, Timker Keperawatan, Timker Penunjang, dan Komite Mutu terkait kepatuhan APD
Reward and punishment	Kepatuhan penggunaan APD dimasukkan ke dalam indikator kinerja individu	Kepatuhan penggunaan APD juga menjadi bagian dari indikator kinerja individu di semua unit pelayanan

2. Indikator “Waktu tunggu rawat jalan”.
 Indikator “Waktu tunggu rawat jalan” di INM ini walaupun sudah mencapai standar masih perlu ditingkatkan untuk mensupport indikator waktu tunggu rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang, yaitu dengan cara:
 - a. Mengoptimalkan Fungsi Mesin APM

- Mengoptimalkan pendaftaran pasien melalui Mobile JKN agar SEP dapat langsung tercetak di mesin APM.
- b. Mengatasi Gangguan SIMRS (*Error*)
 - Pemeliharaan rutin dan pengecekan sistem SIMRS secara berkala untuk mencegah *error*.
 - Menyediakan tim teknis yang siap membantu menangani gangguan teknis SIMRS.
 - Memberikan pelatihan dasar kepada petugas untuk mengatasi masalah teknis sementara.
- c. Meningkatkan Kepatuhan Petugas SIMRS
 - Pelatihan dan sosialisasi terkait pentingnya kepatuhan dalam penggunaan SIMRS dan pencatatan setiap *task*.
 - Monitoring ketat dan evaluasi berkala terhadap kinerja petugas dalam menggunakan SIMRS.
 - Pemberian umpan balik dan penegakan aturan bagi petugas yang tidak konsisten.
- d. Menerapkan Pemblokiran Pasien yang Datang Terlalu Awal
 - Mengembangkan sistem yang memungkinkan pemblokiran otomatis bagi pasien yang datang lebih awal dari jadwal.
 - Mengatur petugas administrasi untuk memeriksa waktu kedatangan pasien sesuai jadwal yang ditentukan.
- e. Menghindari *Overlapping* Jadwal Poli Eksekutif dan Reguler
 - Menyusun ulang jadwal dokter yang masih *overlapping* dengan mempertimbangkan kapasitas Poli dan mencegah bentrokan antara Poli Eksekutif dan Reguler.
- f. Melakukan Pemantauan Jadwal HFIS dengan Realita di Lapangan
 - Melakukan pemantauan dan penyesuaian jadwal HFIS secara *real-time* untuk mencocokkan dengan kondisi di lapangan.
 - Koordinasi antara tim penjadwalan dan unit pelayanan untuk mengoptimalkan kesesuaian jadwal.
- g. Meningkatkan Kepatuhan Dokter pada Jadwal Poliklinik
 - Penguatan disiplin dengan penegakan aturan mengenai ketepatan waktu dokter dalam pelayanan.
 - Memberikan umpan balik langsung kepada dokter oleh atasan terkait kepatuhan terhadap jadwal.
- h. Meningkatkan Monitoring dan Supervisi
 - Menyusun jadwal supervisi dan monitoring yang lebih terstruktur dan konsisten dari atasan langsung.
 - Evaluasi kinerja petugas secara berkala dan memberikan *feedback* konstruktif untuk perbaikan.
- i. Memberikan *feedback* Ketepatan Waktu Pelayanan kepada Dokter
 - Implementasi sistem laporan kinerja yang memberikan informasi ketepatan waktu dokter dalam melayani pasien.
 - Mengadakan pertemuan *feedback person-to-person* oleh atasan untuk mendiskusikan kinerja dan meningkatkan efisiensi.
- j. Menyusun Program *Reward and Punishment* yang Jelas
 - Membuat program *reward and punishment* yang transparan, berdasarkan ketepatan waktu dan kualitas pelayanan dokter.
 - Sosialisasikan dan pastikan program ini diterima dengan baik oleh seluruh tenaga medis untuk meningkatkan motivasi.

Secara rinci rekomendasinya adalah sebagai berikut:

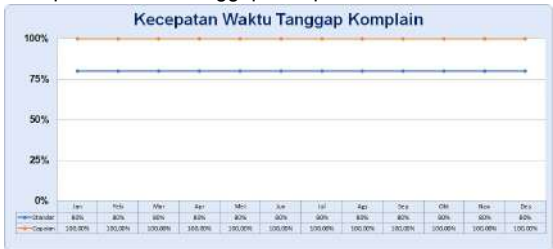
Tabel 5.6 Rekomendasi Waktu Tunggu Rawat Jalan

Deskripsi	SIRS	TPP	Perawat	Dokter
Komitmen	Komitmen penuh untuk mendukung perbaikan waktu pelayanan, terutama maintenance ERM dan SIMRS serta pencetakan SEP via APM	Komitmen melakukan perbaikan waktu tunggu rawat jalan	Komitmen untuk membantu percepatan pelayanan rawat jalan melalui asesmen awal dan manajemen antrean	Komitmen hadir sesuai jadwal praktik yang telah disepakati dan dimuat dalam HFIS
Kehadiran	Siaga memperbaiki jika terjadi gangguan jaringan/ERM	Masuk sesuai jam kerja 07.30–16.00 WIB dan melayani tepat waktu	Masuk kerja tepat waktu, asesmen dilakukan segera setelah pasien mendaftar, dan ada sistem pengganti saat cuti/sakit	Menyeimbangkan waktu antara visite dan praktik poli, serta mengikuti jadwal HFIS
Informasi & Edukasi	Memberikan notifikasi jika terjadi gangguan sistem agar bisa diteruskan ke pasien oleh frontliner	Memberikan informasi jam praktik dokter dan edukasi penggunaan APM	Memberikan informasi kondisi pelayanan serta edukasi alur dan tujuan ruang poli kepada pasien	Edukasi kontrol H-3/H+3, info keterlambatan layanan, serta arahan agar pasien mengikuti jadwal yang ditentukan
Sarana & Prasarana	Menjamin jaringan stabil, pengembangan RSJMM Care (fitur antrean real-time)	Optimalisasi APM untuk cetak SEP dan registrasi mandiri	Penggunaan display antrean dan pengeras suara di ruang tunggu poli	Tersedianya display antrean dan fingerprint di semua poli (termasuk poli yang belum ada)
Pengaturan Kuota	Menyinkronkan kuota poli ke RSJMM Care & HFIS	Menyesuaikan kuota dengan kebijakan Timker Medik	Alihkan pasien ke dokter yang masih membuka layanan	Memberikan layanan sesuai load pasien harian, mendukung alokasi pasien yang adil dan efisien
Sistem	Perbaikan SIMRS secara cepat jika error, dan pemblokiran pasien yang tidak sesuai alur	Usulan alternatif (offline/manual) saat sistem terganggu, penataan antrian fast track	Mendukung pemblokiran pasien datang terlalu awal berdasarkan asesmen	Menyetujui sistem pemblokiran pasien yang tidak sesuai jadwal dan bekerjasama dengan perawat untuk asesmen awal
Jadwal Poliklinik	–	–	–	Sinkronisasi jadwal Poli Eksekutif dan Reguler agar tidak tumpang tindih
Monev & Supervisi	Melakukan monev dan supervisi berjenjang secara rutin terhadap kendala waktu tunggu rawat jalan	Idem	Idem	Idem
Reward & Punishment	Menyusun sistem penghargaan dan sanksi berdasarkan kepatuhan terhadap aturan dan perbaikan waktu tunggu	Idem	Idem	Idem

Tabel 5.7 PDSA INM Tahun 2025

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Kepatuhan Kebersihan Tangan 	Menjaga konsistensi kepatuhan & susun intervensi (<i>champion, visual reminder</i>)	Edukasi ulang dan pelatihan, intervensi 2 minggu	Capaian stabil & meningkat. Intervensi berhasil. Perlu penekanan momen ke-5 WHO.	Lanjutkan edukasi dan sistem monitoring bulanan
Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) 	Tingkatkan kepatuhan dengan intervensi reminder & pengawasan	Pastikan APD tersedia, laksanakan audit harian	Masih sedikit di bawah target. Faktor: kurang konsisten dalam penggunaan APD	Perkuat edukasi dan audit silang antar unit
Kepatuhan Identifikasi Pasien 	Menjaga 3 identitas pasien di semua layanan	Sosialisasi prosedur & audit lapangan	Capaian maksimal. Sudah konsisten di seluruh unit	Pertahankan dan adakan audit acak berkala
Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesaria Emergensi 	Percepat waktu tanggap <30 menit	Pelatihan simulasi emergensi	Semua kasus tanggap cepat. SOP dan tim respons berjalan baik	SOP difinalisasi & dilakukan audit minimal triwulan
Waktu Tunggu Rawat Jalan 	Identifikasi penyebab keterlambatan & buat pilot poli	Uji coba sistem reservasi & pengingat pasien	Capaian baik, namun variasi unit tinggi. Faktor: keterlambatan DPJP	Implementasi sistem antrian terintegrasi diseluruh TPP dan Poliklinik
Penundaan Operasi Elektif	Pertahankan tanpa penundaan	Sinkronisasi jadwal, pastikan kesiapan tim & pasien	Tidak ada penundaan. Sistem pre-op efektif	Pertahankan & dokumentasikan sebagai best practice

34

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Kecepatan Waktu Tanggap Komplain 	Pertahankan kecepatan <2x24 jam	Pemantauan respons & notifikasi ke unit	Tidak ada keterlambatan. Sistem pelaporan berjalan baik	SOP dipertahankan, evaluasi dampak kepuasan
Kepuasan Pasien 	Tingkatkan kepuasan dengan fokus pada komunikasi, kenyamanan, dan kejelasan info	Survei bulanan pasien keluar (rawat jalan & inap)	Capaian tinggi & meningkat. Edukasi & komunikasi klinis berdampak baik	Lanjutkan survei & feedback per unit. Evaluasi tren & area rendah

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

Indikator Nasional Prioritas Rumah Sakit (IMP-RS) pada Tahun 2025 ada 16 (enam belas) indikator sebagai berikut:

Tabel 5.8 Hasil Capaian Indikator Nasional Prioritas Rumah Sakit (IMP-RS)

No	Indikator Mutu	Standar	TW I	TW II	TW III	TW IV	2025
1	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
2	Ketepatan Pelaksanaan Metode TBAK	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
3	Pelaksanaan Dan Dokumentasi <i>High Alert Double Check</i>	100%	98,72%	100,00%	100,00%	100,00%	99,68%
4	Kepatuhan Pelaksanaan <i>Surgery Safety Checklist</i>	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
5	Kepatuhan Kebersihan Tangan	≥85%	91,97%	93,53%	91,94%	93,86%	92,83%
6	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
7	Kepatuhan Terhadap Alur Klinis (<i>Clinical Pathway</i>)	≥80%	83,33%	83,33%	83,33%	83,33%	83,33%
8	Optimalisasi Perawatan Pasien Skizofrenia	≥70%	95,81%	99,50%	99,68%	99,53%	98,63%
9	Pasien Adiksi NAPZA Yang Mengalami Perbaikan Kualitas Hidup	≥70%	100,00%	96,67%	100,00%	100,00%	99,17%
10	Tingkat Pertumbuhan Pemanfaatan Layanan Unggulan	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
11	Waktu Tunggu Pelayanan Farmasi	≥80%	68,21%	65,11%	72,39%	70,30%	69,00%
12	Kepuasan Pasien dan keluarga	>76,61	88,83%	89,39%	92,02%	91,81%	90,51%
13	Tingkat Kepuasan Pegawai	≥80%	N/A	N/A	85,19%	85,85%	85,19%
14	Implementasi <i>Failure Mode and Effect Analysis</i> (FMEA) Di RS	≥80%	N/A	N/A	N/A	100,00%	100,00%
15	Publikasi Penelitian Nasional Dan/Atau Internasional	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
16	Tingkat Kepuasan Pelanggan Terhadap Pelayanan Rumah Sakit Atas Dilaksanakannya Pendidikan Klinis	≥76.61	91,63%	94,55%	91,02%	91,99%	92,30%

Kondisi yang dicapai saat ini:

- Capaian IMP Tahun 2025, dari 16 Indikator Mutu Prioritas 14 indikator sudah tercapai, yaitu:
 - Kepatuhan Identifikasi Pasien
 - Kepatuhan Pelaksanaan Metode TBAK
 - 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 Pegawai
 - Implementasi *Failure Mode and Effect Analysis* (FMEA) di RS
 - Publikasi Penelitian Nasional Dan/Atau Internasional
 - Tingkat Kepuasan Pelanggan Terhadap Pelayanan Rumah Sakit Atas Dilaksanakannya Pendidikan Klinis.
- Terdapat satu indikator yang belum tercapai, yaitu:
 - Pelaksanaan Dan Dokumentasi *High Alert Double Check* dengan rerata capaian Tahun 2025 sebesar 99,68% (standar 100%).
 - Waktu Tunggu Pelayanan Farmasi dengan rerata capaian Tahun 2025 sebesar 69,00% (standar 80%) dengan capaian yang masih fluktuatif dengan adanya redesign alur farmasi dan adanya depo baru untuk pasien non BPJS.

Kendala dan permasalahan:

1. Capaian waktu tunggu pelayanan farmasi belum mencapai target (standar $\geq 80\%$), disebabkan oleh alur layanan yang belum berjalan optimal.
2. Beban resep meningkat, karena seluruh resep masuk langsung diproses tanpa sistem penyaringan atau prioritas.
3. Stok obat sering menipis, menyebabkan keterlambatan pelayanan akibat klarifikasi atau alternatif obat.
4. Depo non-BPJS baru dibuka sejak pertengahan bulan Juni 2025, namun tidak diiringi dengan tambahan SDM, sehingga terjadi pembagian tenaga di beberapa titik yang menghambat efektivitas pelayanan.
5. Keterbatasan SDM di Instalasi Farmasi karena:
 - 1 petugas administrasi pensiun pada April
 - 1 petugas menjalankan ibadah haji (Mei–Juni)
 - 1 petugas distribusi berpindah tugas karena diterima sebagai CPNS pada Juni
6. Resep dan berkas pasien BPJS masih diproses secara manual, termasuk pencetakan salinan resep, yang menambah waktu sekitar 10 menit per pasien.
7. Belum ada sistem prioritas berbasis jenis resep (racikan vs non-racikan), sehingga semua resep diproses secara seragam.
8. Tambahan 3 tenaga administrasi baru belum berdampak signifikan karena masih dalam masa orientasi dan belum diatur untuk menangani waktu puncak secara strategis.

Hal yang sudah dilakukan:

1. Melakukan *redesign* alur pelayanan farmasi, meskipun belum menghasilkan penurunan waktu tunggu yang signifikan.
2. Membuka depo baru untuk pasien non-BPJS pada 13 Juni 2025, namun tanpa penyesuaian jumlah SDM.
3. Pemantauan ketersediaan obat dilakukan, namun belum sepenuhnya dapat mencegah keterlambatan pelayanan.
4. Proses manual salinan resep dan kelengkapan berkas BPJS masih menjadi *bottleneck* pelayanan.
5. Seluruh resep tetap diproses serentak, tanpa adanya prioritas berdasarkan kompleksitas resep.
6. Penambahan 3 tenaga administrasi baru ditugaskan untuk membantu proses *dispensing*, distribusi, racik, dan arsip resep.
7. Rekrutmen PPPK telah dibuka, namun masih dalam tahap pemberkasan dan belum berdampak langsung ke pelayanan.

Rekomendasi:

1. Umum – Pertahankan Capaian Indikator Lain
 - Tetap jaga mutu dan konsistensi pada 13 indikator yang telah mencapai standar.
 - Lakukan evaluasi berkala untuk memastikan seluruh proses berjalan sesuai SOP dan indikator tidak mengalami penurunan.
2. Optimalisasi Perawatan Pasien Skizofrenia (*Meski sudah tercapai*)
 - Tetap dorong kepatuhan pengisian *formulir PANSS Remisi* di ERM oleh psikiater saat pasien masuk dan pulang.
 - Lakukan audit form PANSS dan berikan *feedback* per individu kepada psikiater secara berkala.
3. Perbaiki Indikator Waktu Tunggu Pelayanan Farmasi
 - Klasifikasikan resep berdasarkan tingkat kompleksitas (racikan, non-racikan, high alert).
 - Terapkan sistem jalur cepat (fast track) untuk resep standar/non-racikan.
 - Implementasi digitalisasi proses berkas BPJS, serta integrasi langsung dengan SIMRS untuk mempercepat proses administrasi.
 - Tambahkan notifikasi dan dashboard antrian farmasi yang dapat diakses pasien secara real-time melalui TV antrean atau aplikasi RSJMM Care.

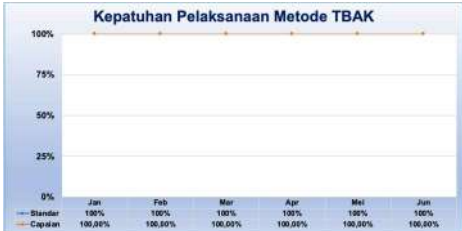
- Rancang ulang pembagian kerja SDM farmasi agar fokus pada titik waktu puncak pelayanan dan distribusi tugas berbasis beban kerja.
- Dorong percepatan pemberkasan dan orientasi tenaga baru, serta evaluasi kebutuhan SDM tambahan untuk setiap depo farmasi yang aktif.
- Sertakan indikator kinerja individu (IKI) berbasis waktu tunggu farmasi untuk petugas terkait.

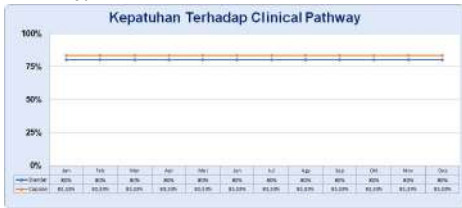
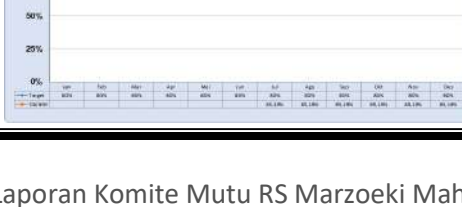
Tabel 5.9 Rekomendasi Waktu Tunggu Pelayanan Farmasi

Deskripsi	SIRS	Farmasi
Komitmen	Komitmen seluruh petugas SIRS untuk mendukung perbaikan waktu pelayanan farmasi, termasuk dalam stabilisasi sistem dan integrasi SIMRS.	▪ Komitmen seluruh petugas farmasi untuk menyelesaikan pelayanan obat dalam waktu ≤60 menit. ▪ Komitmen menyelesaikan task di SIMRS setelah serah obat. ▪ Komitmen proaktif saat terjadi penumpukan resep. ▪ Komitmen bersama Instalasi VAPP dalam merespons kendala administrasi pasien BPJS.
Kehadiran	Hadir dan sigap memperbaiki kendala jaringan dan aplikasi e-prescribing.	▪ Pengalihan SDM farmasi dari lini belakang ke Farmasi Rawat Jalan saat peak hour. ▪ Penyesuaian jadwal kerja berdasarkan kebutuhan beban layanan.
Informasi & Edukasi	Memberikan informasi jika terjadi gangguan sistem, agar dapat diteruskan ke pasien.	▪ Edukasi pasien agar tidak meninggalkan antrian setelah menyerahkan resep. ▪ Informasi tentang potensi perpanjangan waktu tunggu saat peak hour. ▪ Display antrian farmasi dijaga agar selalu aktif. ▪ Edukasi untuk petugas keamanan dalam pengelolaan antrian pasien.
SDM	–	▪ Menyesuaikan jumlah dan distribusi SDM farmasi (apoteker, TTK, dan admin) sesuai kebutuhan di Farmasi Rawat Jalan, Gedung Ismaya, dan Poli Eksekutif. ▪ Pelatihan efisiensi kerja dalam penanganan resep cepat dan tepat.
Sarana & Prasarana	Menjaga kestabilan jaringan internet dan sistem server yang mendukung layanan.	▪ Memastikan perangkat dan jaringan stabil untuk mendukung pelayanan cepat dan lancar.
Pengaturan Kuota	Koordinasi dengan Timker Pelayanan Medik untuk penyesuaian jadwal praktik dokter agar tidak menumpuk di jam 10.00–11.00 WIB.	▪ Menyusun sistem pengaturan kuota resep yang merata sepanjang hari. ▪ Koordinasi pengambilan resep agar tidak terkonsentrasi pada jam tertentu.
Sistem	Penguatan sistem e-prescribing agar mudah digunakan dan terintegrasi baik oleh dokter maupun farmasi.	▪ Petugas wajib menyelesaikan task serah obat di SIMRS secara real-time. ▪ Evaluasi dan penyesuaian alur kerja untuk efisiensi. ▪ Rencana stok obat yang ketat dan monitoring ketersediaan yang lebih proaktif. ▪ Digitalisasi verifikasi BPJS dan integrasi sistem farmasi.
Prioritas Resep	–	▪ Terapkan sistem prioritas untuk resep berdasarkan urgensi dan jenis obat. ▪ Gunakan teknologi antrian berbasis kategori atau kebutuhan klinis.
Monitoring & Evaluasi	Monitoring dan evaluasi rutin terhadap pelaksanaan rekomendasi untuk memastikan perbaikan berkelanjutan dan peningkatan waktu layanan.	Idem

Langkah-langkah PDSA untuk IMP-RS Tahun 2025 dirumuskan sebagai berikut:

Tabel 5.10 PDSA IMP-RS Tahun 2025

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Kepatuhan Identifikasi Pasien 	Analisis faktor risiko ketidaksesuaian identifikasi pasien dan rancang intervensi	Sosialisasi ulang, penguatan SOP, audit acak	Capaian konsisten 100%, implementasi efektif	Tetapkan sebagai budaya kerja, audit rutin per triwulan
Ketepatan Pelaksanaan Metode TBAK 	Review kepatuhan metode TBAK dan keterampilan staf	Supervisi dan pelatihan ulang	Tidak ditemukan deviasi, seluruh unit konsisten	Jadikan prosedur wajib dan tinjau berkala keterampilan
Pelaksanaan Dan Dokumentasi High Alert Double Check 	Susun intervensi edukatif, reminder visual, pengawasan ketat	Edukasi dan audit farmasi dua kali per minggu	Kinerja meningkat, deviasi di unit sibuk	Lanjutkan intervensi, perluas cakupan unit intervensi
Kepatuhan Pelaksanaan Surgery Safety Checklist 	Edukasi ulang prosedur sign in, time out, sign out	Supervisi ketat PJ OK, audit mingguan	Implementasi sesuai harapan	Standarkan SSC sebagai instrumen audit mutu klinis
Kepatuhan Kebersihan Tangan 	Intervensi champion unit, poster visual, insentif edukatif	Pelatihan, reminder, pemantauan mingguan	Peningkatan konsisten, momen ke-5 sering terlewat	Perkuat pengawasan momen WHO dan edukasi ulang per bulan
Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh 	Penilaian risiko pasien baru, edukasi caregiver	Implementasi form skrining dan intervensi harian	Tidak ditemukan kasus jatuh, pelaksanaan baik	Pertahankan sistem, integrasi evaluasi ke asuhan keperawatan

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Kepatuhan Terhadap Alur Klinis (Clinical Pathway) 	Identifikasi deviasi CP, sosialisasi ulang	Audit CP, reminder visual, edukasi DPJP	Deviasi masih ada di beberapa unit	Evaluasi CP per bulan dan feedback DPJP per kasus
Optimalisasi Perawatan Pasien Skizofrenia 	Optimalkan intervensi individual dan kelompok	Monitoring capaian terapi dan dokumentasi progres	Hasil sangat baik dan meningkat	Jadikan perawatan skizofrenia sebagai program model
Pasien Adiksi NAPZA Yang Mengalami Perbaikan Kualitas Hidup 	Terapkan evaluasi kualitas hidup berkala	Edukasi, terapi okupasi, dukungan pascarehab	Program efektif meningkatkan outcome pasien	Kembangkan dukungan komunitas dan keluarga
Tingkat Pertumbuhan Pemanfaatan Layanan Unggulan 	Identifikasi hambatan & rancang kampanye layanan	Edukasi pasien, leaflet, pemutaran video edukasi	Pemanfaatan meningkat sesuai target	Evaluasi efektivitas kanal promosi dan umpan balik pasien
Waktu Tunggu Pelayanan Farmasi 	Audit alur pelayanan, redesign sistem, rancang fast track	Penambahan SDM, re-layout, trial jalur cepat	Waktu tunggu belum sesuai target, beban di jam sibuk	Penambahan tenaga puncak dan perluasan jalur prioritas
Kepuasan Pasien dan keluarga 	Analisis keluhan dominan (komunikasi, waktu tunggu)	Survei rutin dan tindak lanjut per unit	Capaian sangat baik, tren meningkat	Publikasi capaian dan umpan balik ke unit kerja
Tingkat Kepuasan Pegawai 	Susun instrumen dan rencana survei	Survei & forum diskusi internal	Belum dilakukan; menunggu pelaksanaan	Laksanakan dan integrasikan hasil ke kebijakan internal

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Implementasi <i>Failure Mode and Effect Analysis</i> (FMEA) Di RS 	Penetapan unit prioritas FMEA dan jadwal pelaksanaan	Pelatihan PIC & pendampingan teknis	Belum seluruh unit mengimplementasikan	Penjadwalan FMEA triwulan & monitoring progres
Publikasi Penelitian Nasional Dan/Atau Internasional 	Dorong penelitian berbasis pelayanan RS	Workshop dan pendampingan penulisan ilmiah	Jumlah publikasi sesuai target	Targetkan jurnal bereputasi dan publikasi internasional
Tingkat Kepuasan Pelanggan Terhadap Pelayanan Rumah Sakit Atas Dilaksanakannya Pendidikan Klinis 	Optimalkan sistem feedback peserta	Penambahan sesi klinis dan pembimbingan aktif	Survei menunjukkan peningkatan signifikan	Evaluasi kurikulum berbasis hasil survei kepuasan

5.4 Pencapaian Indikator Mutu Transformasi Kesehatan

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

Realisasi program peningkatan mutu Tahun 2025 adalah sebagai berikut:

Indikator mutu perbaikan waktu pelayanan *end to end* Tahun 2025 adalah sebagai berikut:

Tabel 5.11 Hasil Capaian Indikator Mutu Perbaikan Waktu Pelayanan *End to End*

No	Indikator Mutu	Standar	TW I	TW II	TW III	TW IV	2025
1	Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang	≥80%	81,33%	82,71%	81,21%	80,49%	81,43%
2	Waktu Pemeriksaan Laboratorium (WPL)	≥80%	97,80%	100,00%	97,63%	98,01%	98,36%
3	Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)	≥80%	85,25%	88,32%	86,24%	85,83%	86,41%
4	Pembatalan Operasi Elektif	≤3%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
5	Waktu Pelayanan Pasien Di IGD ≤ 4 Jam	≥90%	83,16%	86,83%	93,46%	89,48%	88,23%
6	Realisasi Pasien Yang Direncanakan Pulang H-1	≥90%	93,07%	91,87%	94,91%	92,99%	93,21%
7	Waktu Masuk Rawat Inap	≥90%	87,48%	92,50%	98,19%	86,49%	91,17%

Kondisi yang dicapai saat ini:

- Capaian indikator mutu perbaikan waktu pelayanan *end to end* Tahun 2025, dari 7 Indikator Mutu tercapai 6 indikator, yaitu:
 - Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang
 - Waktu Pemeriksaan Laboratorium (WPL)
 - Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)
 - Pembatalan Operasi Elektif

- Realisasi Pasien Yang Direncanakan Pulang H-1
 - Waktu Masuk Rawat Inap
2. Terdapat 1 indikator yang belum tercapai, yaitu:
- Waktu Pelayanan Pasien Di IGD ≤ 4 Jam dengan rerata capaian Tahun 2025 sebesar 88,23% (standar $\geq 90\%$).

Kendala dan Permasalahan:

1. Ketidakkonsistenan Kehadiran dan Ketepatan Waktu Dokter
 - Beberapa dokter tidak hadir sesuai jadwal praktik (baik di poli maupun saat konsultasi IGD).
 - Resume medis sering diisi di luar jam kerja atau tidak dilakukan updating kembali H-1 saat pasien direncanakan pulang, mempengaruhi data discharge dan efektivitas layanan.
2. Lokasi Fisik Layanan yang Berjauhan
 - TPP, Poliklinik, dan Farmasi tersebar di lokasi berbeda, memperpanjang alur waktu layanan pasien.
3. Sumber Daya Manusia (SDM) Tidak Merata
 - Jumlah Apoteker, TTK, dan petugas pendaftaran tidak sebanding dengan beban kerja di jam sibuk dan harus terdistribusi di beberapa depo.
 - Perlu redistribusi SDM saat *peak hour* dan pengganti saat cuti/haji/pensiun.
4. Belum Optimalnya Pemanfaatan Sistem Informasi (SIMRS/LIS/RIS)
 - Klik status pasien (keluar/pindah) belum dilakukan real-time oleh petugas.
 - Delay bridging antara SIMRS–LIS/RIS, hasil tidak terinput otomatis dan berdampak pada pelayanan.
5. Keterbatasan Sarana Penunjang Elektronik
 - PACS untuk radiologi belum tersedia, hasil gambar di SIMRS kurang tajam.
 - Tidak semua poli memiliki *fingerprint* atau sistem monitoring waktu *real-time*.
6. Keterlambatan Pengambilan Keputusan Klinis
 - Respon DPJP lambat, terutama saat di luar jam kerja.
 - Konsultasi melalui *WhatsApp* tidak sesuai SPO (harus via telepon langsung).
7. Penumpukan Pasien dan Resep Saat *Peak Hour*
 - Terjadi *bottleneck* pada jam 10.00–11.00, terutama pasca libur panjang.
 - Tidak ada sistem distribusi antrian atau jalur cepat (*fast track*) untuk kasus standar.
8. Kurangnya Kepatuhan Input Data di SIMRS
 - Status tindakan pasien pasca-operasi belum ditutup oleh petugas.
 - Data discharge pasien tidak diperbarui oleh DPJP meski pasien sudah di-ACC pulang.
9. Belum Tersedianya Sistem *Paperless* Terintegrasi
 - Hasil laboratorium dan radiologi masih dicetak manual, belum bisa diakses pasien secara online.
 - Dokumen seperti laporan operasi, resume, dan hasil penunjang belum sepenuhnya digital.
10. Ketergantungan pada Komunikasi Manual
 - Koordinasi antar-unit (IGD–Farmasi–Rawat Inap) masih mengandalkan komunikasi verbal/manual.
 - Belum ada notifikasi sistem antar unit untuk proses pindah, pulang, atau rujuk pasien.
11. Hambatan dalam Pemulangan Pasien (H-1)
 - Keluarga atau Dinsos tidak segera menjemput pasien meski sudah ACC.
 - Data penanggung jawab tidak valid atau sulit dihubungi.
12. Administrasi Operasi Elektif Belum Optimal
 - Belum ada display *real-time* status operasi dan/atau jumlah pasien operasi di ruang OK.
 - Formulir dan laporan operasi belum lengkap dan sinkron dengan data rekam medis.
13. Masalah pada Proses Rujukan dan Transportasi
 - Ketersediaan ruangan rujukan eksternal sering penuh.
 - Koordinasi kendaraan untuk pindah ruang/rawat inap tidak selalu cepat.
14. Keterbatasan Evaluasi dan Supervisi Rutin

- Meskipun sudah ada rapat koordinasi, belum semua temuan lapangan ditindaklanjuti sistematis.
- Monitoring waktu layanan (IGD, IRJ, OK, Ranap) belum berbasis *dashboard* terintegrasi.

Hal Yang Sudah Dilakukan:

1. Koordinasi Internal Lintas Unit dan Tim Kerja
 - Rapat koordinasi rutin antar unit: IGD, Poliklinik, Farmasi, OK, Rawat Inap, SIRS, dan Timker Pelayanan Medik.
 - Penetapan PIC tiap indikator mutu untuk memantau implementasi perbaikan.
2. Implementasi dan Pengembangan Sistem Informasi
 - *Bridging* awal SIMRS dengan LIS dan RIS untuk percepatan input hasil laboratorium dan radiologi.
 - Menu display pasien operasi sudah tersedia dalam ERM dan siap diintegrasikan dengan monitor ruang OK.
 - Evaluasi dan pengembangan RSJMM Care sebagai media pendaftaran dan edukasi pasien secara digital.
3. Penguatan Komitmen Lintas Profesi dan Unit
 - Edukasi ulang kepada DPJP agar mengisi resume medis pada jam kerja, khususnya untuk rencana pulang H-1.
 - Penekanan SPO konsultasi medis via telepon langsung, bukan melalui *WhatsApp*.
 - Komitmen dokter dan perawat untuk merekam kehadiran melalui *fingerprint* yang sudah tersedia di 26 titik.
4. Perbaikan Proses Pelayanan
 - Edukasi pasien untuk datang sesuai jam praktik guna mengurangi antrean awal.
 - Redistribusi SDM Farmasi dari lini belakang ke frontliner saat jam sibuk.
 - Penambahan tenaga administrasi farmasi (3 orang) untuk mempercepat proses racik dan dispensing.
 - Koordinasi rutin IGD–Farmasi untuk respon cepat permintaan obat melalui sistem “*alarm*”.
5. Pemantauan dan Monitoring Kinerja
 - Monitoring kepatuhan klik status keluar pasien di SIMRS oleh dokter dan perawat.
 - Penerapan *early discharge planning* yang menghubungkan Instalasi PKRS, TU, dan Dinas Sosial.
 - Supervisi langsung atas ketepatan waktu pelayanan oleh kepala instalasi/unit masing-masing.
6. Pengembangan Edukasi dan *Display* Informasi
 - Display jadwal praktik dokter di area TPP untuk mengurangi ketidaksesuaian waktu kedatangan pasien.
 - Penyusunan leaflet pelayanan IGD, alur layanan rawat jalan, dan penjelasan sistem pendaftaran mandiri.
7. Penguatan Dukungan Sarana dan Prasarana
 - Telah dipasang *fingerprint* di sebagian besar poli dan ruang rawat inap untuk evaluasi kehadiran tenaga medis.
 - Pengaktifan notifikasi SIMRS untuk alarm resep masuk dari IGD ke farmasi.
 - Evaluasi jaringan dan server dilakukan oleh tim SIRS untuk memastikan kelancaran sistem saat jam sibuk.
8. Persiapan Sistem *Paperless*
 - Pengusulan dan perencanaan implementasi *paperless* untuk hasil laboratorium dan radiologi.
 - Penyediaan sistem online untuk akses hasil laboratorium dan radiologi melalui aplikasi RSJMM Care.
9. Penanganan Resep dan Farmasi
 - Identifikasi dan penyederhanaan jalur untuk resep standar (*fast track*).



- Pelayanan khusus untuk pasien non-BPJS telah dibuka di depo farmasi Candradimuka sejak Juni 2025.

10. Evaluasi Jadwal dan *Overlapping* Layanan

- Koordinasi Timker Pelayanan Medik untuk penyesuaian jadwal dokter antara poli reguler, eksekutif, dan visite rawat inap.

Rekomendasi:

1. Penegakan Komitmen dan Kepatuhan Jadwal Dokter
 - Terapkan sistem pemantauan dan evaluasi kehadiran dokter berbasis *fingerprint* secara *real-time*.
 - Lakukan rekonsiliasi dan sinkronisasi jadwal poli reguler, eksekutif, dan visite melalui Timker Pelayanan Medik.
 - Tetapkan *reward and punishment* berbasis indikator kehadiran dan ketepatan input SIMRS.
2. Redesain Alur Pelayanan dan Tata Letak Fasilitas
 - Lakukan kajian rancang ulang alur pasien dari TPP ke poli dan farmasi agar lebih linear dan efisien.
 - Evaluasi pemanfaatan gedung secara fungsional untuk meminimalkan mobilitas pasien.
3. Optimalisasi dan Redistribusi SDM
 - Tambah tenaga Apoteker dan TTK di Farmasi Rawat Jalan, terutama saat *peak hour*.
 - Sediakan SDM cadangan (pool tenaga) untuk pengganti saat pensiun, cuti, haji, dll.
 - Terapkan sistem rotasi SDM lintas shift dan unit berbasis fleksibilitas kompetensi.
4. Penguatan Pemanfaatan SIMRS, LIS, RIS
 - Wajibkan pengisian status tindakan, discharge, dan resume medis secara *real-time* di SIMRS oleh dokter/perawat.
 - Lengkapi bridging dan interoperabilitas antara SIMRS–LIS–RIS untuk hasil otomatis tanpa perlu entri ulang.
5. Pengadaan dan Implementasi Sarana Elektronik Penunjang
 - Prioritaskan pengadaan PACS (*Picture Archiving and Communication System*) untuk radiologi.
 - Lengkapi semua poli dengan fingerprint serta monitor antrian real-time dan dashboard kinerja.
6. Sistem Reminder dan Notifikasi Medis Otomatis
 - Aktifkan notifikasi otomatis untuk resep masuk (IGD ke Farmasi), dan reminder untuk resume H-1 ke DPJP.
 - Tambahkan fitur "*warning discharge*" di SIMRS untuk pasien yang mendekati tanggal pulang.
7. Pengembangan Sistem Pendaftaran dan Informasi Mandiri
 - Integrasikan pendaftaran online (RSJMM Care & mJKN) dengan sistem antrian dan *display* digital yang bisa diakses oleh pasien/keluarga
 - Lakukan edukasi berkelanjutan untuk pasien tentang penggunaan pendaftaran online.
8. Pengaturan dan Pengawasan Jalur Resep Farmasi
 - Terapkan jalur cepat (*fast track*) untuk resep standar dan verifikasi otomatis berbasis sistem.
 - Evaluasi ketersediaan obat dan kebutuhan buffer stok terutama pasca libur panjang.
9. Percepatan Akses Hasil Penunjang Secara *Paperless*
 - Implementasikan sistem hasil laboratorium dan radiologi yang dapat diakses pasien via RSJMM Care.
 - Tetapkan timeline pencapaian *paperless* dan uji coba integrasi secara bertahap.
10. Penguatan Komunikasi Medis dan Antar Unit
 - Terapkan SPO konsultasi antar dokter harus via telepon (bukan WA), disosialisasikan ke semua DPJP.
 - Bentuk forum komunikasi IGD–Farmasi–Rawat Inap–Tim Discharge Planning setiap bulan.
11. Standarisasi dan Monitoring Proses Rujukan dan Transportasi

- Tetapkan alur koordinasi Sisrute dan SPGDT internal dengan sistem notifikasi dan backup transportasi.
 - Buat SOP tertulis dan dashboard tracking pemindahan pasien IGD → Ranap.
12. Penataan Administrasi Operasi Elektif
- Realisasikan display informasi pasien operasi berbasis SIMRS secara real-time.
 - Tetapkan checklist pelaporan operasi (resume, laporan tindakan, diagnosis) sebelum pasien keluar OK.
13. Optimalisasi Discharge Planning dan Pelibatan Keluarga
- Update SOP *discharge planning* agar resume dan billing selesai maksimal H-1.
 - Bentuk tim *discharge coordinator* dan hubungkan dengan Yayasan, Dinsos, dan keluarga pasien.
14. Supervisi, Monev, dan Pelaporan Terintegrasi
- Terapkan monitoring triwulan berbasis dashboard real-time untuk semua indikator waktu layanan.
 - Gunakan hasil monitoring sebagai dasar reward, intervensi sistem, dan penyusunan kebijakan manajemen mutu.

Tabel 5.12 Rekomendasi Terstruktur dan Spesifik Tiap Unit Kerja Pada Indikator Mutu Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang

Deskripsi	SIRS	TPP	Perawat	Dokter	Farmasi
Komitmen	Komitmen mendukung perbaikan waktu pelayanan rawat jalan melalui sistem informasi dan jaringan.	Komitmen pelayanan maksimal dengan waktu tunggu di TPP ≤5 menit.	Komitmen pelayanan maksimal dengan waktu tunggu ≤15 menit.	Komitmen pelayanan maksimal ≤40 menit; konsisten hadir sesuai jadwal praktik.	Komitmen pelayanan maksimal ≤60 menit; menyelesaikan <i>task</i> SIMRS secara real-time.
Kehadiran	Hadir memperbaiki jika terjadi kendala sistem atau ERM.	Masuk pukul 07.30–16.00 WIB, sesuai jam kerja pelayanan.	Masuk sesuai jam kerja, asesmen manual jika sistem bermasalah, langsung layani pasien sesuai antrean.	Hadir sesuai jadwal HFIS, rekam kehadiran lewat fingerprint.	Alihkan SDM dari Farmasi belakang saat peak hour.
Proses Layanan	Analisis menyeluruh alur pelayanan rawat jalan end-to-end.	Identifikasi tahapan keterlambatan dan perbaikan proses alur di TPP.	Rancang sistem antrean efisien dan manajemen janji layanan.	Optimalisasi alur pelayanan dan waktu pemeriksaan dokter.	Percepat penyerahan resep dan pengambilan obat.
Informasi & Edukasi	Laporkan gangguan jaringan ke instalasi rawat jalan.	Edukasi pasien tentang jam layanan dan aplikasi RSJMM Care/mJKN.	Edukasi pasien agar langsung menuju poli tujuan dan menunggu sesuai antrean.	Edukasi pasien soal jadwal kontrol & pemahaman program rujuk balik.	Edukasi pengunjung agar tidak meninggalkan area farmasi dan menunggu panggilan/layar antrean.
Sarana & Prasarana	Pastikan koneksi internet stabil, dukungan server kuat, dan RSJMM Care bisa menampilkan antrean real-time.	-	Display antrean pasien di poli berjalan baik, audio announcement aktif.	Pasang fingerprint di Poli Saraf, MCU, Gigi, Rehabilitasi Medik.	-
Pengaturan Kuota	Atur kuota HFIS dan RSJMM Care.	Atur kuota sesuai kebijakan Timker Pelayanan Medik.	Redirect pasien ke dokter yang masih membuka layanan.	Sesuaikan kuota dengan jumlah pasien harian.	Koordinasi dengan Timker Pelayanan Medik untuk hindari penumpukan resep.

Deskripsi	SIRS	TPP	Perawat	Dokter	Farmasi
SDM	Tambah SDM jika diperlukan.	Tambah SDM saat jam sibuk.	Pastikan ketersediaan pengganti saat perawat cuti/sakit.	Pastikan dokter tersedia sesuai kebutuhan layanan.	Tambah Apoteker/TTK jika beban meningkat.
Sistem	Kembangkan RSJMM Care dengan dashboard antrean pasien, serta sistem blokir untuk pasien yang tidak sesuai alur.	Siapkan alternatif manual jika SIMRS bermasalah.	Blokir sistem untuk pasien yang datang terlalu awal dari jadwal praktik.	Perbaiki dan sinkronkan jadwal HFIS reguler-eksekutif.	Wajib selesaikan task SIMRS setelah pelayanan.
SPO	-	-	-	Sosialisasi SPO <i>fingerprint</i> oleh PIC Pelayanan Medik.	-
Monev & Supervisi	Supervisi rutin waktu tunggu rawat jalan.	Konfirmasi hasil analisis waktu tunggu.	Supervisi asesmen & pelayanan perawat.	Supervisi kepatuhan fingerprint dan jadwal praktik.	Supervisi efisiensi pelayanan di jam sibuk.
Reward & Punishment	Penerapan reward dan punishment berbasis data pelaksanaan tugas.	Idem	Idem	Idem	Idem

Tabel 5.13 Rekomendasi Koordinasi Lintas Unit Layanan Pada Indikator Mutu Waktu Pelayanan Pasien di IGD ≤ 4 Jam

Deskripsi	Pasien Dan Keluarga	Perawat	Dokter	Farmasi
Komitmen	-	- Komitmen tanggap darurat terhadap seluruh pasien yang masuk IGD - Penanganan segera kondisi emergency - Leadership, komunikasi, dan kolaborasi multidisiplin tim	- Komitmen tanggap darurat terhadap seluruh pasien - Dokter spesialis segera memberi advis atas konsultasi dari dokter umum - Dokter umum wajib menghubungi via telepon, bukan WhatsApp, sesuai SPO - Handover tiap shift wajib dilakukan - Kendala konsultasi dicatat dan dilaporkan dalam berita acara - Dokter umum menyelesaikan task segera setelah pelayanan - Klik status keluar di ERM secara real-time - Perlu kolaborasi efektif tim medis	- Komitmen memberikan layanan segera saat alarm resep IGD aktif - Kerja sama dan komunikasi lintas tim diperlukan
Respon Time	-	Respon pelayanan perawat ≤ 2 menit	Respon pelayanan dokter ≤ 5 menit	Respon pelayanan farmasi ≤ 30 menit
Komunikasi	Informasi dari tim Casemix terkait pembiayaan- Penjelasan alur pelayanan kepada keluarga pasien	Koordinasi dengan Katimker Keperawatan, MPP, dan NOD untuk kasus kompleks- Komunikasi pasien rawat <4 jam secara intensif ke	Dilarang konsultasi via WhatsApp, harus telepon sesuai SPO- 10 menit pertama hubungi DPJP utama, jika tidak respon → kontak spesialis lain → jika	Koordinasi farmasi dan IGD terkait stok dan penyediaan obat

Deskripsi	Pasien Dan Keluarga	Perawat	Dokter	Farmasi
		Timker Pelayanan, Kepala Ruangan, dll	tidak ada → kontak manajemen- Koordinasi dengan Timker Pelayanan Medik untuk optimalisasi peran dokter dan konsultasi	
Reward & Punishment	-	Penilaian kinerja individu IGD dikaitkan dengan waktu pelayanan ≤ 4 jam	Insentif untuk DPJP saat konsultasi di luar jam kerja- Evaluasi kinerja individu dikaitkan dengan capaian waktu IGD	Penilaian kinerja farmasi IGD terkait waktu respons
Sarana & Prasarana	- Leaflet edukatif terkait jenis layanan RS	- Pemeriksaan fungsi alat kesehatan setiap hari - Pastikan tempat tidur tersedia	-	-
Sistem Rujukan	Siaga mendampingi pasien saat rujukan	Optimalisasi sistem rujukan: SISROUTE, ESIR, SPGDT	-	-
Transportasi	-	Segera hubungi petugas pool kendaraan untuk antar pasien ke ranap atau RS rujukan	-	-
SPO / PPK	-	Tersedia dan diterapkan Panduan Praktik Klinis (PPK) dan SPO di IGD	Tersedia dan dipatuhi SPO IGD termasuk sistem komunikasi dokter dan konsultasi	Terapkan SPO pengelolaan permintaan obat di IGD
Dukungan IT	-	Dashboard pemantauan waktu pelayanan IGD	Dashboard pemantauan + sistem notifikasi ke DPJP jika ada pasien di IGD yang butuh keputusan klinis cepat	Dashboard pantauan permintaan obat aktif di farmasi IGD
Monitoring & Evaluasi	-	Monev rutin: penyebab keterlambatan, koordinasi antar petugas (IGD, rawat inap, transport, dll)- Dikoordinasikan lewat forum komunikasi RS seperti FGD IGD-IRJ- Ranap	Pelaporan kendala konsultasi secara sistematis- Evaluasi keterlambatan berdasarkan data SIMRS	Efisiensi waktu proses pengeluaran obat dievaluasi per shift

Langkah-langkah PDSA untuk Indikator Mutu Perbaikan Waktu layanan *End to End* Tahun 2025 dirumuskan sebagai berikut:

Tabel 5.14 PDSA Indikator Mutu Perbaikan Waktu Pelayanan *End to End* Tahun 2025

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang	Tim melakukan identifikasi akar masalah dari berbagai titik pelayanan yang mempengaruhi lamanya waktu pelayanan, mulai dari pendaftaran pasien, antrian pemeriksaan,	- Uji coba intervensi dilakukan pada poli dengan volume tinggi. - Edukasi pasien dilakukan secara aktif melalui banner, jadwal digital, dan edukasi langsung oleh petugas.	Capaian waktu pelayanan telah mencapai standar ≥80% dengan hasil 81,33%, namun margin pencapaian masih sangat tipis, menunjukkan bahwa risiko penurunan performa tetap	- Evaluasi menyeluruh akan dilakukan terhadap jadwal dokter lintas layanan (reguler, eksekutif, visite). - SOP pelayanan rawat jalan akan diperbaiki dengan pendekatan end-to-end berbasis



Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
	hingga pengambilan obat. ▪ Evaluasi dilakukan terhadap: . Letak geografis TPP, Poliklinik, dan Farmasi yang berjauhan . Overlapping jadwal dokter (Poli Reguler, Poli Eksekutif, visite rawat inap) . Beban kerja farmasi saat peak hour (terutama pukul 10.00–11.00 WIB) . Keterlambatan dokter hadir sesuai jadwal . Pemanfaatan SIMRS dan aplikasi pendaftaran mJKN serta RSJMM Care . Rekam kehadiran dokter (fingerprint) yang belum berjalan optimal ▪ Sebagai respon, dirancang beberapa intervensi: . Display jadwal praktik dokter di area strategis . Edukasi pasien untuk datang sesuai jadwal . Penambahan tenaga farmasi & buka depo farmasi untuk pasien non-BPJS . Re-desain alur antrean farmasi, termasuk sistem jalur cepat untuk resep standar . Implementasi notifikasi dan reminder waktu pelayanan	▪ Redistribusi SDM Farmasi dari lini belakang ke Farmasi Rawat Jalan saat jam sibuk. ▪ Tambahan 3 tenaga administrasi farmasi ditugaskan untuk mendukung proses racik, arsip, dan distribusi. ▪ Evaluasi kepatuhan kehadiran dokter melalui fingerprint di 26 titik rawat inap dan poli.	tinggi apabila tidak dilakukan pemantauan dan perbaikan berkelanjutan ▪ Edukasi pasien menunjukkan dampak positif terhadap waktu kedatangan pasien, meski masih ada yang datang terlalu awal. ▪ Penumpukan pasien dan resep tetap terjadi pada hari pasca-libur dan saat dokter terlambat memulai pelayanan. ▪ Proses farmasi menjadi <i>bottleneck</i> akibat keterbatasan SDM dan ketersediaan obat yang menurun sejak akhir 2024. ▪ Masih ada penggunaan resep manual dan kebutuhan tambahan waktu untuk pengarsipan dan copy resep. ▪ Jadwal praktik dokter masih perlu dievaluasi karena adanya jadwal yang overlapping. ▪ Fingerprint belum tersedia di seluruh poli, dan kepatuhan kehadiran masih bervariasi.	waktu standar (≤ 120 menit). ▪ Penataan SDM Farmasi akan diperkuat, serta sistem verifikasi otomatis e-resep akan dikembangkan lebih lanjut. ▪ Akan dilanjutkan perluasan penggunaan aplikasi pendaftaran mandiri (mJKN dan RSJMM Care), termasuk pendampingan bagi pasien yang belum terbiasa. ▪ Penempatan fingerprint akan diperluas ke poli yang belum tersedia. ▪ Monitoring rutin waktu pelayanan dan evaluasi SIMRS real-time akan diperkuat per triwulan. ▪ Intervensi edukasi pasien dan integrasi jadwal digital akan menjadi bagian tetap dalam pelaksanaan pelayanan harian.

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Waktu Pemeriksaan Laboratorium (WPL) 	- Menjaga capaian waktu pemeriksaan laboratorium yang sudah di atas target. - Identifikasi masalah: hasil laboratorium belum sepenuhnya paperless dan akses pasien masih manual. - Rencana pengembangan sistem online hasil pemeriksaan melalui aplikasi RSJMM Care. - Usulan dashboard khusus hasil lab dan fitur notifikasi otomatis ke pasien.	- Koordinasi antar unit (Lab, SIMRS, TI, Humas) untuk bridging dan digitalisasi hasil lab. - Integrasi LIS dan SIMRS. - Mulai desain fitur RSJMM Care untuk akses hasil lab digital. - Simulasi tampilan dan alur akses pasien untuk hasil lab secara real-time.	- Rerata capaian WPL 98,90%, menunjukkan waktu pelayanan laboratorium sangat baik. - Hambatan nonteknis ditemukan pada proses pencetakan hasil dan distribusi manual. - Pasien masih terbiasa meminta hasil cetak manual, menyebabkan antrian. - Butuh penyempurnaan sistem agar paperless bisa dijalankan menyeluruh.	- Lanjutkan pengembangan sistem paperless dan integrasi hasil lab ke RSJMM Care. - Terapkan protokol keamanan digital: enkripsi data dan autentikasi dua faktor. - Susun SOP baru untuk manajemen hasil laboratorium digital. - Lakukan monitoring dan pemeliharaan sistem LIS-SIMRS secara berkala. - Sosialisasikan fitur digitalisasi hasil lab ke pasien dan tenaga medis.
Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR) 	- Menjaga capaian waktu tunggu pelayanan radiologi agar tetap di atas target. - Identifikasi hambatan yang memengaruhi waktu tunggu: - Kualitas gambar RIE yang rendah di SIMRS. - Ketidakterpaduan sistem SIMRS dengan hasil pembacaan expertise. - Belum tersedianya sistem PACS (<i>Picture Archiving and Communication System</i>). - Belum optimalnya paperless system untuk hasil radiologi. - Keterlambatan pembacaan akibat perbedaan tanggal order dan tanggal pelaksanaan. - Rencana intervensi: - Usulan pengadaan dan	- Melakukan kajian dan rapat internal antara Instalasi Radiologi, SIRS, dan Tim Penunjang terkait kebutuhan PACS dan sistem digital hasil radiologi. - Mengajukan pengadaan PACS yang sesuai load dan kapasitas RS. - Implementasi awal bridging hasil expertise radiologi ke SIMRS, termasuk penyesuaian tanggal baca hasil. - Menyusun spesifikasi teknis PACS berdasarkan fitur yang dibutuhkan dan keterkaitan sistem lainnya. - Uji coba integrasi hasil radiologi ke aplikasi RSJMM Care (fitur pengunduhan hasil digital oleh pasien).	- Rata-rata waktu tunggu pelayanan radiologi meningkat dan berada di atas standar (86,79%). - Kualitas gambar radiologi masih menjadi hambatan utama dalam pemeriksaan tidak langsung, karena dokter tetap harus membaca hasil langsung di mesin RIE. - Ditemukan inkonsistensi durasi pembacaan, terutama bila sistem tidak merekam tanggal pelaksanaan dengan akurat. - Paperless system belum berjalan, menyebabkan proses cetak manual masih dilakukan. - Beberapa hasil pemeriksaan terlewat dibaca karena sistem memasukkan output ke tanggal order, bukan tanggal tindakan. - Beberapa waktu pembacaan hasil	- Lakukan pengadaan PACS berbasis kebutuhan nyata RS, sebagai solusi jangka panjang untuk pembacaan dan penyimpanan hasil digital. - Integrasikan PACS dengan SIMRS dan RSJMM Care agar pasien dan DPJP dapat mengakses hasil secara digital, cepat, dan aman. - Revisi sistem input hasil radiologi agar membaca tanggal pelaksanaan, bukan hanya tanggal order. - Buat <i>dashboard</i> hasil radiologi di aplikasi RSJMM Care untuk meningkatkan pengalaman pasien dan efisiensi tenaga medis. - Terapkan monitoring berkala waktu pembacaan hasil dan waktu tunggu, serta uji coba sistem paperless secara menyeluruh.

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
	implementasi PACS sesuai kebutuhan. Bridging antara SIMRS dan PACS agar hasil bisa langsung terbaca dan disimpan digital. Penyempurnaan sistem agar hasil pembacaan masuk sesuai tanggal tindakan, bukan hanya tanggal order. Menambahkan hasil radiologi ke aplikasi RSJMM Care agar bisa diakses pasien secara digital (paperless).		radiologi non kontras terkendala load pemeriksaan USG	Susun SOP pembacaan dan rilis hasil radiologi secara digital untuk menjamin kecepatan, akurasi, dan keamanan informasi.
Pembatalan Operasi Elektif	Tujuan: Mempertahankan capaian 0% pembatalan operasi elektif dengan perbaikan sistem pencatatan dan pelaporan operasi. Identifikasi permasalahan: - Belum tersedia display monitor real-time untuk informasi pasien operasi. - Dokumentasi rencana dan realisasi operasi belum optimal dalam SIMRS. - Status tindakan operasi sering belum ditutup oleh petugas setelah operasi selesai. - Kelebihan beban jadwal operasi dapat menjadi potensi pembatalan jika tidak dikelola. - Laporan operasi dan kesesuaian diagnosis dengan resume pasien belum	Koordinasi teknis dengan Instalasi SIRS untuk aktivasi menu informasi pasien operasi di ERM dan integrasi ke monitor display. Sosialisasi ke seluruh petugas bedah tentang pentingnya kelengkapan dokumentasi dan update status di SIMRS. Koordinasi dengan Instalasi Bedah Sentral untuk penguatan sistem penjadwalan dan antisipasi overbooking. Uji coba monitor informasi pasien operasi di satu ruang OK sebagai pilot. Koordinasi dengan Timker Hukum & Humas untuk regulasi informasi pasien.	Selamatlah, tidak ada pembatalan operasi elektif, namun ditemukan: - Beberapa status operasi belum ditutup secara sistem di SIMRS. - Proses input rencana operasi masih manual di beberapa unit. - Belum tersedia display yang terhubung langsung ke sistem sehingga informasi masih harus dicek secara manual. - Kelebihan volume pasien pada hari tertentu berpotensi memicu penjadwalan ulang. - Belum ada evaluasi rutin terhadap kecocokan antara laporan operasi dan resume pasien.	Implementasi penuh monitor <i>real-time</i> informasi pasien operasi di area yang relevan (Ruang OK, <i>Nurse Station</i>, dll). Standarisasi pencatatan operasi elektif: order → tanggal → pelaksanaan → update status → laporan operasi. Pembentukan tim audit berkala untuk meninjau kelengkapan laporan operasi dan konsistensi data SIMRS. Penjadwalan ulang otomatis jika ada penambahan kasus mendesak, untuk mencegah benturan jadwal. Penegakan aturan SIMRS: status tindakan harus diselesaikan maksimal 1x24 jam pasca operasi. Evaluasi berkala untuk menjaga capaian 0% dan merespons potensi risiko pembatalan

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
	diaudit konsisten. ▪ Rencana perbaikan: - Menyediakan dan mengaktifkan monitor informasi operasi secara real-time. - Menyempurnaka n alur dokumentasi order, tanggal, dan realisasi operasi di SIMRS. - Menegakkan kepatuhan petugas menyelesaikan status tindakan di SIMRS. - Menyiapkan sistem jadwal dinamis untuk mengatur volume operasi sesuai kapasitas. - Menetapkan SOP audit rutin laporan operasi dan kesesuaian diagnosis.			di masa mendatang.

Waktu Pelayanan Pasien Di IGD ≤ 4 Jam



- Tujuan:
Meningkatkan kepatuhan pelayanan di IGD agar $\geq 90\%$ pasien selesai dilayani dalam waktu ≤ 4 jam.
- Identifikasi Masalah:
 - Penumpukan pasien saat jam sibuk dan pasca libur.
 - Konsultasi dokter spesialis lambat, terutama di luar jam kerja.
 - Klik status keluar pasien belum dilakukan real-time di SIMRS.
 - Keterlambatan hasil laboratorium & administrasi penjaminan.
 - Kurangnya keterlibatan keluarga dalam mempercepat proses administrasi pulang.
- Rencana Intervensi:
 - Edukasi petugas dan dokter umum agar langsung mengklik status keluar pasien di ERM.
 - DPJP wajib dihubungi via telepon, bukan WhatsApp (sesuai SPO).
 - Komitmen dokter spesialis untuk memberi advis cepat saat konsultasi.
 - Aktifkan "alarm" sistem pada farmasi untuk permintaan obat dari IGD.
 - Terapkan sistem monitoring waktu pelayanan pasien melalui dashboard IGD.
 - Rujukan menggunakan
- Edukasi dan briefing rutin kepada petugas IGD (perawat, dokter, farmasi) terkait peran dalam pemenuhan ≤ 4 jam.
- Terapkan SOP pemanggilan dokter spesialis: 10-10-10 (hubungi 10 menit → lanjutkan ke dokter lain → eskalasi ke manajemen).
- Display informasi layanan IGD melalui leaflet untuk pasien dan keluarga.
- Koordinasi lintas unit (IGD, Ranap, Medik, Farmasi) melalui forum komunikasi manajemen.
- Pantau ketersediaan tempat tidur ranap secara real-time.
- Monitoring langsung dilakukan terhadap proses transfer antar ruang dan pelayanan farmasi.
- Capaian tahun menunjukkan peningkatan (85%), tetapi belum mencapai target (90%).
- Pelayanan lebih cepat jika petugas konsisten klik status keluar pasien di SIMRS.
- Konsultasi DPJP masih lambat pada malam hari.
- Beberapa pasien menunggu terlalu lama karena kendala rujukan eksternal dan keterlambatan keluarga menyelesaikan administrasi.
- "Alarm farmasi" untuk permintaan resep mulai meningkatkan kecepatan pelayanan, namun belum merata.
- Dashboard pemantauan IGD sudah berjalan, tetapi belum optimal karena keterbatasan input data real-time.
- Perkuat komunikasi dan komitmen multidisiplin tim (perawat, dokter, farmasi, transportasi).
- Terapkan reward and punishment berbasis indikator waktu pelayanan IGD.
- Audit rutin ketepatan waktu konsultasi dan klik status di SIMRS.
- Perluas integrasi dashboard dan pemantauan waktu pelayanan secara real-time di IGD.
- Percepat pengambilan keputusan klinis untuk pasien IGD dengan sistem pengingat kepada DPJP.
- Optimalkan SPO & PPK di IGD untuk semua jenis kasus, termasuk rujukan dan pulang paksa.
- Evaluasi dan sosialisasikan kembali peran keluarga dalam mempercepat proses pulang pasien.

Sisrute, SPGDT,
atau ESIR
secara cepat.
Insentif untuk
DPJP yang
merespons
konsultasi di luar
jam kerja.

Realisasi Pasien Yang Direncanakan Pulang H-1



- Tujuan: Mempertahankan dan meningkatkan capaian $\geq 90\%$ realisasi pasien yang dipulangkan tepat waktu setelah mendapatkan ACC pulang dari DPJP.
- Identifikasi Masalah:
 - Penjemputan oleh keluarga/Dinsos/Yayasan sering terlambat atau batal.
 - Resume medis belum di-update secara real-time meski ACC sudah diberikan.
 - Informasi penanggung jawab pasien sering tidak lengkap atau tidak aktif.
 - Belum ada SOP baku alur discharge yang mendetail dan wajib diikuti lintas unit.
- Rencana Intervensi:
 - Update resume medis oleh DPJP maksimal H-1 setelah ACC.
 - Notifikasi otomatis ke Farmasi dan Administrasi sejak H-1.
 - Reminder sistem (SIMRS/ERM) untuk pasien yang masuk daftar rencana pulang.
 - Integrasi whiteboard/monit or bangsal untuk menampilkan daftar "rencana pulang besok".
- Rapat koordinasi dilakukan lintas unit: Rawat Inap, Medik, PKRS, Farmasi, Dinsos.
- DPJP diedukasi untuk melengkapi resume pada jam kerja (tidak menunda).
- Tambahan kolom identitas dan nomor kontak penanggung jawab pasien di sistem pendaftaran.
- Edukasi ruangan agar segera menghubungi PKRS jika pasien perlu dropping.
- Penugasan petugas TU & RT untuk membuat surat tugas transport dropping tepat waktu.
- Sosialisasi komitmen kepada Yayasan & Dinsos agar menjemput sesuai tanggal yang ditentukan.
- Capaian tahun (92,81%) menunjukkan keberhasilan program discharge planning namun masih menghadapi kendala teknis dan koordinasi.
- Pasien yang tidak dijemput tepat waktu tetap menjadi tantangan (terutama kasus psikiatri & tanpa keluarga).
- Resume medis banyak dibuat awal namun tidak diperbarui H-1 sehingga waktu data penarikan menjadi bias.
- Unit kerja rawat inap yang aktif menghubungi keluarga menunjukkan capaian lebih baik.
- Penambahan identitas penanggung jawab mulai membantu namun belum efektif pada semua pasien.
- Tidak semua DPJP disiplin klik ACC dan update resume tepat waktu H-1 pasien pulang.
- Tegaskan dalam SPO bahwa resume medis harus di-update maksimal H-1 setelah ACC.
- Tampilkan daftar pasien rencana pulang besok di whiteboard bangsal dan monitor digital.
- Kembangkan fitur reminder SIMRS untuk semua stakeholder (Medik, Farmasi, Admin, PKRS).
- Terapkan flag khusus untuk pasien yang berisiko tidak dijemput → trigger koordinasi intensif dengan Dinsos atau persiapan dropping.
- Koordinasi dengan RS jejaring jika pasien akan dirujuk/dropping, disiapkan surat dan jadwal jauh hari.
- Kepala ruangan dan tim pelayanan keperawatan wajib melakukan *follow-up* keluarga pasien setiap hari pasca-ACC.
- Buat pelaporan mingguan jumlah pasien yang gagal dijemput & lakukan *root cause analysis*.
- Tambahkan indikator tambahan ke dashboard mutu: "Jumlah pasien ACC pulang H-1 yang tidak pulang tepat waktu."

- Koordinasi pemulangan dengan PKRS & Dinsos dimulai sejak 2 minggu sebelum hari H untuk pasien dropping.
- Kepala ruangan diberi tanggung jawab aktif untuk follow-up penjemputan.
- Penerapan flag "rawan tidak dijemput" untukantisipasi penundaan pemulangan.

Waktu Masuk Rawat Inap



- Tujuan: Meningkatkan dan mempertahankan ketepatan waktu masuk pasien ke ruang rawat inap dari IGD atau rawat jalan.
- Identifikasi Masalah:
 - Waktu masuk pasien fluktuatif dan masih di bawah standar ($\geq 90\%$).
 - Penukupan pasien di IGD.
 - Keterlambatan proses administrasi pemindahan.
 - Kesiapan ruang rawat inap belum selalu sinkron dengan kebutuhan pemindahan.
 - Koordinasi dan komunikasi antar unit belum optimal.
 - Pasien psikiatri seringkali tidak didampingi keluarga, memperlambat proses masuk ruangan.
- Rencana Intervensi:
 - Buat *dashboard real-time* status ketersediaan tempat tidur.
 - Koordinasi lebih awal antar unit
- Sosialisasi SPO waktu masuk rawat inap kepada perawat, dokter, dan petugas TPP.
- Uji coba pemberitahuan otomatis SIMRS dari IGD ke ruangan (notifikasi ke PC nurse station).
- Edukasi keluarga pasien psikiatri dan koordinasi dengan Dinsos/Yayasan untuk dampingi pasien saat pemindahan.
- Lakukan audit harian terhadap proses transfer: waktu ACC hingga diterima di ruang rawat inap.
- Koordinasi antar shift dilakukan secara aktif untuk pemindahan pasien.
- Gunakan whiteboard di nurse station IGD untuk mencatat daftar pasien "siap pindah" dan estimasi waktu.
- Capaian rata-rata 89,42%, menunjukkan pelaksanaan strategi sudah mendekati target namun masih perlu penguatan.
- Tim IGD menyatakan notifikasi otomatis dari SIMRS membantu mempercepat koordinasi ke ruangan.
- Masih ditemukan keterlambatan saat:
 - Pasien tidak segera dijemput oleh perawat ruangan.
 - IGD belum klik "pindah" meski pasien sudah siap.
 - Ruang rawat inap belum siap (tempat tidur belum tersedia).
 - Pasien psikiatri yang tanpa pendamping menyebabkan jeda dalam pengawalan ke ruangan.
 - Tidak semua staf memahami urgensi indikator mutu ini, perlu pendekatan reminder dan move lebih intensif.
- Revisi SOP dan perkuat implementasi maksimal 60 menit sejak ACC pemindahan hingga pasien tiba di ruang rawat inap.
- Tampilkan indikator mutu waktu masuk rawat inap secara mingguan di papan mutu ruang IGD dan Rawat Inap.
- Tambahkan indikator individu dalam penilaian kinerja perawat IGD dan perawat ruangan terkait ketepatan waktu pemindahan.
- Perluas fungsi SIMRS: alarm otomatis untuk pemindahan yang >60 menit tanpa klik status.
- Edukasi berkala kepada staf baru dan staf rotasi tentang proses pemindahan pasien.
- Evaluasi kapasitas ruangan dan alur komunikasi antar-shift untuk memastikan tidak ada bottleneck saat jam sibuk.
- Tingkatkan kolaborasi dengan PKRS dan unit

	IGD–Rawat Inap–TPP. . Tambahkan notifikasi otomatis dari SIMRS ke ruang rawat inap saat ada pasien rujukan masuk. . SOP baru untuk proses transfer < 60 menit, termasuk form pemindahan digital. . Edukasi perawat, dokter, dan petugas IGD soal pentingnya klik status “pindah ruangan” di ERM secara real-time. . Kajian optimalisasi ruang rawat inap: buka ruang transisi/intermediate jika memungkinkan.	transportasi jika dibutuhkan support pindah pasien dengan pengawalan. ▪ Siapkan formulir eskalasi jika keterlambatan disebabkan alasan struktural (penuh, SDM terbatas) agar bisa ditindak oleh manajemen.
--	---	--

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
indikator mutu.				
Pasien Adiksi NAPZA Yang Mengalami Perbaikan Kualitas Hidup	Menyusun rencana pemeliharaan dan peningkatan mutu layanan rehabilitasi adiksi untuk menjaga capaian indikator tetap optimal.	Melaksanakan pelayanan rehabilitasi secara komprehensif dan berkelanjutan sesuai standar serta melakukan pemantauan luaran pasien.	Menganalisis tren capaian indikator dan konsistensi perbaikan kualitas hidup pasien setiap triwulan.	Mempertahankan praktik baik yang telah berjalan dan melakukan penyesuaian program bila ditemukan penurunan capaian.



b. Audit Medis Skizofrenia

Audit Medis Skizofrenia Semester I Tahun 2025 dilaksanakan oleh Komite Medik RS Marzuki Mahdi Bogor sebagai bagian dari upaya sistematis dalam menjamin mutu pelayanan klinis, keselamatan pasien, serta efisiensi pembiayaan layanan kesehatan jiwa. Audit ini mencakup periode Januari hingga Juni 2025 dan merupakan kegiatan reaudit yang dilakukan secara berkala berdasarkan data rekam medis melalui sistem eSIRS.

Tabel 5.17 Audit Medis Skizofrenia Semester I 2025

Aspek Audit	Ringkasan Hasil
Periode Audit	Januari – Juni 2025
Jumlah Pasien	2.087 pasien skizofrenia rawat inap
Karakteristik Pasien	±70% laki-laki dan ±30% perempuan; rerata usia 36,86 tahun
Kepatuhan Asesmen Awal	100% asesmen awal lengkap dan penggunaan PANSS-EC
Tatalaksana	100% pasien menerima kombinasi antipsikotik ± antikolinergik/benzodiazepin
Lama Rawat (LOS)	97% pasien dengan lama rawat ≤18 hari (sesuai kebijakan nasional)
PANSS Remisi	Kepatuhan pengisian 61,4%; dari data terisi, 97,5% menunjukkan penurunan skor >20%
Angka Readmisi	4,41% selama periode audit
Capaian Utama	Proses dan outcome klinis berada pada kategori baik–sangat baik
Area Perbaikan	Kepatuhan dan konsistensi dokumentasi PANSS Remisi
Implikasi Strategis	Penguatan dokumentasi klinis dan kesinambungan perawatan pasca-rawat inap

Selama periode audit, tercatat sebanyak 2.087 pasien skizofrenia yang menjalani perawatan rawat inap. Jumlah ini menunjukkan penurunan dibandingkan periode sebelumnya, yang dapat mengindikasikan perbaikan dalam manajemen kasus, optimalisasi layanan lanjutan, maupun perubahan pola rujukan. Distribusi pasien berdasarkan jenis kelamin tetap konsisten dengan pola epidemiologi skizofrenia, yaitu didominasi oleh pasien laki-laki (±70%) dengan rasio mendekati 2:1. Rata-rata usia pasien berada pada kelompok usia produktif, mencerminkan dampak signifikan gangguan skizofrenia terhadap aspek sosial dan ekonomi.

Dari aspek proses klinis, audit menunjukkan kepatuhan yang sangat baik terhadap asesmen awal dan penggunaan instrumen PANSS-EC di Instalasi Gawat Darurat dan unit perawatan intensif, dengan capaian 100%. Hal ini mencerminkan konsistensi pelaksanaan standar klinis dalam penilaian kondisi akut dan stabilisasi pasien. Rata-rata lama rawat di unit intensif juga berada pada tingkat yang efisien, mendukung kelancaran alur pelayanan.

Pada aspek tatalaksana, seluruh pasien tercatat menerima terapi kombinasi antipsikotik, antikolinergik, dan/atau benzodiazepin. Meskipun sesuai praktik yang berlaku, temuan ini mengindikasikan perlunya

evaluasi lanjutan terkait rasionalitas terapi, efektivitas klinis, serta implikasi biaya, guna memastikan pendekatan farmakoterapi yang lebih individual dan berbasis bukti.

Dari sisi luaran klinis, kinerja layanan menunjukkan hasil yang sangat baik. Sebanyak 97% pasien menjalani perawatan dengan lama rawat ≤ 18 hari, sejalan dengan kebijakan nasional dan mendukung efisiensi pembiayaan berbasis paket BPJS Kesehatan. Angka readmisi selama periode audit tercatat sebesar 4,41%, relatif rendah dan mencerminkan stabilitas klinis pasca-perawatan, meskipun tetap memerlukan pemantauan berkelanjutan melalui penguatan layanan lanjutan dan kontinuitas perawatan.

Evaluasi outcome menggunakan instrumen PANSS Remisi menunjukkan bahwa tingkat kepatuhan pengisian masih berada pada angka 61,4%, menurun dibandingkan periode sebelumnya. Namun demikian, dari data yang terisi, sebanyak 97,5% pasien menunjukkan penurunan skor PANSS Remisi lebih dari 20%, menandakan efektivitas intervensi klinis yang sangat baik. Variasi kepatuhan pengisian dinilai lebih berkaitan dengan dinamika operasional dan proses dokumentasi, bukan penurunan mutu pelayanan klinis.

Secara keseluruhan, hasil Audit Medis Skizofrenia Semester I Tahun 2025 menunjukkan bahwa mutu layanan rawat inap skizofrenia di RS Marzuki Mahdi Bogor berada pada kategori baik hingga sangat baik, dengan kinerja kuat pada aspek proses dan outcome klinis. Ruang perbaikan utama teridentifikasi pada penguatan ketertelusuran dokumentasi, khususnya pengisian PANSS Remisi, serta optimalisasi kesinambungan perawatan pasca-rawat inap. Hasil audit ini menjadi dasar strategis bagi manajemen dan Komite Medik dalam mendorong perbaikan berkelanjutan, penguatan tata kelola klinis, serta peningkatan mutu layanan kesehatan jiwa secara berkesinambungan.

2. Komite Keperawatan

Indikator mutu pelayanan keperawatan Tahun 2025 ada satu indikator yaitu Penyelenggaraan Layanan Kesehatan Jiwa berbasis *Safewards* dan WHO *Quality Right* dengan capaian sebagai berikut:

Tabel 5.18 Hasil Capaian Indikator Mutu Pelayanan Keperawatan

No	Bulan	Standar	Tidak Ada Restrain	Tidak Ada Seklusi	Penanganan Konflik $\leq 1 \times 24$ Jam	Sarpras WHO QR	Capaian Safewards
1	Januari	$\geq 80\%$	97%	87%	88%	89%	90,25%
2	Februari	$\geq 80\%$	82%	79%	84%	89%	83,50%
3	Maret	$\geq 80\%$	88%	77%	100%	89%	88,50%
4	April	$\geq 80\%$	92%	80%	100%	89%	90,25%
5	Mei	$\geq 80\%$	91%	85%	79%	89%	86,00%
6	Juni	$\geq 80\%$	92%	75%	88%	89%	86,00%
7	Juli	$\geq 80\%$	88%	84%	89%	78%	85,00%
8	Agustus	$\geq 80\%$	89%	82%	91%	81%	86,00%
9	September	$\geq 80\%$	80%	77%	91%	90%	84,50%
10	Oktober	$\geq 80\%$	85%	81%	95%	82%	85,75%
11	November	$\geq 80\%$	88%	82%	85%	85%	85,00%
12	Desember	$\geq 80\%$	87%	84%	95%	84%	87,50%

Implementasi *Safewards* Tahun 2025 menunjukkan kinerja yang baik dan konsisten dalam mendukung pelayanan keperawatan jiwa yang aman, humanis, serta berorientasi pada pencegahan konflik dan perlindungan hak pasien. Berdasarkan hasil rekapitulasi capaian indikator *Safewards* dan WHO *Quality Rights* (QR), diperoleh rata-rata capaian tahunan sebesar 86,52%, yang mencerminkan komitmen rumah sakit dalam menerapkan pendekatan pelayanan berbasis keselamatan pasien dan hak asasi manusia.

Tabel 5.19 PDSA Indikator Mutu Penyelenggaraan Layanan Kesehatan Jiwa berbasis *Safewards* dan WHO *Quality Right* Tahun 2025

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act																																							
Tidak adanya restrain Tidak Ada Restrain <table><tr><th>Bulan</th><th>Target</th><th>Capaian</th></tr><tr><td>Januari</td><td>80%</td><td>95%</td></tr><tr><td>Februari</td><td>80%</td><td>80%</td></tr><tr><td>Maret</td><td>80%</td><td>90%</td></tr><tr><td>April</td><td>80%</td><td>80%</td></tr><tr><td>Mei</td><td>80%</td><td>90%</td></tr><tr><td>Juni</td><td>80%</td><td>80%</td></tr><tr><td>Juli</td><td>80%</td><td>90%</td></tr><tr><td>Agustus</td><td>80%</td><td>80%</td></tr><tr><td>September</td><td>80%</td><td>90%</td></tr><tr><td>Oktober</td><td>80%</td><td>80%</td></tr><tr><td>November</td><td>80%</td><td>90%</td></tr><tr><td>Desember</td><td>80%</td><td>85%</td></tr></table>	Bulan	Target	Capaian	Januari	80%	95%	Februari	80%	80%	Maret	80%	90%	April	80%	80%	Mei	80%	90%	Juni	80%	80%	Juli	80%	90%	Agustus	80%	80%	September	80%	90%	Oktober	80%	80%	November	80%	90%	Desember	80%	85%	Menetapkan target penurunan penggunaan <i>restrain</i> melalui penguatan intervensi Safewards dan komunikasi terapeutik	Menerapkan intervensi <i>Safewards</i> secara konsisten, <i>briefing</i> harian, dan supervisi oleh kepala ruangan	Monitoring bulanan kejadian <i>restrain</i> dan analisis tren fluktuasi capaian	Memperkuat supervisi klinis dan umpan balik staf pada unit dengan capaian rendah
Bulan	Target	Capaian																																									
Januari	80%	95%																																									
Februari	80%	80%																																									
Maret	80%	90%																																									
April	80%	80%																																									
Mei	80%	90%																																									
Juni	80%	80%																																									
Juli	80%	90%																																									
Agustus	80%	80%																																									
September	80%	90%																																									
Oktober	80%	80%																																									
November	80%	90%																																									
Desember	80%	85%																																									
Tidak adanya seklusi Tidak Ada Seklusi <table><tr><th>Bulan</th><th>Target</th><th>Capaian</th></tr><tr><td>Januari</td><td>80%</td><td>85%</td></tr><tr><td>Februari</td><td>80%</td><td>80%</td></tr><tr><td>Maret</td><td>80%</td><td>85%</td></tr><tr><td>April</td><td>80%</td><td>80%</td></tr><tr><td>Mei</td><td>80%</td><td>85%</td></tr><tr><td>Juni</td><td>80%</td><td>80%</td></tr><tr><td>Juli</td><td>80%</td><td>85%</td></tr><tr><td>Agustus</td><td>80%</td><td>80%</td></tr><tr><td>September</td><td>80%</td><td>85%</td></tr><tr><td>Oktober</td><td>80%</td><td>80%</td></tr><tr><td>November</td><td>80%</td><td>85%</td></tr><tr><td>Desember</td><td>80%</td><td>85%</td></tr></table>	Bulan	Target	Capaian	Januari	80%	85%	Februari	80%	80%	Maret	80%	85%	April	80%	80%	Mei	80%	85%	Juni	80%	80%	Juli	80%	85%	Agustus	80%	80%	September	80%	85%	Oktober	80%	80%	November	80%	85%	Desember	80%	85%	Menyusun strategi pencegahan seklusi berbasis asesmen risiko dan <i>early warning signs</i>	Implementasi de-eskalasi verbal, pemanfaatan <i>comfort room</i> , dan keterlibatan tim multidisiplin	Evaluasi kasus seklusi dan identifikasi faktor pemicu pada bulan dengan capaian rendah	Penyesuaian SOP dan peningkatan kompetensi staf dalam manajemen perilaku
Bulan	Target	Capaian																																									
Januari	80%	85%																																									
Februari	80%	80%																																									
Maret	80%	85%																																									
April	80%	80%																																									
Mei	80%	85%																																									
Juni	80%	80%																																									
Juli	80%	85%																																									
Agustus	80%	80%																																									
September	80%	85%																																									
Oktober	80%	80%																																									
November	80%	85%																																									
Desember	80%	85%																																									

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Penanganan konflik ≤1×24 jam 	Menetapkan standar waktu respons penanganan konflik sesuai prinsip Safewards	Pelaporan cepat kejadian konflik dan tindak lanjut oleh tim ruangan dalam ≤1×24 jam	Analisis ketepatan waktu respons dan hambatan pelaksanaan	Optimalisasi alur pelaporan dan koordinasi lintas profesi
Sarana dan prasarana WHO QR 	Memetakan kesenjangan sarpras terhadap standar WHO Quality Rights	Pemenuhan bertahap sarpras dan perbaikan lingkungan terapeutik	Audit kepatuhan sarpras dan kesesuaian dengan standar QR	Penyusunan rencana pemenuhan sarpras prioritas secara berkelanjutan
Capaian Safewards total 	Menetapkan target rata-rata capaian Safewards ≥85% per tahun	Implementasi terpadu seluruh intervensi Safewards dan monitoring rutin	Review capaian bulanan dan analisis variasi antarunit	Penetapan tindak lanjut per unit dan penguatan budaya keselamatan

3. Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)

Indikator mutu PPI Tahun 2025 ada 22 (duapuluh dua) indikator sebagai berikut:

Tabel 5.15 Hasil Capaian Indikator Mutu Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)

No	Indikator Mutu	Standar	TW I	TW II	TW III	TW IV	2025
1	Kepatuhan Kebersihan Tangan	≥ 85%	91,97%	93,60%	91,94%	93,86%	92,84%
2	Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)	100%	99,29%	99,65%	99,40%	98,11%	99,11%
3	Kepatuhan Manajemen Linen Ruangan	100%	99,50%	99,52%	98,24%	97,49%	98,69%
4	Kepatuhan Manajemen Limbah Tajam	100%	98,01%	96,96%	97,28%	97,33%	97,40%
5	Kepatuhan Manajemen Limbah Infeksius	100%	97,84%	99,14%	99,33%	98,92%	98,81%
6	Kepatuhan Manajemen Lingkungan Kerja	100%	92,12%	92,54%	92,72%	92,69%	92,52%
7	Kepatuhan Manajemen Alat Kesehatan	100%	99,03%	99,61%	98,65%	100,00%	99,32%
8	Kepatuhan Menyuntik Aman	100%	99,72%	98,71%	99,41%	98,84%	99,17%
9	Kepatuhan Etika Batuk	100%	98,20%	99,48%	99,40%	99,55%	99,16%
10	Kejadian Ventilator Associated Pneumonia (VAP)	≤5,8‰	0,000‰	0,000‰	0‰	0‰	0,000‰
11	Kejadian Hospital-Acquired Pneumonia (HAP)	≤1‰	0,000‰	0,000‰	0‰	0‰	0,000‰
12	Kejadian Infeksi Alirah Darah Perifer (Phlebitis)	≤5%	0,09%	0,00%	0,00%	0,00%	0,02%
13	Kejadian Infeksi Saluran Kencing (ISK)	≤2%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
14	Kejadian Infeksi Daerah Operasi (IDO)	≤2%	0,00%	0,00%	0,45%	0,00%	0,11%
15	Kejadian Dekubitus	≤2%	0,00%	0,00%	0,00%	0,46%	0,12%
16	Kejadian Scabies Pada Pasien Psikiatri	≤5%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
17	Kejadian Pedikulosis Pada Pasien Psikiatri	≤5%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
18	Kejadian Konjungtivitis Pada Pasien Psikiatri	≤5%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
19	Persentase Personal Hygiene Pasien Psikiatri	100%	96,27%	96,37%	96,48%	95,43%	96,14%
20	Kepatuhan Pelaksanaan ICRA (<i>Infection Control Risk Assessment</i>)	100%	N/A	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

No	Indikator Mutu	Standar	TW I	TW II	TW III	TW IV	2025
21	Kepatuhan Teknik Aseptik	100%	99,25%	100,00%	99,22%	100,00%	99,62%
22	Kepatuhan Penempatan Pasien	100%	98,82%	99,52%	99,24%	98,53%	99,03%

Kondisi yang dicapai saat ini:

- Dari total 22 indikator PPI, sebanyak 11 indikator telah tercapai, yaitu:
 - Kepatuhan Kebersihan Tangan
 - Kejadian Ventilator Associated Pneumonia
 - Kejadian Hospital-Acquired Pneumonia
 - Kejadian Infeksi Aliran Darah Perifer (Phlebitis)
 - Kejadian Infeksi Saluran Kencing (ISK)
 - Kejadian Infeksi Daerah Operasi (IDO)
 - Kejadian Dekubitus
 - Kejadian Scabies pada Pasien Psikiatri
 - Kejadian Pedikulosis pada Pasien Psikiatri
 - Kejadian Konjungtivitis pada Pasien Psikiatri
 - Kepatuhan Pelaksanaan ICRA (*Infection Control Risk Assessment*)
- Sebanyak 11 indikator belum mencapai standar, di antaranya:
 - Kepatuhan Penggunaan APD (99,11% dari standar 100%)
 - Kepatuhan Manajemen Linen Ruangan (98,69% dari standar 100%)
 - Kepatuhan Manajemen Limbah Tajam (97,40% dari standar 100%)
 - Kepatuhan Manajemen Limbah Infeksius (98,81% dari standar 100%)
 - Kepatuhan Manajemen Lingkungan Kerja (92,52% dari standar 100%)
 - Kepatuhan Manajemen Alat Kesehatan (99,32% dari standar 100%)
 - Kepatuhan Menyuntik Aman (99,17% dari standar 100%)
 - Kepatuhan Etika Batuk (99,16% dari standar 100%)
 - Persentase Personal Hygiene Pasien Psikiatri (96,14% dari standar 100%)
 - Kepatuhan Teknik Aseptik (99,62% dari standar 100%)
 - Kepatuhan Penempatan Pasien (99,03% dari standar 100%)
- Telah dilakukan **koordinasi lintas unit** antara Komite PPI, IPCN, Kepala Ruangan, Timker Medik, Keperawatan, Penunjang, Instalasi Rawat Inap, Rawat Jalan, IGD, CSSD, Farmasi, Radiologi, Gizi, Binatu, TU & RT, dan Instalasi K3KL untuk mendorong pencapaian indikator PPI.
- Monev dan supervisi berkala sudah dilaksanakan oleh Komite PPI dan Komite Mutu.
- Program *reward and punishment* untuk indikator PPI **belum diterapkan secara menyeluruh** kepada seluruh Profesional Pemberi Asuhan (PPA), khususnya terkait penggunaan APD, manajemen limbah, dan personal hygiene pasien.

Kendala dan permasalahan:

- Kepatuhan Penggunaan APD (99,47%)
 - Masih ditemukan ketidaksesuaian penggunaan APD berdasarkan transmisi dan jenis prosedur, khususnya di ruang rawat jalan dan rawat inap non-psikiatri.
 - Ketidakkonsistenan dalam mengganti APD antar pasien yang berbeda tindakan.
- Kepatuhan Manajemen Linen Ruangan (99,51%)
 - Penataan linen bersih belum optimal; masih ditemukan penyimpanan tidak rapi dan tidak sesuai standar.
 - Pemisahan linen bersih dan kotor belum dijalankan secara tertib di beberapa ruangan.
- Kepatuhan Manajemen Limbah Tajam (97,49%)
 - Safety box* sering tidak dilabeli tanggal atau digunakan hingga melebihi kapasitas (lebih dari $\frac{3}{4}$ penuh).
 - Penggantian *safety box* belum dilakukan secara tepat waktu.
- Kepatuhan Manajemen Limbah Infeksius (98,49%)
 - Limbah infeksius kadang tercampur dengan limbah domestik.

- Penandaan dan identifikasi limbah belum dilakukan secara konsisten.
- 5. Kepatuhan Manajemen Lingkungan Kerja (92,33%)
 - Terdapat area kerja yang belum bersih atau tertata, dan penyimpanan alat belum sesuai zonasi.
 - Jadwal rutin kebersihan belum dilaksanakan konsisten di seluruh unit.
- 6. Kepatuhan Manajemen Alat Kesehatan (99,32%)
 - Proses perendaman alat medis habis pakai tidak selalu sesuai prosedur (jenis bahan, waktu kontak, dll).
 - Proses pembilasan dengan air mengalir kadang tertunda atau dilewatkan.
- 7. Kepatuhan Menyuntik Aman (99,21%)
 - Troli tindakan kadang tidak lengkap isinya atau tidak dalam kondisi bersih.
 - Permukaan meja tindakan tidak selalu didesinfeksi sebelum dan sesudah prosedur.
- 8. Kepatuhan Etika Batuk (98,84%)
 - Beberapa petugas belum mempraktikkan etika batuk dengan tepat (tidak menutup dengan lengan atas atau tisu).
 - Sarana pendukung seperti masker atau tisu belum tersedia merata di semua area.
- 9. Personal Hygiene Pasien Psikiatri (96,32%)
 - Masih ditemukan pasien dengan kondisi pribadi yang tidak bersih (rambut kusut, kuku panjang, pakaian kotor).
 - Pendampingan dan motivasi terhadap pasien dalam menjaga kebersihan diri belum konsisten.
- 10. Kepatuhan Teknik Aseptik (99,63%)
 - Langkah-langkah teknik aseptik (misalnya urutan penggunaan APD dan antisepsis) belum dilakukan seragam oleh seluruh petugas.
 - Dokumentasi pelaksanaan teknik aseptik belum optimal.
- 11. Kepatuhan Penempatan Pasien (99,17%)
 - Belum semua pasien diposisikan sesuai risiko infeksi (misalnya isolasi, cohorting).
 - Pemindahan pasien dengan infeksi menular sering tertunda karena keterbatasan ruangan atau SDM.

Rekomendasi:

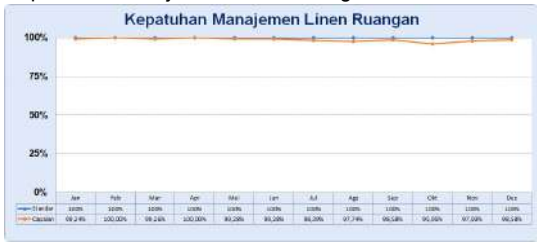
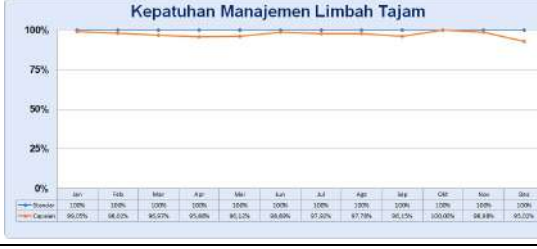
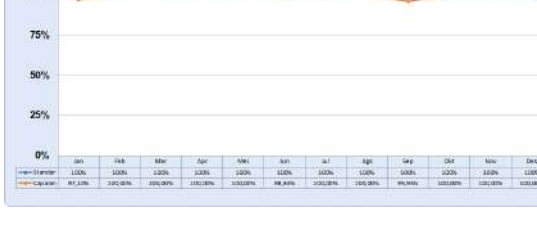
1. Kepatuhan Penggunaan APD
 - Lakukan edukasi dan simulasi ulang penggunaan APD sesuai jenis transmisi dan prosedur.
 - Tempelkan poster pedoman penggunaan APD di area strategis.
 - Supervisi dan audit dadakan oleh IPCN atau atasan langsung.
 - Terapkan *reward and punishment* berbasis evaluasi bulanan PPI.
2. Kepatuhan Manajemen Linen Ruangan
 - Susun SOP penempatan linen bersih dan kotor secara visual dan aplikatif.
 - Sediakan rak khusus linen di setiap ruangan.
 - Lakukan inspeksi linen minimal mingguan oleh kepala ruangan.
3. Kepatuhan Manajemen Limbah Tajam
 - Terapkan sistem alarm visual pada safety box bila mencapai $\frac{3}{4}$ volume.
 - Pelatihan rutin dan refresh SOP limbah tajam.
 - Pemasangan label tanggal wajib dilakukan oleh petugas shift pagi.
4. Kepatuhan Manajemen Limbah Infeksius
 - Edukasi ulang perbedaan jenis limbah secara praktis di ruangan.
 - Berikan kode warna/tempel stiker identifikasi pada setiap kantong limbah.
 - Supervisi lintas shift dengan checklist kesesuaian limbah.
5. Kepatuhan Manajemen Lingkungan Kerja
 - Terapkan sistem "ruang tanggung jawab harian" pada shift jaga.
 - Penjadwalan ulang kebersihan area secara kolaboratif dengan *cleaning service*.
 - Adakan lomba kebersihan antar ruangan dengan penilaian dari Komite PPI.
6. Kepatuhan Manajemen Alat Kesehatan

- Sediakan panduan visual perendaman alat di area dekontaminasi.
- Tetapkan waktu maksimal alat habis pakai harus direndam.
- Audit harian alat habis pakai yang belum dibilas/dibersihkan.
- 7. Kepatuhan Menyuntik Aman
 - Stok standar troli tindakan wajib tersedia dan diperiksa tiap shift.
 - Sertakan checklist harian isi troli oleh perawat jaga.
 - Supervisi aseptik injeksi oleh IPCN 1 bulan sekali secara acak.
- 8. Kepatuhan Etika Batuk
 - Sediakan masker dan tisu di area pelayanan dan edukasi pasien.
 - Tempel poster praktik etika batuk di ruang rawat dan IGD.
 - Edukasi langsung oleh perawat kepada pasien yang batuk saat registrasi.
- 9. Personal Hygiene Pasien Psikiatri
 - Tetapkan jam kebersihan harian pasien (mandi, ganti baju, potong kuku).
 - Petugas wajib mendampingi 1:3 untuk pasien dengan ketergantungan tinggi.
 - Libatkan keluarga atau wali pasien dalam menjaga kebersihan pasien.
- 10. Kepatuhan Teknik Aseptik
 - Lakukan pelatihan teknik aseptik berkala menggunakan simulasi.
 - Evaluasi checklist aseptik pada tindakan invasive.
 - Move teknik aseptik dimasukkan dalam indikator kinerja individu.
- 11. Kepatuhan Penempatan Pasien
 - Perbarui sistem identifikasi risiko infeksi pada SIMRS.
 - Kolaborasi dengan Instalasi Rawat Inap untuk alokasi kamar isolasi.
 - Prioritaskan pasien risiko tinggi untuk segera dipindahkan (maks. 6 jam setelah indikasi isolasi muncul).

Langkah-langkah PDSA untuk Indikator Mutu PPI Tahun 2025 dirumuskan sebagai berikut:

Tabel 5.16 PDSA Indikator Mutu PPI Tahun 2025

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Kepatuhan Kebersihan Tangan 	Identifikasi unit dengan kepatuhan < 90%. Reviu pelaksanaan 5 momen WHO. Pastikan seluruh petugas memahami momen dan teknik cuci tangan sesuai WHO.	Edukasi ulang petugas di unit rawan infeksi, pemasangan reminder visual di wastafel, penyediaan ABHR yang cukup.	Capaian meningkat (TW I: 91,97%; TW II: 93,60%). Rata-rata semester: 92,78% (>standar).	Lanjutkan edukasi periodik, audit langsung mingguan oleh IPCN, integrasikan reward individu/ruangan terbaik. Lakukan observasi tersembunyi untuk validasi data.
Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) 	Telaah ketersediaan APD, sosialisasikan kembali fungsi, jenis, dan waktu pakai.	Supervisi penggunaan APD saat kontak dengan pasien/limbah, sesi edukasi interaktif & roleplay.	Capaian stabil di atas 99%, namun belum mencapai 100%.	Optimalkan logistik APD, tambah poster/spanduk penggunaan APD sesuai zona risiko, kembangkan sistem pelaporan pelanggaran.

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Kepatuhan Manajemen Linen Ruangan 	Evaluasi SOP penanganan linen bersih & kotor. Cek alur transportasi & penyimpanan.	Observasi pengangkutan linen. Beri pelatihan kepada petugas laundry & jaga ruangan.	Kinerja baik: 99,51%. Masih ditemukan kesalahan pemilahan di beberapa unit.	Terapkan warna kode pada kantong linen. Lakukan cross-audit antar unit per bulan.
Kepatuhan Manajemen Limbah Tajam 	Identifikasi lokasi kontainer sharps kurang ideal. Evaluasi prosedur penggantian & pembuangan.	Simulasi pembuangan limbah tajam. Audit kontainer penuh. Terapkan log pemusnahan.	Penurunan TW II (TW I: 98,01%, TW II: 96,96%). Rerata: 97,49%.	Reposisi kontainer sharps ke titik-titik tindakan. Training ulang di ruangan dengan deviasi terbanyak.
Kepatuhan Manajemen Limbah Infeksius 	Cek pemilahan limbah sesuai warna kantong. Validasi jumlah tong infeksius aktif di ruangan.	Sosialisasi segregasi limbah ke semua shift petugas.	Rerata: 98,49%. Masih ditemukan limbah infeksius tercampur domestik.	Tambah edukasi visual dan buat SOP inspeksi harian oleh koordinator shift. Terapkan QR code edukasi di tempat sampah.
Kepatuhan Manajemen Lingkungan Kerja 	Reviu frekuensi pembersihan & jenis disinfektan. Audit tempat berisiko tinggi (toilet, meja tindakan, ventilasi).	Jadwalkan mopping basah, pemakaian desinfektan standar (klorin/H2O2), training petugas kebersihan.	Rata-rata hanya 92,33%. Belum mencapai 100%.	Revisi jadwal bersih menjadi 3 shift. Tambah pengawasan dari IPCN setiap 2 hari.
Kepatuhan Manajemen Alat Kesehatan 	Evaluasi prosedur sterilisasi (autoklaf, DTT, sterilisasi kimia). Reviu SOP CSSD.	Pelatihan ulang perawat & CSSD. Observasi langkah dekontaminasi alat.	Capaian tinggi 99,32%. Ada potensi ketidaksesuaian bila volume pasien tinggi.	Tambahkan form checklist dekontaminasi. Integrasikan alarm durasi sterilisasi di alat.
Kepatuhan Menyuntik Aman 	Audit teknik injeksi bersih & aseptik. Identifikasi kesalahan umum (glove, skin prep).	Supervisi langsung teknik injeksi tiap minggu. Simulasi pada petugas baru.	Penurunan TW II (TW I: 99,72%, TW II: 98,71%).	Refresh pelatihan dan wajib skill check setahun sekali. Pasang poster langkah suntik aman di trolley tindakan.
Kepatuhan Etika Batuk	Evaluasi pelaksanaan	Pemasangan poster WHO,	Rata-rata 98,84%. Masih	Tambah pemutaran video

65

Kejadian Dekubitus



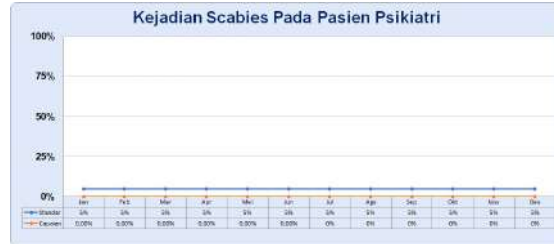
Evaluasi frekuensi rotasi dan penilaian kulit pasien non-ambulasi.

Rotasi pasien tiap 2 jam. Cek kulit per shift.

0%. Tidak ditemukan kasus.

Integrasi checklist dekubitus dalam asuhan keperawatan.

Kejadian Scabies Pada Pasien Psikiatri



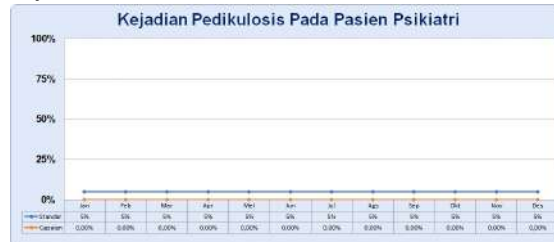
Evaluasi higienitas pasien dan pemisahan pakaian/sprei.

Screening rutin dan terapi massal jika ada gejala.

0%. Tidak ada kasus.

Lanjutkan pembersihan kasur berkala. Terapkan laundry terpisah untuk ruangan psikiatri.

Kejadian Pedikulosis Pada Pasien Psikiatri



Pemeriksaan rambut ODGJ. Edukasi perawat untuk pengamatan.

Sisir harian, shampoo anti-kutu, pisahkan sisir/handuk.

0%. Tidak ada kasus.

Jadwalkan "Pekan Bersih Rambut" tiap bulan.

Kejadian Konjungtivitis Pada Pasien Psikiatri



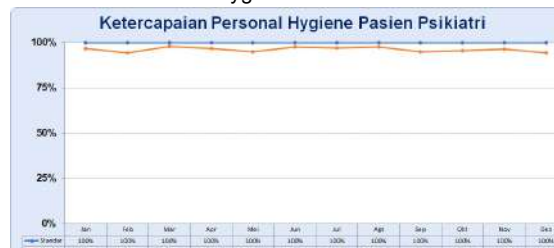
Observasi iritasi/kemerahan. Edukasi untuk tidak menyentuh mata.

Edukasi dan observasi rutin per shift.

Tidak ditemukan kasus.

Tambahkan SOP konjungtivitis dalam buku asuhan keperawatan jiwa.

Persentase Personal Hygiene Pasien Psikiatri



Reviu pelaksanaan jadwal mandi & dukungan APD pasien (sabun, odol, handuk).

Pendampingan petugas saat pasien mandi. Observasi mingguan.

96,32%. Belum ideal.

Integrasikan skor hygiene ke reward harian pasien.

Kepatuhan Pelaksanaan ICRA (Infection Control Risk Assessment)



Evaluasi kelengkapan form ICRA. Lihat kesesuaian zona risiko.

Audit hasil & rencana mitigasi risiko.

Capaian 100%. ICRA dilaksanakan.

Update ICRA tiap perubahan fungsi ruangan.

Kepatuhan Teknik Aseptik



Telaah kompetensi petugas. Cek penerapan pada tindakan aseptik.

Supervisi tiap prosedur infus, suntik, luka.

Sudah optimal.

Jadikan indikator kompetensi rutin.

Kepatuhan Penempatan Pasien



Telaah zonasi & SOP triase isolasi.

Evaluasi alur masuk & skema ruangan.

Rata-rata 99,17%. Sedikit deviasi.

Revisi alur & edukasi triase tentang zonasi infeksius.

4. Unit Layanan Pengadaan (ULP)

Hasil capaian indikator mutu Unit Layanan Pengadaan Tahun 2025 adalah sebagai berikut:

Tabel 5.61 Hasil Capaian Indikator Mutu Unit Layanan Pengadaan Tahun 2025

No	Indikator Mutu	Standar	TW I	TW II	TW III	TW IV	2025
1	Kelengkapan Dokumen Lelang	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
2	Persentase Gagal Lelang	≤ 20 %	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
3	Kejadian Sanggahan Pada Lelang	≤ 2 %	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
4	Tingkat Komponen Dalam Negeri (TKDN)	≥ 70%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
5	Ketepatan Waktu Proses Pengadaan Langsung	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
6	Ketepatan Waktu Proses Pengadaan Tender	100%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
7	Ketepatan Waktu Pelaksanaan Kontrak	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
8	Proses Negosiasi Ulang Kontrak	≤ 20%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Kondisi yang dicapai saat ini:

- Dari 8 indikator mutu pengadaan, 4 indikator telah tercapai 100%, yaitu:
 - Kelengkapan Dokumen Lelang
 - Ketepatan Waktu Proses Pengadaan Langsung
 - Ketepatan Waktu Pelaksanaan Kontrak
- Indikator Persentase Gagal Lelang = 0,00%, menunjukkan tidak ada lelang yang gagal pada Tahun 2025.
- Terdapat 4 indikator yang belum dilakukan pengukuran, yaitu:
 - Kejadian Sanggahan Pada Lelang
 - Tingkat Komponen Dalam Negeri (TKDN)
 - Ketepatan Waktu Proses Pengadaan Tender
 - Proses Negosiasi Ulang Kontrak

Kendala dan permasalahan:

- Belum dilakukan pengukuran pada indikator tertentu karena:
- Beberapa jenis pengadaan belum melalui proses tender (masih tahap perencanaan/penyusunan dokumen).
- Belum ada proses sanggahan atau negosiasi ulang yang terjadi pada tahun 2025ni.
- Belum tersedia data valid mengenai TKDN untuk seluruh pengadaan.

5. Sistem pelaporan dan dokumentasi untuk indikator tertentu belum berjalan optimal, terutama untuk indikator yang bersifat administratif dan memerlukan konsolidasi dari banyak unit kerja.

Rekomendasi:

1. Melakukan pengukuran terhadap indikator yang belum tercatat pada tahun 2025ni, terutama TKDN dan proses tender, dengan menyusun *baseline* data dan alur pelaporan dari awal proses.
2. Meningkatkan koordinasi antar unit kerja pengadaan dan pengguna barang/jasa agar semua tahapan tercatat secara tertib dan terdokumentasi.
3. Membangun sistem pelaporan internal yang sistematis dan *real-time*, agar pengisian data indikator tidak tertunda dan akurat setiap triwulan.
4. Melakukan *review* rutin terhadap proses pengadaan untuk mendeteksi potensi sanggahan dan melakukan mitigasi secara preventif.
5. Memastikan seluruh proses pengadaan (baik langsung maupun tender) dilakukan tepat waktu, terdokumentasi, dan sesuai regulasi pengadaan barang/jasa pemerintah.

Langkah-langkah PDSA untuk Indikator Mutu Unit Layanan Pengadaan Tahun 2025 dirumuskan sebagai berikut:

Tabel 5.62 PDSA Indikator Mutu Unit Layanan Pengadaan Tahun 2025

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Kelengkapan Dokumen Lelang	Menjaga kelengkapan dokumen lelang 100% setiap proses pengadaan	Melakukan pemeriksaan dokumen administratif dan teknis sebelum tayang lelang	Seluruh proses lelang berjalan sesuai ketentuan karena dokumen lengkap dan terdokumentasi	Tetapkan standar checklist dokumen lelang sebagai prosedur baku sebelum tayang
Persentase Gagal Lelang	Memastikan semua proses lelang tidak gagal	Meningkatkan validasi perencanaan lelang dan spesifikasi teknis	Tidak ada gagal lelang menunjukkan proses perencanaan berjalan baik	Lanjutkan validasi teknis dengan melibatkan tim teknis dan pengguna sejak awal
Kejadian Sanggahan Pada Lelang	Mencegah munculnya sanggahan dari peserta lelang	Pastikan persyaratan administrasi, teknis, dan evaluasi sudah adil dan transparan	Belum ada data sanggahan; perlu monitoring saat ada tender besar berjalan	Tetapkan tim penilai dokumen berpengalaman dan lakukan telaah legal sebelum pengumuman pemenang
Tingkat Komponen Dalam Negeri (TKDN)	Memaksimalkan penggunaan produk dalam negeri sesuai ketentuan	Meminta vendor menyertakan sertifikat TKDN pada saat pengadaan	Belum tersedia data; perlu integrasi sistem pelaporan TKDN	Buat format pelaporan TKDN wajib dan pantau dalam proses evaluasi penawaran
Ketepatan Waktu Proses Pengadaan Langsung	Menjaga proses pengadaan langsung sesuai timeline perencanaan	Menggunakan jadwal elektronik (SIRUP) dan pemantauan progres mingguan	Semua pengadaan langsung tercapai tepat waktu	Tetapkan waktu maksimal proses pengadaan langsung dan adakan monev rutin
Ketepatan Waktu Proses Pengadaan Tender	Memastikan tender selesai sesuai waktu yang telah direncanakan	Susun jadwal tahapan tender lebih awal dan berkoordinasi dengan PPK	Belum dilakukan pengukuran karena belum ada tender berjalan	Tetapkan sistem pemantauan online dan reminder otomatis untuk proses tender
Ketepatan Waktu Pelaksanaan Kontrak	Menjamin pelaksanaan kontrak sesuai dengan waktu yang ditetapkan	Monitoring realisasi kontrak melalui laporan berkala dari penyedia	Semua kontrak berjalan sesuai jadwal, tidak ada keterlambatan pelaksanaan	Pertahankan sistem pelaporan progres kontrak tiap minggu

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Proses Negosiasi Ulang Kontrak	Meminimalkan negosiasi ulang agar tidak mengganggu waktu pelaksanaan	Menyusun RAB dan ruang lingkup kerja secara cermat sejak awal	Belum ada proses negosiasi ulang tercatat; tetap perlu monitoring	Buat aturan jika perubahan kontrak wajib melalui kajian teknis dan persetujuan pimpinan

5. Unit Pengembangan Bisnis (Perintis Apel)

Hasil capaian indikator mutu Unit Pengembangan Bisnis (Perintis Apel) Tahun 2025 adalah sebagai berikut:

Tabel 5.63 Hasil Capaian Indikator Mutu Unit Pengembangan Bisnis (Perintis Apel) Tahun 2025

No	Indikator Mutu	Standar	TW I	TW II	TW III	TW IV	2025
1	Optimalisasi Pemanfaatan Aset (Rumah Duka, Lapangan Golf, Lapangan Bola)	70%	75,00%	75,00%	75,00%	78,89%	75,97%
2	Kepuasan Pelanggan	≥ 80%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
3	Ketersediaan Sarana Dan Prasarana	≥ 60%	N/A	N/A	80,00%	80,00%	80,00%
4	Angka Kejadian Insiden Pada Petugas	0	N/A	N/A	0	0	1
5	Angka Kejadian Insiden Pada Pelanggan	0	N/A	N/A	0	0	0

Kondisi yang dicapai saat ini:

- Dari 5 indikator mutu, 3 indikator sudah tercapai, yaitu:
 - Optimalisasi Pemanfaatan Aset (rumah duka, lapangan golf, dan lapangan bola)
 - Ketersediaan Sarana dan Prasarana
 - Angka Kejadian Insiden Pada Pelanggan
- Indikator Kepuasan Pelanggan tidak dapat terukur karena tidak ada data hasil survei yang masuk.
- Terdapat 1 indikator belum dilakukan pengukuran, sehingga status pencapaian belum dapat ditentukan.

Kendala dan permasalahan:

- Survei kepuasan pelanggan tidak diisi oleh pengunjung, sehingga tidak tersedia data untuk dianalisis.
- Belum ada mekanisme atau sistem pengumpulan data yang aktif untuk indikator optimalisasi aset dan ketersediaan sarana prasarana.
- Kesadaran pengunjung dan pengguna layanan terhadap pentingnya pengisian survei masih rendah.
- Belum ada SOP yang memastikan pelaksanaan survei dan pengukuran rutin terhadap indikator-indikator tersebut.

Rekomendasi:

- Pertahankan capaian pada indikator tanpa kejadian insiden baik pada petugas maupun pelanggan, dengan tetap melanjutkan program keselamatan kerja dan pelanggan.
- Aktifkan dan sosialisasikan survei kepuasan pelanggan, baik secara digital maupun manual di area pelayanan.
- Pasang QR code survei di area strategis dan libatkan petugas untuk mengingatkan pengunjung mengisi survei sebelum meninggalkan area.
- Lakukan pengukuran berkala terhadap indikator optimalisasi aset dan ketersediaan sarana dan prasarana, termasuk pencatatan penggunaan, kondisi, serta jumlah aset yang aktif.
- Tinjau ulang dan susun SOP pengumpulan data mutu APEL agar pelaksanaan indikator berjalan konsisten dan hasil dapat dimanfaatkan untuk peningkatan layanan.

Langkah-langkah PDSA untuk Indikator Mutu Unit Pengembangan Bisnis (Perintis Apel) Tahun 2025 dirumuskan sebagai berikut:

Tabel 5.64 PDSA Indikator Mutu Unit Pengembangan Bisnis (Perintis Apel) Tahun 2025

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Optimalisasi Pemanfaatan Aset (Rumah Duka, Lapangan Golf, Lapangan Bola)	Meningkatkan pemanfaatan aset agar mencapai target minimal 70%.	Lakukan promosi aktif melalui media sosial, brosur, dan kerja sama dengan pihak luar; perbaikan fasilitas aset agar lebih layak pakai.	Analisis belum dilakukan karena data pemanfaatan belum tersedia; hambatan utama kemungkinan karena kurangnya promosi dan fasilitas belum menarik.	Susun strategi pemanfaatan aset tahunan yang meliputi jadwal perbaikan, promosi rutin, dan skema kerja sama komersial.
Kepuasan Pelanggan	Meningkatkan kepuasan pelanggan hingga minimal 80%.	Memastikan pengunjung mengisi survei dengan pendekatan langsung (QR code, petugas pengingat).	Survei tidak terisi, sehingga hasil tidak tersedia; perlu dievaluasi media dan cara pengumpulan data.	Buat SOP survei kepuasan, wajibkan pengisian oleh pengunjung, berikan insentif atau reminder di akhir kunjungan.
Ketersediaan Sarana dan Prasarana	Memastikan tersedianya sarpras minimal 60% sesuai standar layanan.	Lakukan pemetaan dan inventarisasi sarpras; tindak lanjut perbaikan/pengadaan.	Belum dilakukan pengukuran; kendala kemungkinan pada belum tersusunnya baseline kebutuhan sarpras.	Buat daftar minimum sarpras ideal, evaluasi ketersediaan, dan rancang prioritas pengadaan/perawatan.
Angka Kejadian Insiden Pada Petugas	Menjaga angka kejadian tetap 0.	Identifikasi area risiko tinggi, edukasi keselamatan kerja, dan alat pelindung diri.	Tidak ada kejadian dilaporkan; perlu dipastikan bahwa pelaporan dilakukan dengan benar dan bukan underreporting.	Pertahankan zero incident, tingkatkan pelaporan proaktif dan audit keselamatan berkala.
Angka Kejadian Insiden Pada Pelanggan	Menjaga insiden pada pelanggan tetap 0.	Menjaga lingkungan yang aman, respons cepat bila ada keluhan pelanggan.	Tidak ada kejadian tercatat; perlu konfirmasi sistem pelaporan sudah aktif dan diketahui pelanggan.	Lanjutkan pendekatan keselamatan pelanggan, pasang media informasi jika pelanggan ingin melapor, dan audit kepatuhan keamanan.

5.6 Pencapaian Indikator Mutu Program Nasional

Hasil capaian indikator mutu Program Nasional (Prognas) Tahun 2025 adalah:

1. Prognas 1: Peningkatan Kesehatan Ibu dan Bayi

Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) 24 Jam di **RS Marzoeeki Mahdi** sepanjang tahun 2025 berjalan dengan baik dan menunjukkan kinerja yang efektif dalam mendukung upaya penurunan angka kematian ibu dan bayi sesuai target Sustainable Development Goals (SDGs). Pelayanan ini dilaksanakan oleh Tim PONEK yang telah ditetapkan melalui Surat Keputusan Direktur dan didukung oleh tenaga medis multidisiplin serta sistem manajemen pelayanan yang berfungsi selama 24 jam.

Hasil capaian indikator mutu Prognas 1 Tahun 2025 adalah sebagai berikut:

No	Indikator Mutu	Standar	TW I	TW II	TW III	TW IV	2025
1	Angka keterlambatan operasi Sectio Caesarea (>30 menit)	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
2	Angka keterlambatan penyediaan darah (>60 menit)	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
3	Angka Kematian Ibu	0 kasus	0	0	0	0	0
4	Angka Kematian Bayi	0 kasus	0	1	1	0	2
5	Capaian Inisiasi Menyusui Dini (IMD)	≥ 60.00%	60.67%	70.00%	66.67%	91.66%	70.48%
6	Capaian ASI Eksklusif	≥ 50.00%	60.67%	73.00%	73.33%	100.00%	74.64%
7	Capaian Rawat Gabung	≥ 80.00%	100.00%	89.67%	60.67%	93.75%	85.32%

Kondisi yang Dicapai Saat Ini:

1. Pelayanan PONEK 24 Jam di RS Marzoeeki Mahdi berjalan optimal dan berkesinambungan sepanjang tahun 2025.
2. Angka keterlambatan operasi sectio caesarea (>30 menit) tercapai 0,00% pada seluruh triwulan.
3. Angka keterlambatan penyediaan darah (>60 menit) tercapai 0,00% sepanjang tahun 2025.
4. Tidak terdapat angka kematian ibu selama tahun 2025.
5. Angka kematian bayi masih ditemukan 2 kasus, sehingga target 0 kasus belum sepenuhnya tercapai.
6. Capaian Inisiasi Menyusui Dini (IMD) secara tahunan mencapai 70,48%, melampaui standar ≥60,00%.
7. Capaian ASI eksklusif secara tahunan mencapai 74,64%, melampaui standar ≥50,00%.
8. Capaian rawat gabung secara tahunan mencapai 85,32%, melampaui standar ≥80,00%, meskipun terjadi penurunan capaian pada triwulan tertentu.
9. Monitoring dan evaluasi indikator mutu PONEK telah dilakukan secara rutin oleh Tim PONEK.

Kendala dan Permasalahan:

1. Kompleksitas kasus rujukan obstetri dan neonatal dengan kondisi ibu dan bayi berisiko tinggi serta penyakit penyerta.
2. Kondisi klinis ibu dan bayi pada kasus tertentu tidak selalu memungkinkan dilakukan IMD, ASI eksklusif, dan rawat gabung sesuai standar.
3. Fluktuasi capaian indikator promotif dan preventif antar triwulan.
4. Pemanfaatan hasil Audit Maternal dan Perinatal sebagai dasar perbaikan sistem pelayanan belum optimal.
5. Sistem pencatatan dan pelaporan data neonatal masih perlu penguatan untuk mendukung analisis risiko dan evaluasi kinerja.
6. Edukasi berkelanjutan kepada ibu dan keluarga belum sepenuhnya merata, terutama pada kasus rujukan dengan kondisi kompleks.

Rekomendasi:

1. Memperkuat pelaksanaan Audit Maternal dan Perinatal secara konsisten pada setiap kejadian kematian bayi sebagai dasar perbaikan mutu pelayanan.
2. Meningkatkan kompetensi tenaga kesehatan PONEK, khususnya dalam penanganan kegawatdaruratan dan resusitasi neonatal.
3. Mengoptimalkan deteksi dini dan pemantauan bayi risiko tinggi melalui penguatan koordinasi antar unit terkait.
4. Memperkuat edukasi antenatal dan pascapersalinan kepada ibu dan keluarga terkait IMD, ASI eksklusif, dan rawat gabung.
5. Meningkatkan kolaborasi DPJP dan tim multidisiplin dalam pengambilan keputusan klinis pada kasus dengan komplikasi.
6. Mempertahankan capaian ketepatan waktu pelayanan kegawatdaruratan melalui monitoring dan evaluasi berkala.
7. Mengoptimalkan sistem pencatatan dan pelaporan indikator mutu PONEK agar lebih akurat dan mendukung pengambilan keputusan manajerial.
8. Memperkuat dukungan manajemen rumah sakit terhadap pemenuhan SDM, sarana, dan prasarana pelayanan PONEK 24 jam.

Pelayanan PONEK di RS Marzoeqi Mahdi tahun 2025 menunjukkan kinerja yang aman, bermutu, dan berkelanjutan. Capaian ini perlu dipertahankan dan ditingkatkan secara konsisten melalui penguatan sumber daya manusia, sistem pelayanan, dan budaya mutu, sehingga rumah sakit dapat terus berperan strategis dalam menurunkan angka kematian ibu dan bayi di wilayah Bogor dan sekitarnya.

2. Prognas 2: Penurunan Angka Kesakitan Tuberkulosis/TBC

Program Tuberkulosis (TB) di rumah sakit dilaksanakan sebagai bagian dari upaya pengendalian TB nasional dengan fokus pada pencatatan dan pelaporan, penegakan diagnosis, penemuan dan pengobatan kasus, serta pemantauan hasil pengobatan. Sepanjang tahun pelaporan, pelaksanaan program diarahkan untuk menjamin mutu pelayanan, kesinambungan terapi, dan keselamatan pasien, termasuk pada kelompok pasien dengan komorbiditas seperti HIV.

Hasil capaian indikator mutu Prognas 2 Tahun 2025 adalah sebagai berikut:

No	Indikator Mutu	Standar	TW I	TW II	TW III	TW IV	2025
1	Terlaksananya Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan TB di RS	%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
2	Penegakan Diagnosis TB melalui Pemeriksaan Mikroskop TB	Pasien	36	45	54	59	194
3	Penemuan dan Pengobatan Pasien TBC						
	Pasien Baru	Pasien	29	35	17	31	112
	Pasien Kambuh	Pasien	3	3	3	0	9
	Riwayat Pengobatan TB selain Kambuh (After LTFU / Gagal)	Pasien	1	0	0	0	1
	Riwayat Pengobatan TB Tidak Diketahui	Pasien	0	0	0	0	0
4	Laporan Hasil Pengobatan Pasien TBC						
	Pasien Baru	Pasien	29	45	17	30	121
	Pasien Kambuh	Pasien	3	2	4	4	13
	Riwayat Pengobatan TB selain Kambuh (After LTFU / Gagal)	Pasien	1	3	0	0	4
	Riwayat Pengobatan TB Tidak Diketahui	Pasien	0	0	6	0	6
	Pasien TBC dengan HIV Positif (Semua Tipe)	Pasien	26	29	15	23	93

Kondisi yang Dicapai Saat Ini:

1. Pelaksanaan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit telah berjalan optimal dan konsisten, dengan ketercapaian 100% di seluruh triwulan.
2. Proses penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskop menunjukkan peningkatan jumlah pemeriksaan, mencerminkan kewaspadaan klinis dan efektivitas skrining TB.
3. Penemuan dan pengobatan pasien TB didominasi oleh pasien baru, dengan jumlah kasus kambuh dan pasca putus obat yang relatif rendah.
4. Pemantauan dan pelaporan hasil pengobatan pasien TB telah dilaksanakan secara menyeluruh pada berbagai kategori pasien.
5. Integrasi layanan TB dan HIV telah berjalan, ditunjukkan dengan tertanganinya pasien TB dengan HIV positif secara berkelanjutan.

Kendala dan Permasalahan:

1. Fluktuasi jumlah pasien TB antar triwulan menunjukkan masih adanya ketergantungan pada rujukan dan pola kunjungan pasien.
2. Koordinasi lintas unit dalam pemantauan hasil pengobatan, khususnya pada pasien dengan riwayat pengobatan sebelumnya, masih memerlukan penguatan.
3. Beban kerja tenaga kesehatan berpotensi mempengaruhi ketepatan waktu pelaporan dan kelengkapan dokumentasi klinis.
4. Tantangan dalam pengelolaan pasien TB dengan komorbiditas, termasuk HIV, membutuhkan koordinasi layanan yang lebih intensif.

Rekomendasi:

1. Mempertahankan dan memperkuat kepatuhan pencatatan dan pelaporan TB melalui monitoring dan evaluasi berkala.
2. Meningkatkan kapasitas skrining dan diagnosis TB melalui penguatan jejaring rujukan serta optimalisasi peran unit pelayanan terkait.
3. Memperkuat koordinasi lintas program dan lintas unit, terutama dalam pemantauan hasil pengobatan pasien TB dengan riwayat pengobatan sebelumnya dan komorbiditas.
4. Mendorong integrasi layanan TB-HIV secara lebih sistematis guna meningkatkan keberhasilan pengobatan dan keselamatan pasien.

3. Prognas 3: Penurunan Angka Kesakitan HIV/AIDS.

Pelayanan HIV/AIDS di RS Marzuki Mahdi Bogor merupakan bagian dari pelaksanaan Program Nasional Penanggulangan HIV/AIDS dan telah berjalan sejak tahun 2001 sebagai layanan rujukan terintegrasi. Sepanjang tahun 2025, layanan dilaksanakan secara komprehensif mencakup deteksi, pengobatan, pemantauan terapi antiretroviral (ART), serta koordinasi lintas sektor dengan Dinas Kesehatan Kota Bogor dan jejaring mitra. Pelayanan mengacu pada Permenkes Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2022 dengan menjunjung prinsip mutu, kerahasiaan, non-diskriminasi, dan kesinambungan layanan.

Selama tahun 2025, kegiatan yang dilaksanakan meliputi validasi laporan bulanan HIV/AIDS, bimbingan teknis triwulanan, pertemuan *lost and link* bulanan, serta koordinasi logistik dan program. Seluruh pelaporan rutin dapat diselesaikan tepat waktu, ketersediaan obat ART terjaga, dan koordinasi lintas sektor berjalan baik. Jumlah pasien on ART mengalami penurunan dari 846 pasien menjadi 360 pasien, terutama dipengaruhi kebijakan BPJS Kesehatan terkait rujukan pasien HIV kategori B20 tanpa infeksi oportunistik ke Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama.

Hasil capaian indikator mutu Prognas 3 Tahun 2025 adalah sebagai berikut:

No	Indikator Mutu	Standar	TW I	TW II	TW III	TW IV	2025
1	Drop Out Antiretroviral (DO ARV)	<12%	2,12%	0,94%	0,55%	1,21%	1,20%
2	Voluntary Counselling And Testing (VCT)	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

No	Indikator Mutu	Standar	TW I	TW II	TW III	TW IV	2025
3	Antiretroviral Therapy (ART)	100%	44,44%	80,83%	76,67%	66,30%	67,06%
4	Prevention Of Mother To Child Transmission (PMTCT)	100%	100,00%	N/A	100,00%	100,00%	100,00%
5	Infeksi Oportunistik (IO)	0%	7,87%	13,38%	11,16%	14,50%	11,73%
6	Injection Drug Use (IDU)	0%	100,00%	N/A	N/A	N/A	100,00%

Kondisi yang Dicapai Saat Ini:

1. Pelayanan HIV/AIDS berjalan sesuai Program Nasional Penanggulangan HIV/AIDS dan regulasi yang berlaku.
2. Pelaporan rutin HIV/AIDS terlaksana tepat waktu dengan capaian 100% pada seluruh triwulan.
3. Angka Drop Out Antiretroviral (DO ARV) terkendali dan berada jauh di bawah standar <12%, dengan capaian tahunan 1.20%.
4. Layanan Voluntary Counselling and Testing (VCT) terlaksana optimal dengan capaian 100% sepanjang tahun.
5. Program Prevention of Mother to Child Transmission (PMTCT) terlaksana dengan capaian 100%.
6. Koordinasi lost and link berjalan rutin sehingga kontinuitas terapi pasien relatif terjaga.
7. Ketersediaan obat Antiretroviral (ART) terpenuhi sepanjang tahun 2025.
8. Akses pemeriksaan Viral Load difasilitasi melalui program Dinas Kesehatan Kota Bogor dan pemeriksaan CD4 bagi pasien baru difasilitasi oleh Epic.

Kendala dan Permasalahan:

1. Capaian indikator Antiretroviral Therapy (ART) belum mencapai standar 100%, dengan capaian tahunan 67.06%.
2. Angka Infeksi Oportunistik (IO) masih ditemukan dan belum mencapai target 0%, dengan capaian tahunan 11.73%.
3. Rumah sakit belum memiliki layanan pemeriksaan Viral Load secara mandiri sejak Januari 2025.
4. Keterbatasan ketersediaan reagen CD4 untuk mendukung pelayanan pasien rawat inap.
5. Ketergantungan pada program eksternal untuk pemeriksaan penunjang utama (Viral Load dan CD4).
6. Penurunan jumlah pasien on ART akibat kebijakan BPJS Kesehatan terkait pengalihan pasien HIV kategori B20 tanpa infeksi oportunistik ke Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama.
7. Terbatasnya kendali rumah sakit terhadap faktor eksternal yang memengaruhi capaian indikator mutu tertentu.

Rekomendasi:

1. Mengusulkan pengadaan alat dan layanan pemeriksaan Viral Load secara mandiri di RS Marzoeeki Mahdi Bogor.
2. Mengusulkan pengadaan dan ketersediaan reagen CD4 untuk mendukung pelayanan pasien rawat inap.
3. Memperkuat pemantauan kepatuhan terapi ART melalui edukasi berkelanjutan dan optimalisasi sistem lost and link.
4. Meningkatkan deteksi dini dan penatalaksanaan Infeksi Oportunistik melalui penguatan skrining klinis dan kolaborasi lintas unit.
5. Memperkuat koordinasi dengan Dinas Kesehatan Kota Bogor dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama untuk kesinambungan layanan pasien HIV rujukan.
6. Melakukan monitoring dan evaluasi berkala terhadap capaian indikator mutu sebagai dasar perbaikan layanan berkelanjutan.

4. Prognas 4: Penurunan Prevalensi Stunting dan Wasting.

Program Penurunan Prevalensi Stunting dan Wasting merupakan bagian dari komitmen RS Marzoeeki Mahdi dalam mendukung kebijakan nasional percepatan penurunan stunting serta peningkatan derajat

kesehatan masyarakat. Melalui pembentukan Tim Penurunan Prevalensi Stunting dan Wasting, rumah sakit berupaya mengintegrasikan kegiatan promotif, preventif, dan pelayanan rujukan secara berkelanjutan dan berbasis mutu. Laporan ini disusun sebagai bentuk pertanggungjawaban pelaksanaan program tahun 2025, sekaligus menjadi bahan evaluasi dan dasar pengambilan kebijakan untuk penguatan program di masa mendatang.

Hasil capaian indikator mutu Prognas 4 Tahun 2025 adalah sebagai berikut:

No	Indikator Mutu	Standar	TW I	TW II	TW III	TW IV	2025
1	Persentase Ibu Hamil Dengan Anemia	≤ 28%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
2	Persentase Ibu Hamil Yang Mendapat Tablet Tambah Darah (TTD)	≥ 95%	100,00%	83,33%	82,05%	75,00%	86,01%
3	Persentase Bayi Dengan BBLR	≤ 8%	16,67%	10,94%	33,33%	0,00%	16,62%
4	Persentase Bayi Usia Kurang Dari 6 Bulan Mendapatkan ASI	≥ 47%	N/A	N/A	N/A	100,00%	50,00%
5	Persentase Tatalaksana Penanganan Pasien Stunting Dan Wasting	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Kondisi yang Dicapai Saat Ini:

1. Program Penurunan Prevalensi Stunting dan Wasting di RSJ dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor telah terlaksana melalui kegiatan promotif, preventif, dan kuratif sepanjang tahun 2025.
2. Pendampingan penyuluhan stunting dan wasting bersama Puskesmas Kota Bogor terlaksana secara rutin setiap bulan sesuai jadwal yang ditetapkan oleh Instalasi PKRS.
3. Kegiatan penyuluhan stunting dan wasting di lingkungan rumah sakit terlaksana pada tanggal 10 Juli 2025 di ruang tunggu farmasi sebagai upaya edukasi langsung kepada pasien dan keluarga.
4. Pelayanan rujukan pasien stunting dan wasting telah dilaksanakan melalui poli rawat jalan anak dan pelayanan rawat inap sesuai indikasi medis dengan dukungan dokter spesialis anak, perawat, dan ahli gizi.
5. Koordinasi antara Tim Penurunan Prevalensi Stunting dan Wasting dengan Instalasi PKRS dan jejaring fasilitas kesehatan telah berjalan, meskipun belum optimal di seluruh wilayah binaan.

Kendala dan Permasalahan:

1. Pelaksanaan pendampingan penyuluhan stunting dan wasting di wilayah kerja Puskesmas Semplak, khususnya di KUA Bogor Barat, tidak dapat berjalan sesuai rencana akibat renovasi gedung dan keterbatasan ruang pada lokasi sementara.
2. Kegiatan penyuluhan di luar rumah sakit sangat bergantung pada kesiapan sarana prasarana dan jadwal mitra lintas sektor, sehingga berpotensi mengalami penundaan atau penghentian sementara.
3. Belum seluruh kegiatan program memiliki alternatif metode pelaksanaan (misalnya daring atau lokasi pengganti) ketika terjadi kendala teknis di lapangan.
4. Dokumentasi dan pelaporan kegiatan lintas sektor masih memerlukan penguatan agar data capaian program dapat terhimpun secara lebih lengkap dan berkesinambungan.

Rekomendasi:

1. Mengembangkan strategi pelaksanaan program yang lebih fleksibel, termasuk penggunaan metode edukasi alternatif (daring atau lokasi pengganti) untuk menjamin keberlanjutan kegiatan penyuluhan.
2. Memperkuat koordinasi dan komitmen lintas sektor dengan Puskesmas dan instansi terkait melalui perencanaan jadwal dan penetapan lokasi kegiatan yang lebih adaptif.
3. Meningkatkan sistem dokumentasi dan pelaporan program sebagai dasar evaluasi berkala dan pengambilan keputusan manajerial.
4. Mengintegrasikan Program Penurunan Prevalensi Stunting dan Wasting ke dalam perencanaan kerja tahunan rumah sakit agar dukungan sumber daya dan keberlanjutan program dapat terjamin.

5. Prognas 5: Pelayanan Keluarga Berencana Rumah Sakit.

Pelaksanaan Program Nasional 5 Program Keluarga Berencana (KB) di rumah sakit merupakan bagian integral dari upaya peningkatan kualitas pelayanan kesehatan reproduksi, pengendalian penduduk, serta penurunan angka kematian ibu dan bayi. Rumah sakit memiliki peran strategis sebagai fasilitas rujukan yang tidak hanya memberikan pelayanan kuratif, tetapi juga promotif dan preventif melalui integrasi pelayanan KB dalam layanan kesehatan ibu dan anak.

Sepanjang tahun 2025, implementasi 5 Program KB Rumah Sakit yang meliputi KB Pascapersalinan (KBPP), KB Pascakeguguran, Pelayanan Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP), Konseling KB Terpadu, serta Penguatan Jejaring dan Pencatatan Pelaporan KB, telah dilaksanakan secara berkesinambungan. Program ini diintegrasikan dalam pelayanan obstetri, ginekologi, rawat inap, rawat jalan, dan layanan penunjang lainnya, dengan dukungan tenaga kesehatan terlatih serta koordinasi lintas unit dan lintas sektor.

Hasil capaian indikator mutu Prognas 1 Tahun 2025 adalah sebagai berikut:

No	Indikator Mutu	Standar	TW I	TW II	TW III	TW IV	2025
1	Jumlah Pasien MOW	Pasien	1	10	19	4	34
2	Jumlah Pasien IUD	Pasien	N/A	N/A	3	N/A	3

Kondisi yang Dicapai Saat Ini:

1. Implementasi 5 Program Keluarga Berencana (KB) Rumah Sakit telah berjalan secara berkesinambungan dan terintegrasi dalam pelayanan obstetri, ginekologi, rawat inap, rawat jalan, serta layanan penunjang lainnya.
2. Pelayanan KB Pascapersalinan (KBPP) dan KB Pascakeguguran telah dilaksanakan sebagai bagian dari asuhan kesehatan ibu secara komprehensif.
3. Capaian pelayanan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP) menunjukkan hasil positif, dengan total 34 pasien MOW dan 3 pasien IUD sepanjang tahun 2025.
4. Kegiatan konseling KB terpadu telah dilakukan oleh tenaga kesehatan terlatih sebagai bagian dari proses pelayanan, guna mendukung pengambilan keputusan pasien secara informed choice.
5. Koordinasi lintas unit pelayanan dan jejaring terkait KB telah berjalan, disertai dengan pelaksanaan pencatatan dan pelaporan program secara rutin.

Kendala dan Permasalahan:

1. Fluktuasi jumlah akseptor KB, khususnya MKJP, masih terjadi antar triwulan dan belum merata sepanjang tahun.
2. Pencatatan dan pelaporan pelayanan KB belum sepenuhnya optimal dan konsisten di seluruh unit pelayanan.
3. Waktu pelaksanaan konseling KB masih terbatas pada kondisi tertentu, terutama pada saat beban pelayanan tinggi.
4. Belum seluruh tenaga kesehatan memiliki tingkat kepatuhan dan pemahaman yang sama terhadap alur dan standar pelayanan KB Rumah Sakit.
5. Integrasi data pelayanan KB rumah sakit dengan sistem pelaporan eksternal masih memerlukan penguatan.

Rekomendasi:

1. Memperkuat komitmen manajemen dan lintas unit dalam mendukung keberlanjutan implementasi 5 Program KB Rumah Sakit.
2. Meningkatkan edukasi dan promosi KB, khususnya MKJP, kepada pasien dan keluarga sejak masa antenatal.

3. Mengoptimalkan standarisasi pencatatan dan pelaporan KB melalui pemanfaatan sistem informasi rumah sakit.
4. Melaksanakan pelatihan dan pembinaan berkelanjutan bagi tenaga kesehatan terkait konseling dan pelayanan KB.
5. Memperkuat koordinasi dan jejaring dengan BKKBN serta fasilitas kesehatan terkait untuk meningkatkan cakupan dan kualitas pelayanan KB.

6. Prognas 6: Program Pengendalian Resistensi Antimikroba (PPRA)

Program Pengendalian Resistensi Antimikroba (PPRA) merupakan upaya strategis rumah sakit dalam menjamin penggunaan antibiotik yang rasional, efektif, dan aman guna menekan angka resistensi antimikroba, meningkatkan mutu pelayanan, serta mendukung keselamatan pasien. Pelaksanaan PPRA di rumah sakit dilaksanakan secara multidisiplin melalui kolaborasi Komite PPRA, Komite PPI, Farmasi, Laboratorium Mikrobiologi, serta unit pelayanan klinis.

Hasil capaian indikator mutu Prognas 1 Tahun 2025 adalah sebagai berikut:

No	Indikator Mutu	Standar	TW I	TW II	TW III	TW IV	2025
1	Ketersediaan Panduan Praktek Klinis (PPK)/Clinical Pathway (CP)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2	Ketersediaan Pedoman Pemberian Antibiotik (PPAB)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
3	Pemberian Antibiotik mempertimbangkan pola sensitivitas Antibiogram (YA/TIDAK)	100%	70,8%	64,1%	55,5%	96,8%	71,8%

Kondisi yang Dicapai Saat Ini:

1. Ketersediaan Panduan Praktik Klinis (PPK)/Clinical Pathway (CP) dan Pedoman Pemberian Antibiotik (PPAB) telah 100% tersedia sepanjang tahun 2025.
2. Rerata kepatuhan pemberian antibiotik yang mempertimbangkan pola sensitivitas kuman berdasarkan antibiogram tahun 2025 mencapai 70,57%.
3. Terjadi peningkatan signifikan kepatuhan pada Triwulan III dan IV, dengan capaian di atas 95%, menunjukkan perbaikan praktik klinis.
4. Implementasi standar penggunaan antibiotik semakin konsisten pada paruh kedua tahun berjalan.

Kendala dan Permasalahan:

1. Kepatuhan pada Triwulan I dan II masih relatif rendah sehingga memengaruhi rerata capaian tahunan.
2. Pemanfaatan hasil kultur dan antibiogram sebagai dasar terapi antibiotik belum optimal pada sebagian kasus.
3. Waktu tunggu hasil pemeriksaan mikrobiologi masih menjadi kendala dalam pengambilan keputusan klinis.
4. Dokumentasi pertimbangan penggunaan antibiotik dalam rekam medis belum sepenuhnya konsisten.

Rencana Tindak Lanjut:

1. Melaksanakan sosialisasi dan penguatan kembali kebijakan PPAB dan PPRA kepada seluruh tenaga medis secara berkala.
2. Mendorong penggunaan hasil antibiogram sebagai dasar utama pemilihan antibiotik, terutama pada kasus infeksi tertentu.
3. Meningkatkan koordinasi dengan instalasi laboratorium mikrobiologi untuk percepatan hasil kultur dan sensitivitas.
4. Melaksanakan audit penggunaan antibiotik dan umpan balik klinis secara rutin setiap triwulan.

5. Memperkuat kepatuhan dokumentasi klinis dalam rekam medis sebagai bagian dari evaluasi mutu layanan.

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 Tahun 2025 adalah:

1. Instalasi Gawat Darurat

Hasil capaian indikator mutu IGD Tahun 2025 adalah sebagai berikut:

Tabel 5.17 Hasil Capaian Indikator Mutu IGD Tahun 2025

No	Indikator Mutu	Standar	TW I	TW II	TW III	TW IV	2025
1	Kemampuan Menangani Kasus Gawat Darurat (<i>Live Saving</i>)	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
2	Pemberi Pelayanan Kegawatdaruratan Yang Bersertifikat Dokter	100%	78,95%	76,71%	66,67%	76,71%	69,18%
3	Pemberi Pelayanan Kegawatdaruratan Yang Bersertifikat Perawat	100%	37,50%	33,70%	39,13%	58,64%	44,01%
4	Pemberi Pelayanan Kegawatdaruratan Yang Bersertifikat PONEK	100%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
5	Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
6	Waktu Tanggap Pelayanan Dokter Di Gawat Darurat	≤ 5 menit	0.02.21	0.02.19	0:02:10	0:02:01	0:02:13
7	Waktu Tanggap Pelayanan Perawat Di Gawat Darurat	≤ 2 menit	0.01.10	0.01.15	0:00:37	0:00:46	0:00:57
8	<i>Emergency Psychiatric Respon Time</i> (EPRT)	≤ 240 menit	01.24.58	1.20.31	1:15:25	1:08:50	1:17:26
9	Angka Kematian Pasien Di IGD	≤2‰	0,002‰	0,002‰	0,002‰	0,002‰	0,002‰
10	Waktu Pelayanan Pasien Di IGD ≤ 4 Jam	≥90%	83,16%	86,83%	93,45%	89,04%	88,12%

Kondisi yang dicapai saat ini:

Selama Tahun 2025 dari 10 indikator IGD masih terdapat 4 indikator yang belum mencapai standar, yaitu:

1. Pemberi Pelayanan Kegawatdaruratan Yang Bersertifikat Dokter (69,18%)
2. Pemberi Pelayanan Kegawatdaruratan Yang Bersertifikat Perawat (44,01%)
3. Pemberi Pelayanan Kegawatdaruratan Yang Bersertifikat PONEK (0%)
4. Waktu pelayanan pasien IGD ≤ 4 jam (88,12%)

Kendala dan permasalahan:

1. Keterbatasan jumlah SDM bersertifikat baik dokter maupun perawat.
2. Belum adanya petugas IGD yang memiliki sertifikasi PONEK.
3. *Overcrowding* IGD menyebabkan waktu pelayanan pasien menjadi lama (>4 jam).
4. Sistem triase dan alur pasien belum sepenuhnya efektif dalam membedakan kasus emergensi dan non-emergensi
5. Masih ditemukan keluarga pasien yang tidak standby mendampingi pasien ketika pasien mendapat persetujuan rawat inap yang mempengaruhi waktu pelayanan IGD
6. Kendala proses rujukan eksternal (jika hendak merujuk) membutuhkan komunikasi panjang
7. Petugas admission rawat inap di IGD.

Rekomendasi:

1. Keterbatasan Jumlah SDM Bersertifikat (Dokter & Perawat)
Masalah: Hanya 69,18% dokter dan 44,01% perawat IGD yang bersertifikat kegawatdaruratan di tahun 2025.
Rekomendasi:

- Tetapkan target minimal 100% tenaga medis bersertifikat kegawatdaruratan (GELS/BTCLS) hingga akhir tahun 2026.
 - Integrasikan kebutuhan pelatihan dalam Rencana Pelatihan Tahunan (RPT) bekerja sama dengan bidang diklat.
 - Prioritaskan SDM IGD dalam akses pelatihan eksternal (kerja sama dengan Pusdiklat atau RS Pendidikan).
 - Wajibkan minimal 1 pelatihan dasar emergensi untuk dokter/perawat baru sebelum diperbantukan di IGD.
2. Tidak Adanya Petugas IGD yang Bersertifikasi PONEK
Masalah: Capaian indikator = 0%. Belum ada petugas bersertifikat PONEK.
Rekomendasi:
- Identifikasi minimal 2 calon tenaga medis/perawat yang memenuhi syarat mengikuti pelatihan PONEK.
 - Ajukan pelatihan PONEK ke Kemenkes/Dinkes sebagai bagian dari dukungan layanan maternal emergensi.
 - Evaluasi kemungkinan kerja sama dengan RS rujukan PONEK untuk bimbingan teknis on-site sementara.
 - Bangun sistem shift jaga yang menjamin minimal 1 orang bersertifikat PONEK di tiap shift setelah pelatihan selesai.
3. *Overcrowding* IGD → Waktu Pelayanan > 4 Jam
Masalah: Hanya 85% pasien IGD dilayani dalam ≤ 4 jam.
Rekomendasi:
- Implementasikan sistem Fast Track untuk pasien non-kritis: pasien ringan bisa langsung ke poli atau pulang setelah observasi singkat.
 - Lakukan evaluasi dan pemetaan bottleneck alur pelayanan IGD mulai dari pendaftaran, asesmen, tindakan, hingga pasien mendapat keputusan rawat inap, rujuk, atau pulang
 - Kembangkan sistem early warning bed management untuk melihat keterisian ruang rawat inap untuk mempercepat pemindahan pasien dari IGD
 - Jika memungkinkan sediakan ruang transit sementara bagi pasien yang sudah dinyatakan rawat inap tetapi menunggu kamar
 - Perkuat peran Manajer Pelayanan Pasien (MPP) untuk mengkoordinasi lintas unit saat overcrowding terjadi.
 - Percepat proses rujukan atau pemindahan pasien ke ruang rawat inap dengan sistem notifikasi pada saat waktu tunggu sudah ≥3 jam
 - Buat dashboard pemantauan waktu layanan real-time di IGD yang bisa diakses lintas bidang (misal waktu tunggu dokter, lab, radiologi)
 - Peningkatan edukasi dan keterlibatan pasien tentang alur dan peran keluarga dalam proses pelayanan IGD
 - Pasang media informasi visual (poster/TV edukasi/leaflet)
 - Optimalkan kolaborasi dan koordinasi antar unit (IGD, rawat inap, ICU, kamar operasi, transportasi pasien) secara berkala
 - Terapkan discharge planning yang lebih efisien di ruang rawat untuk mempercepat rotasi tempat tidur.
4. Triase & Alur Pasien Belum Efektif
Masalah: Masih terjadi penumpukan pasien *non-emergensi* di IGD.
Rekomendasi:
- Revisi algoritma triase dan alur IGD agar lebih tajam membedakan pasien emergensi vs non-emergensi.
 - Berikan pelatihan dan simulasi ulang triase berdasarkan ESI (*Emergency Severity Index*) pada perawat triase.
 - Buat sistem redirect pasien non-urgent langsung ke rawat jalan saat tersedia (terutama jam kerja).

- Tambah satu petugas navigator alur pasien untuk mengarahkan pasien sesuai klasifikasi triase.

5. Pendampingan pasien

Masalah: Masih ditemukan keluarga pasien yang tidak standby mendampingi pasien ketika pasien mendapat persetujuan rawat inap yang mempengaruhi waktu pelayanan IGD

Rekomendasi:

- Peningkatan edukasi dan keterlibatan pasien tentang alur dan peran keluarga dalam proses pelayanan IGD
- Komunikasi efektif dari dokter penanggung jawab maupun perawat yang bertugas

6. Petugas admission rawat inap di IGD

Masalah: Tidak ada petugas admission rawat inap di IGD (keterbatasan SDM TPP)

Rekomendasi:

- Sediakan petugas admission jaga 24 jam atau minimal on call
- koordinasi dengan PKLO untuk ABK petugas administrasi RS
- Mapping kembali SDM yang ada di RS, alokasikan beberapa SDM untuk bertugas di admission rawat inap IGD

Memastikan integrasi pendaftaran rawat inap dan ketersediaan tempat tidur rawat inap lewat sistem digital.

Langkah-langkah PDSA untuk Indikator Mutu IGD Tahun 2025 dirumuskan sebagai berikut:

Tabel 5.18 PDSA Indikator Mutu IGD Tahun 2025

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Kemampuan Menangani Kasus Gawat Darurat (<i>Live Saving</i>)	Pertahankan 100% keberhasilan penanganan life saving cases. Tinjau ulang SOP dan kesiapsiagaan tim.	Audit dokumentasi tindakan penyelamatan nyawa. Refresh skill resusitasi tiap triwulan.	Capaian 100% selama selama tahun 2025.	Pertahankan. Dokumentasikan kasus sukses untuk edukasi internal. Lanjutkan drill emergency minimal 2x setahun.
Pemberi Pelayanan Kegawatdaruratan Yang Bersertifikat Dokter	Identifikasi jumlah dan nama dokter belum bersertifikat GELS/BLS/ACLS.	Ajukan pelatihan ke bagian SDM & Diklat. Buat skema rotasi dokter bersertifikat.	Capaian hanya 69,18%. < Standar 100%.	Masukkan pelatihan wajib dalam kontrak. Alokasikan anggaran pelatihan minimal 2x tahun.
Pemberi Pelayanan Kegawatdaruratan Yang Bersertifikat Perawat	Petakan perawat aktif di IGD & status sertifikasinya (BTCLS/PPGD).	Ajukan pelatihan prioritas ke perawat dengan masa kerja >6 bulan.	Capaian hanya 44,01%. Gap besar.	Wajibkan minimal 100% perawat IGD bersertifikat akhir tahun 2026. Evaluasi berkala pasca pelatihan.
Pemberi Pelayanan Kegawatdaruratan Yang Bersertifikat PONEK	Identifikasi kebutuhan dan calon peserta pelatihan PONEK.	Ajukan pelatihan melalui bidang diklat & perencanaan.	0%. Tidak ada petugas IGD yang bersertifikat PONEK.	Targetkan minimal 2 petugas IGD bersertifikat PONEK dalam di tahun 2026.
Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana	Review keanggotaan dan kelengkapan kompetensi tim bencana.	Simulasikan aktivasi tim minimal 1x tiap semester.	Capaian 100%. Seluruh TW terpenuhi.	Pertahankan. Buat daftar siaga & respons bencana 24 jam yang diperbarui per bulan.

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Waktu Tanggap Pelayanan Dokter Di Gawat Darurat	Evaluasi jadwal jaga dokter. Cek waktu panggil-respons di log.	Audit waktu kedatangan dokter setelah pasien masuk IGD.	Rerata 2 menit 13 detik. Sesuai standar.	Pertahankan. Tambah sistem alarm/kode triase merah untuk respons cepat.
Waktu Tanggap Pelayanan Perawat Di Gawat Darurat	Evaluasi posisi perawat & jumlah pasien per shift.	Observasi waktu respons saat pasien triase masuk.	Rerata 57 detik. Sesuai target.	Lanjutkan. Integrasikan dengan aplikasi pencatatan waktu respons pasien.
<i>Emergency Psychiatric Respon Time (EPRT)</i>	Evaluasi koordinasi antar-unit (IGD, psikiatri, jaga umum).	Gunakan form permintaan asesmen psikiatri dengan time-stamp.	Rerata respons: ± 1 jam 17 menit. Sudah sesuai standar.	Pertahankan. Review respons tiap bulan. Pastikan ketersediaan residen/DPJP jiwa on-call.
Angka Kematian Pasien Di IGD	Audit penyebab kematian. Evaluasi protokol resusitasi dan rujukan.	Review mortalitas dalam 24 jam dan Komite medik.	Rerata 0,21%. Masih sesuai standar, meskipun TW IV meningkat.	Fokuskan pada early detection dan edukasi tim triase. Buat analisis akar masalah kasus mortalitas.
Waktu Pelayanan Pasien Di IGD ≤ 4 Jam	Review alur pelayanan: triase-tindakan-penegakan diagnosis-keluar.	Audit waktu tunggu laboratorium & koordinasi ruang rawat inap.	Capaian 89.04%. Masih di bawah standar $\geq 90\%$.	Implementasi Fast Track pasien ringan. Integrasi dashboard waktu layanan. Perkuat peran Manajer Pelayanan Pasien saat overcrowding.

2. Instalasi Rawat Jalan

Hasil capaian indikator mutu Instalasi Rawat Jalan Tahun 2025 adalah sebagai berikut:

Tabel 5.19 Hasil Capaian Indikator Mutu Instalasi Rawat Jalan Tahun 2025

No	Indikator Mutu	Standar	TW I	TW II	TW III	TW IV	2025
1	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	≤ 60 menit	0:34:48	0:34:51	0:38:31	0:38:13	0:36:35
	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	$\geq 80\%$	85.05%	86.17%	80.80%	76.66%	82.17%
2	Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang	$\geq 80\%$	81.33%	82.71%	81.21%	80.49%	81.43%
3	Asesmen Medis Dan Keperawatan Rawat Jalan (Awal Dan Ulang)	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
4	Program Rujuk Balik Berkualitas	$\geq 80\%$	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
5	Waktu Tunggu Pasien Rehabilitasi Medik ≤ 60 Menit	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
6	Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Tindakan Rehabilitasi Medik	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
7	Kejadian Drop Out Pasien Terhadap Pelayanan Rehabilitasi Yang Direncanakan	$\leq 25\%$	2.49%	2.39%	1.41%	1.09%	1.88%
8	Waktu Tunggu Pelayanan Di <i>Assessment Center</i>	30 menit	0:07:51	0:03:33	0:02:21	0:01:13	0:04:15
9	Waktu Pelaksanaan Pelayanan Di <i>Assessment Center</i>	≤ 3 jam	2:18:20	1:46:48	2:00:14	1:27:06	1:58:19
10	Waktu Pengambilan Hasil <i>Assessment Center 2</i> Hari	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
11	<i>Drop Out Antiretroviral (DO ARV)</i>	$<12\%$	2.12%	0.94%	0.55%	1.21%	1.20%
12	<i>Voluntary Counselling And Testing (VCT)</i>	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
13	<i>Antiretroviral Therapy (ART)</i>	100%	44.44%	80.83%	76.67%	66.30%	67.06%
14	<i>Prevention Of Mother To Child Transmission (PMTCT)</i>	100%	100.00%	N/A	100.00%	100.00%	100.00%
15	Infeksi Oportunistik (IO)	0%	7.87%	13.38%	11.16%	14.50%	11.73%
16	Injection Drug Use (IDU)	0%	100.00%	N/A	N/A	N/A	100.00%
17	Terlaksananya Kegiatan Pencatatan Dan Pelaporan TB Di RS	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

No	Indikator Mutu	Standar	TW I	TW II	TW III	TW IV	2025
18	Penegakan Diagnosis TB Melalui Pemeriksaan Mikroskop TB	Pasien	36	45	54	59	194
19	Penemuan Dan Pengobatan Pasien TBC:						
	Pasien Baru	Pasien	29	35	17	31	112
	Pasien Kambuh	Pasien	3	3	3	0	9
	Pasien Dengan Riwayat Pengobatan TBC Selain Kambuh (Diobati Setelah Loss To Follow Up, Diobati Setelah Gagal)	Pasien	1	0	0	0	1
	Pasien Tidak Diketahui Riwayat Pengobatan TBC Sebelumnya	Pasien	0	0	0	0	0
20	Laporan Hasil Pengobatan Pasien TBC:						
	Pasien Baru	Pasien	29	45	17	30	121
	Pasien Kambuh	Pasien	3	2	4	4	13
	Pasien Dengan Riwayat Pengobatan TBC Selain Kambuh (Diobati Setelah Loss To Follow Up, Diobati Setelah Gagal)	Pasien	1	3	0	0	4
	Pasien Tidak Diketahui Riwayat Pengobatan TBC Sebelumnya	Pasien	0	0	6	0	6
	Pasien TBC Dengan HIV Positif (Semua Tipe)	Pasien	26	29	15	23	93
21	Persentase Ibu Hamil Dengan Anemia	≤ 28%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
22	Persentase Ibu Hamil Yang Mendapat Tablet Tambah Darah (TTD)	≥ 95%	100.00%	83.33%	82.05%	75.00%	86.01%
23	Waktu tunggu pelayanan Hemodialisa	≥ 80%	100.00%	100.00%	N/A	N/A	100.00%
24	Persentase komplikasi pada pasien hemodialisa	<10%	0.00%	0.00%	N/A	N/A	0.00%
25	Persentase kejadian infeksi catheter double lumen (CDL) pada pasien hemodialisa	<10%	0.00%	0.00%	N/A	N/A	0.00%
26	Jumlah pasien yang dapat terlayani sesuai adekuasi dialisis	100%	100.00%	100.00%	N/A	N/A	100.00%
27	Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan hemodialisa yang direncanakan	<50%	20.00%	4.76%	N/A	N/A	12.38%

Kondisi yang dicapai saat ini:

- Dari total 21 indikator mutu yang dipantau pada Tahun 2025:
 - Indikator yang sudah tercapai sesuai atau melebihi standar: 21 indikator
 - Indikator yang belum tercapai: 3 indikator
 - Indikator dengan data belum tersedia: 1 indikator
- Indikator yang belum tercapai:
 - Antiretroviral Therapy (ART): 67.06% dari standar 100%
 - Infeksi Oportunistik (IO): 11,73% dari standar 0%
 - Persentase Ibu Hamil yang Mendapat Tablet Tambah Darah (TTD) ≥ 95%. Capaian: 86.01%
- Indikator yang tidak dapat diukur:
 - Persentase Ibu Hamil dengan Anemia ≤ 28% (tidak ada pasien)

Kendala dan permasalahan:

- Data Ketepatan Waktu Pelayanan di Poliklinik masih memerlukan peningkatan
 - Sistem pencatatan dan pelaporan belum terintegrasi dan kurang konsisten.
 - Kurangnya monitoring dan evaluasi rutin terhadap waktu pelayanan poliklinik.
 - Potensi kurangnya pemahaman atau pelatihan staf dalam pencatatan waktu pelayanan.
 - potensi kurangnya pemahaman staf dalam menganalisis waktu pelayanan di poliklinik
 - Sulit melakukan evaluasi dan perbaikan proses pelayanan di poliklinik secara tepat.
- Persentase Ibu Hamil yang Mendapat Tablet Tambah Darah (TTD) Belum Optimal
 - Pemberian TTD pasien trimester 1 tidak diberikan sebab ibu hamil masih mual.
 - Kurangnya edukasi dan sosialisasi kepada ibu hamil mengenai pentingnya konsumsi TTD secara rutin.
 - Kepatuhan pasien dalam mengonsumsi tablet TTD belum maksimal.
 - Program pencegahan anemia pada ibu hamil kurang optimal, berisiko terhadap kesehatan ibu dan janin.
- Infeksi oportunistik (IO)

- Pasien BPJS bisa tercover jika pasien tersebut HIV dengan IO sehingga kasus IO di RS cukup banyak
- 4. Antiretroviral Therapy (ART)
 - Masih terdapat pasien yang positif HIV tidak langsung ART karena dilakukan pengobatan TB-nya terlebih dahulu

Rekomendasi:

1. Data Ketepatan Waktu Pelayanan di Poliklinik perlu ditingkatkan
 - kuatkan komitmen kepada staf untuk melakukan pencatatan ketepatan waktu tunggu rawat jalan
 - Terapkan sistem pencatatan elektronik terintegrasi yang memudahkan pencatatan waktu pelayanan secara *real-time* dan mengurangi kesalahan manual.
 - Lakukan pelatihan dan sosialisasi kepada staf poliklinik mengenai pentingnya pencatatan waktu pelayanan dan cara menggunakan sistem pencatatan baru.
 - Buat SOP standar pelayanan yang jelas untuk ketepatan waktu dan monitoring berkala guna memastikan target terpenuhi.
 - Adakan evaluasi dan audit rutin terhadap pencatatan dan ketepatan waktu pelayanan untuk mengidentifikasi kendala dan memperbaiki proses
2. Persentase Ibu Hamil yang Mendapat Tablet Tambah Darah (TTD) Belum Optimal
 - Pastikan pemberian TTD secara konsisten kepada seluruh ibu hamil walaupun masih trimester I.
 - Perkuat program edukasi kepada ibu hamil melalui penyuluhan rutin di posyandu, puskesmas, dan rumah sakit mengenai pentingnya konsumsi TTD untuk mencegah anemia.
 - Libatkan kader kesehatan dan tenaga medis untuk melakukan pemantauan dan pengingat konsumsi tablet secara berkala.
 - Tingkatkan pencatatan dan pelaporan terkait pemberian dan konsumsi TTD agar bisa memantau kepatuhan dan efektivitas program.
3. Infeksi Oportunistik (IO)
 - Edukasi pasien HIV mengenai pentingnya kepatuhan ARV
 - Integrasi program pengawasan kepatuhan ARV melalui pendamping
 - Pemeriksaan CD4 dan viral load secara berkala
4. Antiretroviral Therapy (ART)
 - Edukasi berkelanjutan pada pasien dan keluarga pentingnya kepatuhan ART
 - Pelayanan ramah HIV/AIDS
 - Pemantauan CD4 dan viral load serta memastikan pengingat bagi pasien.

Langkah-langkah PDSA untuk Indikator Mutu Instalasi Rawat Jalan Tahun 2025 dirumuskan sebagai berikut:

Tabel 5.20 PDSA Indikator Mutu Instalasi Rawat Jalan Tahun 2025

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	Pertahankan waktu tunggu di bawah 60 menit dengan optimasi alur pasien dan sistem antrean.	Terapkan sistem antrean digital dan pelatihan staf dalam mengelola antrean.	Waktu tunggu rata-rata 36 menit 36 detik, sudah di bawah standar. Sistem berjalan baik.	Pertahankan sistem, lakukan monitoring rutin dan tingkatkan kapasitas saat jam sibuk.
	Capai $\geq 80\%$ pasien dengan waktu tunggu ≤ 60 menit.	Atur jadwal kedatangan pasien dan penguatan skrining awal.	Capaian 82,17%, telah melampaui target.	Pertahankan dan monitor antrean digital serta evaluasi rutin.
Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang	Minimalisasi pemeriksaan	Edukasi dokter tentang clinical pathway dan	Capaian 81,43%, telah memenuhi standar.	Audit rutin rekam medis, koreksi jika ditemukan overuse.

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
	penunjang yang tidak perlu.	SOP indikasi pemeriksaan.		
Asesmen Medis Dan Keperawatan Rawat Jalan (Awal Dan Ulang)	Pertahankan asesmen awal dan ulang sesuai regulasi.	Supervisi dan review rutin formulir asesmen.	Capaian 100%, sesuai target.	Pertahankan dan lakukan refreshment training secara berkala.
Program Rujuk Balik Berkualitas	Pertahankan keberhasilan program rujuk balik.	Koordinasi aktif dengan FKTP dan edukasi pasien.	Capaian 100%, terlaksana optimal.	Pertahankan komunikasi dua arah dan perbaiki dokumentasi bila diperlukan.
Waktu Tunggu Pasien Rehabilitasi Medik ≤ 60 Menit	Pertahankan waktu tunggu minimal.	Penjadwalan tepat waktu dan alur efisien.	Capaian 100%, waktu tunggu nol menit.	Pertahankan sistem dan evaluasi per triwulan.
Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Tindakan Rehabilitasi Medik	Hindari kesalahan melalui pengecekan berlapis.	Implementasi double-check sebelum tindakan.	Tidak ditemukan kejadian kesalahan tindakan.	Tetap jalankan SOP, lakukan audit klinis berkala.
Kejadian Drop Out Pasien Terhadap Pelayanan Rehabilitasi Yang Direncanakan	Kurangi angka drop out pasien dengan edukasi dan konseling.	Lakukan follow-up pasien secara terjadwal.	Drop out sebesar 1,20%, sangat baik.	Pertahankan sistem follow-up dan dokumentasi.
Waktu Tunggu Pelayanan Di <i>Assessment Center</i>	Tingkatkan efisiensi awal pelayanan assessment.	Penempatan staf sesuai alur pelayanan.	Waktu tunggu rata-rata 4 menit 15 detik, sangat baik.	Lanjutkan strategi pelayanan cepat dan efektif.
Waktu Pelaksanaan Pelayanan Di <i>Assessment Center</i>	Batasi lama assessment maksimal 3 jam.	Pemetaan beban kerja dan alokasi tenaga profesional.	Capaian 1 jam 58 menit, sudah sesuai target.	Pertahankan sistem penjadwalan tim dan SOP assessment.
Waktu Pengambilan Hasil <i>Assessment Center</i> 2 Hari	Pastikan hasil assessment tersedia maksimal 2 hari.	Informasikan jadwal ambil hasil kepada pasien sejak awal.	Capaian 100%, semua hasil diambil tepat waktu.	Pertahankan prosedur distribusi hasil dan evaluasi berkala.
Drop Out Antiretroviral (DO ARV)	Tingkatkan layanan dan pastikan dokumentasi	Edukasi, monitoring dan evaluasi	Sudah mencapai target dengan capaian 1.20%	Pertahankan sistem sesuai prosedur
Voluntary Counselling And Testing (VCT)	Tingkatkan efisiensi layanan	Edukasi. Monitoring dan evaluasi	Capaian 100. %, sudah mencapai target	Pertahankan layanan sesuai prosedur
Antiretroviral Therapy (ART)	Edukasi berkelanjutan kepada keluarga dan pasien	Lakukan edukasi dan pentingnya kepatuhan ART	Capaian 67.06%, masih belum mendekati target 100%	upaya perbaikan capaian dengan edukasi, dan pemantauan
Prevention Of Mother To Child Transmission (PMTCT)	Tingkatkan layanan, dan pemeriksaan	Edukasi. Monitoring dan evaluasi	Capaian 100.%, sudah mencapai target	Pertahankan sistem pelaporan digital dan audit data per bulan.
Infeksi Oportunistik (IO)	Tingkatkan prosedur, periksa CD4 load eberkala	Edukasi kepatuhan ARV	Capaian 11,73%, masih kurang dari target	Tetapkan prosedur SOP tatalaksana IO
Injection Drug Use (IDU)	Tingkatkan skrining IDU	Edukasi pencegahan IDU	Capaian 100%, sudah mencapai target, 0%	Pertahankan layanan
Terlaksananya Kegiatan Pencatatan Dan Pelaporan TB Di RS	Lengkapi pelaporan TBC sesuai program nasional.	Gunakan SITB dan integrasi SIMRS.	Capaian 100%, pelaporan lengkap dan tepat waktu.	Pertahankan sistem pelaporan digital dan audit data per bulan.
Penegakan Diagnosis TB Melalui Pemeriksaan Mikroskop TB	Perluas cakupan diagnosis mikroskopis.	Sediakan logistik dan tenaga laboratorium terlatih.	Terdapat 194 pasien yang ditegakkan diagnosisnya.	Pertahankan layanan, perluas deteksi aktif ke unit lain.

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Penemuan Dan Pengobatan Pasien TBC	Tingkatkan deteksi aktif dan kesinambungan pengobatan.	Edukasi, skrining, dan tata laksana TBC secara tuntas.	112 pasien ditemukan dan ditangani dengan baik.	Pertahankan kegiatan penemuan aktif dan tracking pasien.
Laporan Hasil Pengobatan Pasien TBC	Jaga kelengkapan laporan hasil pengobatan pasien TBC.	Pengumpulan data hasil akhir terapi TBC.	121 pasien telah dilaporkan hasil terapinya.	Lanjutkan pelaporan, evaluasi jika ada loss to follow-up.
Persentase Ibu Hamil Dengan Anemia	Lakukan skrining Hb pada seluruh bumil.	Koordinasi dengan puskesmas rujukan bumil.	Data belum tersedia.	Segara lakukan rekapitulasi hasil lab ibu hamil.
Persentase Ibu Hamil Yang Mendapat Tablet Tambah Darah (TTD)	Pastikan semua bumil menerima TTD secara cukup.	Distribusi TTD dan edukasi kepatuhan minum.	Capaian 86,01%, masih di bawah standar. Masih ditemukan ibu hamil trimester I tidak diberikan TTD	Perkuat distribusi dan monitoring konsumsi harian.
Waktu tunggu pelayanan Hemodialisa	Pastikan pelayanan tepat waktu untuk semua pasien HD.	Buat jadwal HD yang efisien dan akurat.	Capaian 100%, semua sesuai waktu.	Pertahankan sistem dan evaluasi kinerja harian.
Presentase komplikasi pada pasien hemodialisa	Kendalikan dan awasi komplikasi pada prosedur dialisis.	Evaluasi status klinis sebelum & sesudah tindakan.	Tidak ditemukan komplikasi.	Pertahankan protokol dan audit pasien berkala.
Presentase kejadian infeksi catheter double lumen (CDL) pada pasien hemodialisa	Minimalisasi risiko infeksi catheter.	Pelatihan dan pengawasan praktik antisepsis.	Tidak ditemukan infeksi CDL.	Jaga kontrol infeksi, audit kebersihan alat & ruang.
Jumlah pasien yang dapat terlayani sesuai adekuasi dialisis	Pastikan dosis dan frekuensi dialisis sesuai kebutuhan.	Pemantauan kesesuaian jadwal dan parameter dialisis.	Semua pasien telah menerima dialisis yang adekuat.	Pertahankan sistem monitoring dan evaluasi dokter.
Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan hemodialisa yang direncanakan	Edukasi pasien dan pantau kepatuhan jadwal.	Tindak lanjut pasien tidak hadir.	Drop out 12,38%, jauh di bawah standar.	Pertahankan program edukasi dan konseling keluarga.

3. Instalasi Rawat Inap

Hasil capaian indikator mutu Instalasi Rawat Inap Tahun 2025 adalah sebagai berikut:

Tabel 5.21 Hasil Capaian Indikator Mutu Instalasi Rawat Inap Tahun 2025

No	Indikator Mutu	Standar	TW I	TW II	TW III	TW IV	2025
1	Kepatuhan Waktu Visite Dokter	≥ 80%	92.72%	92.78%	92.28%	86.23%	91.00%
2	Assesment Awal Medis	100%	99.96%	99.93%	99.93%	98.55%	99.59%
3	Assesment Awal Keperawatan	100%	99.79%	99.97%	100.00%	99.96%	99.93%
4	Kejadian Rawat Ulang (Re-Admission) Pasien Gangguan Jiwa Dalam Waktu ≤ 1 Bulan	≤ 10%	5.27%	5.01%	3.31%	2.16%	3.94%
	Kejadian Rawat Ulang (Re-Admission) Pasien Umum Dalam Waktu ≤ 1 Bulan	≤ 10%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
5	Cedera/Trauma Fisik Akibat Fiksasi (CAF) Di UPIP	≤ 1,5%	0.34%	0.66%	1.96%	1.14%	1.03%
6	Tidak Adanya Kejadian Pasien Yang Dirawat Di UPIP > 5 Hari	≥ 90%	98.50%	97.74%	97.28%	97.42%	97.73%
7	Tidak Adanya Kejadian Pasien Yang Dirawat Inap Psikiatri > 14 Hari	≥ 90%	74.54%	89.95%	91.70%	87.00%	85.80%

No	Indikator Mutu	Standar	TW I	TW II	TW III	TW IV	2025
8	Tidak Adanya Pasien Yang Dilakukan Fiksasi Setelah Masa Rawat 24 Jam Di UPIP	≥ 95%	91.99%	92.94%	95.66%	92.77%	93.34%
9	Realisasi Pasien Yang Direncanakan Pulang H-1	≥ 90%	93.07%	91.87%	94.91%	93.97%	93.45%
10	Waktu Masuk Rawat Inap ≤ 60 Menit	≥ 90%	87.48%	92.50%	98.19%	86.49%	91.17%
11	Asesmen Awal Medis Pada Pasien UPIP 1 X 24 Jam	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
12	Asesmen Awal Keperawatan Pada Pasien UPIP 1 X 24 Jam	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
13	Ketersediaan Obat/Psikofarmaka Pada Pasien UPIP	100%	94.85%	100.00%	100.00%	100.00%	98.71%
14	Persentase Penanganan Fase Akut Pasien Gangguan Jiwa Di UPIP	100%	99.82%	99.80%	99.48%	99.63%	99.68%
15	Ketepatan Kriteria Masuk Rawat Inap Di UPIP	100%	99.91%	100.00%	100.00%	100.00%	99.98%
16	Ketepatan Kriteria Keluar Rawat Inap Di UPIP	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
17	Waktu Tunggu Operasi Elektif	≤ 48 jam	0:09:33	0:15:06	0:18:56	0:18:47	0:15:35
18	Komplikasi Anestesi Karena Overdosis, Reaksi Anestesi Dan Salah Penempatan Endotracheal Tube	0%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
19	Kejadian Kematian Di Meja Operasi	0%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
20	Kepatuhan Assesmen Pra Anestesi	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
21	Kepatuhan Assesmen Pra Sedasi	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
22	Kepatuhan Assesmen Pra Bedah	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
23	Kepatuhan Dokumentasi Pelaksanaan Surgical Safety Cek List	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
24	Kepatuhan Pelaksanaan Sign In, Sign Out, Dan Time Out	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
25	Penerapan Keselamatan ECT	100%	N/A	100.00%	100.00%	N/A	100.00%
26	Waktu Tunggu Tindakan ECT	≤ 48 jam	N/A	0:12:00	0:01:00	N/A	0:06:30
27	Discrepansi Diagnosa Pre Dan Post Operasi	0%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
28	Pembatalan Operasi Elektif	≤ 3%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
29	Penundaan Operasi Elektif	≤ 5%	0.00%	0.00%	0.00%	0.48%	0.12%
30	Kepatuhan pengisian laporan operasi	100%	94.09%	100.00%	100.00%	100.00%	98.52%
31	Kesesuaian kualitas resume medis pasien operasi	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
32	Ketepatan Kriteria Masuk Dan Keluar ICU	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
33	Rata-Rata Pasien Yang Kembali Ke Perawatan ICU Dengan Kasus Yang Sama < 72 Jam	≤ 3%	8.33%	2.56%	7.54%	0.00%	4.61%
34	Waktu Tanggap Tindakan Pemasangan Ventilator	≤ 30 menit	0:29:37	0:22:00	0:22:30	0:29:25	0:25:10
	Waktu Tanggap Tindakan Pemasangan Ventilator ≤ 30 Menit	100%	88.89%	100.00%	100.00%	100.00%	97.22%
35	Pemberi Pelayanan Persalinan Dengan Tindakan Operasi	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
36	Kemampuan Menangani BBLSR Dan BBLR	100%	100.00%	100.00%	83.33%	N/A	93.75%
37	Pertolongan Persalinan Melalui SC	≤ 20%	94.44%	85.82%	86.67%	93.75%	89.84%
38	Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesaria Emergency	≥ 80%	100.00%	100.00%	91.67%	100.00%	97.73%
39	Kejadian Kematian Ibu Karena Persalinan	0%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
40	Presentase IMD (Inisiasi Menyusui Dini)	≥ 80%	100.00%	92.13%	75.56%	91.67%	89.67%
41	Pemberian ASI Eksklusif Pada Bayi Baru Lahir Selama Perawatan	≥ 60%	100.00%	95.83%	76.67%	100.00%	92.50%
42	Persentase Rawat Gabung	≥ 80%	100.00%	95.83%	53.81%	93.75%	85.13%
43	Perawatan Metode Kanguru	≥ 80%	100.00%	50.00%	83.33%	N/A	75.00%
44	Kejadian Keterlambatan Operasi SC > 30 Menit	0%	0.00%	0.00%	6.67%	0.00%	1.82%
45	Kejadian Keterlambatan Penyediaan Darah > 60 Menit	0%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
46	Kejadian Kematian Bayi Saat Persalinan	0%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
47	Jumlah Pasien MOW	Pasien	1	10	19	4	34
48	Jumlah Pasien IUD	Pasien	N/A	N/A	3	N/A	3

No	Indikator Mutu	Standar	TW I	TW II	TW III	TW IV	2025
49	Persentase Bayi Dengan BBLR	≤ 8%	16.67%	10.94%	33.33%	0.00%	16.62%
50	Persentase Bayi Usia Kurang Dari 6 Bulan Mendapatkan ASI	≥ 47%	N/A	N/A	25.00%	100.00%	50.00%
51	Persentase Tatalaksana Penanganan Pasien Stunting Dan Wasting	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

Kondisi yang dicapai saat ini:

- Dari 51 indikator, sebanyak 36 indikator telah mencapai standar yang ditetapkan.
- Sebanyak 15 indikator belum mencapai standar:
 - Asesmen awal medis: 99,59%(standar 100%)
 - Asesmen awal keperawatan: 99, 93% (standar 100%)
 - Tidak adanya pasien rawat inap psikiatri > 14 hari: 85,80% (standar ≥ 90%)
 - Tidak ada nya Pasien Fiksasi Setelah 24 Jam di UPIP (93,34% (standar ≥ 95%)
 - Ketersediaan obat/psikofarmaka pasien UPIP (98,71% (standar 100%)
 - Persentase penanganan fase akut apsiien 99,68 dari (standar 100%)
 - Kriteria masuk rawat inap UPIP 99,98% dari (standar 100%)
 - Kepatuhan pengisian laporan operasi 98,52% (standar 100%)
 - Rata-rata pasien kembali ke ICU < 72 jam (kasus sama) 4,61% (standar ≤ 3%)
 - Waktu tanggap tindakan pemasangan ventilator ≤ 30 Menit: 97,22% (standar 100%)
 - Kemampuan menangani BBLSR dan BBLR 93,75% (standar 100%)
 - Persentase persalinan melalui SC 89,84% (standar ≤ 20%)
 - Perawatan metode kanguru 75,00% (standar ≥ 80%)
 - Kejadian keterlambatan operasi SC > 30 menit 1,82% (standar 0%)
 - Persentase bayi dengan BBLR: 16,62% (standar ≤ 8%)

Kendala dan permasalahan:

- Masih terdapat nakes yang patuh untuk mengisi dan mengisi dengan lengkap asesmen awal dalam 24 jam
- Banyak pasien psikiatri rawat inap >14 hari belum bisa dipulangkan karena: kondisi belum stabil, tidak ada penjamin, kurang koordinasi dengan Dinsos, dan belum optimalnya sistem rujukan lanjutan.
- Fiksasi pasien UPIP lebih dari 24 jam masih terjadi karena: gejala berat, respons terhadap farmakologis belum optimal, SOP monitoring belum diperbarui, alternatif intervensi non-fiksasi belum maksimal diterapkan
- Ketersediaan obat/psiko farmaka: keterlambatan pengadaan obat, fluktuasi kebutuhan obat
- Penangan fase akut pasien: kondisi belum stabil, respons terhadap farmakologis belum optimal
- Kriterian masuk rawat inap UPIP: kriteria belum sepenuhnya lengkap meski klinis sesuai
- Kepatuhan Pengisian Laporan Operasi: Pengisian laporan operasi tertunda pasca Tindakan, Belum ada sistem pengingat otomatis di EMR
- Rata-rata Pasien Kembali ke ICU < 72 Jam (Kasus Sama): Monitoring lanjutan di ruang rawat belum optimal, Komorbid pasien berat dan progresivitas penyakit
- Waktu Tanggap Pemasangan Ventilator ≤ 30 Menit: belum optimal pemasangan ventilator
- Kemampuan Menangani BBLSR dan BBL: -
- Persentase persalinan SC: Tingginya kasus rujukan risiko tinggi
- Perawatan metode kanguru belum optimal karena keterbatasan kriteria bayi, SDM dan ruang pendukung terbatas, serta kesiapan ibu dengan psikiatri yang tidak memungkinkan untuk KMC
- Keterlambatan Operasi SC > 30 Menit: Proses persiapan praoperasi memerlukan waktu lebih lama, penjadwalan operasi kurang optimal
- Persentase bayi BBLR >16,62% karena tingginya rujukan risiko tinggi, intervensi gizi kehamilan kurang, dan pelayanan ANC primer belum optimal.
- Waktu masuk rawat inap sering melebihi 60 menit karena lambatnya administrasi, kurangnya koordinasi IGD-rawat inap, dan belum efisiennya alur antrean.

16. Keselamatan ECT belum dapat dinilai karena dokumentasi pelaksanaan tidak konsisten dan belum ada format evaluasi mutu ECT.
17. Waktu tunggu ECT belum terpantau karena data tidak tercatat sistematis dan belum tersedia dashboard pemantauan.
18. Jumlah pasien IUD tidak bisa diukur karena pelaporan belum terstruktur dan belum masuk dalam indikator mutu.

Rekomendasi:

1. Asesmen Awal Medis & Keperawatan belum 100% dalam 24 jam: Penambahan alert/penguncian EMR bila asesmen belum lengkap, Audit harian kelengkapan asesmen oleh kepala ruangan
2. Pasien psikiatri Rawat inap > 14 hari: Case management terpadu (DPJP–perawat–pekerja sosial–Dinsos), Perkuat pendekatan individual dan dukungan psikososial pada pasien yang kurang responsif terhadap program terapi melalui evaluasi berkala, Early discharge planning sejak awal Perawatan, Optimalisasi program rawat jalan intensif/komunitas
3. Fiksasi Pasien UPIP >24 Jam: Tingkatkan kolaborasi interprofesional dengan DPJP dan tim rehabilitasi untuk merancang terapi individual sesuai respons pasien psikiatri gaduh gelisah. Penerapan **alternatif non-fiksasi** (de-eskalasi, ruang tenang, one-on-one), Perkuat pendekatan individual dan dukungan psikososial pada pasien yang kurang responsif terhadap program terapi melalui evaluasi berkala.
4. Ketersediaan Obat/Psikofarmaka: Perencanaan kebutuhan obat berbasis tren kasus dan buffer stock, Evaluasi rantai pengadaan dan distribusi obat
5. Penanganan Fase Akut Pasien: Monitoring respons terapi lebih intensif pada 24 jam pertama, Kolaborasi multidisiplin untuk penyesuaian terapi cepat, Penguatan dokumentasi waktu dan intervensi fase akut
6. Kriteria Masuk Rawat Inap UPIP: Penyederhanaan dan checklist kriteria masuk UPIP di EMR, Audit dokumentasi kriteria masuk secara berkala
7. Kepatuhan Pengisian Laporan Operasi: Penetapan batas waktu pengisian laporan operasi, Pengembangan pengingat otomatis EMR, Monitoring kepatuhan dan umpan balik rutin ke dokter operator
8. Pasien Kembali ke ICU <72 Jam (Kasus Sama): Penetapan kriteria transfer keluar ICU, Monitoring intensif 24 jam pertama pasca transfer
9. Waktu Tanggap Pemasangan Ventilator: Standarisasi alur emergensi pemasangan ventilator, Evaluasi kasus keterlambatan sebagai pembelajaran
10. Persentase Persalinan SC Tinggi: Analisis indikasi SC secara periodic, Edukasi dan kolaborasi dengan FKTP terkait rujukan tepat waktu
11. Perawatan Metode Kanguru (PMK) : Tambah fasilitas dan edukasi ibu secara intensif terkait kesiapan menjalankan metode kanguru, serta sesuaikan kriteria klinis secara fleksibel,
12. Keterlambatan Operasi SC >30 Menit: Penetapan prioritas kamar operasi obstetric, Monitoring waktu respon sebagai indikator mutu.
13. Waktu Masuk Rawat Inap >60 Menit : Sederhanakan proses administrasi dan tingkatkan koordinasi antar unit untuk mempercepat waktu masuk rawat inap dalam ≤ 60 menit.
14. Persentase Bayi BBLR Tinggi: Tingkatkan skrining gizi pada ibu hamil dan edukasi intensif di layanan primer untuk menekan angka bayi BBLR, terutama dari rujukan risiko tinggi.
15. Susun dan implementasikan format standar dokumentasi keselamatan ECT serta latih tenaga pelaksana untuk mencatat secara sistematis.
16. Bangun sistem *dashboard monitoring* ECT dan pastikan semua layanan tercatat untuk memantau waktu tunggu secara *real-time*.
17. Buat pelaporan rutin terintegrasi dari unit KB terkait jumlah pasien IUD agar dapat dimasukkan dalam laporan indikator mutu.

Langkah-langkah PDSA untuk Indikator Mutu Instalasi Rawat Inap Tahun 2025 dirumuskan sebagai berikut:

Tabel 5.22 PDSA Indikator Mutu Instalasi Rawat Inap Tahun 2025

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Kepatuhan Waktu Visite Dokter	Memastikan dokter spesialis mengunjungi pasien tepat waktu sesuai jadwal untuk mencapai $\geq 80\%$.	Memastikan jam visite dilakukan sesuai jadwal yang telah ditentukan.	Capaian 91,00% menunjukkan kepatuhan waktu visite sangat baik dan melampaui standar.	Meningkatkan koordinasi jadwal antara dokter, staf medis, dan administrasi agar waktu visite tepat.
Asesmen Awal Medis	Melakukan asesmen awal medis komprehensif pada setiap pasien dalam waktu 24 jam, target 100%.	Memastikan asesmen medis dilakukan tepat waktu dan terdokumentasi lengkap.	Capaian 99,59% menunjukkan hampir seluruh pasien telah mendapat asesmen tepat waktu.	Mengoptimalkan prosedur dan penggunaan sistem notifikasi agar asesmen tidak terlewat.
Asesmen Awal Keperawatan	Menjamin setiap pasien mendapat asesmen keperawatan tepat waktu dalam 24 jam, target 100%.	Melaksanakan asesmen keperawatan segera setelah pasien diterima di unit.	Capaian 99,93% menunjukkan pelaksanaan asesmen sudah sangat baik.	Meningkatkan pelatihan perawat dalam asesmen awal dan sistem supervisi.
Kejadian Rawat Ulang Pasien Gangguan Jiwa ≤ 1 Bulan	Mengurangi rawat ulang $\leq 10\%$ dengan rencana perawatan preventif dan follow-up intensif.	Menyusun rencana perawatan berkelanjutan dan edukasi pasien serta keluarga.	Capaian 3,94% sudah jauh di bawah standar, menunjukkan program efektif.	Meningkatkan monitoring pasca-pulang dan koordinasi layanan rawat jalan.
Kejadian Rawat Ulang Pasien Umum ≤ 1 Bulan	Mempertahankan angka rawat ulang 0% dengan discharge planning efektif.	Melakukan verifikasi kelayakan pulang oleh tim medis dan edukasi pasien.	Capaian 0% menunjukkan keberhasilan total dalam perencanaan pulang.	Mengoptimalkan komunikasi tim untuk discharge planning yang lebih baik.
Cedera/Trauma Fisik Akibat Fiksasi di UPIP	Menjaga angka cedera akibat fiksasi $\leq 1,5\%$ dengan pemantauan ketat.	Melakukan pemantauan harian dan penggunaan fiksasi sesuai protokol.	Capaian 1,03% masih jauh di bawah batas maksimal, menunjukkan protokol berjalan baik.	Meningkatkan pelatihan penggunaan fiksasi aman dan audit berkala.
Tidak Adanya Pasien UPIP Dirawat > 5 Hari	Memastikan pasien di UPIP tidak lebih dari 5 hari $\geq 90\%$.	Melakukan evaluasi dan perencanaan pulang sejak hari pertama perawatan.	Capaian 97,73% menunjukkan efisiensi durasi rawat di UPIP sangat baik.	Mengembangkan kebijakan pengurangan waktu rawat dan dukungan sosial.
Tidak Adanya Pasien Rawat Inap Psikiatri > 14 Hari	Mengurangi pasien rawat inap > 14 hari dengan target $\geq 90\%$ keluar tepat waktu.	Menyusun rencana terapi intensif dan koordinasi rujukan.	Capaian 85,80% masih di bawah target, perlu penguatan strategi keluar tepat waktu.	Optimalisasi manajemen rawat inap dan perawatan komunitas.
Tidak Adanya Fiksasi Setelah Masa Rawat 24 Jam di UPIP	Memastikan tidak ada fiksasi yang berlangsung > 24 jam, target $\geq 95\%$.	Melakukan evaluasi dan pengawasan ketat setiap 24 jam.	Capaian 93,34% menunjukkan masih terdapat kasus fiksasi > 24 jam.	Meningkatkan monitoring dan revisi SOP fiksasi.
Realisasi Pasien Direncanakan Pulang H-1	Memastikan $\geq 90\%$ pasien sudah direncanakan pulang minimal H-1.	Menyusun dan mengkomunikasikan rencana pulang secara proaktif.	Capaian 93,45% telah mencapai target, menunjukkan perencanaan pulang berjalan baik.	Mengoptimalkan koordinasi antar tim terkait discharge planning.

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Waktu Masuk Rawat Inap $\leq$ 60 Menit	Memastikan $\geq$ 90% pasien rawat inap masuk kamar perawatan $\leq$ 60 menit setelah registrasi.	Mempercepat proses administrasi dan transfer pasien.	Capaian 91,17% masih di bawah target, menunjukkan perlu optimalisasi proses masuk rawat inap.	Menambah staf atau perbaiki proses admisi untuk efisiensi waktu.
Asesmen Awal Medis pada Pasien UPIP 1 x 24 Jam	Pastikan 100% pasien UPIP mendapat asesmen medis dalam 24 jam.	Pelaksanaan asesmen oleh DPJP tepat waktu dan terekam di sistem.	Capaian 100% menunjukkan pelaksanaan asesmen sangat baik dan sesuai standar.	Mempertahankan sistem supervisi dan pelatihan DPJP.
Asesmen Awal Keperawatan pada Pasien UPIP 1 x 24 Jam	Pastikan 100% pasien UPIP mendapat asesmen keperawatan dalam 24 jam.	Penugasan perawat primer untuk asesmen segera setelah admission.	Capaian 100% menunjukkan asesmen keperawatan dilakukan sesuai standar.	Meningkatkan monitoring dan audit pelaksanaan asesmen.
Ketersediaan Obat/Psikofarmaka pada Pasien UPIP	Memastikan 100% obat tersedia sesuai kebutuhan pasien UPIP.	Monitoring stok dan pengadaan obat secara rutin.	Capaian 98,71% mendekati target namun masih perlu perbaikan dalam distribusi atau logistik.	Mengoptimalkan manajemen farmasi dan sistem pemesanan.
Penanganan Fase Akut Pasien Gangguan Jiwa di UPIP	Pastikan 100% penanganan fase akut tepat waktu dan sesuai protokol.	Terapkan protokol triase dan tindakan cepat fase akut.	Capaian 99,68% menunjukkan penanganan fase akut sudah sangat optimal.	Pelatihan berkala dan update SOP penanganan fase akut.
Ketepatan Kriteria Masuk Rawat Inap di UPIP	Pastikan 100% pasien memenuhi kriteria medis masuk rawat inap.	Skrining awal ketat oleh DPJP sebelum admisi.	Capaian 99,98% menunjukkan skrining masuk sudah sesuai dengan kriteria.	Perbaikan SOP screening dan pelatihan staff.
Ketepatan Kriteria Keluar Rawat Inap di UPIP	Pastikan 100% pasien keluar sesuai kriteria medis.	Evaluasi kesiapan keluar pasien oleh DPJP.	Capaian 100% menunjukkan bahwa discharge telah dilakukan sesuai prosedur.	Memperkuat supervisi dan komunikasi antar tim.
Waktu Tunggu Operasi Elektif $\leq$ 48 Jam	Pastikan waktu tunggu operasi elektif maksimal 48 jam.	Jadwalkan operasi efisien dan koordinasi ruang operasi.	Capaian 15 jam 35 menit menunjukkan waktu tunggu masih jauh di bawah batas maksimal.	Perbaiki koordinasi jadwal dan penambahan sumber daya.
Komplikasi Anestesi	Targetkan 0% komplikasi anestesi seperti overdosis dan reaksi.	Terapkan protokol anestesi ketat dan monitoring.	Capaian 0% menunjukkan tidak ada kejadian komplikasi anestesi.	Pelatihan berkelanjutan dan audit protokol anestesi.
Kejadian Kematian di Meja Operasi	Capai 0% kematian intraoperasi.	Prosedur pencegahan risiko secara ketat sebelum dan selama operasi.	Capaian 0% menunjukkan tidak terjadi kejadian kematian intraoperatif.	Penguatan pelatihan dan perbaikan SOP.
Kepatuhan Asesmen Pra Anestesi	100% pasien dinilai sebelum anestesi.	Melakukan asesmen pra anestesi sesuai checklist.	Capaian 100% menunjukkan kepatuhan tinggi terhadap asesmen pra anestesi.	Sosialisasi SOP dan pelatihan ulang.
Kepatuhan Asesmen Pra Sedasi	100% pasien sedasi dinilai sebelum tindakan.	Staf medis melakukan asesmen pra sedasi sesuai prosedur.	Capaian 100% menunjukkan semua tindakan sedasi dilakukan sesuai standar.	Perbaikan SOP dan pelatihan staf.

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Kepatuhan Asesmen Pra Bedah	100% pasien operasi menjalani asesmen pra bedah.	Dokter melakukan asesmen dengan checklist pra operasi.	Capaian 100% menunjukkan asesmen pra operasi berjalan optimal.	Tingkatkan pengawasan dan edukasi dokter.
Kepatuhan Dokumentasi Surgical Safety Checklist	100% prosedur bedah didokumentasi dengan SSC.	Pelaksanaan checklist WHO di semua tahap bedah.	Capaian 100% menunjukkan dokumentasi SSC dilakukan konsisten.	Penegakan disiplin dan pelatihan ulang staf.
Kepatuhan Pelaksanaan Sign In, Sign Out, dan Time Out	100% pelaksanaan protokol keselamatan operasi.	Penerapan ketat prosedur Sign In/Out/Time Out di tiap operasi.	Capaian 100% menunjukkan protokol keselamatan telah diterapkan secara menyeluruh.	Peningkatan kesadaran dan sanksi bila perlu.
Penerapan Keselamatan ECT	Meningkatkan penerapan keselamatan ECT 100% pada pasien sesuai standar.	Melakukan pengecekan protokol keselamatan sebelum, saat, dan setelah ECT.	Capaian 100% (baru tersedia di SM I) menunjukkan kepatuhan sudah sesuai standar.	Memperbarui SOP keselamatan ECT dan pelatihan staf secara rutin.
Waktu Tunggu Tindakan ECT ≤ 48 Jam	Memastikan waktu tunggu ECT tidak melebihi 48 jam.	Menjadwalkan tindakan ECT dengan efisien dan prioritas tepat.	Capaian 6 menit 30 detik menunjukkan rata-rata waktu tunggu sangat baik.	Mengoptimalkan proses penjadwalan dan komunikasi antar tim.
Discrepansi Diagnosa Pre dan Post Operasi	Memastikan 0% perbedaan diagnosa pre dan post operasi.	Melakukan koordinasi antar tim medis dan rekam medis.	Capaian 0% menunjukkan tidak ada perbedaan diagnosa pre dan post operasi.	Peningkatan akurasi diagnosa dengan pelatihan dan review kasus rutin.
Pembatalan Operasi Elektif $\leq 3\%$	Mengurangi pembatalan operasi elektif $\leq 3\%$.	Menyusun jadwal operasi dengan buffer waktu dan cek kesiapan pasien.	Capaian 0% menunjukkan semua operasi elektif berjalan sesuai rencana.	Meningkatkan komunikasi pra operasi dan manajemen risiko.
Penundaan Operasi Elektif $\leq 5\%$	Memastikan penundaan operasi elektif $\leq 5\%$.	Mengidentifikasi faktor penyebab penundaan dan koordinasi yang baik.	Capaian 0,12% menunjukkan penjadwalan berjalan efektif masih terdapat penundaan.	Perbaikan alur kerja dan penambahan sumber daya jika perlu.
Kepatuhan pengisian laporan operasi	Meningkatkan dan mempertahankan kepatuhan pengisian laporan	Menunjukkan kepatuhan pengisian laporan operasi oleh operator	Capaian 98.52%, masih terdapat kurang patuhan	SOP dan alur pelaporan operasi
Kesesuaian kualitas resume medis pasien operasi	Meningkatkan dan mempertahankan kesesuaian kualitas resum medis pasien operasi	Menunjukkan kelengkapan pengisian laporan resume medis operasi oleh operator	Capaian 100%, sesuai target	Review resume medis pasien operasi
Ketepatan Kriteria Masuk dan Keluar ICU	Memastikan 100% kriteria masuk dan keluar ICU sesuai standar.	Melakukan screening ketat oleh tim ICU.	Capaian 100% menunjukkan pelaksanaan kriteria masuk dan keluar ICU sudah sesuai standar dan berjalan optimal.	Pelatihan dan review SOP untuk staf ICU.
Rata-rata Pasien Kembali ke ICU < 72 Jam $\leq 3\%$	Menurunkan angka pasien kembali ICU < 72 jam $\leq 3\%$.	Memantau pasien pasca ICU dan menyusun rencana tindak lanjut.	Capaian 4,61% melebihi standar; perlu evaluasi manajemen transisi.	Meningkatkan follow-up dan koordinasi layanan rawat lanjutan.
Waktu Tanggap Pemasangan Ventilator ≤ 30 Menit	Memastikan pemasangan ventilator dilakukan $\leq$	Koordinasi cepat tim ICU dan kesiapan alat.	Capaian waktu rata-rata 25 menit; rasio	Pelatihan kesiapsiagaan dan

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
	30 menit dari indikasi.		keberhasilan 97,22%.	optimasi proses kerja.
Pemberi Pelayanan Persalinan dengan Tindakan Operasi	Memastikan 100% pelayanan persalinan dengan tindakan operasi sesuai indikasi.	Penanganan persalinan dengan protokol medis ketat.	Capaian 100% menunjukkan pelayanan sesuai standar.	Peningkatan pelatihan tenaga medis dan audit layanan.
Kemampuan Menangani BBLSR dan BBLR	Memastikan 100% kesiapan menangani bayi BBLSR dan BBLR.	Pelatihan dan kesiapan tim neonatal.	Capaian 93.75% masih perlu ditingkatkan.	Peningkatan pelatihan dan penyediaan alat bantu neonatal.
Pertolongan Persalinan Melalui SC $\leq$ 20%	Menjaga angka SC $\leq$ 20% dengan indikasi medis tepat.	Evaluasi indikasi SC dan edukasi tenaga medis.	Capaian 89,84% masih tinggi dari standar.	Meningkatkan alternatif persalinan normal dan pelatihan.
Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesaria Emergency $\geq$ 80%	Memastikan waktu tanggap operasi SC emergency sesuai standar $\geq$ 80%.	Mempercepat prosedur persiapan operasi SC darurat.	Capaian 97.73%, memenuhi standar.	Perbaikan koordinasi dan sistem prioritas.
Kejadian Kematian Ibu Karena Persalinan 0%	Mengurangi kejadian kematian ibu menjadi 0%.	Pemantauan ketat ibu hamil risiko tinggi dan tindakan preventif.	Capaian 0%, tidak ada kematian ibu.	Penyusunan pedoman dan pelatihan pencegahan kematian ibu.
Presentase IMD (Inisiasi Menyusui Dini) $\geq$ 80%	Meningkatkan IMD pada ibu $\geq$ 80%.	Edukasi ibu dan dukungan tenaga medis saat persalinan.	Capaian 89,67% mencapai standar.	Sosialisasi dan pelatihan rutin pada tenaga kesehatan dan keluarga.
Pemberian ASI Eksklusif pada Bayi Baru Lahir $\geq$ 60%	Meningkatkan pemberian ASI eksklusif $\geq$ 60%.	Dukungan konseling dan fasilitas pendukung pemberian ASI.	Capaian 92,50%, memenuhi standar.	Kebijakan rumah sakit dan edukasi keluarga untuk mendukung ASI.
Persentase Rawat Gabung $\geq$ 80%	Memastikan $\geq$ 80% ibu dan bayi mendapat rawat gabung.	Penyediaan fasilitas rawat gabung dan edukasi staf.	Capaian 85,13%, sesuai target.	Peningkatan fasilitas dan pelatihan tenaga kesehatan.
Perawatan Metode Kanguru $\geq$ 80%	Meningkatkan penerapan metode kanguru $\geq$ 80%.	Pelatihan dan penyuluhan kepada staf dan keluarga.	Capaian 75%, masih kurang.	Sosialisasi dan penguatan kebijakan metode kanguru.
Kejadian Keterlambatan Operasi SC > 30 Menit 0%	Mengurangi keterlambatan operasi SC > 30 menit menjadi 0%.	Penjadwalan operasi yang tepat dan kesiapan ruang operasi.	Capaian 1,82%, terdapat keterlambatan SC.	Peningkatan koordinasi tim dan penambahan sumber daya jika perlu.
Kejadian Keterlambatan Penyediaan Darah > 60 Menit 0%	Memastikan penyediaan darah tidak terlambat > 60 menit.	Memastikan sistem pengadaan dan distribusi darah yang cepat dan akurat.	Capaian 0%, sesuai target	Mengoptimalkan sistem logistik dan komunikasi antar unit untuk pemenuhan darah.
Kejadian Kematian Bayi Saat Persalinan 0%	Mengurangi kematian bayi saat persalinan menjadi 0%.	Protokol penanganan persalinan risiko tinggi dan peralatan lengkap.	Capaian 0%, tidak ada kematian bayi.	Pelatihan lanjutan dan pemantauan ketat selama persalinan.
Jumlah Pasien MOW	Memastikan MOW dilakukan sesuai permintaan dan indikasi medis.	Edukasi pasien dan keluarga mengenai MOW.	Capaian 34 pasien pada tahun 2025.	Sosialisasi program dan penguatan layanan kontrasepsi.
Jumlah Pasien IUD	Menyediakan layanan IUD sesuai kebutuhan pasien.	Prosedur pemasangan dan follow-up pasien.	3 pasien	Penguatan pelayanan kontrasepsi dan edukasi.

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Persentase Bayi dengan BBLR $\leq 8\%$	Menurunkan angka BBLR $\leq 8\%$ dengan monitoring kehamilan intensif.	Pemantauan nutrisi dan kesehatan ibu selama kehamilan.	Capaian 16,62%, jauh di atas target.	Program intervensi gizi dan edukasi ibu hamil.
Persentase Bayi Usia Kurang dari 6 Bulan Mendapatkan ASI $\geq 47\%$	Meningkatkan pemberian ASI pada bayi <6 bulan $\geq 47\%$.	Penyediaan edukasi dan dukungan laktasi bagi ibu.	Capaian 100%, sesuai target.	Kebijakan rumah sakit yang mendukung pemberian ASI eksklusif.
Persentase Tatalaksana Penanganan Pasien Stunting Dan Wasting	Penanganan terstandar untuk seluruh kasus.	Terapkan tatalaksana sesuai panduan.	Capaian 100%, sesuai target.	Pertahankan pelatihan dan pengawasan program.

4. Instalasi NAPZA

Hasil capaian indikator mutu Instalasi NAPZA Tahun 2025 adalah sebagai berikut:

Tabel 5.23 Hasil Capaian Indikator Mutu Instalasi NAPZA Tahun 2025

No	Indikator Mutu	Standar	TW I	TW II	TW III	TW IV	2025
1	Asesmen <i>Addiction Severity Index</i> (Max 3x24 Jam)	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
2	Ketepatan Waktu Visite Dokter	$\geq 80\%$	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
3	Upaya Pencegahan Pasien Jatuh Pada Kondisi Withdrawal	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
4	Konseling Selama Pasien Dirawat	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
5	Terlaksananya Sesi Terstruktur Pada Hari Kerja	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
6	Terlaksananya Terapi Vokasional	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
7	Pemeriksaan Urine Negatif Pada Pasien Pulang	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
8	Asesmen Awal Medis	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
9	Asesmen Awal Keperawatan	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
10	Penyuluhan Keluarga	$\geq 80\%$	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
11	Tingkat Pengetahuan Pasien Terhadap Keberhasilan Program NAPZA	$\geq 70\%$	79.85%	77.58%	88.69%	91.67%	84.45%

Kondisi yang dicapai saat ini:

- Dari 11 indikator, yang tercapai standar 100%: 11 indikator
 - Indikator no. 1 sampai 10 semuanya mencapai 100% sesuai standar)
- Indikator yang belum 100% meski sudah mencapai standar: 1 indikator, yaitu:
 - Tingkat Pengetahuan Pasien Terhadap Keberhasilan Program NAPZA), dengan capaian 84,45% (Standar $\geq 70\%$).
- Semua indikator proses dan outcome utama telah mencapai standar 100%, menunjukkan kualitas pelayanan dan program berjalan sangat baik.
- Indikator pengetahuan pasien terhadap program NAPZA sudah melebihi standar minimal, namun masih ada ruang untuk peningkatan agar mendekati angka ideal 100%.
- Pelayanan dan pengelolaan pasien terkait asesmen, terapi, pencegahan, dan konseling sudah terlaksana secara optimal..

Kendala dan permasalahan:

- Tingkat pengetahuan pasien terhadap keberhasilan program NAPZA belum maksimal karena sebagian pasien masih kurang memahami isi dan tujuan program rehabilitasi.
- Keterbatasan sumber daya manusia (SDM) menyebabkan belum optimalnya pelaksanaan edukasi yang efektif dan berkesinambungan bagi pasien NAPZA.

3. Variasi tingkat pendidikan dan motivasi pasien berdampak pada perbedaan daya serap dan pemahaman terhadap materi edukasi yang diberikan.
4. Pendekatan edukasi yang kurang variatif membuat penyampaian informasi menjadi monoton dan kurang menarik bagi pasien.
5. Waktu dan durasi edukasi yang terbatas selama masa perawatan menyebabkan informasi belum sepenuhnya diterima dan dipahami.
6. Monitoring dan evaluasi edukasi yang belum optimal membuat pihak rumah sakit sulit menilai sejauh mana efektivitas materi edukasi yang telah diberikan.

Rekomendasi:

1. Kembangkan modul edukasi yang interaktif dan mudah dipahami agar pasien lebih mengerti tujuan dan isi program rehabilitasi NAPZA.
2. Tingkatkan kapasitas SDM melalui pelatihan khusus agar edukasi kepada pasien NAPZA dapat berlangsung efektif dan berkesinambungan.
3. Terapkan pendekatan edukasi yang disesuaikan dengan tingkat pendidikan dan motivasi masing-masing pasien untuk meningkatkan pemahaman mereka.
4. Gunakan metode edukasi yang variatif dan menarik, seperti media visual dan cerita inspiratif, agar penyampaian informasi tidak monoton.
5. Perpanjang waktu dan durasi edukasi selama masa perawatan untuk memastikan pasien menerima dan memahami informasi secara menyeluruh.
6. Bangun sistem monitoring dan evaluasi yang rutin untuk menilai dan meningkatkan efektivitas materi edukasi yang diberikan kepada pasien.

Langkah-langkah PDSA untuk Indikator Mutu Instalasi NAPZA Tahun 2025 dirumuskan sebagai berikut:

Tabel 5.24 PDSA Indikator Mutu Instalasi NAPZA Tahun 2025

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Asesmen <i>Addiction Severity Index</i> (max 3x24 jam)	Melakukan asesmen secara berkala dan tepat waktu pada setiap pasien.	Memastikan asesmen dilakukan maksimal 3 kali dalam 24 jam.	Capaian 100% menunjukkan asesmen telah dilaksanakan tepat waktu secara konsisten sesuai standar.	Mengoptimalkan pelaksanaan asesmen dalam berbagai setting rumah sakit.
Ketepatan visite dokter spesialis	Menjaga ketepatan waktu dan kualitas kunjungan dokter spesialis.	Memastikan kunjungan spesialis dilakukan sesuai jadwal yang telah ditentukan.	Capaian 100% menunjukkan kunjungan dokter dilakukan tepat waktu secara konsisten.	Meningkatkan koordinasi antara dokter dan perawat dalam pengaturan jadwal kunjungan.
Upaya pencegahan pasien jatuh pada kondisi <i>withdrawal</i>	Meningkatkan kesadaran tenaga medis tentang risiko jatuh pada pasien <i>withdrawal</i> .	Melakukan pemantauan dan pengawasan yang ketat pada pasien <i>withdrawal</i> .	Seluruh kasus dapat dicegah, dibuktikan dengan capaian 100%.	Membuat prosedur yang lebih ketat untuk mencegah terjadinya kecelakaan pasien <i>withdrawal</i> .
Konseling selama pasien dirawat	Memastikan konseling dilakukan secara rutin oleh tenaga yang terlatih.	Menyusun jadwal konseling sesuai kebutuhan pasien.	Capaian 100% menunjukkan bahwa seluruh pasien menerima konseling sesuai jadwal.	Meningkatkan metode konseling dan memberi pelatihan tambahan pada staf.
Terlaksananya sesi terstruktur pada hari kerja	Menyusun dan melaksanakan sesi terstruktur sesuai rencana program.	Memastikan sesi terstruktur berjalan dengan lancar sesuai jadwal.	Capaian 100% menunjukkan pelaksanaan sesi terstruktur berjalan efektif.	Menambahkan sesi atau materi baru sesuai kebutuhan pasien.

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Terlaksananya terapi vokasional	Meningkatkan partisipasi pasien dalam terapi vokasional.	Menyediakan materi yang relevan dan bimbingan selama terapi.	Capaian 100% menunjukkan program terapi vokasional telah dilaksanakan sesuai target.	Menyusun rencana pengembangan terapi vokasional lebih lanjut.
Pemeriksaan urine negatif pada pasien pulang	Melakukan pemeriksaan urine pada pasien sebelum pulang untuk memastikan tidak ada penyalahgunaan.	Memastikan pemeriksaan urine dilakukan dengan tepat waktu.	Hasil pemeriksaan menunjukkan tidak ada penyalahgunaan dengan capaian 100%.	Mengembangkan kebijakan terkait tindak lanjut bagi pasien yang hasil urinenya positif.
Asesmen awal medis	Menyusun prosedur standar untuk asesmen awal medis setiap pasien.	Memastikan asesmen dilakukan segera setelah pasien diterima.	Capaian 100% menunjukkan asesmen dilakukan tepat waktu pada seluruh pasien.	Menambahkan asesmen lebih komprehensif untuk deteksi dini penyakit lainnya.
Asesmen awal keperawatan	Memastikan seluruh pasien menjalani asesmen awal keperawatan.	Memastikan pelaksanaan asesmen keperawatan sesuai dengan standar yang ditetapkan.	Capaian 100% menunjukkan pelaksanaan asesmen awal keperawatan sudah optimal.	Mengoptimalkan asesmen awal keperawatan melalui penggunaan teknologi.
Penyuluhan keluarga	Menyediakan program penyuluhan keluarga secara rutin dan komprehensif.	Mengorganisir sesi penyuluhan keluarga secara terjadwal.	Capaian 100% menunjukkan seluruh keluarga pasien mendapatkan penyuluhan.	Menyusun materi penyuluhan yang lebih interaktif dan berbasis kebutuhan keluarga pasien.
Tingkat pengetahuan pasien terhadap keberhasilan program NAPZA	Meningkatkan edukasi pasien mengenai keberhasilan program NAPZA termasuk tujuan terapi, efek, dan pentingnya dukungan social dan dampaknya terhadap pemulihan.	Memperluas informasi mengenai program NAPZA kepada pasien.	Capaian 84,45% menunjukkan edukasi berjalan baik, namun masih di bawah target optimal.	Mengembangkan materi pendidikan yang lebih relevan dengan kebutuhan pasien.

5. Instalasi Rehabilitasi Psikososial

Hasil capaian indikator mutu Instalasi Rehabilitasi Psikososial Tahun 2025 adalah sebagai berikut:

Tabel 5.25 Hasil Capaian Indikator Mutu Instalasi Rehabilitasi Psikososial Tahun 2025

No	Indikator Mutu	Standar	TW I	TW II	TW III	TW IV	2025
1	Hasil Pencapaian Rehabilitasi Psikososial	≥ 75%	80.38%	90.00%	87.50%	90.14%	87.00%
2	Asesmen Rehabilitasi Psikososial	≥ 80%	100.00%	97.92%	100.00%	100.00%	99.48%
3	Rujukan Rehab Sesuai Indikasi	≥ 80%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
4	Persentase Rehabilitant Yang Mengalami Perbaikan Fungsi Personal Dan Sosial	≥ 80%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
5	Pembinaan Kelompok Swabantu Dalam Pelayanan Kesehatan Jiwa 3 Kelompok	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

No	Indikator Mutu	Standar	TW I	TW II	TW III	TW IV	2025
6	Kejadian Drop Out Pasien Terhadap Pelayanan Rehabilitasi Yang Direncanakan	≤ 25%	19.62%	10.00%	12.50%	9.86%	13.00%
7	Tingkat Kemandirian Pasien Secara Fisik Dan Sosial	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
8	Tingkat Kemandirian Pasien Secara Finansial	≥ 50%	100.00%	100.00%	83.33%	100.00%	95.83%
9	Waktu Tunggu Pelayanan Rehabilitasi Psikososial	≤ 30 Menit	0:07:52	0:16:24	0:15:07	0:12:51	0:13:03
10	Program Psikoedukasi Rehabilitasi Psikososial	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

Kondisi yang dicapai saat ini:

1. Dari 10 indikator, yang mencapai standar: 9 indikator
2. Indikator yang belum mencapai standar:
 - Angka *drop out* pasien terhadap pelayanan rehabilitasi 14,81% (meskipun sudah di bawah standar ≤ 25%, masih perlu perhatian)
3. Secara umum, kualitas pelayanan rehabilitasi psikososial sangat baik dan konsisten
4. Perlu upaya menurunkan angka *drop out* pasien agar lebih optimal dalam pelayanan rehabilitasi

Kendala dan permasalahan:

1. Masih terdapat Angka *drop out* pasien, meskipun di bawah batas standar, tetapi perlu penurunan lebih lanjut.
2. Faktor motivasi dan dukungan keluarga pasien yang belum optimal mempengaruhi keberlanjutan rehabilitasi.
3. Beberapa pasien mengalami kendala akses atau transportasi dan biaya untuk datang ke pelayanan rehabilitasi.
4. Variasi tingkat kemandirian pasien yang membutuhkan pendekatan individual dalam program rehabilitasi.
5. Keterbatasan sumber daya manusia khususnya dalam pembinaan kelompok swabantu secara intensif.
6. Fluktuasi waktu tunggu pelayanan di beberapa waktu tertentu yang bisa mempengaruhi kepuasan pasien.
7. Tantangan dalam menjaga konsistensi pelaksanaan program psikoedukasi untuk seluruh pasien secara merata.

Rekomendasi:

1. Meningkatkan program motivasi dan dukungan keluarga melalui penyuluhan rutin dan pendampingan aktif.
2. Mengembangkan paket pelayanan rehabilitasi dengan layanan antar jemput pasien untuk memudahkan akses ke pusat rehabilitasi.
3. Menyesuaikan program rehabilitasi secara individual sesuai tingkat kemandirian dan kebutuhan pasien.
4. Menambah jumlah dan kualitas tenaga pendamping untuk pembinaan kelompok swabantu agar lebih intensif dan efektif.
5. Mengoptimalkan jadwal dan sistem manajemen agar waktu tunggu pelayanan tetap konsisten dan sesuai standar.
6. Melakukan monitoring dan evaluasi berkala terhadap pelaksanaan psikoedukasi untuk memastikan cakupan dan kualitasnya.
7. Mengintegrasikan teknologi, seperti aplikasi pengingat dan edukasi online, untuk mendukung keberlanjutan rehabilitasi di luar sesi tatap muka.

Langkah-langkah PDSA untuk Indikator Mutu Instalasi Rehabilitasi Psikososial Tahun 2025 dirumuskan sebagai berikut:

Tabel 5.26 PDSA Indikator Mutu Instalasi Rehabilitasi Psikososial Tahun 2025

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Hasil Pencapaian Rehabilitasi Psikososial	Mengidentifikasi permasalahan yang mempengaruhi pencapaian rehab Meningkatkan hasil rehabilitasi psikososial dengan fokus pada individu.	Melakukan evaluasi berkala terhadap proses rehabilitasi.	Capaian 87%, menunjukkan pendekatan individual dan evaluasi berkala memberikan dampak positif.	Menyusun rencana peningkatan berkelanjutan berdasarkan analisis.
Asesmen Rehabilitasi Psikososial	Memastikan asesmen dilakukan sesuai prosedur.	Memperbaiki keterampilan tim dalam melakukan asesmen.	Capaian konsisten di atas standar 99,48	Menyempurnakan proses asesmen berdasarkan hasil evaluasi.
Rujukan Rehab Sesuai Indikasi	Menyediakan rujukan rehabilitasi tepat waktu sesuai indikasi.	Memastikan kesesuaian rujukan dengan kebutuhan pasien.	Capaian 100% di seluruh triwulan menunjukkan sistem rujukan berjalan optimal.	Meningkatkan sistem informasi untuk memastikan rujukan tepat.
Persentase Rehabilitant Yang Mengalami Perbaikan Fungsi Personal Dan Sosial	Mengidentifikasi permasalahan yang menghambat perbaikan fungsi personal social Membuat rencana intervensi untuk meningkatkan fungsi personal dan sosial bagi rehabilitant.	Meningkatkan pendekatan rehabilitasi berbasis kebutuhan individu.	Capaian 100% menunjukkan keberhasilan pendekatan personal dalam meningkatkan fungsi pasien.	Menyesuaikan program berdasarkan hasil evaluasi dan kebutuhan.
Pembinaan Kelompok Swabantu Dalam Pelayanan Kesehatan Jiwa 3 Kelompok	Memastikan pembinaan kelompok swabantu berjalan dengan baik.	Menyusun program pembinaan kelompok swabantu yang lebih efektif.	Capaian 100% menunjukkan program berjalan optimal dan memberikan dukungan psikososial.	Mengidentifikasi peluang untuk meningkatkan pembinaan kelompok swabantu.
Kejadian Drop Out Pasien Terhadap Pelayanan Rehabilitasi Yang Direncanakan	Mengidentifikasi penyebab pasien drop out dari pelayanan rehabilitasi Membuat rencana intervensi untuk mengurangi angka drop out pasien dalam rehabilitasi.	Mengembangkan paket layanan rehabilitasi dengan layanan antar jemput	capaian 13%, menandakan pendekatan komunikasi dan dukungan berhasil menurunkan angka drop out.	Meningkatkan komunikasi dan dukungan kepada pasien untuk mengurangi drop out.
Tingkat Kemandirian Pasien Secara Fisik Dan Sosial	Mengidentifikasi penyebab terhambatnya tingkat kemandirian pasien secara fisik dan social	Memberikan pelatihan dan dukungan untuk mendukung kemandirian pasien secara fisik dan social	Capaian 100% menunjukkan pelatihan yang diberikan berhasil meningkatkan kemandirian pasien.	Menyusun program yang lebih terfokus pada pengembangan kemandirian pasien.

No	Indikator Mutu	Standar	TW I	TW II	TW III	TW IV	2025
7	Pelaporan Hasil Kritis Radiologi	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
8	Waktu Tunggu Pelayanan Elektromedis	≤ 60 menit	0:07:21	0:04:41	0:05:00	0:04:17	0:05:20
9	Waktu Tunggu Pelayanan USG	≤ 180 menit	0:42:31	0:43:46	1:02:55	0:23:54	0:43:17

Kondisi yang dicapai saat ini:

1. Dari 9 indikator, 9 indikator sudah mencapai standar.
2. Ada 1 indikator yang masih dapat diperbaiki:
 - Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR) yang standar ≤ 180 menit, capaian rata-rata sekitar 2 jam 11 menit, masih dapat ditingkatkan.
3. Kualitas pelayanan radiologi dan elektromedis sudah baik dengan sebagian besar indikator berada di atas standar.
4. Perbaikan perlu difokuskan pada pengurangan waktu tunggu pelayanan radiologi agar lebih mendekati standar ≤ 180 menit.
5. Pelaporan hasil dan ketepatan pemeriksaan sudah menunjukkan performa optimal

Kendala dan permasalahan:

1. Waktu tunggu pelayanan radiologi masih mendekati batas maksimal standar akibat keterbatasan jumlah tenaga teknis dan alat, serta fluktuasi volume pasien yang tinggi pada jam sibuk.
2. Koordinasi antar unit dan sistem pencatatan yang belum optimal turut menyebabkan antrean panjang, pelaporan lambat, dan risiko kesalahan data.
3. Kurangnya pelatihan berkala serta belum terealisasinya sistem PACS dan paperless membuat efisiensi alur pelayanan radiologi belum tercapai secara maksimal.

Rekomendasi:

1. Realisasikan pengadaan PACS dan sistem *paperless* radiologi untuk mempercepat proses pembacaan dan pelaporan hasil pemeriksaan.
2. Pastikan konsistensi dokter spesialis radiologi dalam membaca dan melaporkan hasil sesuai standar waktu yang ditetapkan.
3. Tingkatkan kepatuhan radiographer dan dokter dalam penggunaan SIMRS secara *real-time* guna mendukung efisiensi alur pelayanan.
4. Tambahkan dan atur SDM radiologi secara efektif, terutama saat jam sibuk, agar antrean pemeriksaan tidak menumpuk.
5. Perkuat koordinasi antar unit terkait penjadwalan dan alur pasien untuk meminimalkan keterlambatan pelayanan radiologi.

Langkah-langkah PDSA untuk Indikator Mutu Instalasi Radiodiagnostik, Imaging, dan Elektromedik Tahun 2025 dirumuskan sebagai berikut:

Tabel 5.28 PDSA Indikator Mutu Instalasi Radiodiagnostik, Imaging, dan Elektromedik Tahun 2025

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Waktu tunggu pelayanan radiologi (WTPR)	Menurunkan waktu tunggu pelayanan radiologi.	Melakukan pemantauan dan evaluasi rutin terhadap waktu tunggu.	2025 sebesar 2 jam 11 menit, di bawah standar ≤ 3 jam (180 menit), menunjukkan perbaikan waktu tunggu sudah tercapai.	Menyempurnakan upaya pengurangan waktu tunggu berdasarkan evaluasi.
	Menganalisis faktor yang memperlambat waktu tunggu.			
	Menyusun prosedur untuk			

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Waktu tunggu pemeriksaan thorax	mengurangi waktu tunggu. Menurunkan waktu tunggu pemeriksaan thorax Menganalisis faktor yang memperlambat layanan Menyusun prosedur untuk mengurangi waktu tunggu	Melakukan pemantauan dan evaluasi rutin terhadap waktu tunggu.	Capaian 2025 rata-rata 1 menit 42 detik, pelayanan sudah sangat cepat.	Menyempurnakan upaya pengurangan waktu tunggu berdasarkan evaluasi.
Kejadian kegagalan hasil pemeriksaan radiologi	Menjaga agar kegagalan hasil pemeriksaan tidak lebih dari 2%. Memperbaiki / Menyusun rencana intervensi untuk mencegah kegagalan hasil pemeriksaan	Memperbaiki prosedur pemeriksaan dan pengawasan.	Capaian hanya 0,36%, jauh di bawah batas maksimum. Ini menunjukkan prosedur dan kualitas pemeriksaan baik.	Meningkatkan kualitas pemeriksaan untuk mengurangi kegagalan.
Waktu pemeriksaan radiologi (konvensional non kontras) ≤ 60 menit hingga diterima oleh pasien	Memastikan waktu pemeriksaan konvensional non kontras ≤ 60 menit untuk 80% pasien. Mengidentifikasi faktor utama penyebab memanjangnya pemeriksaan radiologi non kontras Menyusun rencana intervensi untuk memperbaiki waktu layanan	Mengoptimalkan alur kerja untuk pemeriksaan lebih cepat. Mendahulukan pemeriksaan radiologi non kontras	Capaian 86, 45% di atas standar, menunjukkan efektivitas intervensi.	Menyempurnakan proses pemeriksaan untuk meningkatkan efisiensi.
Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian label	Memastikan tidak ada kesalahan pemberian label pada hasil pemeriksaan radiologi. Menyusun rencana intervensi untuk mencegah kesalahan pemberian label	Melaksanakan prosedur yang ketat untuk pemberian label.	Tidak ada kesalahan selama Tahun 2025 (100%), menandakan sistem kontrol bekerja sangat baik.	Melakukan audit berkala untuk memastikan pemberian label yang benar.

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Waktu pelaporan hasil kritis radiologi	Memastikan pelaporan hasil kritis dilakukan dalam waktu ≤ 30 menit. Mempercepat pelaporan hasil kritis dan memastikan sampai mendapat advis DPJP	Melakukan pelaporan hasil kritis sesuai prosedur	Rata-rata waktu pelaporan adalah 14 menit 11 detik, menunjukkan target tercapai.	Menyusun rencana untuk mengurangi waktu pelaporan hasil kritis.
Pelaporan hasil kritis radiologi	Memastikan semua hasil kritis dilaporkan dengan tepat waktu.	Menjamin ketepatan waktu pelaporan untuk setiap hasil kritis.	Capaian 100% menunjukkan semua hasil kritis telah dilaporkan dengan baik.	Menyempurnakan prosedur pelaporan hasil kritis berdasarkan evaluasi.
Waktu tunggu pelayanan elektromedis	Menurunkan waktu tunggu pelayanan elektromedis.	Mengoptimalkan alur dan penjadwalan pelayanan elektromedis.	Capaian rata-rata 5 menit 20 detik, sangat cepat dan jauh di bawah standar.	Meningkatkan proses pelayanan berdasarkan analisis waktu tunggu.
Waktu tunggu pelayanan USG	Menurunkan waktu tunggu pelayanan USG. Mengidentifikasi permasalahan yang menghambat pelayanan USG Merancang alur pelayanan USG yang efektif dan efisien	Melaksanakan pelayanan USG sesuai SPO	Rata-rata waktu tunggu 43 menit 17 detik, menunjukkan bahwa layanan sangat efisien.	Menyusun langkah-langkah untuk mengurangi waktu tunggu berdasarkan hasil evaluasi.

7. Instalasi Laboratorium

Hasil capaian indikator mutu Instalasi Laboratorium Tahun 2025 adalah sebagai berikut:

Tabel 5.29 Hasil Capaian Indikator Mutu Instalasi Laboratorium Tahun 2025

No	Indikator Mutu	Standar	TW I	TW II	TW III	TW IV	2025
1	Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium (WTPL)	≤ 60 menit	0:35:28	0:35:23	0:37:56	0:27:10	0:34:36
2	Waktu Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium	≤ 30 menit	0:02:03	0:01:45	0:01:50	0:02:03	0:01:54
3	Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
4	Tidak Adanya Kejadian Tertukar Spesimen Pemeriksaan Laboratorium	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
5	Tidak Adanya Kesalahan Penyerahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
6	Kejadian Pengulangan Pemeriksaan Laboratorium	$\leq 5\%$	0.01%	0.00%	0.02%	0.01%	0.01%
7	Kejadian Reaksi Transfusi	0%	1.45%	1.01%	0.00%	1.85%	1.08%
8	Efektivitas Penggunaan Darah	$\geq 90\%$	97.98%	97.82%	100.00%	99.10%	98.73%
9	Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium CITO	≤ 50 Menit	0:19:53	0:26:27	0:22:14	0:17:34	0:21:54

No	Indikator Mutu	Standar	TW I	TW II	TW III	TW IV	2025
10	Waktu Pemeriksaan Laboratorium (Hematologi Rutin) ≤ 60 Menit Sampai Diterima Oleh Pasien	≥ 80%	97.80%	100.00%	97.63%	98.01%	98.36%
11	PME	≥ 90%	N/A	91.18%	91.18%	91.18%	91.18%
12	Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium Rujukan	≤ 3 Hari	1.58	4.00	3.50	3.86	3.13
13	Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium Rujukan PA	≤ 30 Hari	5.86	4.40	4.55	4.90	4.99

Kondisi yang dicapai saat ini:

- Dari 13 indikator mutu, 9 indikator tercapai sesuai standar.
- Indikator yang belum tercapai sesuai standar ada 3 indikator, yaitu:
 - Kejadian Reaksi Transfusi (standar 0%) → masih terjadi 1,08%
 - Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium Rujukan ≤ 3 Hari → saat SM 1: 2,55 hari (TW II, TW III, dan TW IV melebihi 3 hari)
 - Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium Rujukan PA ≤ 30 Hari → rata-rata 5,25 hari (masih dalam batas, tetapi perlu pemantauan)
- Mayoritas indikator mutu laboratorium sudah memenuhi atau melebihi standar yang ditetapkan.
- Beberapa indikator seperti reaksi transfusi masih memerlukan perhatian khusus dan penanganan lebih lanjut untuk mengurangi insiden.
- Waktu tunggu pelayanan laboratorium rujukan menunjukkan variasi, perlu evaluasi untuk meningkatkan kecepatan layanan terutama di TW II.
- Sistem pelaporan kritis dan pengendalian mutu sudah berjalan dengan sangat baik.
- Secara keseluruhan, Laboratorium menunjukkan kinerja yang solid dan konsisten dalam melaksanakan standar mutu pelayanan.

Kendala dan permasalahan:

- Masih terdapat kejadian reaksi transfusi sebesar 1,08% padahal standar yang diharapkan adalah 0%, sehingga berpotensi membahayakan pasien dan memerlukan tindakan pencegahan lebih ketat.
- Waktu tunggu pelayanan laboratorium rujukan pada TW II, TW III, dan TW IV melebihi standar 3 hari, yang berpotensi memperlambat proses diagnosis dan penanganan pasien.
- Belum optimalnya validasi waktu pelaporan hasil kritis, karena terdapat potensi perbedaan antara waktu hasil keluar dan waktu informasi diterima oleh DPJP.
- Sistem hasil laboratorium belum sepenuhnya paperless, sehingga masih ada proses manual yang berpotensi memperlambat layanan.
- Koordinasi dengan Instalasi SIRS untuk pengajuan provider hasil laboratorium digital belum berjalan optimal, menyebabkan tertundanya implementasi sistem elektronik.

Rekomendasi:

- Perkuat prosedur identifikasi dan verifikasi darah serta pelaporan reaksi transfusi, serta lakukan audit klinis rutin terhadap kejadian reaksi transfusi untuk mencegah kejadian serupa.
- Optimalkan kerja sama dengan laboratorium rujukan dan lakukan evaluasi periodik terhadap alur pengiriman sampel dan penerimaan hasil untuk menekan waktu tunggu di bawah 3 hari.
- Validasi ulang alur pencatatan waktu pelaporan hasil kritis, serta pastikan waktu yang tercatat benar-benar mencerminkan saat informasi diterima oleh DPJP.
- Percepat implementasi sistem paperless untuk hasil pemeriksaan laboratorium dengan memastikan infrastruktur, pelatihan SDM, dan kesiapan sistem sudah mendukung.
- Percepat koordinasi dengan Instalasi SIRS untuk menyelesaikan proses pengajuan provider sistem hasil lab digital, agar integrasi data elektronik dapat segera berjalan optimal.

Langkah-langkah PDSA untuk Indikator Mutu Instalasi Laboratorium Tahun 2025 dirumuskan sebagai berikut:

Tabel 5.30 PDSA Indikator Mutu Instalasi Laboratorium Tahun 2025

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Waktu tunggu pelayanan laboratorium (WTPL)	Mengidentifikasi kendala waktu tunggu layanan lab Menurunkan waktu tunggu pelayanan laboratorium. Merancang alur pelayanan yang lebih efektif dan efisien	Melakukan pelayanan lab sesuai dengan SPO	Rata-rata waktu tunggu 34 menit 36 detik, di bawah standar ≤ 60 menit, menunjukkan capaian sangat baik.	Menyusun langkah-langkah untuk mengurangi waktu tunggu berdasarkan hasil evaluasi.
Waktu pelaporan hasil kritis laboratorium	Menjaga waktu pelaporan hasil kritis ≤ 30 menit Mengidentifikasi kendala yang dihadapi dalam pelaporan nilai kritis	Melaporkan pelaporan nilai kritis sesuai dengan SPO sampai dengan mendapat advis DPJP	Capaian hanya 1 menit 54 detik, sangat cepat dan sesuai standar.	Menyusun prosedur untuk mempercepat pelaporan hasil kritis sampai dengan mendapat advis DPJP.
Pelaporan hasil kritis laboratorium	Memastikan seluruh hasil kritis dilaporkan tepat waktu. Mengidentifikasi kendala yang dihadapi dalam penilaian nilai kritis	Melaporkan nilai kritis sesuai dengan SPO	100% hasil kritis dilaporkan tepat waktu dan tercatat diterima oleh DPJP.	Menyempurnakan proses pelaporan berdasarkan hasil evaluasi.
Tidak adanya kejadian tertukar spesimen pemeriksaan laboratorium	Menjamin tidak ada kejadian tertukar spesimen. Mengidentifikasi kemungkinan kejadian tertukar specimen lab	Memastikan ketelitian dalam proses pengambilan dan pengecekan spesimen.	Tidak ada kejadian tertukar sepanjang tahun 2025. Standar tercapai.	Menyempurnakan prosedur verifikasi spesimen.
Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium	Menjamin tidak ada kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan. Menganalisis penyebab kesalahan dalam penyerahan hasil.	Memastikan sistem penyerahan hasil pemeriksaan yang tepat sesuai dengan SPO	Capaian 100%, tanpa kesalahan penyerahan hasil.	Mengoptimalkan prosedur penyerahan hasil.
Angka pengulangan pemeriksaan laboratorium	Memastikan angka pengulangan pemeriksaan $< 5\%$. Mengidentifikasi penyebab	Memperbaiki kualitas pemeriksaan untuk mengurangi pengulangan.	Angka pengulangan sangat rendah, hanya 0,01%.	Menyempurnakan prosedur pemeriksaan untuk mengurangi pengulangan.

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
	pengulangan pemeriksaan dan Menyusun rencana intervensi			
Angka kejadian reaksi transfusi	Menjaga angka kejadian reaksi transfusi 0%. Mengidentifikasi kemungkinan penyebab kejadian	Meningkatkan pemantauan dan prosedur transfusi.	Capaian 1,08%, masih di atas target 0%, menunjukkan perlunya peningkatan pencegahan.	Menyempurnakan protokol transfusi berdasarkan hasil evaluasi.
Efektivitas penggunaan darah	Memastikan efektivitas penggunaan darah > 90%.	Mengoptimalkan penggunaan darah untuk efektivitas terbaik.	Efektivitas mencapai 98,73%, sangat baik.	Menyusun rekomendasi untuk meningkatkan efektivitas penggunaan darah.
Waktu tunggu pelayanan laboratorium CITO	Menurunkan waktu tunggu pelayanan laboratorium CITO.	Mempercepat proses layanan laboratorium CITO.	Rata-rata waktu tunggu 21 menit 54 detik, telah memenuhi capaian.	Menyempurnakan prosedur pelayanan laboratorium CITO.
Waktu pemeriksaan laboratorium (hematologi rutin) ≤ 60 menit sampai diterima oleh pasien	Menjamin waktu pemeriksaan hematologi rutin ≤ 60 menit untuk 80% pasien.	Meningkatkan efisiensi pemeriksaan hematologi rutin.	Capaian 98,36%, menunjukkan pelayanan sangat efektif.	Menyempurnakan prosedur pemeriksaan hematologi.
PME	Menyusun prosedur untuk mencapai 90% PME.	Melakukan evaluasi terhadap kegiatan PME yang ada.	Capaian 91,18%, menunjukkan partisipasi penuh dan baik, namun masih dapat ditingkatkan	Menyusun rencana untuk meningkatkan hasil PME.
Waktu tunggu pelayanan laboratorium rujukan	Menurunkan waktu tunggu pelayanan laboratorium rujukan.	Mempercepat pengiriman hasil laboratorium rujukan.	Rata-rata waktu 3,86 hari.	Menyusun langkah-langkah untuk mengurangi waktu tunggu berdasarkan evaluasi.
Waktu tunggu pelayanan laboratorium rujukan PA	Mengurangi waktu tunggu untuk pelayanan laboratorium rujukan PA.	Mempercepat proses rujukan PA.	Capaian rata-rata 4,99 hari, jauh di bawah standar, menunjukkan efisiensi baik.	Menyusun prosedur baru untuk mempercepat waktu tunggu PA.

8. Instalasi Farmasi

Hasil capaian indikator mutu Instalasi Farmasi Tahun 2025 adalah sebagai berikut:

Tabel 5.31 Hasil Capaian Indikator Mutu Instalasi Farmasi Tahun 2025

No	Indikator Mutu	Standar	TW I	TW II	TW III	TW IV	2025
1	Ketersediaan Obat Sesuai Formularium RS	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
2	Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi (WTOJ)	≤ 30 menit	0:43:22	0:57:09	0:34:37	1:16:45	0:52:58
	Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi (WTOJ)	≥ 80%	41.22%	32.33%	55.77%	45.35%	43.67%
3	Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan (WTOR)	≤ 60 menit	1:19:20	1:38:07	1:04:34	1:14:38	1:19:09
	Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan (WTOR)	≥ 80%	27.72%	29.45%	55.66%	44.77%	39.40%

No	Indikator Mutu	Standar	TW I	TW II	TW III	TW IV	2025
4	Waktu Tunggu Pelayanan Farmasi	≥ 80%	68.21%	65.11%	72.39%	70.71%	69.10%
5	Tidak Ada Kejadian Kesalahan Pemberian Obat (Medication Error Fase Pemberian)	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
6	Kejadian Kesalahan Peresepan Obat (Medication Error Fase Peresepan)	0%	0.02%	0.00%	0.02%	0.02%	0.02%
7	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional	≥ 90%	97.39%	97.39%	97.84%	97.32%	97.49%
8	Kepatuhan Penggunaan Formularium RS	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
9	Kepatuhan Pelaksanaan UDD	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
10	Kepatuhan Penyiapan Elektrolit Konsentrat	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
11	Tidak Ada Obat Kadaluarsa Dalam Tahun Berjalan	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
12	Tidak Ada Obat Rusak	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
13	Tidak Ada BMHP Rusak	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
14	Persediaan BMHP Memenuhi TKDN Minimal 25%	≥ 50%	46.78%	54.91%	54.77%	66.71%	55.79%
15	Persediaan Obat Memenuhi TKDN Minimal 25%	≥ 85%	77.45%	86.06%	88.06%	86.37%	84.49%
16	Tidak Ada Reagen Yang Expired Dalam Tahun Berjalan	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
17	Kepatuhan Petugas Untuk Menyelesaikan Setiap Tahapan Pelayanan Di Aplikasi SIMRS	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

Kondisi yang dicapai saat ini:

- Total ada 17 indikator mutu yang dipantau. Sebanyak 12 indikator telah tercapai standar yang ditetapkan (tercapai 100% atau sesuai standar).
- Indikator yang belum mencapai standar adalah:
 - Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi (WTOJ) dengan capaian rata-rata 43,67% dari target ≥ 80%.
 - Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan (WTOR) dengan capaian rata-rata 39,40% dari target ≥ 80%.
 - Waktu Tunggu Pelayanan Farmasi dengan capaian 69,10% (target ≥ 80%).
 - Persediaan BMHP Memenuhi TKDN Minimal 25% dengan capaian rata-rata 50,85% (target ≥ 50%, tercapai tapi cenderung pas-pasan).
 - Persediaan Obat Memenuhi TKDN Minimal 25% dengan capaian rata-rata 81,75% (target ≥ 85%).
- Semua indikator dapat diukur dengan data yang tersedia; tidak ada indikator yang tidak bisa diukur.
- Secara umum, ketersediaan obat dan kepatuhan prosedur farmasi berjalan baik, namun waktu tunggu pelayanan obat (baik obat jadi maupun racikan) masih perlu perbaikan signifikan karena belum mencapai target.
- Persediaan BMHP dan obat yang memenuhi TKDN juga perlu ditingkatkan agar sesuai dengan target yang telah ditetapkan.
- Tidak ada kejadian kesalahan pemberian obat yang serius dan kepatuhan dalam penggunaan sistem informasi manajemen rumah sakit (SIMRS) sudah optimal.
- Kondisi secara umum menunjukkan pengelolaan farmasi yang baik dalam hal ketersediaan obat, kepatuhan penggunaan formularium, dan keamanan obat, tetapi masih ada tantangan pada aspek kecepatan pelayanan kepada pasien.

Kendala dan permasalahan:

- Waktu tunggu pelayanan obat jadi (WTOJ) yang masih melebihi standar (≥ 30 menit), menyebabkan pasien harus menunggu lebih lama dari yang diharapkan.
- Sudah dilakukan penyesuaian SDM di Apotek pada jam-jam puncak saat resep diterima, namun waktu tunggu pelayanan belum membaik secara signifikan.

3. Sudah dilakukan redesign alur pelayanan farmasi untuk mempercepat waktu layanan, namun perubahan ini belum memberikan pengaruh signifikan pada percepatan waktu layanan.
4. Jam masuk resep tidak tersebar merata sejak pagi, terdapat penumpukan resep pada jam tertentu (sekitar pukul 11.00 WIB ke atas), meskipun mulai terdistribusi lebih baik sejak pagi setelah perbaikan waktu ketepatan Poliklinik di beberapa bulan terakhir pada Tahun 2025.
5. Waktu tunggu pelayanan obat racikan (WTOR) juga melebihi batas standar (≥ 60 menit), memperlambat proses pemberian obat khusus kepada pasien.
6. Waktu tunggu pelayanan farmasi secara keseluruhan masih belum mencapai target minimal 80%, mengindikasikan adanya hambatan dalam proses pelayanan.
7. Persediaan BMHP (Bahan Medis Habis Pakai) yang memenuhi TKDN minimal 25% masih pas-pasan dan perlu peningkatan untuk memenuhi standar.
8. Persediaan obat yang memenuhi TKDN minimal 25% belum mencapai target 85%, mengindikasikan ketergantungan pada obat impor masih cukup tinggi.
9. Fluktuasi permintaan obat dan BMHP yang tidak stabil menyebabkan kesulitan dalam pengelolaan stok yang optimal.
10. Terbatasnya tenaga farmasi dan staf pendukung di bagian pelayanan dapat memperlambat proses distribusi dan pelayanan obat.
11. Belum optimalnya pemanfaatan fitur laporan pelayanan farmasi pada ERM karena masih dalam proses penyempurnaan
12. masih belum optimalnya proses permintaan resep dari unit rawat inap ke dr jaga, sehingga berpotensi menyebabkan kesalahan peresepan

Rekomendasi:

1. Meningkatkan kepatuhan petugas farmasi untuk menyelesaikan task serah obat pada SIMRS secara real time, serta jika memungkinkan menunjuk petugas khusus untuk memantau proses penyelesaian tersebut agar data terekam akurat dan tepat waktu.
2. Mengatur alokasi petugas apoteker dan Tenaga Teknis Kefarmasian (TTK) secara efektif dan efisien di dua lokasi utama, yaitu Gedung Ismaya dan Farmasi Rawat Jalan, agar pelayanan tidak terhambat.
3. Menambah dan memenuhi kebutuhan SDM apoteker dan TTK sesuai dengan Analisis Beban Kerja (ABK) yang telah dibuat untuk mempercepat proses pelayanan.
4. Meningkatkan kepatuhan petugas dalam melengkapi formulir laporan insiden dan melakukan investigasi sederhana terhadap kejadian medication error, baik pada fase pemberian maupun fase peresepan obat.
5. Melakukan supervisi rutin terhadap pelayanan resep oleh Kepala Unit dan/atau Kepala Instalasi Farmasi guna menjaga kualitas dan kelancaran pelayanan.
6. Mengoptimalkan penggunaan *e-prescribing* serta mensosialisasikan pedoman *e-prescribing* kepada para dokter agar mengurangi kesalahan dalam proses peresepan obat.
7. Mengutamakan penggunaan obat-obatan dengan Tingkat Komponen Dalam Negeri (TKDN) tinggi yang diproduksi dalam negeri, sesuai dengan regulasi pemerintah, untuk mendukung kemandirian obat nasional dan efisiensi biaya.
8. Melakukan penyesuaian jadwal kerja petugas farmasi untuk mengurangi penumpukan resep pada jam-jam sibuk, khususnya pukul 11.00 WIB ke atas.
9. Melakukan evaluasi dan penyempurnaan alur pelayanan farmasi secara berkala agar redesign yang sudah dilakukan memberikan dampak signifikan terhadap percepatan layanan.
10. Mengelola stok obat dan BMHP dengan lebih baik, termasuk pemantauan persediaan untuk menghindari kekurangan dan memastikan ketersediaan bahan dengan nilai TKDN yang memadai.
11. Belum optimalnya pemanfaatan fitur laporan pelayanan farmasi pada ERM karena masih dalam proses penyempurnaan
12. masih belum optimalnya proses permintaan resep dari unit rawat inap ke dr jaga, sehingga berpotensi menyebabkan kesalahan peresepan



Langkah-langkah PDSA untuk Indikator Mutu Instalasi Farmasi Tahun 2025 dirumuskan sebagai berikut:

Tabel 5.32 PDSA Indikator Mutu Instalasi Farmasi Tahun 2025

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Ketersediaan obat sesuai formularium RS	Mengidentifikasi akar masalah perencanaan obat yang tidak berjalan efektif	koordinasi instalasi farmasi dengan unit pengadaan	Capaian 100% namun terdapat kekosongan stok pada beberapa item di lapangan.	Identifikasi apakah terjadi peningkatan jumlah obat yang tersedia sesuai FORTAS
	Membuat rencana intervensi dengan perencanaan obat FORTAS berjalan dengan baik,	Merencanakan obat dengan tepat (adanya rekapitulasi kebutuhan obat yang dikonsumsi+buffer stocknya)		Kumpulkan feedback dari dokter dan apoteker terkait ketersediaan obat dan substitusi obat Lakukan analisis ulang dan ulangi siklus PDSA dengan penyesuaian kondisi yang belum berjalan efektif
Waktu tunggu pelayanan obat jadi (WTOJ)	Menurunkan waktu tunggu pelayanan obat jadi.	Melaksanakan rencana intervensi	Capaian waktu 52:58 menit; hanya 43,67% pasien dilayani sesuai standar.	Menyusun langkah-langkah pengurangan waktu tunggu yang belum berjalan dengan optimal Melakukan supervise berjenjang dan move harian untuk melihat efektifitas redesign yang dilakukan Lakukan analisis ulang dan ulangi siklus PDSA dengan penyesuaian kondisi yang belum berjalan efektif
Waktu tunggu pelayanan obat racikan (WTOR)	Mengurangi waktu tunggu pelayanan obat racikan.	Melaksanakan rencana intervensi	Rata-rata 1:19:09; hanya 39,40% tercapai. Proses racikan masih lambat.	Menyusun langkah untuk pengurangan waktu tunggu racikan. Lakukan analisis ulang dan ulangi siklus PDSA dengan penyesuaian kondisi yang belum berjalan efektif
Waktu tunggu pelayanan farmasi	Menurunkan waktu tunggu pelayanan farmasi.	Meningkatkan efisiensi sistem pelayanan farmasi.	Hanya 69,10% pelayanan memenuhi standar; belum mencapai $\geq 80\%$.	Menyusun langkah-langkah untuk mengurangi waktu tunggu. Lakukan analisis ulang dan ulangi siklus PDSA dengan penyesuaian kondisi

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
	rencana intervensi berupa perubahan alur layanan farmasi maupun pengaturan SDM			yang belum berjalan efektif
Tidak ada kejadian kesalahan pemberian obat (<i>medication error</i> fase pemberian)	Mencegah kejadian kesalahan pemberian obat. Mengidentifikasi faktor terjadinya kesalahan pemberian obat dan membuat rencana intervensi untuk mencegah terjadinya medication error	pelatihan untuk meningkatkan keterampilan petugas.	Capaian 100%, tidak ada kejadian. Namun pelaporan pasif masih mungkin terjadi.	Menyusun langkah pencegahan kesalahan pemberian obat. Lakukan analisis ulang dan ulangi siklus PDSA dengan penyesuaian kondisi yang belum berjalan efektif
Kejadian kesalahan persepsian obat (<i>medication error</i> fase persepsian)	Menurunkan kejadian kesalahan persepsian obat. Melakukan identifikasi faktor yang menyebabkan medication error fase persepsian dengan mengoptimalkan penggunaan e- prescribing	Mengoptimalkan e-prescribing	Capaian hanya 0,02%, sudah di bawah standar.	Menyusun langkah- langkah pencegahan kesalahan persepsian obat. Lakukan analisis ulang dan ulangi siklus PDSA dengan penyesuaian kondisi yang belum berjalan efektif
Kepatuhan penggunaan formularium nasional	Meningkatkan kepatuhan penggunaan formularium nasional. Melakukan rencana intervensi untuk meningkatkan kepatuhan FORNAS (redukasi, monev, dan supervise)	Melakukan pelatihan untuk meningkatkan pemahaman.	Capaian 97,49%, telah melampaui standar.	Menyusun strategi untuk meningkatkan kepatuhan yang belum berjalan efektif Lakukan analisis ulang dan ulangi siklus PDSA dengan penyesuaian kondisi yang belum berjalan efektif
Kepatuhan penggunaan formularium RS	Mengidentifikasi kendala penggunaan obat diluar formas Melakukan redukasi daftar obat FORNAS Menurunkan jumlah kekurangan obat.	Redukasi daftar obat FORNAS pada seluruh DPJP	Capaian 100%, namun masih ada pemakaian berdasarkan kondisi klinis tertentu.	Menyusun langkah untuk meningkatkan penggunaan obat sesuai formularium. Lakukan analisis ulang dan ulangi siklus PDSA dengan penyesuaian kondisi yang belum berjalan efektif

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Kepatuhan pelaksanaan UDD	Mengidentifikasi kendala kepatuhan dalam pelaksanaan UDD. Menyusun rencana intervensi untuk meningkatkan kepatuhan UDD (tingkatkan pemahaman petugas, standar pencatatan yang seragam, monitoring berkala)	Melakukan pelatihan dan evaluasi rutin.	Capaian 100%, standar tercapai.	Jika redesign sudah berhasil pertahankan capaian dan audit berkala, Jika memungkinkan pelaporan UDD ada di SIMRS Revisi metode pelaporan yang belum efektif
Kepatuhan penyiapan elektrolit konsentrat	Mengidentifikasi kendala dalam penyiapan elektrolit konsentrat. Membuat rencana intervensi untuk meningkatkan kepatuhan dalam penyiapan elektrolit konsentrat.	Melakukan pelatihan dan pemeriksaan rutin.	Capaian 100%, standar terpenuhi.	Mempertahankan kepatuhan penyiapan elektrolit konsentrat.
Tidak ada obat kadaluarsa dalam tahun berjalan	Menjaga agar tidak ada obat kadaluarsa. Menyusun prosedur untuk memantau masa kadaluarsa obat. Mengidentifikasi penyebab kemungkinan adanya stok obat yang kadaluarsa (distribusi obat FIFO/FEFO, pastikan permintaan obat sesuai kebutuhan riil, audit stok rutin)	Penerapan rencana intervensi yang dibuat	Capaian 100%, semua unit bebas obat kadaluarsa.	Mempertahankan dan meningkatkan pengawasan terhadap masa kadaluarsa obat.
Tidak ada obat rusak	Memastikan tidak ada obat yang rusak. Mengidentifikasi kemungkinan penyebab obat rusak (pastikan suhu penyimpanan sesuai, distribusi hati-hati, semua	Sosialisasi jenis obat sensitive terhadap suhu dan cahaya Tempel label suhu ideal pada rak dan lemari pendingin	Tidak ditemukan obat rusak, standar tercapai.	Mengoptimalkan prosedur untuk mengurangi kerusakan obat seperti pemantauan suhu dan fisik obat, distribusi obat aman Audit rutin

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
	petugas paham cara simpan obat yang benar)	terapkan SOP pengiriman obat antar unit		
	Pengawasan penyimpanan obat maupun saat menerima obat dari distributor			
Tidak ada BMHP rusak	Memastikan tidak ada BMHP yang rusak. Mengidentifikasi akar masalah BMHP rusak, Membuat rencana aksi (klasifikasi BMHP rawan rusak, sosialisasi cara penyimpanan BMHP yang benar, terapkan system permintaan berdasar rata-rata penggunaan, adanya monitoring rutin)	Distribusi label yang menandakan BMHP rentan rusak Edukasi petugas cara penyimpanan BMHP Audit fisik BMHP Simpan BMHP sesuai kategori : steril, rawan lembab, rawan suhu	Capaian 100%, semua BMHP aman.	Pertahankan capaian, jadikan monitoring kondisi fisik BMHP secara rutin, redistribusi jika stok berlebih.
Persediaan BMHP memenuhi TKDN minimal 25%	Meningkatkan persediaan BMHP yang memenuhi TKDN minimal.	Meningkatkan kerjasama dengan pemasok BMHP lokal.	Tahun 2025 capai 55,79%, sudah memenuhi standar.	Menyusun strategi untuk meningkatkan TKDN BMHP.
Persediaan obat memenuhi TKDN minimal 25%	Meningkatkan persediaan obat yang memenuhi TKDN minimal.	Menjalani kerjasama lebih intens dengan pemasok obat dalam negeri.	Capaian 84,49%, belum mencapai target 85%.	Menyusun langkah-langkah untuk meningkatkan persediaan obat TKDN.
Tidak ada reagen yang expired dalam tahun berjalan	Memastikan tidak ada reagen yang kadaluarsa. Mengidentifikasi akar masalah : apakah perencanaan akurat, pemantauan masa kadaluarsa, system rotasi stok, koordinasi tim lab dengan pengadaan Buat rencana aksi : evaluasi pemakaian reagen 6-12 bulan terakhir,	Buat daftar reagen dan tanggal expired yang diupdate tiap minggu Tandai reagen yang masa simpan < 6 bulan dengan label yang mencolok warnanya (kuning/merah) Stok opname	Tidak ada reagen kadaluarsa, capaian 100%.	Meningkatkan pengawasan terhadap reagen kadaluarsa. Jika memungkinkan adanya system pengingat kadaluarsa di system lab

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
	adanya form monitoring kadaluarsa, sosialisasi petugas pentingnya pengendalian expired reagen			
Kepatuhan petugas untuk menyelesaikan setiap tahapan pelayanan di aplikasi SIMRS	Memastikan kepatuhan petugas dalam setiap tahapan SIMRS.	Melakukan pelatihan aplikasi SIMRS secara rutin.	Capaian 100%, semua tahapan diisi.	Menyusun langkah-langkah untuk meningkatkan kepatuhan.

9. Instalasi Promosi Kesehatan dan Tata Laksana Gizi Rumah Sakit

9.1 Sub Instalasi Promosi Kesehatan Rumah Sakit (PKRS)

Hasil capaian indikator mutu Sub Instalasi Promosi Kesehatan Rumah Sakit (PKRS) Tahun 2025 adalah sebagai berikut:

Tabel 5.35 Hasil Capaian Indikator Mutu Instalasi Promosi Kesehatan Rumah Sakit Tahun 2025

No	Indikator Mutu	Standar	TW I	TW II	TW III	TW IV	2025
1	Asesmen Kebutuhan Edukasi Pasien/Keluarga	80%	98.41%	93.81%	96.83%	97.14%	96.55%
2	Edukasi Pasien/Keluarga Terkait Hasil Pengkajian, Diagnosis, Rencana Asuhan, Hasil Pengobatan Termasuk Hasil Pengobatan Yang Tidak Diharapkan	≥ 80%	98.41%	93.97%	96.83%	97.14%	96.59%
3	Edukasi Berkelanjutan Kepada Pasien/Keluarga Sesuai Kebutuhan	≥ 80%	98.41%	93.97%	96.83%	97.14%	96.59%
4	Tingkat Kualitas Sistem Rujukan Dalam Pelayanan Kesehatan Jiwa	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
5	Tingkat Kualitas Kemitraan, Kerjasama Lintas Program Dan Lintas Sektor	≥ 95%	100.00%	100.00%	100.00%	101.23%	100.31%
6	Tingkat Kemandirian Advokasi Kesehatan Jiwa	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
1	Promosi Kesehatan Luar Gedung Terkait Program Nasional (Ibu Dan Anak, TB, HIV/AIDS, Stunting Dan Wasting, KB, Dan Geriatri)	≥ 80%	100.00%	100.00%	94.44%	100.00%	98.61%
8	Promosi Kesehatan Di Sekolah Atau Instansi	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
9	Ketersediaan Media Informasi Dan Edukasi Baik Cetak Maupun Elektronik	≥ 80%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

Kondisi yang dicapai saat ini:

1. Dari 9 indikator, seluruh indikator mutu pada unit promosi kesehatan dan edukasi pasien tercapai sesuai standar yang telah ditetapkan.
2. Tiga indikator edukasi (asesmen kebutuhan edukasi, edukasi hasil pengkajian & edukasi berkelanjutan) menunjukkan pencapaian di atas 90%, meskipun terdapat sedikit penurunan pada Triwulan II dibandingkan Triwulan I, namun masih dalam batas standar.
3. Indikator lainnya seperti sistem rujukan, kemitraan lintas sektor, advokasi, promosi kesehatan luar gedung dan di sekolah, serta media edukasi menunjukkan capaian maksimal (100%).
4. Secara keseluruhan, pelaksanaan promosi kesehatan dan edukasi di RS berjalan sangat baik dan konsisten, dengan cakupan kegiatan edukatif yang komprehensif di dalam maupun luar fasilitas layanan.

Kendala dan permasalahan:

1. Penurunan capaian edukasi pada TW II (indikator 1–3) kemungkinan disebabkan oleh beban kerja staf atau keterbatasan waktu dalam menyampaikan edukasi secara optimal.
2. Distribusi media edukasi belum merata ke seluruh unit pelayanan, sehingga pasien di beberapa unit belum sepenuhnya terjangkau oleh informasi cetak/elektronik.
3. Monitoring dan evaluasi pelaksanaan edukasi pasien belum dilaksanakan secara sistematis dan berkelanjutan di semua unit.
4. Kegiatan promosi kesehatan luar gedung sangat bergantung pada koordinasi lintas sektor dan kondisi lapangan, sehingga rawan penundaan bila ada kendala administratif atau cuaca.
5. Ketersediaan dan pembaruan media edukasi digital dan cetak terkadang tidak sinkron dengan isu terkini atau program nasional yang sedang berjalan.

Rekomendasi:

1. Lakukan evaluasi rutin terhadap pelaksanaan edukasi pasien dan keluarga, termasuk efektivitas metode dan waktu pelaksanaan, agar capaian tetap optimal sepanjang tahun.
2. Kolaborasi lebih intensif dengan unit pelayanan dan komunitas untuk memastikan edukasi yang diberikan relevan dengan kebutuhan pasien baik selama dirawat maupun setelah pulang.
3. Koordinasi internal dan eksternal yang kuat untuk mendukung proses pemulangan pasien, terutama dalam kasus pasien jiwa dan pasien dengan kondisi kronik.
4. Tingkatkan keterlibatan Tim Kerja Pelayanan Keperawatan dalam proses penjemputan dan pemulangan pasien, khususnya untuk pasien ACT (Assertive Community Treatment).
5. Optimalisasi kegiatan promosi kesehatan luar gedung dengan menyusun jadwal yang fleksibel dan melibatkan lintas sektor agar kegiatan tetap berjalan meski ada kendala cuaca atau logistik.
6. Sediakan dan perbarui media edukasi digital maupun cetak secara berkala, terutama yang terkait dengan Program Nasional (PROGNAS), kesehatan jiwa, dan program unggulan RSJMM.
7. Tingkatkan ketersediaan media edukasi berbasis teknologi, seperti leaflet digital atau video edukasi yang bisa diakses pasien melalui barcode di ruang tunggu atau kamar perawatan.
8. Libatkan tim Promosi Kesehatan dalam penyusunan materi edukasi, agar isi sesuai standar dan mudah dipahami pasien dari berbagai latar belakang.
9. Pastikan distribusi media informasi dan edukasi tercapai merata di seluruh unit pelayanan dan ruang rawat, termasuk unit rawat intensif dan IGD.
10. Adakan pelatihan komunikasi edukatif bagi tenaga kesehatan, agar lebih efektif menyampaikan informasi penting kepada pasien dan keluarga dalam waktu terbatas.

Langkah-langkah PDSA untuk Indikator Mutu Instalasi Promosi Kesehatan Rumah Sakit Tahun 2025 dirumuskan sebagai berikut:

Tabel 5.36 PDSA Indikator Mutu Instalasi Promosi Kesehatan Rumah Sakit Tahun 2025

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Asesmen kebutuhan edukasi pasien / keluarga	Meningkatkan edukasi sesuai kebutuhan pasien	Laksanakan asesmen kebutuhan edukasi dengan form standar	Capaian 96,55% (melampaui standar).	Jadikan asesmen dan edukasi personal sebagai standar pelayanan.
	Mengidentifikasi kesesuaian edukasi dengan kebutuhan (ada form asesmen kebutuhan edukasi, tersedianya materi edukasi dll)	Berikan edukasi sesuai hasil asesmen, menggunakan materi dan metode yang relevan		Update materi edukasi secara berkala berdasarkan kebutuhan pasien.
		Catat jenis edukasi dan respon pasien dalam ERM		Lakukan pelatihan berkelanjutan bagi tenaga kesehatan.

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
		Monitoring pelaksanaan edukasi		
Edukasi Pasien/Keluarga Terkait Hasil Pengkajian, Diagnosis, Rencana Asuhan, Hasil Pengobatan Termasuk Hasil Pengobatan Yang Tidak Diharapkan	Meningkatkan persentase pasien/keluarga yang mendapatkan edukasi komprehensif Mengidentifikasi kendala yang dihadapi dan menyusun rencana aksi	Terapkan SOP dan checklis edukasi Gunakan media bantu untuk menjelaskan efek samping dan hasil pengobatan Supervisi rutin oleh atasan langsung untuk memastikan pelaksanaan	Capaian 96,59%. Sudah baik, Evaluasi kepatuhan pencatatan dan konsistensi isi edukasi.	Jadikan SOP edukasi komprehensif sebagai bagian standar pelayanan. Update checklist edukasi berdasarkan masukan pasien dan perkembangan ilmu.
Edukasi Berkelanjutan Kepada Pasien/Keluarga Sesuai Kebutuhan	Memastikan pasien/keluarga mendapat edukasi berkelanjutan sesuai kebutuhan Mengidentifikasi akar masalah dan Menyusun rencana aksi	Terapkan SOP edukasi berkelanjutan pada pasien rawat jalan dan rawat inap (mencakup jadwal dan metode edukasi) Dokumentasikan edukasi berkelanjutan dan respon pasien di rekam medis (catat kebutuhan edukasi dan jadwal follow upnya) Supervisi pelaksanaan oleh koordinator edukasi.	Capaian 96,59%. Konsisten namun perlu evaluasi beban kerja petugas dan keberlanjutan jadwal follow-up.	Tetapkan SOP edukasi berkelanjutan sebagai standar pelayanan
Tingkat kualitas sistem rujukan dalam pelayanan kesehatan jiwa	Memastikan sistem rujukan kesehatan jiwa berfungsi dengan baik Mengidentifikasi akar masalah dan rencana aksi	Memastikan sistem rujukan selalu <i>up-to-date</i> Dokumentasikan proses rujukan di ERM Koordinasi rutin antar fasilitas kesehatan	Capaian 100%. Rujukan berjalan optimal.	Menyusun rekomendasi untuk meningkatkan sistem rujukan
Tingkat kualitas kemitraan, kerjasama lintas program dan lintas sektor	Menjaga kualitas kemitraan lintas program dan lintas sektor Mengidentifikasi akar masalah dan rencana aksi	Menjalin kerjasama lebih aktif dengan berbagai sektor terkait	Capaian 100%. Kolaborasi berjalan optimal.	Menyusun strategi untuk meningkatkan kemitraan lintas sektor
Tingkat kemandirian advokasi kesehatan jiwa	Meningkatkan kemandirian dalam advokasi kesehatan jiwa	Meningkatkan kemampuan internal untuk advokasi Buat modul advokasi yang mudah	Capaian 100%. Sudah mandiri, perlu pastikan berkelanjutan.	Menyusun langkah-langkah untuk meningkatkan advokasi

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
		dipahami dan diakses		
		Tingkatkan jejaring dan kolaborasi dengan berbagai pemangku kepentingan		
Promosi Kesehatan Luar Gedung Terkait Program Nasional (Ibu Dan Anak, TB, HIV/AIDS, Stunting Dan Wasting, KB, Dan Geriatri)	Menjaga kualitas promosi kesehatan eksternal	Menjalankan program promosi dengan tepat waktu	Capaian 98.61%. Target promosi tercapai penuh.	Menyusun langkah-langkah untuk meningkatkan promosi kesehatan
Promosi Kesehatan Di Sekolah Atau Instansi	Menjaga kualitas promosi kesehatan eksternal	Menjalankan program promosi dengan tepat waktu	Capaian 100%. Terlaksana penuh.	Menyusun langkah-langkah untuk meningkatkan promosi kesehatan
Ketersediaan media informasi cetak dan elektronik	Menjaga ketersediaan media informasi yang cukup dan relevan	Memastikan media informasi cetak dan elektronik tersedia	Capaian 100%. Seluruh media tersedia.	Menyusun langkah-langkah untuk memperbarui dan memperbaiki media informasi
Program kesehatan ke sekolah	Menjaga kualitas promosi kesehatan ke sekolah	Meningkatkan pelaksanaan program promosi ke sekolah	Menganalisis hasil program promosi kesehatan di sekolah	Menyusun langkah-langkah untuk meningkatkan promosi di sekolah
Program kesehatan ke instansi pemerintah dan swasta	Menjaga kualitas promosi kesehatan ke instansi pemerintah dan swasta	Memperkuat kerjasama dengan instansi pemerintah dan swasta	Evaluasi dampak program kesehatan ke instansi pemerintah dan swasta	Menyusun langkah-langkah untuk memperkuat promosi ke instansi pemerintah dan swasta
Promosi kesehatan internal	Memastikan promosi kesehatan internal berjalan efektif	Mengoptimalkan saluran komunikasi internal	Menilai keberhasilan promosi kesehatan internal	Menyusun langkah-langkah untuk meningkatkan promosi internal
Tingkat kualitas intervensi krisis	Menjaga kualitas intervensi krisis	Mengoptimalkan intervensi dalam situasi krisis	Menganalisis penyebab ketidaksesuaian pada intervensi krisis	Menyusun langkah-langkah untuk meningkatkan intervensi krisis
Persentase pasien psikiatri yang dilayani case management	Menjaga persentase pasien yang dilayani case management	Meningkatkan jumlah pasien yang mendapatkan case management	Menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi pelayanan case management	Menyusun langkah-langkah untuk meningkatkan pelayanan case management
Kepatuhan pemberian informasi dan edukasi	Menjaga kepatuhan dalam pemberian informasi dan edukasi	Meningkatkan kualitas informasi dan edukasi yang diberikan	Menilai efektivitas pemberian informasi dan edukasi	Menyusun langkah-langkah untuk meningkatkan kualitas edukasi
Ketersediaan media informasi cetak dan elektronik	Menjaga ketersediaan media informasi yang cukup dan relevan	Memastikan media informasi cetak dan elektronik tersedia	Evaluasi efektivitas media informasi yang digunakan	Menyusun langkah-langkah untuk memperbarui dan memperbaiki media informasi

9.2 Sub Instalasi Tata Laksana Gizi Rumah Sakit

Hasil capaian indikator mutu Instalasi Gizi Tahun 2025 adalah sebagai berikut:

Tabel 5.33 Hasil Capaian Indikator Mutu Instalasi Gizi Tahun 2025

No	Indikator Mutu	Standar	TW I	TW II	TW III	TW IV	2025
1	Ketepatan Waktu Pemberian Diet Kepada Pasien	≥ 90%	95.08%	94.68%	93.54%	94.63%	94.48%
2	Kepuasan Pelanggan Terhadap Pelayanan Gizi	≥ 80%	87.37%	87.12%	87.61%	86.96%	87.27%
3	Persentase Sisa Makanan Pasien Yang Tidak Termakan Pasien	≤ 20%	16.14%	15.90%	16.14%	17.63%	16.66%
4	Tidak Adanya Kerusakan Makanan	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
5	Tidak Adanya Kesalahan Dalam Pemberian Diet	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
6	Pasien Yang Mendapat Makanan Sesuai Kebutuhan Gizi	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
7	Pencatatan Asuhan Gizi Dalam Rekam Medik	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
8	Pasien Berdiet Yang Mendapat Konseling	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
9	Persentase Faktor Risiko Gizi Teridentifikasi Dengan Memadai	≥ 90%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
10	Persentase Pergantian Menu Dalam 1 Bulan	≤ 5%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
11	Persentase Skrining Pasien Baru Dalam Waktu 2 X 24	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
12	Persentase Penanganan Balita <i>Underweight</i>	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
13	Persentase Penanganan Balita Stunting	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
14	Persentase Penanganan Balita Wasting	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
15	Persentase Ibu Hamil Kurang Energi Kronis (KEK) Mendapatkan Makanan Tambahan	≥ 90%	100.00%	100.00%	100.00%	N/A	100.00%
16	Persentase Balita Kurus Mendapat Makanan Tambahan	≥ 90%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
17	Persentase Kunjungan Pasien Di Poliklinik Gizi Rawat Jalan	≥ 90%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

Kondisi yang dicapai saat ini:

1. Dari: 17 indikator mutu, 14 indikator mencapai standar.
2. Indikator yang tidak dapat diukur: Tidak ada (semua indikator dapat diukur dan tersedia datanya).
3. Indikator dengan capaian sangat baik (100%): 11 indikator, menunjukkan konsistensi pelayanan yang optimal.
4. Capaian indikator lainnya yang sudah melebihi standar minimal meskipun belum sempurna (di atas standar):
 - Ketepatan Waktu Pemberian Diet (94,48% dari standar ≥90%).
 - Kepuasan Pelanggan (87,27% dari standar ≥80%).
 - Persentase Sisa Makanan Pasien (16,66% dari standar ≤20%)..
5. Secara keseluruhan, kinerja instalasi gizi menunjukkan kualitas pelayanan yang baik dengan mayoritas indikator berada pada atau di atas target.
6. Pelayanan klinis seperti konseling gizi, skrining, pemenuhan kebutuhan makanan, dan pencatatan rekam medis menunjukkan kepatuhan dan kesempurnaan implementasi 100%.

Kendala dan permasalahan:

1. Koordinasi antara Instalasi Gizi dan unit terkait seperti Poli Anak dan Kebidanan belum optimal dalam rujukan dan intervensi gizi.
2. Edukasi keluarga pasien mengenai pentingnya intervensi gizi belum merata sehingga memengaruhi keberhasilan program.
3. Monitoring berkelanjutan pasca penanganan gizi belum terlaksana secara sistematis baik untuk pasien rawat inap maupun rawat jalan.
4. Ketersediaan makanan tambahan sesuai standar gizi kadang terkendala karena distribusi atau pengadaan yang tidak rutin.

Rekomendasi:

1. Promosikan pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan pertama dan berikan edukasi kepada ibu mengenai pentingnya nutrisi dini bagi tumbuh kembang anak.
2. Laksanakan pemberian makanan tambahan (PMT) dan suplementasi gizi bagi ibu hamil, menyusui, serta balita yang berisiko atau mengalami gizi buruk.
3. Perkuat edukasi keluarga dan komunitas mengenai MP-ASI bergizi, gizi seimbang, serta penanganan balita wasting, melalui penyuluhan dan media informasi.
4. Pastikan ketersediaan dan distribusi makanan tambahan serta nutrisi terapeutik secara tepat dan rutin, terutama untuk kasus-kasus gizi buruk yang berat.

Langkah-langkah PDSA untuk Indikator Mutu Instalasi Gizi Tahun 2025 dirumuskan sebagai berikut:

Tabel 5.34 PDSA Indikator Mutu Instalasi Gizi Tahun 2025

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Ketepatan waktu pemberian diet kepada pasien	Menjaga ketepatan waktu pemberian diet. Mengidentifikasi kendala yang mungkin dihadapi dalam pemberian diet tepat waktu (alur produksi sampai pengiriman makanan, pemenuhan tenaga di dapur, komunikasi instalasi gizi dengan unit ranap)	Memastikan proses distribusi makanan tepat waktu (ada form clock in sederhana kapan waktu makanan keluar dari dapur dan tiba di pasien (bisa manual, digital)	Capaian 94,48% (di atas standar). Perlu evaluasi ketepatan waktu pada shift tertentu.	Menyusun langkah untuk menjaga ketepatan pemberian diet.
Kepuasan pelanggan terhadap pelayanan gizi	Meningkatkan kepuasan pelanggan terhadap pelayanan gizi dengan mengidentifikasi akar masalah kepuasan pelanggan (variasi menu, kesesuaian diet, komunikasi, dll)	Menyediakan pelayanan gizi yang lebih ramah dan efisien.	Capaian 87,27% sudah baik. Perlu pendalaman faktor-faktor penurunan minor.	Menyesuaikan pelayanan berdasarkan hasil evaluasi.
Persentase sisa makanan pasien yang tidak termakan pasien	Mengidentifikasi pengaruh makanan tidak habis dikonsumsi (rasa, menu, penyajian, kondisi pasien apakah pasca tindakan/ada gangguan makan)	Menyusun menu yang sesuai dengan kebutuhan pasien.	Capaian 16,66% sudah sesuai standar. Masih ada pasien pasca tindakan/nafsu makan rendah.	Gunakan data untuk perbaikan berkelanjutan Lakukan diskusi kasus pasien dengan dokter/perawat jika ada gangguan nafsu
Tidak adanya kerusakan makanan	Menjaga kualitas dan kebersihan makanan.	Memastikan prosedur penyimpanan dan pengolahan makanan yang baik.	Capaian 100% tercapai.	Mengimplementasikan pelatihan bagi petugas dalam menangani makanan.

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diit	Menjaga akurasi pemberian diit dengan mengidentifikasi akar masalah	Melakukan verifikasi ganda sebelum pemberian diit (ada checklist final) adanya labeling warna untuk jenis diet khusus	Capaian 100%. Perlu evaluasi sistem labeling & kelengkapan pelaporan.	Menyusun prosedur untuk mencegah kesalahan pemberian diit dan distandarkan Jika memungkinkan integrasikan pelaporan diet dalam ERM Evaluasi system labeling dan checklist jika belum user friendly
Pasien yang mendapat makanan sesuai kebutuhan gizi	Menyediakan makanan sesuai kebutuhan gizi pasien. Membuat rencana aksi : system pendataan kebutuhan gizi yang mudah diakses, checklist verifikasi makanan sesuai diet, monev)	Terapkan form checklist verifikasi diet, ada label warna tiap jenis diet, monev, implementasi kebutuhan gizi di SIMRS	Capaian 100%. Belum ada laporan ketidaksesuaian, namun compliance petugas perlu diawasi.	Menyesuaikan menu berdasarkan analisis kebutuhan gizi pasien.
Pencatatan asuhan gizi dalam rekam medis	Memastikan pencatatan asuhan gizi lengkap. Mengidentifikasi akar masalah : adakah pengawasan dan evaluasi, kemudahan dalam pencatatan ERM, pemahaman petugas dalam penggunaan ERM)	Melakukan pelatihan kepada petugas medis dan gizi, buat panduan ringkas penggunaan modul gizi, tetapkan standar waktu pencatatan misal maks 1x24 jam setelah visit, monitoring harian/mingguan terhadap pencatatan	Capaian 100%. Evaluasi kelengkapan dan keterlambatan perlu dilakukan.	Mengimplementasikan sistem pengecekan untuk pencatatan yang lebih akurat. Identifikasi petugas yang paling sering terlambat → lakukan coaching
Pasien berdiit yang mendapat konseling	Menyediakan konseling bagi pasien berdiit. Mengidentifikasi akar masalah kemungkinan tidak mendapat konseling (misa belum ada reminder pasien mana yang perlu konseling, SOP kriteria wajib konseling)	Buat daftar pasien berdiet khusus dari system ERM tiap harinya Buat SOP prioritas konseling gizi (misal DM, CKD, paska operasi) Dokumentasikan konseling pada ERM	Capaian 100%. Perlu evaluasi pelaksanaan dan dokumentasi konseling.	Menyesuaikan program konseling sesuai kebutuhan pasien. Lakukan audit pencatatan konseling di ERM secara berkala
Persentase faktor risiko gizi teridentifikasi dengan memadai	Mengidentifikasi faktor risiko gizi	Melakukan skrining gizi	Capaian 100%. Identifikasi	Menyusun langkah-langkah pencegahan

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
	dengan tepat (pastikan adasnya system pelaporan atau checklist skrining gizi, pemahaman petugas menilai gizi pasien)	secara rutin dengan form skrining risiko gizi yang standar (misal :NRS, MST, PG-SGA) Pelatihan cara skrining risiko gizi yang benar Buat form pengawasan kepatuhan identifikasi	lengkap, tetapi perlu cek kelengkapan parameter skrining.	dan intervensi berdasarkan identifikasi. Optimalkan skrining gizi di ERM sesuai kondisi real pasien
Persentase pergantian menu dalam 1 bulan	Menjaga variasi menu agar tetap rendah.	Memastikan variasi menu tetap sesuai standar.	Capaian 0%, sesuai standar.	Menyusun kebijakan untuk mengurangi pergantian menu berlebihan.
Persentase skrining pasien baru dalam waktu 2 x 24 jam	Memastikan skrining dilakukan tepat waktu. Mengidentifikasi faktor penghambat skrining pasien > 2 x 24 jam	Menyusun prosedur standar untuk skrining pasien baru.	Capaian 100%. Proses berjalan efektif.	Menyusun langkah-langkah untuk mempercepat skrining.
Persentase balita underweight	Mengurangi prevalensi balita underweight.	Memberikan intervensi gizi yang tepat.	Capaian 100%. sesuai standar.	Mengimplementasikan program gizi tambahan dan pemantauan.
Prevalensi balita stunting	Mengurangi prevalensi stunting pada balita.	Memperkenalkan program peningkatan status gizi balita.	Capaian 100%. sesuai standar.	Menyusun kebijakan gizi yang lebih efektif untuk balita.
Prevalensi balita wasting	Mengurangi prevalensi wasting pada balita.	Menyediakan makanan bergizi bagi balita.	Capaian 100%. sesuai standar.	Menyusun strategi untuk mengurangi prevalensi wasting.
Persentase ibu hamil kurang energi kronis (KEK) mendapat makanan tambahan	Memastikan ibu hamil KEK mendapat makanan tambahan.	Memberikan makanan tambahan sesuai kebutuhan.	Capaian 100%. Terpenuhi sesuai standar.	Menyusun kebijakan distribusi makanan tambahan yang lebih baik.
Persentase balita kurus mendapat makanan tambahan	Menyediakan makanan tambahan bagi balita kurus.	Menyediakan menu gizi seimbang untuk balita kurus.	Capaian 100%. Sudah sesuai target.	Mengoptimalkan distribusi makanan tambahan pada balita kurus.
Persentase kunjungan pasien di poliklinik gizi rawat jalan	Menjaga konsistensi kunjungan pasien di Poliklinik gizi. Mengidentifikasi kendala kunjungan pasien di poliklinik Menyusun strategi untuk meningkatkan kunjungan pasien	Mempermudah akses ke Poliklinik gizi. Sebar brosur layanan gizi	Capaian 100%. Tinggi, namun perlu evaluasi alasan keberhasilan.	Menyusun kembali strategi untuk meningkatkan kunjungan pasien Evaluasi hambatan pasien (jadwal, lokasi, biaya, pemahaman terkait layanan gizi yang ada)

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
	(system rujukan internal poli penyakit ke poli gizi, promosi layanan poli gizi)			

10. Unit Pemulasaraan Jenazah

Hasil capaian indikator mutu Unit Pemulasaraan Jenazah Tahun 2025 adalah sebagai berikut:

Tabel 5.37 Hasil Capaian Indikator Mutu Unit Pemulasaraan Jenazah Tahun 2025

No	Indikator Mutu	Standar	TW I	TW II	TW III	TW IV	2025
1	Waktu Tanggap Pelayanan Pemulasaraan Jenazah ≤ 2 Jam	≥ 90%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
2	Waktu Tanggap Pelayanan Administrasi Jenazah ≤ 30 Menit	≥ 90%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
3	Ketepatan Pemasangan Identitas Pada Jenazah	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

Kondisi yang dicapai saat ini:

1. Dari 3 indikator mutu yang diukur, seluruhnya sudah tercapai 100% sesuai standar yang ditetapkan.
2. Tidak ada indikator yang belum tercapai atau bermasalah; semua indikator menunjukkan capaian sempurna pada Tahun 2025.
3. Semua indikator memiliki data yang lengkap dan dapat diukur dengan jelas tanpa kendala pengukuran.
4. Kondisi secara umum menunjukkan pelayanan pemulasaraan jenazah, administrasi jenazah, dan pemasangan identitas jenazah berjalan sangat baik dan sesuai standar waktu tanggap yang diharapkan.
5. Tidak ditemukan permasalahan atau hambatan yang signifikan dalam pelaksanaan ketiga indikator mutu tersebut pada periode pengukuran in.

Kendala dan permasalahan:

1. Keterbatasan SDM berpotensi mengganggu kelancaran pelayanan saat beban kerja meningkat atau petugas berhalangan.
2. Kurangnya pelatihan rutin menurunkan kesiapan petugas menghadapi situasi darurat dan prosedur khusus.
3. Koordinasi antar unit yang kurang optimal dapat menyebabkan keterlambatan pelayanan pada kasus kompleks.
4. Fasilitas dan peralatan pendukung yang terbatas menghambat proses pemulasaraan dan administrasi saat volume jenazah tinggi.
5. Inkonsistensi prosedur antar petugas dapat menurunkan kualitas pelayanan meskipun waktu tanggap terpenuhi.

Rekomendasi:

1. Tambah dan rotasi SDM untuk memastikan ketersediaan tenaga dan pemerataan beban kerja.
2. Laksanakan pelatihan dan simulasi rutin guna meningkatkan keterampilan dan kesiapan petugas.
3. Perkuat komunikasi dan koordinasi antar unit melalui briefing dan rapat rutin.
4. Tingkatkan sarana dan prasarana pemulasaraan dan administrasi agar proses berjalan lancar.
5. Standarisasi dan sosialisasikan SOP agar seluruh petugas bekerja konsisten dan sesuai prosedur.

Langkah-langkah PDSA untuk Indikator Mutu Unit Pemulasaraan Jenazah Tahun 2025 dirumuskan sebagai berikut:

Tabel 5.38 PDSA Indikator Mutu Unit Pemulasaraan Jenazah Tahun 2025

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah	Menurunkan waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah.	Meningkatkan efisiensi alur pelayanan pemulasaraan jenazah.	Capaian 100% seluruh triwulan. Tidak ada keterlambatan, sistem berjalan baik. Perlu tetap dilakukan simulasi rutin untuk antisipasi kondisi khusus (lonjakan kematian, bencana, dsb).	Menyusun langkah-langkah untuk mengurangi waktu tanggap berdasarkan hasil evaluasi.
	Mengidentifikasi kendala waktu tanggap	Susun SOP pemulasaraan jenazah dengan batas waktu tanggap Sediakan checklist kesiapan alat dan ruang pemulasaraan setiap hari Tentukan petugas on call pemulasaraan yang selalu standby		
Waktu tanggap pelayanan administrasi jenazah	Menjaga konsistensi waktu tanggap pelayanan administrasi jenazah.	Menyusun alur yang lebih efisien untuk proses administrasi jenazah.	Capaian 100% secara konsisten. Proses administrasi berjalan efisien. Namun perlu monitoring kedisiplinan pencatatan dan evaluasi form bila terjadi perubahan regulasi.	Mengimplementasikan perubahan yang dapat meningkatkan efisiensi.
	Mengidentifikasi akar masalah waktu tanggap (ada tidaknya SPO, ketersediaan petugas adm, ketepatan pembuatan dokumen pendukung (surat kematian) oleh DPJP	Tetapkan SPO pelayanan administrasi jenazah Siapkan form adm jenazah dan template surat kematian yang mudah diakses Catat waktu mulai dan selesai proses adm setiap kali kejadian		
Ketepatan pemasangan identitas pada jenazah	Memastikan ketepatan pemasangan identitas pada jenazah di setiap tahap.	Meningkatkan kesadaran dan pelatihan kepada petugas terkait pemasangan identitas.	Capaian 100% sepanjang semester. Belum ditemukan kejadian identitas tertukar. Evaluasi berkala tetap diperlukan, terutama pada pergantian petugas atau masa sibuk.	Menyusun kebijakan untuk meningkatkan kepatuhan dalam pemasangan identitas.
	Identifikasi akar masalah risiko ketidaktepatan pemasangan identitas jenazah (SOP,	Susun dan sosialisasikan SOP pemasangan identitas jenazah		

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
	pemahaman petugasm ketersediaan identitias, form verifikasi	Siapkan checklist identifikasi sebelum jenazah dibawa ke ruang jenazah		

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 Tahun 2025 adalah:

1. Tim Kerja Pelaksana Keuangan

Hasil capaian indikator mutu Tim Kerja Pelaksana Keuangan Tahun 2025 adalah sebagai berikut:

Tabel 5.39 Hasil Capaian Indikator Mutu Tim Kerja Pelaksana Keuangan Tahun 2025

No	Indikator Mutu	Standar	TW I	TW II	TW III	TW IV	2025
1	Kecepatan Waktu Pemberian Informasi Tentang Tagihan Pasien Rawat Inap	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
2	Ketepatan Waktu Pemberian Imbalan (Insentif)	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
3	Tingkat Efisiensi Anggaran	≥ 90%	11,10%	37,16%	58,10%	74,50%	42,55%
4	Indikator Kinerja Pelaksanaan Anggaran (IKPA)	TW I 15% TW II 40% TW III 60% TW IV 90%	100,00%	92,54%	93,81%	90,97%	94,33%
5	Tingkat Pertumbuhan Pendapatan	> 2,5%	32,43%	21,56%	13,04%	14,94%	20,49%

Kondisi yang dicapai saat ini:

1. Dari 5 indikator mutu Tim Kerja Pelaksana Keuangan, 4 indikator telah mencapai standar, yaitu:
2. Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap: 100%
3. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif): 100%
4. Indikator Kinerja Pelaksanaan Anggaran (IKPA): 94,33%
5. Tingkat pertumbuhan pendapatan: 20,49%

Kendala dan permasalahan:

1. Satu indikator belum mencapai standar, yaitu Tingkat Efisiensi Anggaran: 42,55% (Standar ≥ 90%)
2. Tingkat pertumbuhan pendapatan sudah mencapai standar namun menunjukkan tren yang cenderung menurun sejak TW I s.d TW III dan mengalami peningkatan pada TW IV
3. Pendapatan RS sangat dipengaruhi oleh klaim BPJS, layanan rawat inap, kunjungan rawat jalan
4. Penurunan tren TW II s.d TW III dapat disebabkan oleh fluktuasi jumlah pasien, lama hari rawat, penyesuaian tarif dan regulasi klaim BPJS, dan keterbatasan jenis layanan berbayar non-BPJS

Rekomendasi:

1. Mempertahankan capaian indikator yang telah memenuhi target.
2. Meningkatkan efisiensi anggaran agar tren positif dapat mencapai standar pada periode berikutnya.
3. Melakukan penyesuaian anggaran berbasis kebutuhan riil unit kerja dan kinerja layanan.
4. Melakukan pengendalian belanja dan biaya operasional secara konsisten.
5. Menyusun metode monitoring dan evaluasi anggaran secara berkala dan terintegrasi.
6. Menganalisis kegiatan yang tidak terserap optimal untuk perbaikan tahun berikutnya.
7. Memperkuat koordinasi antarunit untuk mendukung efisiensi anggaran rumah sakit.
8. Memperkuat layanan unggulan kesehatan jiwa untuk meningkatkan volume dan nilai layanan disertai dengan promosinya,
9. Meningkatkan mutu dan ketepatan klaim BPJS.
10. Mengembangkan sumber pendapatan non-BPJS.

Langkah-langkah PDSA untuk Indikator Mutu Tim Kerja Pelaksana Keuangan Tahun 2025 dirumuskan sebagai berikut:

Tabel 5.40 PDSA Indikator Tim Kerja Pelaksana Keuangan Tahun 2025

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Kecepatan Waktu Pemberian Informasi Tentang Tagihan Pasien Rawat Inap	Menetapkan standar pelayanan pemberian informasi tagihan rawat inap tepat waktu sesuai SOP sebagai indikator mutu yang harus dipertahankan.	Pelaksanaan pemberian informasi tagihan pasien rawat inap dilakukan sesuai alur pelayanan dan SOP yang berlaku.	Capaian TW I-IV: 100% dan capaian tahunan 100%. Pelayanan berlangsung konsisten tanpa keterlambatan. Pembelajaran: Kepatuhan terhadap SOP dan koordinasi antar unit pelayanan dan keuangan sangat berpengaruh terhadap ketepatan waktu pelayanan administratif.	Mempertahankan kinerja dan melakukan monitoring rutin untuk menjaga konsistensi mutu pelayanan.
Ketepatan Waktu Pemberian Imbalan (Insentif)	Menetapkan ketepatan waktu pembayaran insentif sebagai indikator mutu dalam tata kelola keuangan dan SDM.	Pembayaran insentif dilaksanakan sesuai jadwal dan ketentuan yang berlaku.	Capaian TW I-IV: 100% dan capaian tahunan 100%. Tidak terdapat keterlambatan pembayaran insentif. Pembelajaran: Perencanaan kas yang baik dan jadwal pembayaran yang jelas mencegah keterlambatan dan meningkatkan kepuasan pegawai.	Mempertahankan sistem pembayaran dan melakukan evaluasi berkala untuk mencegah potensi keterlambatan.
Tingkat Efisiensi Anggaran	Mengidentifikasi rendahnya efisiensi anggaran dan menetapkan perbaikan perencanaan serta pelaksanaan anggaran.	Review perencanaan dan realisasi anggaran serta peningkatan koordinasi antara unit kerja dan pengelola keuangan.	Capaian: TW I 11,10%; TW II 37,16%; TW III 58,10%; TW IV 74,50%; Tahunan 42,55% (belum mencapai standar ≥90%). Pembelajaran: Kegiatan yang tidak terealisasi tepat waktu dan perencanaan yang kurang berbasis kebutuhan riil menyebabkan rendahnya efisiensi anggaran,	Penyempurnaan perencanaan anggaran berbasis kinerja dan penguatan monitoring realisasi anggaran secara berkala pada tahun berikutnya.

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Indikator Kinerja Pelaksanaan Anggaran (IKPA)	Menetapkan target IKPA sesuai ketentuan dan jadwal pelaksanaan anggaran.	Pelaksanaan anggaran dilakukan sesuai mekanisme dan regulasi yang berlaku.	meskipun terdapat tren perbaikan. Capaian 94,33% tahun 2025 menunjukkan pelaksanaan anggaran berjalan baik dan melampaui target. Namun perlu diantisipasi agar distribusi tidak timpang antar semester.	Mempertahankan kepatuhan pelaksanaan anggaran dan meningkatkan konsistensi capaian di seluruh triwulan.
Tingkat Pertumbuhan Pendapatan	Menetapkan target pertumbuhan pendapatan yang realistis dan berkelanjutan.	Optimalisasi layanan, penagihan, dan pencatatan pendapatan sesuai ketentuan.	Capaian 20,49% menunjukkan keberhasilan strategi peningkatan pendapatan. Namun, penurunan dari TW I ke TW II perlu dievaluasi lebih lanjut. Diversifikasi sumber pendapatan dan kelancaran proses klaim berperan penting dalam meningkatkan pendapatan meskipun terdapat fluktuasi per triwulan.	Mempertahankan pertumbuhan pendapatan dan melakukan inovasi layanan untuk menjaga keberlanjutan di tahun berikutnya.

2. Tim Kerja Akuntansi dan BMN

Hasil capaian indikator mutu Instalasi Tim Kerja Akuntansi dan BMN 2024 adalah sebagai berikut:

Tabel 5.41 Hasil Capaian Indikator Mutu Tim Kerja Akuntansi dan BMN Tahun 2025

No	Indikator Mutu	Standar	TW I	TW II	TW III	TW IV	2025
1	Ketepatan Waktu Penyusunan Laporan Keuangan	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
2	Rasio Kas	240-300%	222,91%	226,03%	294,60%	152,54%	224,02%
3	Rasio Lancar	> 600%	1808,79%	1219,39%	1313,11%	1207,49%	1387,19%
4	Periode Penagihan Piutang	< 30 hari	38,66	22,50	16,48	37,79	28,86
5	Perputaran Aset Tetap	> 20%	0,40%	0,94%	1,44%	2,18%	1,24%
6	Imbalan Atas Aset Tetap	> 6%	0,20%	0,31%	0,42%	0,52%	0,36%
7	Imbalan Ekuitas	> 8%	0,21%	0,32%	0,45%	0,55%	0,38%
8	Rasio PNPB Terhadap Biaya Operasional (POBO)	45%	119,32%	81,45%	77,99%	80,66%	89,85%
9	Perputaran Persediaan	30-35 Hari	30,71	36,35	52,12	46,67	41,46

Kondisi yang dicapai saat ini:

1. Indikator Ketepatan Waktu Penyusunan Laporan Keuangan tercapai 100% sesuai standar. Hal ini menunjukkan tata kelola pelaporan keuangan berjalan tepat waktu dan konsisten.
2. Rasio Lancar menunjukkan kondisi sangat baik, dengan rata-rata tahun 2025 sebesar 1.387,19% jauh diatas standar (standar > 600%). Kondisi ini mencerminkan kemampuan rumah sakit yang memadai dalam memenuhi kewajiban jangka pendek.
3. Rasio Kas sedikit di bawah standar (224,02% dari standar 240–300%), meskipun demikian, rasio kas relative stabil dan masih mencerminkan kemampuan likuiditas yang cukup untuk mendukung operasional.
4. Rasio PNBP terhadap Biaya Operasional (POBO) telah melampaui target dengan capaian rata-rata 89,85%. Hal ini menunjukkan bahwa pendapatan operasional mampu menutup Sebagian biaya operasional secara efektif.
5. Periode Penagihan Piutang tahun 2025 sebesar 28.86 Hari telah melampaui standar (<30 Hari), namun masih terjadi fluktuasi antar triwulan, khususnya pada TW I (38.66 Hari) dan TW IV (37,79 Hari) menunjukkan inkonsistensi proses penagihan.

Kendala dan permasalahan:

1. Perputaran Aset Tetap hanya tercapai 1,24% dari target >20%, menunjukkan bahwa asset tetap belum dimanfaatkan secara optimal untuk menghasilkan pendapatan.
2. Imbalan atas Aset Tetap dan Imbalan Ekuitas masih jauh di bawah standar, masing-masing hanya 0,36% dan 0,38%. Hal ini menunjukkan tingkat pengembalian investasi yang masih sangat rendah.
3. Perputaran Persediaan rata-rata pada tahun 2025 sebesar 41.46 Hari, melebihi standar ideal (30-35 Hari). Meskipun terdapat perbaikan pada TW I (30.71 Hari), masih terjadi perlambatan signifikan pada TW II-IV.
4. Pengelolaan asset tetap dan strategi optimalisasi pemanfaatan asset belum maksimal, serta mekanisme penagihan piutang belum sepenuhnya konsisten di seluruh periode.

Rekomendasi:

1. Menegaskan syarat pembayaran dalam perjanjian kerja sama, termasuk batas waktu jatuh tempo dan sanksi keterlambatan, serta memperkuat monitoring piutang secara berkala untuk menjaga konsistensi periode penagihan <30 hari.
2. Melakukan inventarisasi aset tetap secara menyeluruh dan terbaru, disertai penjadwalan pemeliharaan preventif untuk menjaga fungsi dan umur aset.
3. Mengidentifikasi aset tetap yang tidak produktif atau kurang dimanfaatkan untuk dilakukan optimalisasi penggunaan atau penghapusan sesuai ketentuan, guna meningkatkan efisiensi biaya pemeliharaan.
4. Melakukan penilaian nilai wajar aset tetap secara berkala sebagai dasar pengambilan keputusan dalam pemanfaatan dan pengembangan aset.
5. Mengoptimalkan aset tetap untuk meningkatkan pendapatan BLU melalui kerja sama operasional, penyewaan, atau pengembangan layanan baru.
6. Meningkatkan imbalan ekuitas melalui pengendalian biaya operasional yang lebih ketat serta inovasi pendapatan, baik dari layanan utama maupun sumber pendapatan non-layanan.

Langkah-langkah PDSA untuk Indikator Mutu Tim Kerja Akuntansi dan BMN Tahun 2025 dirumuskan sebagai berikut:

Tabel 5.42 PDSA Indikator Mutu Tim Kerja Akuntansi dan BMN Tahun 2025

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	Menetapkan ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan sebagai indikator mutu tata kelola keuangan.	Penyusunan dan penyampaian laporan keuangan dilakukan sesuai jadwal dan SOP.	Capaian TW I–IV: 100%; Tahunan: 100%. Tidak terdapat keterlambatan pelaporan. Pembelajaran: Disiplin	Mempertahankan sistem dan monitoring rutin untuk menjaga konsistensi capaian.

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
			jadwal dan kejelasan pembagian tugas mendukung ketepatan waktu pelaporan keuangan.	
Rasio kas	Mengidentifikasi fluktuasi rasio kas yang belum stabil dalam rentang standar.	Monitoring kas dan pengaturan arus kas masuk dan keluar secara berkala.	Capaian: TW I 222,91%; TW II 226,03%; TW III 294,60%; TW IV 152,54%; Tahunan 224,02% (di bawah standar). Pembelajaran: Ketidakseimbangan waktu penerimaan pendapatan dan pembayaran kewajiban memengaruhi stabilitas kas.	Penguatan manajemen kas dan penjadwalan pembayaran untuk menjaga rasio kas sesuai standar.
Rasio lancar	Menetapkan rasio lancar sebagai indikator kemampuan memenuhi kewajiban jangka pendek.	Pengelolaan aset lancar dan kewajiban jangka pendek sesuai kebijakan keuangan.	Capaian TW I-IV: 1808,79%–1207,49%; Tahunan 1387,19%. Seluruh capaian jauh di atas standar. Pembelajaran: Likuiditas yang sangat baik mencerminkan kemampuan RS memenuhi kewajiban jangka pendek.	Mempertahankan kondisi likuiditas dan mengoptimalkan pemanfaatan aset lancar.
Periode penagihan piutang	Menetapkan percepatan penagihan piutang sebagai fokus peningkatan arus kas.	Pelaksanaan penagihan piutang secara aktif dan terjadwal.	Capaian: TW I 38,66; TW II 22,50; TW III 16,48; TW IV 37,79; Tahunan 28,86 hari. Pembelajaran: Penagihan aktif mampu menurunkan rata-rata hari piutang meskipun terdapat fluktuasi triwulan.	Memperkuat sistem monitoring piutang dan konsistensi proses penagihan.
Perputaran aset tetap	Mengidentifikasi rendahnya pemanfaatan aset tetap terhadap pendapatan.	Evaluasi pemanfaatan aset tetap dan optimalisasi penggunaan sarana prasarana.	Capaian: TW I 0,40%; TW II 0,94%; TW III 1,44%; TW IV 2,18%; Tahunan 1,24%. Pembelajaran: Aset tetap belum dimanfaatkan optimal untuk menghasilkan pendapatan.	Penyusunan strategi optimalisasi aset tetap dan penyesuaian perencanaan investasi.
Imbalan atas aset tetap	Mengidentifikasi rendahnya imbal hasil atas aset tetap.	Analisis kontribusi aset tetap terhadap pendapatan.	Capaian: TW I 0,20%; TW II 0,31%; TW III 0,42%; TW IV 0,52%; Tahunan 0,36%. Pembelajaran: Investasi aset belum memberikan pengembalian optimal.	Evaluasi kelayakan investasi dan pemanfaatan aset tetap secara lebih produktif.
Imbalan ekuitas	Menetapkan peningkatan imbalan ekuitas sebagai target kinerja keuangan.	Optimalisasi pendapatan dan pengendalian biaya operasional.	Capaian: TW I 0,21%; TW II 0,32%; TW III 0,45%; TW IV 0,55%; Tahunan 0,38%. Pembelajaran: Margin operasional yang	Penyusunan strategi peningkatan profitabilitas dan efisiensi biaya.

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
			rendah memengaruhi imbal hasil ekuitas.	
Rasio PNPB terhadap biaya operasional (POBO)	Menetapkan keseimbangan pendapatan dan biaya operasional.	Pengendalian biaya dan optimalisasi pendapatan PNPB.	Capaian: TW I 119,32%; TW II 81,45%; TW III 77,99%; TW IV 80,66%; Tahunan 89,85%. Pembelajaran: Pendapatan operasional mampu menutup biaya secara memadai.	Mempertahankan efisiensi biaya dan stabilitas pendapatan.
Perputaran persediaan	Mengidentifikasi lambatnya perputaran persediaan.	Monitoring stok dan penyesuaian perencanaan kebutuhan.	Capaian: TW I 30,71; TW II 36,35; TW III 52,12; TW IV 46,67; Tahunan 41,46 hari. Pembelajaran: Perencanaan kebutuhan dan distribusi belum optimal menyebabkan penumpukan persediaan.	Optimalisasi sistem perencanaan dan pengendalian persediaan.

3. Tim Kerja Perencanaan Program, Anggaran, Evaluasi

Hasil capaian indikator mutu Tim Kerja Perencanaan Program, Evaluasi, dan Anggaran Tahun 2025 adalah sebagai berikut:

Tabel 5.43 Hasil Capaian Indikator Mutu Tim Kerja Perencanaan Program, Evaluasi, dan Anggaran Tahun 2025

No	Indikator Mutu	Standar	TW I	TW II	TW III	TW IV	2025
1	Kelengkapan Dan Ketepatan Laporan Akuntabilitas Kinerja	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
2	Kelengkapan Dan Ketepatan Pelaporan Rumah Sakit	100%	33,33%	61,90%	85,71%	90,48%	67,86%
3	Persentase Realisasi Kegiatan Evaluasi Kontrak Klinis Dan Kontrak Manajemen	≥ 70%	N/A	15,69%	17,65%	17,65%	16,99%
4	Persentase Dokumen Perencanaan Yang Sesuai Dengan Ketentuan	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Kondisi yang dicapai saat ini:

- Indikator *Kelengkapan dan Ketepatan Laporan Akuntabilitas Kinerja* mencapai 100% sepanjang Tahun 2025. Capaian ini menunjukkan komitmen dan konsistensi tim dalam penyusunan laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap, tepat waktu, dan sesuai ketentuan.
- Indikator *Dokumen Perencanaan yang Sesuai dengan Ketentuan* juga mencapai 100%, mencerminkan pemahaman yang baik serta kepatuhan terhadap regulasi dan pedoman penyusunan dokumen perencanaan rumah sakit.
- Namun, indikator *Kelengkapan dan Ketepatan Pelaporan Rumah Sakit* hanya tercapai sebesar 67,86%, masih belum memenuhi standar 100%. Meskipun demikian, terdapat **tren** peningkatan yang signifikan dari TW I (33,33%) hingga TW IV (90,48%), yang menunjukkan adanya perbaikan bertahap dalam proses pelaporan rumah sakit.
- Indikator *Persentase Realisasi Kegiatan Evaluasi Kontrak Klinis dan Kontrak Manajemen* baru tercapai 16,99%, masih jauh di bawah standar ≥70%. Hal ini menunjukkan bahwa pelaksanaan kegiatan evaluasi kontrak klinis dan kontrak manajemen belum berjalan optimal dan belum menjadi kegiatan rutin yang terstruktur.

Kendala dan permasalahan:

1. Masih terdapat keterlambatan dan ketidaktepatan input data pelaporan rumah sakit, terutama pada awal periode pelaporan. Hal ini diduga disebabkan oleh kurangnya koordinasi lintas unit, keterlambatan ketersediaan data, serta beban kerja pelaporan yang cukup tinggi.
2. Kegiatan evaluasi kontrak belum berjalan optimal karena belum adanya jadwal evaluasi yang tetap, belum tersedianya format atau instrumen evaluasi yang standar, serta lemahnya mekanisme monitoring dan tindak lanjut terhadap kontrak yang telah berjalan.
3. Dokumentasi pendukung berupa bukti pengukuran indikator (lampiran, notulen, laporan evaluasi) belum tersedia dan terdokumentasi secara konsisten, sehingga menyulitkan proses audit mutu internal maupun pelaporan eksternal.

Rekomendasi:

1. Pertahankan capaian indikator yang sudah memenuhi standar, yaitu pelaporan akuntabilitas dan kesesuaian dokumen perencanaan.
2. Lakukan penguatan sistem manajemen pelaporan rumah sakit melalui pelatihan, penyederhanaan format, serta penegakan jadwal pelaporan dengan sanksi dan insentif.
3. Bentuk tim kerja kecil atau PIC lintas unit yang bertanggung jawab langsung atas kelengkapan pelaporan rumah sakit secara periodik.
4. Susun SOP evaluasi kontrak klinis dan manajemen, jadwalkan kegiatan secara berkala, dan buat template evaluasi yang seragam.
5. Penyediaan dan pelampiran bukti pengukuran indikator setiap bulannya sebagai bagian dari dokumentasi akuntabilitas dan kesiapan audit.
6. Pelaksanaan monitoring dan evaluasi indikator secara berjenjang dan terdokumentasi, untuk meningkatkan ketertelusuran data serta kesiapan dalam menghadapi akreditasi maupun audit eksternal.

Langkah-langkah PDSA untuk Indikator Mutu Tim Kerja Perencanaan Program, Evaluasi, dan Anggaran Tahun 2025 dirumuskan sebagai berikut:

Tabel 5.44 PDSA Indikator Mutu Tim Kerja Perencanaan Program, Evaluasi, dan Anggaran Tahun 2025

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Kelengkapan dan Ketepatan Laporan Akuntabilitas Kinerja	Menetapkan kelengkapan dan ketepatan laporan akuntabilitas kinerja sebagai indikator utama tata kelola organisasi.	Penyusunan dan pelaporan dokumen akuntabilitas kinerja dilakukan sesuai jadwal dan ketentuan yang berlaku.	Capaian TW I-IV: 100%; capaian tahunan: 100%. Seluruh laporan disusun lengkap dan tepat waktu. Pembelajaran: Kepatuhan terhadap regulasi dan pembagian tugas yang jelas mendukung konsistensi kualitas laporan.	Mempertahankan sistem pelaporan dan melakukan monitoring berkala untuk menjaga konsistensi capaian.
Kelengkapan dan Ketepatan Pelaporan Rumah Sakit	Mengidentifikasi rendahnya kelengkapan dan ketepatan pelaporan rumah sakit pada awal tahun.	Koordinasi dengan unit terkait dan pendampingan penyusunan laporan sesuai ketentuan.	Capaian: TW I 33,33%; TW II 61,90%; TW III 85,71%; TW IV 90,48%; Tahunan 67,86%. Terjadi tren peningkatan signifikan namun belum mencapai standar. Pembelajaran: Kurangnya pemahaman dan keterlambatan	Penguatan koordinasi lintas unit, penetapan jadwal pelaporan yang lebih ketat, dan monitoring rutin untuk memastikan kepatuhan pelaporan tahun berikutnya.

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
			input data pada awal periode memengaruhi capaian tahunan meskipun terjadi perbaikan di akhir tahun.	
Persentase Realisasi Kegiatan Evaluasi Kontrak Klinis dan Kontrak Manajemen	Mengidentifikasi rendahnya realisasi evaluasi kontrak klinis dan kontrak manajemen.	Pelaksanaan evaluasi kontrak secara bertahap sesuai ketersediaan data dan jadwal kegiatan.	Capaian: TW II 15,69%; TW III 17,65%; TW IV 17,65%; Tahunan 16,99% . Tidak terdapat peningkatan signifikan dan jauh di bawah standar $\geq 70\%$. Pembelajaran: Belum adanya mekanisme baku dan penjadwalan yang jelas menyebabkan rendahnya realisasi evaluasi kontrak.	Penyusunan kebijakan, SOP, dan jadwal evaluasi kontrak yang terstruktur serta penunjukan penanggung jawab yang jelas.
Persentase Dokumen Perencanaan yang Sesuai dengan Ketentuan	Menetapkan kesesuaian dokumen perencanaan dengan ketentuan sebagai indikator mutu perencanaan.	Penyusunan dokumen perencanaan dilakukan sesuai regulasi dan pedoman yang berlaku.	Capaian TW I-IV: 100%; capaian tahunan: 100% . Seluruh dokumen perencanaan sesuai ketentuan. Pembelajaran: Standarisasi format dan proses review berjenjang meningkatkan kualitas dokumen perencanaan.	Mempertahankan proses perencanaan dan melakukan evaluasi berkala untuk memastikan kepatuhan berkelanjutan.

4. Tim Kerja Hukum dan Hubungan Masyarakat

Hasil capaian indikator mutu Tim Kerja Hukum dan Hubungan Masyarakat Tahun 2025 adalah sebagai berikut:

Tabel 5.45 Hasil Capaian Indikator Mutu Tim Kerja Hukum dan Hubungan Masyarakat Tahun 2025

No	Indikator Mutu	Standar	TW I	TW II	TW III	TW IV	2025
1	Ketersediaan Informasi Tempat Tidur RS Dalam Bentuk Display, Online, Real Time	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
2	Ketersediaan Informasi Jadwal Dokter Poliklinik	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
3	Ketersediaan Informasi RS Yang Mudah Diakses Masyarakat	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
4	Tingkat Efektifitas Penggunaan Media Informasi Rumah Sakit	$\geq 80\%$	90,22%	90,22%	90,22%	90,22%	90,22%
5	Kecepatan Waktu Tanggap Komplain	$\geq 80\%$	100,00%	95,92%	100,00%	100,00%	98,89%
6	Kepuasan Pasien	$> 76,61\%$	88,81%	90,20%	93,83%	91,81%	91,25%

No	Indikator Mutu	Standar	TW I	TW II	TW III	TW IV	2025
7	Persentase Pelaksanaan Perjanjian Kerjasama	≥ 80%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Kondisi yang dicapai saat ini:

- Seluruh 7 indikator mutu telah dilakukan pengukuran dan seluruhnya mencapai standar yang ditetapkan.
- Tingkat kepuasan pasien mencapai 91,25%, melebihi standar yang ditetapkan (>76,61%). Capaian ini menunjukkan persepsi pasien terhadap mutu pelayanan rumah sakit berada pada kategori sangat baik.
- Informasi tempat tidur rumah sakit, jadwal dokter, dan informasi umum RS telah tersedia secara display, online, dan real time, dengan capaian 100% sepanjang TW I–IV.
- Informasi jadwal dokter poliklinik telah tersedia dan dapat diakses masyarakat melalui website rumah sakit serta media informasi di Gedung TPP, dengan capaian 100%.
- Tingkat efektivitas penggunaan media informasi rumah sakit telah terukur dan mencapai 90,22%, melampaui standar ≥80%, menunjukkan media informasi RS efektif dalam menyampaikan informasi kepada masyarakat.
- Persentase pelaksanaan perjanjian kerja sama (PKS) mencapai 100%, menunjukkan seluruh perjanjian kerja sama yang telah disepakati dapat dilaksanakan sesuai ketentuan.

Kendala dan permasalahan:

- Fluktuasi kecil pada kecepatan waktu tanggap komplain masih terjadi pada salah satu triwulan, meskipun capaian tahunan tetap sangat baik (98,89%).
- Pembaruan jadwal praktik dokter masih sangat bergantung pada koordinasi dengan unit Pelayanan Medik, sehingga memerlukan mekanisme pembaruan yang lebih terstruktur agar tetap real time.
- Pemanfaatan media informasi masih lebih dominan sebagai sarana informasi layanan, dan belum sepenuhnya dioptimalkan untuk edukasi kesehatan dan promosi layanan unggulan secara berkelanjutan.
- Survei patient experience secara komprehensif (berdasarkan kepuasan pasien) belum dilaksanakan secara khusus sebagai instrumen evaluasi pengalaman pasien secara menyeluruh.
- Monitoring pelaksanaan PKS masih berfokus pada aspek administrasi, dan belum sepenuhnya didukung sistem monitoring yang terdokumentasi antara dokumen perjanjian dan implementasi di lapangan.

Rekomendasi:

- Mempertahankan capaian seluruh indikator mutu yang telah memenuhi dan melampaui standar, khususnya pada keterbukaan informasi, kepuasan pasien, respon komplain, dan pelaksanaan kerja sama.
- Meningkatkan koordinasi dengan unit Pelayanan Medik melalui penetapan alur dan PIC yang jelas untuk memastikan pembaruan jadwal praktik dokter dilakukan secara real time.
- Mengoptimalkan media informasi rumah sakit tidak hanya sebagai sarana informasi, tetapi juga sebagai media edukasi kesehatan, promosi layanan unggulan, profil dokter, dan fasilitas RS.
- Melaksanakan survei patient experience secara berkala, sebagai pelengkap survei kepuasan pasien, untuk mendapatkan gambaran mutu layanan dari perspektif pengalaman pasien.
- Mengembangkan sistem monitoring dan evaluasi pelaksanaan PKS, yang mengaitkan antara dokumen perjanjian, pelaksanaan di lapangan, dan hasil evaluasi kerja sama.
- Melakukan evaluasi berkala terhadap kecepatan tanggap komplain, guna menjaga konsistensi respon cepat dan kualitas pelayanan pengaduan.

Langkah-langkah PDSA untuk Indikator Mutu Tim Kerja Hukum dan Hubungan Masyarakat Tahun 2025 dirumuskan sebagai berikut:

Tabel 5.46 PDSA Indikator Mutu Tim Kerja Hukum dan Hubungan Masyarakat Tahun 2025

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Ketersediaan informasi tempat tidur RS dalam bentuk <i>display</i> , <i>online</i> , <i>real time</i>	Menetapkan ketersediaan informasi tempat tidur secara real time sebagai indikator keterbukaan informasi pelayanan.	Penyediaan informasi tempat tidur melalui display internal dan media digital yang terintegrasi dengan sistem informasi RS.	Capaian TW I-IV: 100%; Tahunan: 100%. Informasi tempat tidur selalu tersedia dan diperbarui. Pembelajaran: Integrasi sistem dan penetapan PIC memastikan keandalan informasi real time.	Mempertahankan sistem dan melakukan pemeliharaan berkala agar tetap akurat dan berkelanjutan.
Ketersediaan Informasi Jadwal Dokter Poliklinik	Menjamin ketersediaan informasi jadwal dokter yang transparan dan mudah diakses masyarakat.	Publikasi jadwal dokter melalui website RS dan media informasi di Gedung TPP.	Capaian TW I-IV: 100%; Tahunan: 100%. Jadwal dokter tersedia setiap periode. Pembelajaran: Koordinasi yang baik dengan Pelayanan Medik mendukung konsistensi pembaruan jadwal.	Menetapkan mekanisme pembaruan jadwal secara rutin dan real time.
Ketersediaan informasi RS yang mudah diakses masyarakat (Poster, Leaflet, dan web dinamis)	Menyediakan informasi RS yang lengkap dan mudah diakses oleh masyarakat.	Penyebarluasan informasi layanan RS melalui media digital dan display informasi.	Capaian TW I-IV: 100%; Tahunan: 100%. Informasi RS tersedia secara konsisten. Pembelajaran: Pemanfaatan multi-channel media meningkatkan aksesibilitas informasi publik.	Mempertahankan ketersediaan informasi dan melakukan pembaruan konten secara berkala.
Tingkat efektifitas penggunaan media informasi rumah sakit	Menilai efektivitas media informasi RS sebagai sarana komunikasi publik.	Pemanfaatan media informasi RS untuk penyampaian informasi layanan dan kebijakan.	Capaian TW I-IV: 90,22%; Tahunan: 90,22%. Seluruh capaian melampaui standar. Pembelajaran: Media informasi RS efektif sebagai sarana penyampaian informasi, namun masih berpotensi dikembangkan untuk edukasi dan promosi.	Mengoptimalkan konten media informasi untuk edukasi kesehatan dan promosi layanan unggulan.
Kecepatan respon terhadap komplain (Dokumen pendukung: Form komplain, Analisa komplain, Hasil tindak lanjut)	Menetapkan kecepatan tanggap komplain sebagai indikator	Penanganan komplain dilakukan sesuai SOP dan alur	Capaian: TW I 100%; TW II 95,92%; TW III 100%; TW IV	Mempertahankan kinerja dan memonitor konsistensi waktu tanggap komplain.

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
	mutu pelayanan responsif.	pengaduan yang berlaku.	100%; Tahunan 98,89%. Pembelajaran: SOP yang jelas dan respon cepat unit terkait meningkatkan kepercayaan pasien.	
Kepuasan pelanggan RS	Mengukur kepuasan pasien sebagai indikator mutu pelayanan.	Pelaksanaan survei kepuasan pasien secara berkala.	Capaian: TW I 88,81%; TW II 90,20%; TW III 93,83%; TW IV 91,81%; Tahunan 91,25%. Pembelajaran: Peningkatan mutu layanan berdampak positif terhadap kepuasan pasien.	Mempertahankan mutu layanan dan menggunakan hasil survei sebagai dasar perbaikan berkelanjutan.
Persentase pelaksanaan perjanjian kerjasama	Mempertahankan mutu layanan dan menggunakan hasil survei sebagai dasar perbaikan berkelanjutan.	Pelaksanaan seluruh perjanjian kerja sama sesuai ketentuan yang disepakati.	Capaian TW I-IV: 100%; Tahunan: 100%. Seluruh PKS terlaksana sesuai perjanjian. Pembelajaran: Pengendalian administrasi dan koordinasi lintas unit memastikan kepatuhan pelaksanaan PKS.	Mempertahankan kepatuhan pelaksanaan PKS dan memperkuat dokumentasi monitoring.

5. Tim Kerja Tata Usaha dan Rumah Tangga

Hasil capaian indikator mutu Tim Kerja Tata Usaha dan Rumah Tangga Tahun 2025 adalah sebagai berikut:

Tabel 5.47 Hasil Capaian Indikator Mutu Tim Kerja Tata Usaha dan Rumah Tangga Tahun 2025

No	Indikator Mutu	Standar	TW I	TW II	TW III	TW IV	2025
1	Tindak Lanjut Penyelesaian Hasil Pertemuan Direksi Dan Struktural	100%	N/A	78,33%	92,31%	75,24%	85,91%
2	Waktu Proses Administrasi Persuratan	≤ 7 Hari	6,76	9,11	6,73	9,65	8,79
3	Penerapan GNSTA	≥ 80%	88,89%	88,89%	88,89%	88,89%	88,89%
4	Terlaksananya Program Manajemen Gedung, Sarpras, Alat Medik Dan Non Medik, Manajemen Sistem Utilitas	100%	N/A	96,55%	90,00%	90,00%	92,18%
5	Terlaksananya Program Manajemen Cleaning Service	100%	85,90%	78,21%	100,00%	100,00%	91,03%
6	Petugas Keamanan Bersertifikat Pengamanan BHD, PPI Dasar, Kesiapsiagaan Bencana	100%	78,18%	78,18%	78,69%	88,89%	80,98%
7	Petugas Keamanan Melakukan Pengawasan Keliling RS	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
8	Evaluasi Terhadap Sistem Pengamanan Setiap Bulan	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
9	Tidak Adanya Barang Milik Pasien, Pengunjung, Karyawan Yang Hilang	100%	98,81%	100,00%	100,00%	98,92%	99,43%

No	Indikator Mutu	Standar	TW I	TW II	TW III	TW IV	2025
10	Pemenuhan Sarana Dan Prasarana Layanan Unggulan (Napza, Rehabilitasi Psikososial, Dan PDC)	≥ 80%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
11	Ketersediaan Fasilitas Parkir Sesuai Standar (KFK)	100%	98,00%	98,00%	80,00%	80,00%	89,00%

Kondisi yang dicapai saat ini:

- Dari 11 indikator, terdapat 3 indikator yang telah mencapai standar dan dipertahankan, yaitu:
 - Penerapan GNSTA (88,89% ≥ 80%)
 - Petugas keamanan melakukan pengawasan keliling RS (100%)
 - Evaluasi terhadap sistem pengamanan setiap bulan (100%)
- Terdapat 6 indikator yang telah diukur namun **belum mencapai standar**, yaitu:
 - Tindak lanjut hasil pertemuan Direksi dan Struktural → Capaian tahun 2025: 85,91% (belum mencapai 100%)
 - Terlaksananya program manajemen cleaning service → Capaian tahun 2025: 91,03% (belum mencapai 100%)
 - Petugas keamanan bersertifikat (BHD, PPI Dasar, Kesiapsiagaan Bencana) → Capaian tahun 2025: 80,98% (belum mencapai 100%)
 - Tidak adanya kehilangan barang milik pasien, pengunjung, dan karyawan → Capaian tahun 2025: 99,43% (belum mencapai 100%)
 - Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar (KFK) → Capaian tahun 2025: 89,00% (belum mencapai 100%)
 - Waktu proses administrasi persuratan → Capaian tahun 2025 8,79 hari, masih di atas standar ≤ 7 hari
- Satu indikator lainnya belum dilakukan pengukuran:
 - Pemenuhan sarana dan prasarana layanan unggulan (NAPZA, Rehabilitasi Psikososial, dan PDC)

Kendala dan permasalahan:

- Belum seluruh petugas keamanan mengikuti pelatihan dan sertifikasi wajib (BHD, PPI Dasar, dan Kesiapsiagaan Bencana), sehingga capaian belum mencapai 100%.
- Pelaksanaan dan evaluasi program manajemen cleaning service belum konsisten pada awal tahun, meskipun terjadi perbaikan signifikan pada TW III dan TW IV.
- Tindak lanjut hasil pertemuan Direksi dan Struktural belum seluruhnya terdokumentasi dan dimonitor secara sistematis, sehingga sebagian tindak lanjut tidak selesai tepat waktu.
- Masih terdapat kejadian kehilangan barang meskipun jumlahnya kecil, yang menunjukkan perlunya penguatan sistem pengamanan dan pencatatan kejadian.
- Keterbatasan lahan dan pengaturan area parkir menyebabkan indikator ketersediaan fasilitas parkir belum memenuhi standar 100%.
- Belum tersedia instrumen dan data pengukuran pemenuhan sarpras layanan unggulan, sehingga indikator belum dapat dievaluasi secara objektif.

Rekomendasi:

- Melaksanakan pelatihan dan sertifikasi wajib secara bertahap bagi seluruh petugas keamanan hingga capaian mencapai 100%.
- Mempertahankan pengawasan ketat terhadap program cleaning service, disertai evaluasi rutin dan pembinaan untuk menjaga konsistensi pelaksanaan.
- Menyusun dan menerapkan sistem monitoring tindak lanjut hasil rapat Direksi dan Struktural, termasuk penetapan PIC dan batas waktu penyelesaian.

4. Meningkatkan sistem pengamanan dan pencatatan kehilangan barang, melalui optimalisasi patroli, CCTV, serta sistem pelaporan insiden.
5. Melakukan kajian penataan dan optimalisasi area parkir, termasuk kemungkinan pengembangan atau kerja sama pengelolaan parkir.
6. Segera menyusun indikator, checklist, dan instrumen pengukuran pemenuhan sarpras layanan unggulan, serta melakukan pengukuran pada periode berikutnya.

Langkah-langkah PDSA untuk Indikator Mutu Tim Kerja Tata Usaha dan Rumah Tangga Tahun 2025 dirumuskan sebagai berikut:

Tabel 5.48 PDSA Indikator Mutu Tim Kerja Tata Usaha dan Rumah Tangga Tahun 2025

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi dan struktural	Menetapkan tindak lanjut hasil rapat direksi dan struktural sebagai indikator efektivitas pengambilan keputusan. Mengidentifikasi kendala dalam menindaklanjuti hasil pertemuan direksi dan struktural, merancang strategi perbaikan	Terapkan format notulen yang mencantumkan keputusan rapat, PJ, dan target waktu penyelesaian Sebarkan hasil rapat maksimal 1 x 24 jam setelah pertemuan untuk ditindaklanjuti Buat dashboard/rekap excel sederhana tindak lanjut yang dapat diakses unit kerja Evaluasi realisasi dan hambatan dalam rapat berikutnya	Capaian: TW II 78,33%; TW III 92,31%; TW IV 75,24%; Tahunan 85,91% (belum mencapai standar). Pembelajaran: Belum semua hasil rapat ditindaklanjuti tepat waktu karena keterbatasan monitoring dan kejelasan PIC.	Menetapkan PIC dan batas waktu tindak lanjut setiap hasil rapat serta membuat matriks monitoring RTL rapat.
Waktu proses administrasi persuratan	Menetapkan standar waktu proses persuratan untuk meningkatkan efisiensi administrasi.	Lakukan monitoring harian terhadap proses surat yang belum selesai Tetapkan waktu maksimal disposisi oleh pimpinan (misal < 4 jam) Pembagian tugas dan waktu disposisi yang jelas sangat mempengaruhi kecepatan	Capaian: TW I 6,76 hari; TW II 9,11 hari; TW III 6,73 hari; TW IV 9,65 hari; Tahunan 8,79 hari (belum memenuhi standar). Pembelajaran: Fluktuasi waktu proses dipengaruhi oleh volume surat dan proses disposisi manual.	Optimalisasi sistem persuratan elektronik dan penegasan SLA waktu disposisi. Evaluasi bottleneck proses (misal disposisi pimpinan terlalu lambat, kemampuan untuk memproses surat secara digital)
Penerapan GNSTA	Meningkatkan kepatuhan penerapan Gerakan	Sosialisasi dan implementasi GNSTA di	Capaian TW I-IV: 88,89%; Tahunan: 88,89% (melampaui standar).	Mempertahankan implementasi dan melakukan evaluasi berkala.

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
	Nasional Standar Akreditasi	seluruh unit kerja.	Pembelajaran: Sosialisasi rutin dan keterlibatan pimpinan meningkatkan kepatuhan GNSTA.	
Terlaksananya program manajemen gedung, sarpras, alat medik dan non medik, manajemen sistem utilitas	Menjamin seluruh program manajemen sarpras dan utilitas terlaksana sesuai perencanaan.	Susun dan sebarkan jadwal pemeliharaan Terapkan logbook/checklist kegiatan untuk gedung, alat medik, dan utilitas	Capaian: TW II 96,55%; TW III 90,00%; TW IV 90,00%; Tahunan 92,18% (belum mencapai standar). Pembelajaran: Keterbatasan anggaran dan jadwal pemeliharaan mempengaruhi capaian program.	Penyesuaian perencanaan pemeliharaan berbasis prioritas risiko. Evaluasi kembali beban kerja teknis dan ketersediaan alat kerja
Terlaksananya program manajemen cleaning service	Menjamin pelaksanaan program cleaning service sesuai standar kebersihan RS. Mengidentifikasi kendala pelaksanaan program dan merancang strategi perbaikan	Membuat jadwal pembersihan terstruktur per area per shift beserta checklist harian Supervisi harian oleh pengawas CS dan dilaporkan ke bagian UMUM Lakukan inspeksi visual dan audit kebersihan misal 2 kali seminggu	Capaian: TW I 85,90%; TW II 78,21%; TW III-IV 100%; Tahunan 91,03% . Pembelajaran: Peningkatan pengawasan berdampak langsung pada kepatuhan petugas cleaning service.	Mempertahankan pengawasan dan melakukan pembinaan berkala.
Petugas keamanan bersertifikat pengamanan BHD, PPI dasar, kesiapsiagaan bencana	Menjamin semua petugas keamanan bersertifikat. Meningkatkan kompetensi petugas keamanan melalui sertifikasi wajib.	Buat program pelatihan wajib tahunan untuk semua petugas keamanan Lakukan kerja sama dengan pelatih internal rumah sakit jika ada keterbatasan Susun jadwal pelatihan bertahap sesuai shift sehingga tidak mengganggu tugas Buat sertifikat pelatihan internak untuk dokumentasi	Capaian: TW I-II 78,18%; TW III 78,69%; TW IV 88,89%; Tahunan 80,98% . Pembelajaran: Keterbatasan anggaran pelatihan mempengaruhi kecepatan pemenuhan sertifikasi.	Penyusunan rencana pelatihan bertahap hingga seluruh petugas tersertifikasi. Jadikan sebagai program wajib tahunan, tambahkan pelatihan lain seperti komunikasi efektif / pengelolaan konflik
Petugas keamanan melakukan pengawasan keliling RS	Menjamin keamanan lingkungan RS	Memastikan area rumah sakit aman dan terpantau.	Capaian TW I-IV: 100%; Tahunan: 100%. Pembelajaran:	Menyusun langkah-langkah untuk meningkatkan

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
	melalui patroli rutin.		Jadwal patroli yang jelas dan pencatatan rutin menjaga konsistensi pelaksanaan tetap perlu verifikasi silang melalui CCTV/log patroli.	pengawasan petugas keamanan.
Evaluasi terhadap sistem pengamanan setiap bulan	Menyusun evaluasi bulanan untuk sistem pengamanan.	Melakukan evaluasi setiap bulan terhadap sistem pengamanan.	Capaian TW I–IV: 100%; Tahunan: 100%. Pembelajaran: Evaluasi berkala meningkatkan kesiapsiagaan dan pencegahan risiko keamanan. Namun penting untuk menilai apakah hasil evaluasi ditindaklanjuti.	Menyusun langkah-langkah untuk meningkatkan sistem pengamanan.
Tidak adanya barang milik pasien, pengunjung, karyawan yang hilang	Memastikan tidak ada barang yang hilang.	Memastikan barang milik pasien, pengunjung, dan karyawan terjaga dengan baik.	Capaian: TW I 98,81%; TW II–III 100%; TW IV 98,92%; Tahunan 99,43%. Pembelajaran: Analisis lokasi kejadian dan waktu kejadian penting dilakukan.	Menyusun langkah-langkah untuk mencegah kehilangan barang. Penguatan edukasi dan peningkatan kewaspadaan petugas keamanan.
Pemenuhan Sarana dan Prasarana Layanan Unggulan (Napza, Rehabilitasi Psikososial, dan PDC)	Memastikan semua sarana dan prasarana layanan unggulan tersedia dengan baik.	Memastikan program Napza, rehabilitasi psikososial, dan PDC berjalan lancar.	Belum ada data (N/A) menandakan proses inventarisasi atau pelaporan belum dilakukan.	Menyusun langkah-langkah untuk meningkatkan pemenuhan sarana dan prasarana layanan unggulan.
Ketersediaan Fasilitas Parkir sesuai Standar (KFK)	Memastikan fasilitas parkir tersedia sesuai dengan standar. Mengidentifikasi akar masalah dan buat strategi perbaikan	Membuat analisis kebutuhan dan kapasitas parkir saat ini berdasarkan standar KFK Pekataan zonasi parkir sesuai jenis pengguna Pastikan tersedia rambu, marka, dan petunjuk parkir yang jelas Pastikan tersedia area khusus disabilitas dan akses evakuasi bebas hambatan Monev rutin	Capaian: TW I–II 98%; TW III–IV 80%; Tahunan 89,00%. Pembelajaran: hampir memenuhi, tetapi perlu dicek apakah fasilitas disabilitas dan akses evakuasi sudah sesuai.	Menyusun langkah-langkah untuk meningkatkan ketersediaan fasilitas parkir. Optimalisasi area parkir dan kajian pengembangan lahan parkir.

6. Instalasi CSSD dan Binatu

Hasil capaian indikator mutu Instalasi CSSD dan Binatu Tahun 2025 adalah sebagai berikut:

Tabel 5.49 Hasil Capaian Indikator Mutu Instalasi CSSD dan Binatu Tahun 2025

No	Indikator Mutu	Standar	TW I	TW II	TW III	TW IV	2025
1	Tidak Ada Kejadian Linen Yang Hilang	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
2	Ketepatan Waktu Penyediaan Linen Untuk Ruang Rawat Inap	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
3	Ketepatan Pengelolaan Linen Infeksius	100%	100,05%	100,00%	100,00%	100,00%	100,01%
4	Tingkat Kepatuhan Sentralisasi Linen Rawat Inap	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
5	Tingkat Kepatuhan Sentralisasi Alkes	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
6	Ketepatan Suhu Pengeringan (60-95 Celcius)	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
7	Ketepatan Waktu Penyediaan Alat Steril	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
8	Ketersediaan Alat Kesehatan Steril	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
9	Ketersediaan Alkes Steril Untuk Poli Gigi	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
10	Ketersediaan Alkes Steril Untuk Kamar Operasi	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
11	Ketepatan Baku Mutu CSSD	100%	100,00%	100,00%	N/A	N/A	N/A
12	Baku Mutu Binatu	100%	66,67%	66,67%	N/A	N/A	N/A
13	Tidak Adanya Alkes Yang Expired	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Kondisi yang dicapai saat ini:

1. Dari 13 indikator mutu, 11 indikator telah mencapai standar 100% pada Tahun 2025.
2. Indikator “Ketepatan Baku Mutu CSSD” belum dilakukan pengukuran karena alat pengukur belum tersedia.
3. Indikator “Baku Mutu Binatu” belum dilakukan pengukuran karena masih menunggu hasil uji mutu.
4. Dari 13 indikator mutu Binatu dan CSSD, sebanyak 11 indikator telah mencapai standar 100% secara konsisten sepanjang Tahun 2025, menunjukkan bahwa proses pengelolaan linen dan alat kesehatan steril telah berjalan baik dan sesuai standar operasional.
5. Indikator “Ketepatan Baku Mutu CSSD” telah dilakukan pengukuran pada TW I dan TW II dengan capaian 100%, namun masih menunggu hasil pengukuran lanjutan pada TW III dan TW IV, sehingga capaian tahunan belum dapat dinilai secara komprehensif.
6. Indikator “Baku Mutu Binatu” telah dilakukan pengukuran pada TW I dan TW II dengan capaian 66,67%, yang belum memenuhi standar 100%, serta masih menunggu hasil pengukuran pada TW III dan TW IV, sehingga belum menunjukkan perbaikan berkelanjutan.
7. Indikator lainnya, termasuk ketepatan waktu penyediaan linen, pengelolaan linen infeksius, sentralisasi linen dan alkes, serta ketersediaan alkes steril di seluruh unit layanan, menunjukkan capaian optimal dan stabil.

Kendala dan permasalahan:

1. Pengukuran baku mutu CSSD masih menunggu hasil pemeriksaan sehingga capaian belum dapat dianalisis secara komprehensif.
2. Hasil uji mutu binatu belum lengkap untuk seluruh periode tahun 2025, sehingga verifikasi pencapaian mutu binatu belum dapat dilakukan secara menyeluruh.
3. Koordinasi lintas unit masih perlu diperkuat, khususnya dengan unit rawat inap dan unit layanan kritis (ICU, Poli Gigi, dan Kamar Operasi), untuk memastikan kepatuhan terhadap sentralisasi linen dan alkes tetap terjaga.
4. Sistem pencatatan dan pelaporan hasil pengukuran mutu masih memerlukan penguatan agar dapat mendukung audit mutu internal dan eksternal.

Rekomendasi:

1. Menetapkan jadwal pengukuran baku mutu CSSD secara rutin dan berkesinambungan, disertai pengadaan atau peminjaman alat ukur yang sesuai standar.
2. Menindaklanjuti hasil uji mutu binatu, termasuk percepatan koordinasi dengan laboratorium atau pihak penguji eksternal, agar hasil pengukuran dapat digunakan sebagai dasar perbaikan mutu.
3. Melakukan pengukuran ulang baku mutu binatu setelah perbaikan proses, untuk memastikan efektivitas tindak lanjut yang dilakukan.
4. Memberikan umpan balik (feedback) rutin kepada unit rawat inap dan unit layanan lainnya terkait hasil monitoring kepatuhan sentralisasi linen dan alkes.
5. Memperkuat monitoring dan evaluasi penggunaan alkes steril, termasuk pengawasan masa kedaluwarsa dan penerapan sistem rotasi stok (FIFO/FEFO).
6. Menyempurnakan dokumentasi hasil monitoring dan evaluasi, sehingga seluruh proses dapat ditelusuri dan siap untuk kebutuhan akreditasi maupun audit mutu.

Langkah-langkah PDSA untuk Indikator Mutu Instalasi CSSD dan Binatu Tahun 2025 dirumuskan sebagai berikut:

Tabel 5.50 PDSA Indikator Mutu Instalasi CSSD dan Binatu Tahun 2025

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Tidak ada kejadian linen yang hilang	Menjamin keamanan linen selama proses pencucian, penyimpanan, dan distribusi.	Penerapan sistem pencatatan keluar-masuk linen dan pengawasan distribusi.	Capaian TW I-IV: 100% Pembelajaran: Sistem pencatatan dan pengawasan yang konsisten efektif mencegah kehilangan linen.	Mempertahankan sistem yang ada dan monitoring rutin.
Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	Memastikan linen tersedia tepat waktu sesuai kebutuhan unit.	Distribusi linen sesuai jadwal dan kebutuhan unit.	Capaian TW I-IV: 100% Pembelajaran: Perencanaan kebutuhan linen dan koordinasi dengan unit rawat inap berjalan efektif.	Mempertahankan mekanisme distribusi.
Ketepatan pengelolaan linen infeksius	Menjamin linen infeksius dikelola sesuai SPO PPI.	Pemisahan, pencucian, dan penanganan linen infeksius sesuai prosedur.	Capaian $\geq 100\%$ sepanjang tahun Pembelajaran: Kepatuhan petugas terhadap SPO PPI sangat baik.	Melanjutkan pengawasan dan edukasi rutin.
Tingkat kepatuhan sentralisasi linen rawat inap	Menjamin seluruh linen rawat inap diproses secara tersentral.	Pelaksanaan sentralisasi linen di unit binatu.	Capaian TW I-IV: 100%	Mempertahankan kebijakan sentralisasi.

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
			Pembelajaran: Sentralisasi mempermudah kontrol mutu dan efisiensi proses.	
Tingkat kepatuhan sentralisasi alkes	Memastikan seluruh alkes diproses melalui CSSD.	Pelaksanaan sentralisasi alkes sesuai alur CSSD.	Capaian TW I-IV: 100% Pembelajaran: Kepatuhan unit layanan terhadap sistem sentralisasi sudah optimal.	Monitoring rutin dan sosialisasi berkelanjutan.
Ketepatan suhu pengeringan (60-95 Celcius)	Menjamin suhu pengeringan linen sesuai standar.	Penggunaan mesin pengering dengan pengaturan suhu sesuai SPO.	Capaian TW I-IV: 100% Pembelajaran: Kalibrasi alat dan pengawasan operator efektif menjaga mutu proses.	Pemeliharaan alat dan monitoring suhu rutin.
Ketepatan waktu penyediaan alat steril	Menjamin alat steril tersedia tepat waktu.	Penjadwalan sterilisasi dan distribusi alkes.	Capaian TW I-IV: 100% Pembelajaran: Perencanaan sterilisasi yang baik mencegah keterlambatan layanan.	Mempertahankan sistem penjadwalan.
Ketersediaan alat kesehatan steril	Menjamin ketersediaan alkes steril sesuai kebutuhan.	Pengelolaan stok alkes steril oleh CSSD.	Capaian TW I-IV: 100% Pembelajaran: Manajemen stok berjalan efektif.	Monitoring stok dan rotasi FEFO.
Ketersediaan alkes steril untuk Poli gigi	Memenuhi kebutuhan alkes steril poli gigi.	Distribusi alkes steril sesuai permintaan.	Capaian TW I-IV: 100% Pembelajaran: Koordinasi CSSD dan poli gigi berjalan baik.	Mempertahankan koordinasi lintas unit.
Ketersediaan alkes steril untuk kamar operasi	Menjamin ketersediaan alkes steril untuk tindakan operasi.	Sterilisasi dan distribusi alkes sesuai jadwal operasi.	Capaian TW I-IV: 100% Pembelajaran: Sistem perencanaan kebutuhan operasi efektif.	Mempertahankan sistem yang ada.

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Ketepatan baku mutu CSSD	Menjamin proses CSSD memenuhi baku mutu.	Pelaksanaan sterilisasi dan uji mutu sesuai SPO.	Capaian 100% pada TW I-II, namun pengukuran tidak berlanjut di TW III-IV. Pembelajaran: Diperlukan pengukuran berkesinambungan dan alat ukur yang tersedia.	Menetapkan jadwal pengukuran rutin dan melengkapi sarana uji mutu.
Baku mutu Binatu	Memastikan mutu proses binatu sesuai standar.	Pelaksanaan operasional binatu sesuai SPO.	Capaian awal 66,67% (belum memenuhi standar) dan belum ada hasil pengukuran lanjutan. Pembelajaran: Monitoring mutu binatu perlu diperkuat dan berkelanjutan.	Evaluasi proses binatu, perbaikan, dan pengukuran ulang secara rutin.
Tidak adanya alkes yang expired	Mencegah penggunaan alkes kedaluwarsa.	Penerapan sistem FEFO dan pengecekan rutin.	Capaian TW I-IV: 100% Pembelajaran: Sistem rotasi stok dan monitoring efektif mencegah alkes expired.	Mempertahankan sistem dan audit stok berkala.

7. Instalasi Pemeliharaan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit

Hasil capaian indikator mutu Instalasi Pemeliharaan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit Tahun 2025 adalah sebagai berikut:

Tabel 5.51 Hasil Capaian Indikator Mutu Instalasi Pemeliharaan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit Tahun 2025

No	Indikator Mutu	Standar	TW I	TW II	TW III	TW IV	2025
1	Ketepatan Kalibrasi Alat Sesuai Jadwal	100%	99,80%	99,80%	99,81%	99,66%	99,77%
2	Tingkat Keandalan Sarpras / Overall Equipment Effectiveness (OEE)	≥ 80%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
3	Waktu Tanggap Kerusakan Alat	≥ 80%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
4	Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat Kesehatan	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
5	Ketepatan Waktu Pemeliharaan Sarana Dan Prasarana	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
6	Waktu Tanggap Kerusakan Gedung < 2 Jam	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
7	Kelas Rawat Inap Sesuai Standar (KRIS)	≥ 60%	67,28%	73,80%	74,95%	75,17%	72,80%
8	Ketersediaan Bahan Bakar Dan Genset	100%	47,86%	61,51%	113,77%	103,21%	81,59%
9	Ketepatan Waktu Pemenuhan Utilitas (Listrik, Air, Genset, Gas Medis)	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

No	Indikator Mutu	Standar	TW I	TW II	TW III	TW IV	2025
10	Ketepatan Waktu Pemeliharaan Utilitas Dan Mesin (AC, Boiler, Lift, Trafo)	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
11	Kepatuhan Perizinan (Genset, Penangkal Petir, DII)	100%	90,00%	90,00%	100,00%	100,00%	95,00%
12	Ketersediaan Mobil Ambulan/Jenazah 24 Jam	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
13	Ketersediaan Mobil Keswa	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
14	Terlaksananya Program Pemeliharaan Ambulan, Mobil Jenazah, Dan Mobil Keswa	100%	N/A	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
15	Waktu Tanggap Pelayanan Ambulan Dan Mobil Jenazah ≤ 30 Menit (Ambulan IGD, Ambulan Rujuk, Ambulan Ruangan, Ambulan Jenazah)	100%	97,55%	98,39%	96,27%	95,74%	96,88%

Kondisi yang dicapai saat ini:

1. Dari 15 indikator mutu sarana, prasarana, dan peralatan, sebanyak 12 indikator (80%) telah mencapai standar.
2. Terdapat 3 indikator yang belum mencapai target, yaitu:
 - Ketepatan kalibrasi alat sesuai jadwal (99,77% vs 100%),
 - Ketersediaan bahan bakar dan genset (81,59% vs 100%),
 - Kepatuhan perizinan (95,00% vs 100%).
3. Indikator lainnya, termasuk waktu tanggap pelayanan ambulan dan mobil jenazah, serta pelaksanaan program pemeliharaan kendaraan operasional, telah mencapai standar 100% pada tahun 2025.

Kendala dan permasalahan:

1. Ketepatan kalibrasi alat belum mencapai 100% karena terdapat alat kesehatan yang baru selesai diperbaiki (misalnya plasma sterilizer CSSD) pada Bulan Desember, rerata hasil capaian tahun 2025 belum bisa mencapai 100%.
2. Ketersediaan bahan bakar dan genset belum stabil karena pola pengisian bahan bakar belum sepenuhnya berbasis pada estimasi kebutuhan dan konsumsi aktual, sehingga pada beberapa periode stok belum memenuhi target indikator.
3. Kepatuhan perizinan sarana dan prasarana belum mencapai 100% karena masih terdapat dokumen perizinan yang dalam proses pembaruan, antara lain instalasi penyalur petir dan perizinan teknis lainnya yang masa berlakunya telah habis.
4. Monitoring administrasi dan dokumentasi pemeliharaan sarana dan prasarana masih perlu diperkuat agar seluruh kegiatan pemeliharaan rutin tercatat secara lengkap dan terintegrasi.
5. Inventarisasi status pemeliharaan sarpras belum sepenuhnya terdokumentasi dalam satu sistem monitoring terpadu, sehingga diperlukan peningkatan sistem pencatatan untuk memudahkan evaluasi berkala.

Rekomendasi:

1. Menjadwalkan segera kalibrasi ulang terhadap seluruh alat kesehatan yang telah selesai diperbaiki agar capaian ketepatan kalibrasi dapat mencapai 100%.
2. Menyempurnakan sistem pengelolaan bahan bakar dan genset, dengan penyesuaian frekuensi pengisian berdasarkan estimasi kebutuhan dan pemakaian aktual, serta penetapan batas minimum stok (buffer stock).
3. Mempercepat proses pengurusan dan pembaruan perizinan sarana dan prasarana (genset, penangkal petir, lift, boiler, instalasi listrik, dan perizinan teknis lainnya) melalui monitoring masa berlaku izin secara berkala.
4. Memperkuat dokumentasi pemeliharaan sarana dan prasarana, termasuk pencatatan jadwal, realisasi, dan hasil pemeliharaan sebagai bahan evaluasi mutu.
5. Melakukan inventarisasi sarana dan prasarana secara menyeluruh untuk memastikan seluruh aset terpantau status pemeliharaan rutinnya.

6. Menyusun dan menerapkan jadwal pemeliharaan berkala alat kesehatan dan sarpras dengan format checklist yang terstandar serta audit internal berkala.
7. Mengembangkan sistem monitoring digital sederhana (misalnya Google Sheet atau aplikasi internal) untuk pemantauan kalibrasi, pemeliharaan, ketersediaan utilitas, dan perizinan.
8. Mempertahankan capaian indikator yang sudah memenuhi standar, khususnya kesiapan ambulan dan kendaraan operasional, melalui monitoring dan evaluasi rutin.

Langkah-langkah PDSA untuk Indikator Mutu Instalasi Pemeliharaan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit Tahun 2025 dirumuskan sebagai berikut:

Tabel 5.52 PDSA Indikator Mutu Instalasi Pemeliharaan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit Tahun 2025

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Ketepatan kalibrasi alat sesuai jadwal	Menyusun jadwal kalibrasi tahunan seluruh alkes termasuk pasca-perbaikan	Menjadwalkan dan melaksanakan kalibrasi dengan pihak ketiga	Capaian 2025 99,77% , belum 100% karena alat CSSD baru diperbaiki diakhir tahun,	Penguatan koordinasi dengan penyedia jasa kalibrasi dan penjadwalan ulang lebih awal
Tingkat Keandalan Sarpras/ <i>Overall Equipment Effectiveness</i> (OEE)	Menjaga performa sarpras melalui pemeliharaan preventif	Pelaksanaan pemeliharaan rutin sesuai jadwal	Capaian 100% , menunjukkan sistem pemeliharaan efektif	Pertahankan sistem dan lakukan audit berkala
Waktu Tanggap Kerusakan Alat	Menetapkan standar respon kerusakan alat $\geq 80\%$	Menindaklanjuti laporan kerusakan sesuai SOP	Capaian 100% , respon cepat dan konsisten	Pertahankan SOP dan monitoring
Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat Kesehatan	Menyusun jadwal pemeliharaan preventif	Melaksanakan pemeliharaan sesuai jadwal	Capaian 100% , tidak ada keterlambatan	Pertahankan jadwal dan checklist
Ketepatan Waktu Pemeliharaan Sarana dan Prasarana	Menjaga kondisi sarana dan prasarana RS.	Pelaksanaan pemeliharaan rutin sesuai rencana kerja.	Capaian TW I-IV: 100% , Pemeliharaan terencana meningkatkan umur pakai fasilitas.	Mempertahankan pelaksanaan dan evaluasi berkala.
Waktu Tanggap Kerusakan Gedung < 2 Jam	Menjamin respon cepat terhadap kerusakan gedung.	Penanganan laporan kerusakan maksimal <2 jam.	Capaian TW I-IV: 100% , Kesiapan tim dan SOP jelas mempercepat respon.	Mempertahankan sistem respon darurat.
Kelas rawat inap sesuai standar (KRIS)	Memenuhi standar KRIS sesuai ketentuan nasional.	Penyesuaian sarana dan prasarana ruang rawat inap.	Capaian meningkat dari 67,28% → 75,17%; Tahunan: 72,80% , Pemenuhan KRIS membutuhkan perencanaan bertahap dan anggaran.	Melanjutkan penyesuaian ruang rawat inap sesuai roadmap KRIS.

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Ketersediaan bahan bakar dan genset	Menjamin ketersediaan bahan bakar dan genset operasional.	Pengadaan dan pengisian bahan bakar sesuai kebutuhan.	Capaian fluktuatif (47,86%–113,77%); Tahunan: 81,59%, Ketergantungan pada pasokan eksternal mempengaruhi kestabilan ketersediaan.	Menyusun buffer stock dan perjanjian pasokan tetap.
Ketepatan waktu pemenuhan utilitas (listrik, air, genset, gas medis)	Menjamin ketersediaan utilitas RS tanpa gangguan.	Monitoring dan pemeliharaan utilitas (listrik, air, gas medis).	Capaian TW I–IV: 100%, Sistem cadangan dan pemantauan efektif mencegah gangguan.	Mempertahankan sistem utilitas.
Ketepatan waktu pemeliharaan utilitas dan mesin (AC, Boiler, Lift, Trafo)	Menjaga kinerja mesin pendukung RS.	Pemeliharaan AC, boiler, lift, dan trafo sesuai jadwal.	Capaian TW I–IV: 100%, Pembelajaran: Pemeliharaan preventif menurunkan risiko kerusakan.	Melanjutkan pemeliharaan terjadwal.
Kepatuhan perizinan (genset, penangkal petir, dll)	Menjamin seluruh perizinan sarpras lengkap dan berlaku.	Pengurusan dan pembaruan izin sesuai masa berlaku.	Capaian meningkat dari 90% → 100%; Tahunan: 95%, Monitoring masa berlaku izin perlu sistem pengingat.	Pembuatan reminder otomatis masa berlaku perizinan.
Ketersediaan mobil keswa	Menjamin kesiapan armada ambulan dan jenazah.	Penjadwalan petugas dan pemeliharaan kendaraan.	Capaian TW I–IV: 100%, Pemeliharaan rutin menjaga kesiapan armada.	Mempertahankan sistem kesiapsiagaan.
Ketersediaan mobil ambulan/jenazah 24 jam	Menjamin ketersediaan mobil keswa.	Penjadwalan penggunaan dan pemeliharaan.	Capaian TW I–IV: 100%, Manajemen armada efektif mendukung layanan keswa.	Mempertahankan ketersediaan armada.
Terlaksananya program pemeliharaan ambulan, mobil jenazah, dan mobil keswa	Menjamin armada RS terpelihara dengan baik.	Pemeliharaan berkala ambulan, mobil jenazah, dan mobil keswa.	Capaian 100% sejak TW II–IV, jadwal pemeliharaan terstruktur meningkatkan keandalan armada.	Mempertahankan program pemeliharaan.
Waktu tanggap pelayanan ambulan dan mobil jenazah ≤ 30 menit (Ambulan IGD, Ambulan	Menjamin respon cepat pelayanan	Penugasan petugas dan	Capaian fluktuatif 95,74–98,39%;	Optimalisasi penempatan armada

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Rujuk, Ambulan Ruangan, Ambulan Jenazah)	ambulan dan jenazah.	kesiapan armada.	Tahunan: 96,88% , Faktor lalu lintas dan jarak mempengaruhi waktu tanggap.	dan evaluasi waktu respon.

8. Instalasi Kesehatan Lingkungan dan Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) Rumah Sakit

8.1 Sub Instalasi Kesehatan Lingkungan

Hasil capaian indikator mutu Instalasi Kesehatan Lingkungan dan K3RS 2024 adalah sebagai berikut:

Tabel 5.53 Hasil Capaian Indikator Mutu Instalasi Kesehatan Lingkungan dan K3RS Tahun 2025

No	Indikator Mutu	Standar	TW I	TW II	TW III	TW IV	2025
Indikator Mutu Kesehatan Lingkungan							
1	Capaian Baku Mutu Air Limbah Sesuai Peraturan	BOD < 30 mg/l COD < 80 mg/l TSS < 30 mg/l pH 6-9 100%	N/A	N/A	100,00%	100,00%	100,00%
2	Ketepatan Jadwal Pengambilan Limbah Padat Infeksius	100%	100,00%	100,00%	96,15%	97,43%	98,40%
3	Capaian Implementasi DELH	100%	N/A	N/A	N/A	100,00%	100,00%
4	Capaian Toilet Yang Memenuhi Syarat	≥ 85%	62,00%	62,00%	62,00%	62,00%	62,00%
5	Capaian Baku Mutu Pangan Olahan Siap Saji	100%	N/A	N/A	100,00%	N/A	100,00%
6	Capaian Baku Mutu Suhu Udara Gudang Penyimpanan Bahan Pangan Kering (Kurang Dari 25°C)	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
7	Capaian Baku Mutu Suhu Udara Gudang Penyimpanan Bahan Makanan Basah	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
8	Capaian Baku Mutu Suhu Udara Dan Kelembaban Tempat Pengolahan Makanan	100%	50,00%	50,00%	50,00%	50,00%	50,00%
9	Ketersediaan Bank Sampel Makanan Yang Disimpan Selama 2 X 24 Jam	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
10	Capaian Angka Bebas Jentik	≥ 95%	62,22%	95,12%	93,08%	96,49%	88,95%
11	Capaian Indeks Populasi Lalat Maksimal 2 Ekor/Grill	≥ 95%	N/A	83,33%	91,67%	91,67%	88,89%
12	Ketepatan Penangkapan Binatang Pengganggu Dan Berbahaya	≥ 90%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
13	Capaian Sludge Volume 30	100%	78,24%	46,22%	83,56%	100,00%	77,00%
14	Capaian Pemeliharaan Bak Kontrol	≥ 85%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
15	Capaian Pemenuhan Baku Mutu Kualitas Lingkungan Di Ruang Rawat Inap	≥ 60%	58,23%	75,60%	76,31%	74,00%	71,04%

Tabel 5.54 PDSA Indikator Mutu Instalasi Kesehatan Lingkungan Tahun 2025

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Capaian Baku Mutu Air Limbah	Menjaga baku mutu air limbah sesuai standar.	Memastikan pengolahan air limbah yang optimal.	Capaian 100%. Pembelajaran: pemeliharaan IPAL dan monitoring rutin efektif mencegah	Menyusun langkah-langkah untuk mencapai standar baku mutu air limbah.

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
			pelanggaran baku mutu	
Ketepatan jadwal pengambilan limbah padat	Memastikan pengambilan limbah padat tepat waktu.	Menyusun jadwal yang lebih efektif maksimal 2 hari sekali.	Capaian 98,40%,menandakan ketepatan pengambilan limbah infeksius sudah konsisten	Menyusun langkah-langkah untuk menjaga ketepatan jadwal pengambilan limbah padat.
Capaian implementasi DELH	Meningkatkan implementasi DELH.	Meningkatkan koordinasi dan pemantauan implementasi DELH.	Capaian 100% , dokumen lingkungan mempermudah pengendalian dampak operasional	Menyusun rencana untuk meningkatkan implementasi DELH.
Capaian toilet yang memenuhi syarat	Menyusun rencana untuk meningkatkan fasilitas toilet.	Melakukan perbaikan pada fasilitas toilet yang tidak memenuhi standar.	Capaian tahun 2025 62,00% dari standar $\geq 85\%$ Masih ada toilet yang belum memenuhi standar (kebersihan, fungsi dan kelengkapan fasilitas)	Menyusun langkah-langkah untuk mencapai standar fasilitas toilet.
Capaian baku mutu pangan olahan siap saji	Menjaga baku mutu pangan olahan siap saji.	Meningkatkan kontrol kualitas pangan olahan.	Capaian 100% , pengawasan rutin efektif mencegah kontaminasi	Menyusun langkah-langkah untuk meningkatkan baku mutu pangan olahan.
Capaian baku mutu suhu udara gudang penyimpanan bahan pangan kering	Menjaga suhu udara gudang sesuai standar.	Memastikan kontrol suhu yang konsisten.	Capaian 100%, suhu udara Gudang penyimpanan bahan kering sudah sesuai standar 25°C	Menyusun langkah-langkah untuk mempertahankan suhu udara yang sesuai.
Capaian baku mutu suhu udara gudang penyimpanan bahan makanan basah	Menjaga suhu udara gudang penyimpanan bahan makanan basah.	Memastikan pengaturan suhu yang tepat di gudang makanan basah.	Capaian 100% suhu udara Gudang penyimpanan bahan makanan basah sudah sesuai standar	Menyusun langkah-langkah untuk mencapai standar suhu di gudang bahan makanan basah.
Capaian baku mutu suhu udara dan kelembaban tempat pengolahan makanan	Menjaga suhu dan kelembaban di tempat pengolahan makanan sesuai standar.	Meningkatkan pemantauan suhu dan kelembaban secara rutin.	Capaian 50%, ventilasi dan exhaust tidak optimal berdampak signifikan pada mutu	Menyusun langkah-langkah untuk meningkatkan pengolahan suhu dan kelembaban.
Ketersediaan bank sampel makanan yang disimpan selama 2 x 24 jam	Menjaga ketersediaan sampel makanan di bank sampel.	Memastikan pencatatan sampel dilakukan dengan benar.	Capaian sudah mencapai 100% sesuai standar	Menyusun langkah-langkah untuk menjaga ketersediaan bank sampel makanan.
Capaian angka bebas jentik	Menjaga angka bebas jentik sesuai standar.	Melakukan pemantauan rutin dan pengendalian jentik.	Capaian 88,95%, masih ditemukan jentik nyamuk di ruang pelayanan (dispenser/container di luar ruangan)	Menyusun langkah-langkah untuk mengurangi angka jentik.
Capaian indeks populasi lalat maksimal 2 ekor/grill	Menjaga indeks populasi lalat sesuai standar.	Meningkatkan pengendalian dan pemantauan lalat. Memastikan keterangkutan sampah	Capaian 88,89%, Diarea TPS domestik masih ditemukan lalat dengan indeks 3,8 ekor per grill karena sampah domestik belum diangkut	Menyusun langkah-langkah untuk mengendalikan populasi lalat.

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
		domestik yang menjadi sumber datangnya lalat		
Ketepatan penangkapan binatang pengganggu dan berbahaya	Menjaga ketepatan penangkapan binatang pengganggu.	Menyusun prosedur penangkapan yang lebih efektif.	Capaian 100% sudah mencapai standar .	Menyusun langkah-langkah untuk mempertahankan ketepatan penangkapan.
Capaian sludge volume 30	Menjaga volume sludge sesuai standar.	Memperbaiki kebocoran saluran air limbah Berkoordinasi dengan IPSRS untuk perbaikan jalur atau revitalisasi jalur IPAL	Capaian 77%, belum mencapai standar Masih terdapat banyak kebocoran di saluran air limbah menyebabkan air limbah terkontaminasi dan tercampur dengan air selokan sehingga karakteristik air limbah berubah	Menyusun langkah-langkah untuk mencapai volume sludge yang optimal.
Capaian pemeliharaan bak kontrol	Menjaga pemeliharaan bak kontrol sesuai standar.	Memastikan pemeliharaan dilakukan tepat waktu.	Capaian sudah 100%	Menyusun langkah-langkah untuk meningkatkan pemeliharaan bak kontrol.
Capaian pemenuhan baku mutu kualitas lingkungan di ruang rawat inap	Menjaga kualitas lingkungan ruang rawat inap sesuai standar.	Memastikan suhu kelembaban, dan pencahayaan ruangan memenuhi syarat	Capaian 71,04%, sudah mencapai standar Masih terdapat ruangan dengan suhu, kelembaban, dan pencahayaan ruangan tidak memenuhi syarat	Menyusun langkah-langkah untuk meningkatkan kualitas lingkungan ruang rawat inap agar sesuai dengan standar

8.2 Sub Instalasi Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3)

Hasil capaian indikator mutu Instalasi Kesehatan Lingkungan Tahun 2025 adalah sebagai berikut:

Tabel 5.53 Hasil Capaian Indikator Mutu Instalasi Kesehatan Lingkungan dan K3RS Tahun 2025

No	Indikator Mutu	Standar	TW I	TW II	TW III	TW IV	2025
Indikator Mutu K3RS							
1	Capaian Pemberian Vaksin Hepatitis B Bagi Pegawai	HepB1 100% HepB2 95% HepB3 90%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
2	Kejadian KTD Dan/Atau Sentinel Pegawai	0 Kejadian	0	0	0	0	0
3	Kejadian Insiden Bagi Pegawai	0 Kejadian	0	1	1	2	12
4	Ketepatan Waktu Penyelesaian Laporan Kecelakaan Kerja Dan/Atau Penyakit Akibat Kerja Dan Investigasi Maksimal 2 X 24 Jam	100%	N/A	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
5	Kepatuhan Penggunaan APD Bagi Pekerja Proyek Di Rumah Sakit	70%	N/A	0,00%	100,00%	16,67%	33,33%

No	Indikator Mutu	Standar	TW I	TW II	TW III	TW IV	2025
6	Pelaksanaan Training/Simulasi/Workshop K3 Bagi Pegawai	100%	N/A	32,91%	66,74%	89,03%	66,63%
7	Pembuatan Laporan PCRA Konstruksi Rumah Sakit	100%	N/A	100,00%	N/A	100,00%	100,00%
8	Pelaksanaan Pemantauan Konstruksi Di Rumah Sakit	100%	N/A	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Kondisi yang Dicapai Saat Ini:

- Dari total 23 indikator yang dipantau, terdapat:
 - 12 indikator (52,2%) telah tercapai sesuai dengan standar.
 - 8 indikator (34,8%) belum mencapai target.
 - 3 indikator (13%) belum dilakukan pengukuran disebabkan oleh kendala teknis, keterbatasan anggaran, dan belum adanya kerja sama dengan pihak ketiga.
- Indikator dengan capaian optimal (100%) yang berhasil dipertahankan sepanjang tahun 2025 yang menunjukkan bahwa sistem pengelolaan limbah dan pengendalian risiko lingkungan telah berjalan efektif dan konsisten, antara lain:
 - Ketepatan jadwal pengambilan limbah padat infeksius.
 - Pemeliharaan bak kontrol.
 - Pengendalian hama dan vektor (penangkapan binatang pengganggu dan berbahaya).
- Indikator yang masih menjadi **tantangan utama**, karena belum memenuhi standar, meliputi:
 - Kualitas toilet (tidak memenuhi syarat sanitasi).
 - Suhu dan kelembaban tempat pengolahan makanan.
 - Sludge volume 30 pada IPAL yang masih fluktuatif.
 - Indeks populasi lalat dan angka bebas jentik yang belum stabil dan belum mencapai target.
- Indikator K3RS yang belum mencapai target, seperti:
 - Kepatuhan penggunaan APD bagi pekerja proyek yang masih rendah.
 - Masih terjadinya insiden pada pegawai, terutama kasus tertusuk jarum suntik.
 - Pelaksanaan pelatihan/simulasi K3 belum mencapai 100% dari target tahunan.
- Beberapa indikator belum dapat diukur, yaitu:
 - Implementasi DELH masih menunggu hasil penilaian untuk semester II sehingga belum dapat dianalisis secara komprehensif.
 - Capaian baku mutu pangan olahan siap saji, menunggu hasil penilaian untuk semester II sehingga belum dapat dianalisis secara komprehensif.
 - Capaian pemberian vaksin Hepatitis B bagi pegawai.

Kendala dan permasalahan:

- Fasilitas toilet belum memenuhi syarat sanitasi karena kebersihan yang tidak terjaga secara konsisten, sarana pendukung (sabun, tisu, air) belum lengkap, serta keterbatasan petugas cleaning service yang standby.
- Ruang pengolahan makanan memiliki ventilasi dan sistem sirkulasi udara yang kurang optimal, ditambah struktur bangunan yang menyebabkan suhu ruangan relatif tinggi.
- Masih ditemukan jentik nyamuk di area pelayanan, khususnya pada dispenser air dan wadah air terbuka, akibat kurang optimalnya pengawasan harian.
- Capaian Sludge Volume 30 belum optimal karena adanya kebocoran saluran air limbah serta distribusi aliran IPAL yang belum maksimal.
- Insiden pada pegawai masih terjadi, terutama kasus tertusuk jarum suntik, yang mengindikasikan perlunya penguatan kepatuhan terhadap SOP keselamatan kerja.

6. Kepatuhan penggunaan APD pada pekerja proyek masih rendah karena kurangnya pengawasan dan penegakan aturan di lapangan.
7. Pelaksanaan pelatihan K3 belum rampung sesuai rencana, sehingga belum seluruh pegawai mendapatkan pembekalan K3.
8. Beberapa indikator belum dapat diukur karena keterbatasan anggaran dan belum adanya kerja sama dengan pihak ketiga, khususnya untuk DELH, uji mutu pangan, dan vaksinasi Hepatitis B.

Rekomendasi:

1. Toilet: Tingkatkan kebersihan, perbaiki infrastruktur, pastikan ketersediaan sabun, tisu, air, dan kehadiran petugas CS secara bergiliran.
2. Dapur gizi: Perbaiki sistem sirkulasi udara, aktifkan *exhaust fan* secara rutin, dan evaluasi material atap (ganti dari asbes jika memungkinkan).
3. Pengendalian vektor: Lakukan abatisasi, bersihkan dispenser secara rutin, edukasi ruangan, dan tingkatkan koordinasi dengan CS.
4. Sludge IPAL: Segera lakukan perbaikan pada saluran bocor dan optimalisasi distribusi IPAL untuk meningkatkan efisiensi.
5. K3 Pegawai: Lakukan investigasi dan mitigasi terhadap insiden tertusuk jarum, serta edukasi ulang SOP keselamatan kerja.
6. APD pekerja proyek: Koordinasi dengan PPK untuk kewajiban penggunaan APD, teguran langsung kepada pelanggar, dan monitoring harian.
7. Pelatihan K3: Lanjutkan pelaksanaan hingga 100% dan dokumentasikan partisipasi pegawai.
8. Indikator belum terukur: Ajukan kebutuhan anggaran ke manajemen, dorong percepatan kerjasama dengan pihak ketiga.
9. Peningkatan lingkungan rawat inap: Pasang AC atau dehumidifier, tingkatkan pencahayaan menggunakan LED 100 lux.

Langkah-langkah PDSA untuk Indikator Mutu Instalasi Kesehatan Lingkungan dan K3RS Tahun 2025 dirumuskan sebagai berikut:

Tabel 5.54 PDSA Indikator Mutu Sub Instalasi K3RS Tahun 2025

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Capaian pemberian vaksin Hepatitis B bagi pegawai	Menyusun program vaksinasi HepB bertahap bagi seluruh pegawai	Pendataan status vaksinasi pegawai	Belum dilakukan pengukuran (N/A) akibat tidak adanya anggaran.	Segera lakukan pendataan dan susun jadwal vaksinasi HepB
Tidak adanya kejadian KTD dan/atau sentinel pegawai	Mencegah KTD melalui penerapan K3RS	Monitoring dan pelaporan kejadian	Capaian 0 kejadian, penerapan SOP dan budaya keselamatan cukup efektif	Pertahankan budaya K3 dan pelaporan aktif
Tidak adanya kejadian insiden bagi pegawai	Menekan insiden kerja hingga 0 kejadian	Pencatatan dan pelaporan insiden	Terjadi 12 kejadian dalam 2025, masih terdapat risiko kerja yang belum terkendali optimal	Perkuat identifikasi bahaya dan mitigasi risiko
Ketepatan waktu penyelesaian laporan kecelakaan kerja dan/atau penyakit akibat kerja dan investigasi maksimal 2 x 24 jam	Menjamin laporan selesai ≤ 2x24 jam	Pelaporan dan investigasi cepat	Capaian 100%, alur pelaporan jelas mempercepat investigasi	Pertahankan SOP dan monitoring

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Kepatuhan penggunaan APD bagi pekerja proyek di rumah sakit	Menetapkan kewajiban APD pada pekerjaan konstruksi	Sosialisasi dan pengawasan APD	Capaian 33,33% (<70%), pengawasan lapangan belum konsisten	Perketat pengawasan dan sanksi
Pelaksanaan training/simulasi/workshop K3 bagi pegawai	Menyusun rencana pelatihan K3 tahunan	Pelaksanaan pelatihan bertahap	Capaian 66,63%, keterbatasan anggaran memengaruhi capaian	Susun jadwal pelatihan lebih terstruktur
Pembuatan laporan PCRA konstruksi rumah sakit	Menjamin seluruh proyek memiliki PCRA	Penyusunan PCRA proyek	Capaian 100%, PCRA efektif sebagai alat mitigasi risiko konstruksi	Pertahankan kewajiban PCRA
Pelaksanaan pemantauan konstruksi di rumah sakit	Menjamin keselamatan selama konstruksi	Pemantauan rutin oleh tim K3RS	Capaian 100% , pemantauan rutin mencegah insiden serius	Pertahankan frekuensi pemantauan

9. Instalasi Rekam Medik dan SIMRS

9.1 Sub Instalasi Rekam Medik

Hasil capaian indikator mutu Instalasi Rekam Medik Tahun 2025 adalah sebagai berikut:

Tabel 5.55 Hasil Capaian Indikator Mutu Instalasi Rekam Medik Tahun 2025

No	Indikator Mutu	Standar	TW I	TW II	TW III	TW IV	2025
1	Kelengkapan Informed Consent Setelah Mendapatkan Informasi Yang Jelas	80%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
2	Kelengkapan Pengisian Jati Diri / Identitas Pasien (Termasuk Foto Pada Pasien Psikiatri Ranap)	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
3	Kepatuhan Pelaksanaan General Consent	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
4	Kepatuhan Pengisian Elektronik Rekam Medik	100%	96,44%	92,39%	92,74%	92,32%	93,47%
5	Persentase Pelaksanaan Retensi	TW 1 30% TW 2 50% TW 3 65% TW 4 80%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
6	Kelengkapan Penyediaan Data Untuk Pelepasan Informasi	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
7	Kepatuhan Penggunaan Kode Diagnosis, Kode Prosedur, Singkatan, Dan Simbol	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
8	Kepatuhan Penggunaan Singkatan Dan Simbol	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
9	Kepatuhan Identifikasi Pasien (Nama, No RM, Tgl Lahir, Dan Foto)	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
10	Kepatuhan Informed Consent Pemberian Darah Dan Produk Darah	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
11	Persentase Penggunaan Pendaftaran Online	≥ 70%	61,60%	78,11%	85,11%	87,59%	78,10%

Kondisi yang dicapai saat ini:

1. Dari 11 indikator mutu yang diukur, sebanyak 9 indikator (81,8%) telah mencapai standar 100%, menunjukkan kinerja yang sangat baik dan stabil pada aspek:

- Kelengkapan informed consent setelah mendapatkan informasi yang jelas,
- Kepatuhan pelaksanaan general consent,
- Kelengkapan pengisian identitas/jati diri pasien (termasuk foto pasien psikiatri rawat inap),
- Kepatuhan identifikasi pasien,
- Kepatuhan penggunaan kode diagnosis, kode prosedur, singkatan, dan simbol,
- Kepatuhan penggunaan singkatan dan simbol,
- Kelengkapan penyediaan data untuk pelepasan informasi,
- Kepatuhan informed consent pemberian darah dan produk darah.

2. Terdapat 2 indikator yang belum mencapai target, yaitu:

- Kepatuhan Pengisian Elektronik Rekam Medik (ERM) dengan capaian 94,41% (standar 100%).
- Persentase penggunaan pendaftaran online dengan capaian 69,86%, masih sedikit di bawah standar $\geq 70\%$.

Secara umum, sistem dokumentasi rekam medis dan perlindungan hak pasien telah berjalan baik, namun masih diperlukan penguatan pada aspek kedisiplinan pengisian ERM dan optimalisasi transformasi digital pelayanan pendaftaran.

Kendala dan permasalahan:

1. Pengisian ERM belum optimal terutama di luar jam kerja dan pada kasus rujukan, disebabkan oleh:
 - Kurangnya kedisiplinan sebagian PPA dalam pengisian tepat waktu,
 - Belum seluruh formulir tersedia dalam format elektronik.
2. Belum semua DPJP konsisten mengisi rekam medis secara lengkap dan real-time, sehingga berdampak pada kepatuhan ERM.
3. Masih terdapat formulir rekam medis manual yang belum terkonversi ke sistem elektronik, menyebabkan ketidakkonsistenan dalam pengisian data.
4. Pemahaman terkait penggunaan kode ICD, prosedur, singkatan, dan simbol belum merata di seluruh PPA, meskipun hasil audit menunjukkan kepatuhan masih tinggi.
5. Penggunaan pendaftaran online belum optimal karena:
 - Sosialisasi kepada pasien belum merata,
 - Keterbatasan literasi digital dan akses teknologi pada sebagian kelompok masyarakat.
6. Sinergi antara Instalasi Rekam Medik dan Instalasi SIRS dalam pengembangan, integrasi, dan pembaruan sistem ERM belum berjalan maksimal.

Rekomendasi:

1. Melakukan revisi dan penyesuaian pedoman ERM agar sesuai dengan Permenkes tentang Rekam Medis Elektronik dan ketentuan KMK standar akreditasi rumah sakit.
2. Melengkapi dan mendistribusikan buku pedoman penggunaan kode diagnosis, prosedur, singkatan, dan simbol kepada seluruh PPA.
3. Menyelenggarakan sosialisasi dan pelatihan berkala kepada tenaga medis dan PPA terkait:
 - Pengisian ERM yang lengkap dan tepat waktu,
 - Penggunaan ICD X dan kode prosedur yang benar.
4. Melaksanakan monitoring, evaluasi, dan supervisi rutin terhadap kepatuhan pengisian ERM oleh Tim Mutu dan Instalasi Rekam Medik.
5. Memberikan feedback berkala dan individual kepada DPJP mengenai tingkat kepatuhan pengisian ERM sebagai bagian dari upaya peningkatan disiplin dokumentasi.
6. Memperkuat koordinasi aktif antara Instalasi Rekam Medik dan Instalasi SIRS untuk percepatan konversi formulir manual ke elektronik serta pengembangan sistem ERM.
7. Mengoptimalkan sistem pendaftaran online melalui:
 - Edukasi langsung kepada pasien,
 - Penambahan media promosi (banner, leaflet, media sosial),
 - Penyederhanaan tampilan dan fitur agar lebih user-friendly.



8. Mengintegrasikan pedoman penatalaksanaan klaim BPJS ke dalam sistem ERM guna mencegah penolakan klaim dan mempercepat proses validasi data.
9. Meningkatkan pengawasan terhadap pengisian data pasien dan informed consent, khususnya pada pasien psikiatri rawat inap.
10. Melakukan pembaruan (updating) kode diagnosis ICD X secara menyeluruh dan memastikan sistem ERM telah mendukung penggunaan kode terbaru.

Langkah-langkah PDSA untuk Indikator Mutu Instalasi Rekam Medik Tahun 2025 dirumuskan sebagai berikut:

Tabel 5.56 PDSA Indikator Mutu Instalasi Rekam Medik Tahun 2025

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Kelengkapan <i>informed consent</i> setelah mendapatkan informasi yang jelas	Menjamin seluruh tindakan medis didahului informed consent lengkap	Sosialisasi SPO, checklist informed consent, supervisi rutin	Capaian 100% konsisten → edukasi dan supervisi efektif, kepatuhan tenaga medis sudah terbentuk	Pertahankan monitoring rutin, jadikan indikator pemeliharaan
Kelengkapan pengisian jati diri/identitas pasien (termasuk foto pada pasien psikiatri ranap)	Memastikan identitas pasien terisi lengkap sejak awal pelayanan	Verifikasi identitas saat pendaftaran dan rawat inap	Capaian 100% → kontrol awal efektif, risiko salah identifikasi rendah	Monitoring rutin, integrasi mandatory field di sistem
Kepatuhan pelaksanaan <i>general consent</i>	Semua pasien wajib menandatangani general consent	General consent menjadi bagian alur pendaftaran	Capaian 100% → kepatuhan stabil, tidak ditemukan kekurangan dokumen	Dipertahankan sebagai indikator sustain
Kepatuhan pengisian elektronik rekam medik	Meningkatkan kepatuhan pengisian EMR hingga 100%	Edukasi ulang, reminder sistem, monitoring unit	Capaian masih 92–96% → kendala keterlambatan pengisian oleh tenaga medis	Penguatan disiplin, feedback per unit, monitoring harian
Persentase pelaksanaan retensi	Melaksanakan retensi bertahap sesuai target TW	Penyusunan jadwal dan rencana retensi	Belum dilakukan (N/A) → keterbatasan SDM, waktu, dan sistem	Susun timeline realistis, mulai pilot retensi, ajukan dukungan manajemen
Kelengkapan penyediaan data untuk pelepasan informasi	Menjamin pelepasan informasi sesuai regulasi dan aspek legal	Verifikasi dokumen sebelum pelepasan informasi	Capaian 100% → prosedur berjalan baik, tidak ada temuan hukum	Pertahankan, audit kepatuhan tahunan
Kepatuhan penggunaan kode diagnosis, kode prosedur, singkatan, dan simbol	Standarisasi dokumentasi medis sesuai regulasi	Sosialisasi ICD dan daftar singkatan resmi	Capaian 100% → pemahaman tenaga medis sudah optimal	Dipertahankan sebagai indikator pemeliharaan
Kepatuhan penggunaan singkatan dan simbol	Menghindari kesalahan interpretasi medis	Penggunaan daftar singkatan baku	Capaian 100% → tidak ditemukan singkatan tidak baku	Monitoring berkala, update jika ada regulasi baru
Kepatuhan identifikasi pasien (nama, no rm, tgl lahir, dan foto)	Mencegah kesalahan identifikasi pasien	Verifikasi dua identitas dan foto pasien	Capaian 100% → mendukung keselamatan pasien	ntegrasikan dengan audit Sasaran Keselamatan Pasien
Kepatuhan <i>informed consent</i> pemberian darah dan produk darah	Menjamin keamanan dan legalitas transfusi	Checklist sebelum transfusi	Capaian 100% → kepatuhan tinggi, risiko minimal	Dipertahankan sebagai indikator sustain
Persentase penggunaan pendaftaran online	Meningkatkan penggunaan	Edukasi pasien, banner, bantuan CS	Awal <70%, meningkat >80% → edukasi efektif	Perluasan sosialisasi, prioritas antrean online

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
	pendaftaran online $\geq 70\%$		namun belum merata	

9.2 Sub Instalasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS)

Hasil capaian indikator mutu Instalasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) Tahun 2025 adalah sebagai berikut:

Tabel 5.57 Hasil Capaian Indikator Mutu Instalasi Sistem Informasi Rumah Sakit Tahun 2025

No	Indikator Mutu	Standar	TW I	TW II	TW III	TW IV	2025
1	Waktu Tanggap Penanganan Kerusakan <i>Hardware</i> ≤ 30 Menit	$\geq 90\%$	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
2	Waktu Tanggap Penanganan Kerusakan <i>Software</i> ≤ 30 Menit	$\geq 90\%$	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
3	Ketepatan Waktu <i>Maintenance Hardware</i>	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
4	Ketepatan Waktu <i>Maintenance Software</i>	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
5	Waktu Tanggap <i>Down Time</i> ≤ 5 Menit	100%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
6	Persentase Realisasi Program Sistem Informasi	100%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
7	Tingkat Efektivitas Dan Efisiensi Modul Layanan Rumah Sakit	$\geq 80\%$	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
8	Tingkat Teknologi Informasi Yang Terintegrasi Dan Mandiri	TW I 25% TW II 50% TW III 75% TW IV 100%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
9	Integrasi Rekam Medis Elektronik Dan Kesesuaian Pengiriman Data Ke SATUSEHAT	100%	97,43%	98,21%	97,10%	96,04%	97,30%

Kondisi yang dicapai saat ini:

- Dari total 9 indikator mutu SIRS, 4 indikator telah tercapai dan menunjukkan kinerja sangat baik, yaitu:
 - Waktu tanggap penanganan kerusakan *hardware* ≤ 30 menit: 100%
 - Waktu tanggap penanganan kerusakan *software* ≤ 30 menit: 100%
 - Ketepatan waktu *maintenance hardware*: 100%
 - Ketepatan waktu *maintenance software*: 100%
- Indikator Integrasi RME ke SATUSEHAT hampir mencapai target 100%, dengan rata-rata tahun 2025 sebesar 97,82%.
- indikator lainnya belum diukur, yaitu:
 - Waktu tanggap *down time* ≤ 5 menit
 - Persentase realisasi program sistem informasi
 - Tingkat efektivitas dan efisiensi modul layanan RS
 - Tingkat teknologi informasi yang terintegrasi dan mandiri
 - Keempat indikator tersebut sudah dilakukan pembahasan dengan Instalasi SIRS dan akan mulai dilakukan pengukuran di tahun 2025.

Kendala dan permasalahan:

- Belum tersedia *baseline* pengukuran pada 4 indikator, disebabkan belum adanya kesepakatan metode ukur dan data sumber.

2. Keterbatasan SDM khusus yang menangani manajemen SIRS, terutama pada kompetensi teknis *software* dan *hardware*.
3. Kapasitas server internal belum optimal, serta belum adanya server eksternal untuk pencadangan (*mirroring*).
4. Keterbatasan fitur keamanan pada ruang server, seperti tidak adanya *door lock* otomatis.
5. Koneksi internet tidak stabil di beberapa titik rumah sakit, memengaruhi pengiriman data ke SATUSEHAT dan akses modul.
6. Belum seluruh unit terintegrasi penuh dengan RSJMM Care, termasuk *bridging Vclaim* dan penerbitan SEP dari APM.
7. Tidak adanya jadwal *maintenance software* dan *hardware* yang terstruktur dan terdokumentasi.
8. Belum dilakukan audit terhadap efektivitas modul layanan rumah sakit yang sudah berjalan.

Rekomendasi:

1. Validasi dan uji coba pengukuran pada 4 indikator yang belum diukur mulai 2025.
2. Pemetaan kebutuhan IT, baik infrastruktur maupun *software*, termasuk prioritas pembaruan.
3. Penambahan dan pelatihan SDM di Instalasi SIRS sesuai kebutuhan berdasarkan Analisis Beban Kerja (ABK).
4. Pengadaan server baru dengan kapasitas dan spesifikasi yang sesuai kebutuhan RS.
5. Usulan pengadaan server eksternal untuk mendukung keamanan dan *backup* data (*mirroring*).
6. Usulan pengadaan sistem keamanan server, seperti *door lock* otomatis di ruang server.
7. Perkuat kerja sama eksternal untuk pendampingan dan keamanan data digital.
8. Optimalkan RSJMM Care agar seluruh unit pelayanan terintegrasi penuh secara *realtime*.
9. Selesaikan *bridging Vclaim* dan APM SEP agar alur klaim lebih efisien.
10. Tingkatkan stabilitas internet, terutama di ruang pelayanan langsung dan *back office*.
11. Buat jadwal *maintenance* rutin untuk *software* dan *hardware*, dan dokumentasikan hasilnya.
12. Lakukan monitoring efektivitas modul layanan rumah sakit untuk pengambilan keputusan berbasis data.
13. Tingkatkan dukungan manajemen untuk penguatan ekosistem teknologi informasi rumah sakit.

Langkah-langkah PDSA untuk Indikator Mutu Instalasi Sistem Informasi Rumah Sakit Tahun 2025 dirumuskan sebagai berikut:

Tabel 5.58 PDSA Indikator Mutu Instalasi Sistem Informasi Rumah Sakit Tahun 2025

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Waktu Tanggap Penanganan Kerusakan <i>Hardware</i> ≤ 30 Menit	Menetapkan SOP respon cepat gangguan hardware dan penugasan petugas IT on-call	Melaksanakan respon perbaikan sesuai SOP dan pencatatan waktu tanggap	Capaian 100% menunjukkan SOP berjalan efektif. sistem pelaporan cepat dan kesiapan petugas sangat menentukan kecepatan respon	Mempertahankan sistem on-call dan evaluasi berkala SOP
Waktu Tanggap Penanganan Kerusakan <i>Software</i> ≤ 30 Menit	Menyusun alur penanganan gangguan software dan	Menangani gangguan software sesuai level prioritas	Capaian 100% menunjukkan koordinasi IT internal berjalan baik.	Mempertahankan alur eskalasi dan dokumentasi insiden

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
	prioritas eskalasi		Pemetaan jenis gangguan mempermudah penyelesaian	
Ketepatan Waktu <i>Maintenance Hardware</i>	Menyusun jadwal preventive maintenance hardware	Melaksanakan maintenance sesuai jadwal	Capaian 100% menunjukkan perencanaan dan pelaksanaan konsisten. Maintenance rutin menurunkan risiko kerusakan mendadak	Menetapkan reminder otomatis jadwal maintenance
Ketepatan Waktu <i>Maintenance Software</i>	Menyusun jadwal update, patching, dan backup software	Melaksanakan maintenance software terjadwal	Capaian 100% menandakan sistem update berjalan optimal. update berkala menjaga stabilitas sistem	Mempertahankan jadwal dan uji coba sebelum implementasi
Waktu Tanggap <i>Down Time</i> ≤ 5 Menit	Menetapkan indikator downtime dan metode pencatatan	Belum dilakukan pengukuran	Belum tersedia data pengukuran. Belum adanya sistem monitoring downtime otomatis	Mengembangkan sistem monitoring downtime real-time
Persentase Realisasi Program Sistem Informasi	Menyusun roadmap dan rencana kerja pengembangan SIMRS	Belum dilakukan pengukuran	Belum dilakukan pengukuran. Belum ada metode evaluasi kinerja modul	Menyusun instrumen evaluasi berbasis user feedback
Tingkat Efektivitas dan Efisiensi Modul Layanan RS	Menetapkan indikator efektivitas modul layanan	Belum dilakukan evaluasi	Belum dilakukan pengukuran. Belum ada metode	Menyusun instrumen evaluasi berbasis user feedback

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
			evaluasi kinerja modul	
Tingkat Teknologi Informasi yang Terintegrasi dan Mandiri	Menyusun target integrasi sistem bertahap per triwulan	Belum dilakukan pengukuran	Belum tersedia capaian. Roadmap integrasi belum diterjemahkan ke indikator operasional	Menyusun matriks integrasi sistem dan indikator progres
Integrasi RME dan Pengiriman Data ke SATUSEHAT	Menetapkan standar integrasi RME dan kepatuhan SATUSEHAT	Melakukan integrasi dan pengiriman data secara rutin	Capaian 97,30% belum mencapai 100%. Kendala teknis dan validasi data mempengaruhi konsistensi pengiriman	Koordinasi intensif dengan SIRS dan vendor untuk perbaikan sistem

10. Instalasi Verifikasi Administrasi dan Penjaminan Pasien

Hasil capaian indikator mutu Instalasi Verifikasi Administrasi dan Penjaminan Pasien Tahun 2025 adalah sebagai berikut:

Tabel 5.59 Hasil Capaian Indikator Mutu Instalasi Verifikasi Administrasi dan Penjaminan Pasien Tahun 2025

No	Indikator Mutu	Standar	TW I	TW II	TW III	TW IV	2025
1	Waktu Melengkapi Berkas Tagihan Pasien Rawat Jalan	≤ 2 hari kerja	0,23	0,10	0,10	0,10	0,13
2	Waktu Melengkapi Berkas Tagihan Pasien Rawat Inap	≤ 2 hari kerja	0,81	1,00	1,00	1,02	0,96
3	Kelengkapan Berkas Tagihan Rawat Jalan	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
4	Kelengkapan Berkas Tagihan Rawat Inap	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
5	Tidak Ada Penolakan Klaim Karena Masalah Administrasi Rawat Jalan	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
6	Tidak Ada Penolakan Klaim Karena Masalah Administrasi Rawat Inap	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Kondisi yang dicapai saat ini:

- Seluruh indikator mutu VAPP telah mencapai target standar yang ditetapkan sepanjang tahun 2025, menunjukkan pengelolaan administrasi verifikasi dan penagihan pasien yang efektif dan konsisten.
- Waktu melengkapi berkas tagihan pasien rawat jalan dan rawat inap berada jauh di bawah standar ≤ 2 hari kerja, dengan capaian rata-rata tahun 2025 masing-masing:
 - Rawat jalan: 0,13 hari
 - Rawat inap: 0,96 hari

Capaian ini mencerminkan proses administrasi yang cepat dan efisien.
- Kelengkapan berkas tagihan pasien rawat jalan dan rawat inap tercapai 100%, menunjukkan kepatuhan unit terkait terhadap persyaratan administrasi klaim.

4. Tidak terdapat penolakan klaim karena masalah administrasi, baik pada layanan rawat jalan maupun rawat inap, dengan capaian 100% sepanjang tahun 2025.

Kendala dan permasalahan:

1. Meskipun capaian indikator telah optimal, koordinasi lintas unit tetap menjadi faktor krusial, karena proses pengumpulan, verifikasi, dan pengajuan berkas tagihan melibatkan unit pelayanan, instalasi rekam medis, tim casemix, dan keuangan.
2. Potensi keterlambatan tetap ada apabila terjadi perubahan kebijakan pembiayaan eksternal (misalnya regulasi BPJS) atau adanya ketidaksesuaian coding diagnosis dan prosedur yang luput dari verifikasi awal.
3. Keterbatasan sumber daya manusia pada periode dengan volume pasien tinggi berpotensi memengaruhi kecepatan dan ketelitian proses validasi dokumen tagihan.

Rekomendasi:

1. Mempertahankan capaian seluruh indikator mutu VAPP melalui penguatan sistem pemantauan internal dan audit dokumen tagihan secara berkala.
2. Memperkuat koordinasi berkelanjutan antara unit pelayanan, Instalasi Rekam Medis, Tim Casemix, dan bagian keuangan untuk memastikan seluruh persyaratan administrasi terpenuhi sebelum pengajuan klaim.
3. Melakukan evaluasi dan pembaruan SOP pengelolaan berkas dan tagihan secara berkala, disertai pelatihan bagi staf administrasi agar selalu selaras dengan kebijakan pembiayaan dan klaim terbaru.
4. Meningkatkan digitalisasi proses pengelolaan berkas tagihan, guna mempercepat pelacakan, verifikasi, dan pengarsipan dokumen secara lebih efektif dan efisien.
5. Mengembangkan sistem pengingat (early warning/reminder) terhadap berkas yang belum lengkap untuk mencegah potensi keterlambatan dan menjaga keberlanjutan capaian mutu di masa mendatang.

Langkah-langkah PDSA untuk Indikator Mutu Instalasi Verifikasi Administrasi dan Penjaminan Pasien Tahun 2025 dirumuskan sebagai berikut:

Tabel 5.60 PDSA Indikator Mutu Instalasi Verifikasi Administrasi dan Penjaminan Pasien Tahun 2025

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Waktu Melengkapi Berkas Tagihan Pasien Rawat Jalan	Menetapkan SOP penyelesaian berkas klaim rawat jalan ≤ 2 hari kerja dan pembagian tugas petugas klaim	Melakukan verifikasi dan pelengkapan berkas segera setelah pelayanan selesai	Rata-rata capaian 0,13 hari, jauh di bawah standar. Pembelajaran: alur kerja yang jelas dan koordinasi antar unit pelayanan–rekam medis–klaim mempercepat penyelesaian	Mempertahankan alur kerja dan monitoring harian waktu penyelesaian
Waktu Melengkapi Berkas Tagihan Pasien Rawat Inap	Menyusun mekanisme serah terima berkas pasien rawat inap pasca pulang	Pelengkapan dan verifikasi berkas dilakukan segera setelah pasien pulang	Rata-rata 0,96 hari, memenuhi standar. Pembelajaran: kedisiplinan DPJP dan perawat dalam melengkapi dokumen medis berpengaruh besar pada kecepatan klaim	Penguatan komitmen DPJP dan perawat melalui supervisi berkala
Kelengkapan Berkas Tagihan Rawat Jalan	Menetapkan checklist kelengkapan	Verifikasi kelengkapan dilakukan	Capaian 100% sepanjang 2025. Pembelajaran:	Mempertahankan checklist dan audit internal berkala

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
	berkas klaim rawat jalan	sebelum klaim diajukan	penggunaan checklist efektif mencegah kekurangan dokumen	
Kelengkapan Berkas Tagihan Rawat Inap	Menyusun daftar dokumen wajib klaim rawat inap	Pengecekan kelengkapan dilakukan berlapis oleh petugas klaim	Capaian 100%. Pembelajaran: verifikasi berjenjang meningkatkan akurasi dan kelengkapan	Standarisasi checklist dan dokumentasi digital
Tidak Ada Penolakan Klaim Karena Masalah Administrasi Rawat Jalan	Memastikan seluruh persyaratan administrasi sesuai regulasi BPJS	Pengajuan klaim dilakukan setelah verifikasi administrasi lengkap	Tidak ada penolakan klaim administratif. Pembelajaran: kepatuhan terhadap pedoman klaim mencegah retur klaim	Mempertahankan koordinasi dengan unit pelayanan dan BPJS
Tidak Ada Penolakan Klaim Karena Masalah Administrasi Rawat Inap	Menyusun SOP pengendalian mutu klaim rawat inap	Monitoring dan evaluasi klaim secara rutin	Capaian 100% tanpa penolakan. Pembelajaran: dokumentasi medis yang lengkap dan tepat waktu menjadi kunci keberhasilan klaim	Melanjutkan monev klaim dan feedback ke DPJP

5.7.3 Pencapaian Indikator Mutu Direktorat SDM, Pendidikan, dan Penelitian

Hasil capaian indikator mutu unit kerja di Direktorat SDM, Pendidikan, dan Penelitian Tahun 2025 adalah:

1. Tim Kerja Organisasi dan Sumber Daya Manusia (OSDM)

Hasil capaian indikator mutu Tim Kerja Organisasi dan Sumber Daya Manusia Tahun 2025 adalah sebagai berikut:

Tabel 5.65 Hasil Capaian Indikator Mutu Tim Kerja Organisasi dan Sumber Daya Manusia Tahun 2025

No	Indikator Mutu	Standar	TW I	TW II	TW III	TW IV	2025
1	Jumlah tenaga kesehatan yang memiliki surat tanda registrasi (STR), Surat Izin Praktik (SIP), Surat Penugasan Klinis (SPK), dan Rincian Kewenangan Klinis (RKK)	100%	99,83%	99,83%	99,83%	99,82%	99,83%
2	Persentase disiplin pegawai sesuai budaya kinerja	≥ 95%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
3	Persentase SDM yang memiliki kinerja sesuai standar	≥ 95%	91,42%	90,50%	92,05%	90,26%	91,06%
4	Persentase SDM yang memiliki kompetensi sesuai standar persyaratan jabatan	≥ 95%	99,19%	99,11%	98,88%	98,71%	98,97%
5	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
6	Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
7	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
8	Tingkat kepuasan karyawan	≥ 80%	85,19%	85,19%	85,19%	85,19%	85,19%

Kondisi yang dicapai saat ini:

1. Capaian indikator mutu SDM secara umum baik, dimana 6 dari 8 indikator telah memenuhi target standar, sementara 2 indikator belum sepenuhnya mencapai standar yang ditetapkan.
2. Indikator administrasi kepegawaian (ketepatan waktu kenaikan pangkat, gaji berkala, dan pemberian insentif) telah mencapai 100%, menunjukkan pengelolaan administrasi SDM yang tertib dan tepat waktu.
3. Kepemilikan STR, SIP, SPK, dan RKK hampir seluruhnya terpenuhi, dengan capaian 99,83%, namun belum mencapai 100% karena masih terdapat sebagian kecil tenaga kesehatan dalam proses perpanjangan dokumen.
4. Indikator disiplin pegawai mencapai 100%, mencerminkan budaya kerja dan kepatuhan terhadap aturan kepegawaian yang sangat baik.
5. Pemenuhan kompetensi SDM sesuai standar persyaratan jabatan mencapai 98,97%, melampaui standar ≥95% dan menunjukkan efektivitas pemetaan serta pengembangan kompetensi SDM.
6. Persentase SDM yang memiliki kinerja sesuai standar belum mencapai target, dengan capaian 91,06% (target ≥95%), sehingga masih diperlukan penguatan manajemen kinerja individu.
7. Indikator tingkat kepuasan karyawan telah dilakukan pengukuran dengan capaian 85,19%, dan telah memenuhi standar minimal ≥80%

Kendala dan permasalahan:

1. Masih terdapat tenaga kesehatan yang belum melengkapi STR/SIP secara tepat waktu, sehingga capaian belum mencapai 100%.
2. Kinerja SDM belum sepenuhnya sesuai standar, dipengaruhi oleh variasi beban kerja, kedisiplinan pengisian e-kinerja, dan perbedaan kompetensi antar individu.
3. Pemenuhan kebutuhan SDM berdasarkan Analisis Beban Kerja (ABK) belum optimal, khususnya pada unit pelayanan dengan beban kerja tinggi.

4. Sistem evaluasi kinerja individu belum sepenuhnya terintegrasi secara digital, sehingga monitoring dan umpan balik belum optimal.
5. Feedback kinerja dan presensi kepada pegawai belum dilakukan secara rutin dan individual, sehingga perbaikan kinerja berjalan lambat.
6. Penerapan reward dan punishment belum konsisten, sehingga belum maksimal dalam mendorong peningkatan motivasi dan produktivitas pegawai.
7. Penyesuaian pembagian tugas dan indikator kinerja masih diperlukan seiring dengan penerapan struktur organisasi dan tata kerja (SOTK) yang baru.

Rekomendasi:

1. Perkuat sistem monitoring masa berlaku STR dan SIP melalui reminder digital dan verifikasi rutin oleh unit SDM agar capaian dapat mencapai 100%.
2. Optimalkan pemenuhan kebutuhan SDM berbasis ABK, melalui usulan rekrutmen, redistribusi pegawai, atau mutasi internal sesuai kebutuhan layanan.
3. Implementasikan aplikasi e-Kinerja secara menyeluruh untuk pemantauan real-time kinerja individu dan unit kerja.
4. Lakukan monitoring dan evaluasi kinerja SDM secara berkala, disertai pemberian umpan balik individual kepada pegawai.
5. Terapkan sistem reward and punishment yang konsisten dan terukur, berbasis capaian kinerja, kedisiplinan, dan kontribusi terhadap unit.
6. Tindak lanjuti hasil survei kepuasan karyawan dengan program peningkatan kesejahteraan, komunikasi internal, dan lingkungan kerja.
7. Laksanakan koordinasi lintas unit di bawah Direktorat SPU untuk penyesuaian indikator dan target kinerja sesuai struktur organisasi yang baru.

Langkah-langkah PDSA untuk Indikator Mutu Tim Kerja Organisasi dan Sumber Daya Manusia Tahun 2025 dirumuskan sebagai berikut:

Tabel 5.66 PDSA Indikator Mutu Tim Kerja Organisasi dan Sumber Daya Manusia Tahun 2025

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Jumlah tenaga kesehatan yang memiliki STR, SIP, SPK, dan RKK	Menjamin seluruh tenaga kesehatan memiliki dokumen legal dan kewenangan klinis yang masih berlaku	Monitoring masa berlaku STR/SIP, pengusulan SPK & RKK secara berkala	Capaian 99,83% belum 100%. Pembelajaran: keterlambatan perpanjangan STR/SIP individu berdampak langsung pada capaian indikator	Buat sistem reminder digital masa berlaku STR/SIP dan verifikasi bulanan oleh SDM
Persentase disiplin pegawai sesuai budaya kinerja	Meningkatkan kepatuhan pegawai terhadap jam kerja dan etika kerja	Monitoring kehadiran elektronik dan evaluasi kedisiplinan rutin	Capaian 100%. Pembelajaran: sistem absensi dan pengawasan berjalan efektif	Pertahankan sistem dan lakukan evaluasi berkala
Persentase SDM yang memiliki kinerja sesuai standar	Meningkatkan capaian kinerja individu sesuai indikator kinerja	Penilaian kinerja periodik dan pembinaan SDM	Capaian 91,06% (<95%). Pembelajaran: belum semua pegawai mencapai target karena beban kerja dan variasi kompetensi	Susun rencana peningkatan kinerja individu dan coaching berbasis hasil penilaian
Persentase SDM dengan kompetensi sesuai standar jabatan	Memastikan SDM memiliki kompetensi sesuai	Pelatihan, sertifikasi, dan pemetaan kompetensi	Capaian 98,97% (>95%). Pembelajaran: perencanaan	Lanjutkan pemetaan kompetensi dan rencana pengembangan SDM

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	persyaratan jabatan Menjamin pengusulan kenaikan pangkat tepat waktu	Penyusunan jadwal usulan dan verifikasi berkas	kompetensi SDM berjalan baik Capaian 100%. Pembelajaran: koordinasi SDM dan unit berjalan efektif	Pertahankan mekanisme yang ada
Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	Menjamin hak pegawai terpenuhi tepat waktu	Monitoring masa gaji berkala dan pengusulan otomatis	Capaian 100%. Pembelajaran: sistem administrasi berjalan stabil	Pertahankan dan lakukan evaluasi berkala
Ketepatan waktu pemberian insentif	Memastikan insentif dibayarkan sesuai kesepakatan	Rekapitulasi dan pembayaran insentif sesuai jadwa	Capaian 100%. Pembelajaran: transparansi dan ketepatan waktu meningkatkan motivasi pegawai	Pertahankan sistem dan lakukan audit berkala
Tingkat kepuasan karyawan	Meningkatkan kepuasan kerja pegawai	Survei kepuasan dan tindak lanjut hasil survei	Capaian 85,19% (>80%). Pembelajaran: lingkungan kerja cukup kondusif namun masih ada ruang perbaikan	Tindak lanjuti hasil survei dengan program peningkatan kesejahteraan dan komunikasi internal

2. Tim Kerja Pendidikan dan Pelatihan

Hasil capaian indikator mutu Tim Kerja Pendidikan dan Pelatihan Tahun 2025 adalah sebagai berikut:

Tabel 5.67 Hasil Capaian Indikator Mutu Tim Kerja Pendidikan dan Pelatihan Tahun 2025

No	Indikator Mutu	Standar	TW I	TW II	TW III	TW IV	2025
1	Jumlah SDM yang melanjutkan pendidikan formal	2%	2,79%	2,79%	2,79%	3,11%	3,11%
2	Jumlah SDM yang melanjutkan pendidikan non formal	5%	0,23%	23,18%	75,82%	105,19%	105,05%
3	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun	80%	N/A	34,41%	75,82%	105,19%	105,05%
4	Tingkat partisipasi / kehadiran pegawai dalam pelatihan internal	≥ 95%	N/A	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
5	Pelaksanaan Pelatihan Berkelanjutan (Continuing Medical Education - CME)	≥ 90%	N/A	N/A	100,00%	100,00%	85,71%
6	Evaluasi pasca pelatihan	≥ 90%	N/A	N/A	100,00%	100,00%	100,00%
7	Evaluasi Efektivitas Pelatihan Terhadap Peningkatan Kompetensi Karyawan	≥ 70%	0,99%	19,49%	52,49%	70,50%	42,84%
8	Kepuasan Peserta Pelatihan Terhadap Program Pendidikan dan Pelatihan	≥ 80%	N/A	99,47%	98,47%	99,21%	99,05%

Kondisi yang dicapai saat ini:

- Jumlah SDM yang melanjutkan pendidikan formal telah melampaui standar**, dengan capaian **3,04%** dari target minimal **≥2%**, menunjukkan komitmen rumah sakit dalam pengembangan kompetensi jangka panjang SDM.
- Jumlah SDM yang mengikuti pendidikan non formal tercapai sangat baik**, dengan capaian **23,05%** dari target minimal **≥5%**, mencerminkan tingginya partisipasi SDM dalam kegiatan pengembangan kompetensi.
- Indikator pelatihan lainnya** (pelatihan minimal 20 jam/tahun, partisipasi pelatihan internal, pelaksanaan CME, evaluasi pasca pelatihan, evaluasi efektivitas pelatihan, dan kepuasan

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Karyawan yang mendapat pelatihan ≥ 20 jam/tahun	Memastikan $\geq 80\%$ SDM memenuhi jam pelatihan minimal	Penjadwalan pelatihan bertahap dan pencatatan jam pelatihan	Capaian 105,05%. Pembelajaran: sistem rekap jam pelatihan yang baik mendorong kepatuhan	Pertahankan sistem pencatatan dan lakukan audit jam pelatihan secara berkala
Tingkat partisipasi/kehadiran pelatihan internal	Meningkatkan kehadiran pegawai dalam pelatihan $\geq 95\%$	Penetapan pelatihan sebagai bagian jam kerja dan absensi resmi	Capaian 100%. Pembelajaran: kebijakan wajib dan dukungan pimpinan meningkatkan kehadiran	Pertahankan kebijakan dan jadwal pelatihan yang terencana
Pelaksanaan Pelatihan Berkelanjutan (CME)	Memenuhi pelaksanaan CME minimal $\geq 90\%$	Pelaksanaan CME sesuai jadwal dan kebutuhan tenaga medis	Perbaiki perencanaan jadwal CME dan integrasikan dengan kalender pelayanan	Perbaiki perencanaan jadwal CME dan integrasikan dengan kalender pelayanan
Evaluasi pasca pelatihan	Memastikan evaluasi pasca pelatihan $\geq 90\%$	Pengisian kuesioner dan evaluasi setelah pelatihan	Capaian 100%. Pembelajaran: evaluasi mudah dilakukan bila terintegrasi dengan kegiatan pelatihan	Pertahankan mekanisme evaluasi sebagai prosedur baku
Evaluasi efektivitas pelatihan terhadap peningkatan kompetensi	Mencapai efektivitas pelatihan $\geq 70\%$	Pertahankan mutu pelatihan dan kembangkan metode inovatif	Capaian 42,84% (belum memenuhi standar). Pembelajaran: belum semua pelatihan berdampak langsung pada peningkatan kompetensi kerja	Lakukan pemetaan kebutuhan pelatihan berbasis kompetensi dan evaluasi lanjutan pasca penerapan
Kepuasan peserta pelatihan	Mencapai kepuasan peserta $\geq 80\%$	Mencapai kepuasan peserta $\geq 80\%$	Capaian 99,05%. Pembelajaran: materi dan metode pelatihan sudah sesuai kebutuhan peserta	Pertahankan mutu pelatihan dan kembangkan metode inovatif

3. Tim Kerja Penelitian

Hasil capaian indikator mutu Tim Kerja Penelitian Tahun 2025 adalah sebagai berikut:

Tabel 5.69 Hasil Capaian Indikator Mutu Tim Kerja Penelitian Tahun 2025

No	Indikator Mutu	Standar	TW I	TW II	TW III	TW IV	2025
1	Penelitian klinis oleh staf internal	$\geq 80\%$	N/A	N/A	N/A	100,00%	100,00%
2	Penelitian non klinis oleh staf internal	$\geq 80\%$	N/A	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
3	Publikasi penelitian nasional dan/atau internasional	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
4	Persetujuan Dari Komite Etik Penelitian Sebelum Penelitian Dimulai	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Kondisi yang dicapai saat ini:

1. Penelitian non klinis oleh staf internal telah mencapai 100%, sehingga memenuhi dan melampaui standar yang ditetapkan ($\geq 80\%$).
2. Publikasi penelitian nasional dan/atau internasional telah tercapai 100%, menunjukkan keterlibatan aktif staf dalam diseminasi hasil penelitian.
3. Indikator penelitian klinis oleh staf internal, kepatuhan persetujuan Komite Etik Penelitian sebelum penelitian dimulai, serta penilaian kualitas penelitian sesuai standar internasional belum dilakukan pengukuran pada Tahun 2025, sehingga capaian indikator tersebut belum dapat dievaluasi secara kuantitatif.

Kendala dan permasalahan:

1. Belum tersedianya sistem pencatatan dan pelaporan yang terstruktur untuk penelitian klinis serta penilaian kualitas penelitian sesuai standar internasional.
2. Sosialisasi dan insentif penelitian klinis kepada staf internal masih terbatas, sehingga minat dan partisipasi belum optimal.
3. Keterbatasan waktu, pembiayaan, dan akses kemitraan (perguruan tinggi atau lembaga penelitian) yang mendukung pelaksanaan penelitian berkualitas.
4. Belum adanya sistem monitoring dan validasi terpadu untuk memastikan seluruh penelitian telah memperoleh persetujuan Komite Etik sebelum pelaksanaan

Rekomendasi:

1. **Melakukan pengukuran dan pendataan secara menyeluruh** terhadap seluruh indikator mutu penelitian, khususnya indikator yang belum tercatat pada Tahun 2025.
2. Meningkatkan **motivasi dan kapasitas staf** melalui sosialisasi kebijakan penelitian, pelatihan metodologi penelitian, serta pemberian **reward** bagi peneliti aktif.
3. Memfasilitasi **kerja sama dengan perguruan tinggi, lembaga penelitian, dan sumber pendanaan** untuk mendukung kualitas dan keberlanjutan penelitian.
4. Menyusun dan menerapkan **sistem kontrol internal** yang mewajibkan seluruh penelitian memperoleh **persetujuan Komite Etik** sebelum pelaksanaan.
5. Mengembangkan **mekanisme penilaian kualitas penelitian** berbasis standar internasional, seperti peer review internal, pemantauan indeks jurnal, atau kriteria mutu publikasi.

Langkah-langkah PDSA untuk Indikator Mutu Tim Kerja Penelitian Tahun 2025 dirumuskan sebagai berikut:

Tabel 5.70 PDSA Indikator Mutu Tim Kerja Penelitian Tahun 2025

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Penelitian klinis oleh staf internal	Mendorong staf klinis melakukan penelitian melalui penyusunan kebijakan penelitian, pendampingan metodologi, dan fasilitasi etik.	Sosialisasi penelitian klinis, pendampingan proposal, serta koordinasi dengan Komite Etik Penelitian.	Capaian 2025: 100% (target tercapai). Pembelajaran: dukungan manajemen, pendampingan metodologi, dan kemudahan akses Komite Etik meningkatkan partisipasi staf klinis dalam penelitian.	Mempertahankan capaian dengan memperluas topik penelitian klinis berbasis masalah pelayanan dan menjadwalkan agenda penelitian tahunan.

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Penelitian non klinis oleh staf internal	Mengembangkan budaya riset non klinis (manajemen, mutu, K3, dan sistem informasi).	Fasilitasi penelitian non klinis, pendampingan penulisan proposal, dan monitoring pelaksanaan.	Capaian 2025: 100% (target tercapai). Pembelajaran: penelitian non klinis relatif mudah dilakukan bila terintegrasi dengan evaluasi mutu dan kinerja unit.	Mengintegrasikan penelitian non klinis dengan program PMKP dan evaluasi unit kerja.
Publikasi penelitian nasional dan/atau internasional	Menetapkan target publikasi dan dukungan penulisan artikel ilmiah.	Pendampingan penulisan artikel, pemilihan jurnal, dan fasilitasi biaya publikasi bila diperlukan.	Pendampingan penulisan artikel, pemilihan jurnal, dan fasilitasi biaya publikasi bila diperlukan.	Meningkatkan kualitas publikasi dan mendorong publikasi pada jurnal bereputasi.
Persetujuan dari Komite Etik sebelum penelitian dimulai	Menetapkan kebijakan wajib persetujuan etik sebelum penelitian.	Seluruh proposal diajukan ke Komite Etik dan diverifikasi sebelum pelaksanaan.	Capaian 2025: 100% (target tercapai). Pembelajaran: kepatuhan tinggi tercapai karena SOP jelas dan pengawasan konsisten.	Mempertahankan kepatuhan dan mempercepat waktu proses review etik melalui perbaikan alur administrasi.

4. Instalasi Inovasi dan Pengembangan

Hasil capaian indikator mutu Instalasi Pendidikan dan Penelitian Tahun 2025 adalah sebagai berikut:

Tabel 5.71 Hasil Capaian Indikator Mutu Instalasi Pendidikan dan Penelitian Tahun 2025

No	Indikator Mutu	Standar	TW I	TW II	TW III	TW IV	2025
1	Rasio peserta pendidikan klinis dengan staf yang memberikan pendidikan klinis Koas 5:1	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
	PPDS 3:1	100%	N/A	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
	Perawat 5:1	100%	89,33%	100,00%	100,00%	100,00%	97,33%
	Profesi lain 5:1	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
2	Kepatuhan peserta didik melaksanakan kebersihan tangan	85%	97,62%	100,00%	100,00%	100,00%	99,40%
3	Kepatuhan peserta didik melaksanakan etika batuk	85%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
4	Kepatuhan peserta didik melaksanakan identifikasi pasien	85%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
5	Keterlibatan peserta didik melaksanakan edukasi kebersihan tangan	80%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
6	Keterlibatan Peserta didik melaksanakan edukasi etika batuk	80%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
7	Tingkat kepuasan pelanggan terhadap pelayanan rumah sakit atas dilaksanakannya pendidikan klinis	80%	91,63%	94,55%	91,02%	91,99%	92,30%

Dari 10 indikator Diklit pada Tahun 2025, 1 indikator belum tercapai, yaitu:

1. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun

Rekomendasi:

1. Mapping pelatihan pegawai

2. Memfasilitasi kebutuhan pelatihan pegawai agar tercapai pelatihan minimal 20 jam pertahun

Langkah-langkah PDSA untuk Indikator Mutu Instalasi Pendidikan dan Penelitian Tahun 2025 dirumuskan sebagai berikut:

Tabel 5.72 PDSA Indikator Mutu Instalasi Pendidikan dan Penelitian Tahun 2025

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Rasio peserta pendidikan klinis dengan staf yang memberikan pendidikan klinis:				
Koas 5:1	Memastikan rasio peserta didik dengan staf sesuai dengan standar.	Memantau dan memastikan kesesuaian rasio antara peserta dan staf.	Capaian 100% menandakan rasio CI dan peserta didik koas sudah sesuai standar	Menyusun langkah-langkah perbaikan untuk mencapainya.
PPDS 3:1	Memastikan rasio peserta didik dengan staf sesuai dengan standar.	Memantau dan memastikan kesesuaian rasio antara peserta dan staf.	Capaian 100% menandakan rasio CI dan peserta didik PPDS sudah sesuai standar	Menyusun langkah-langkah perbaikan untuk mencapainya.
Perawat 5:1	Meningkatkan rasio peserta didik dengan staf perawat.	Memastikan ada perbaikan dalam rasio untuk mencapai target.	Capaian 100% Sempat terjadi ketidaksesuaian ratio antara peserta didik dengan jumlah CI	Menyusun langkah-langkah perbaikan untuk mencapai rasio yang sesuai.
Profesi lain 5:1	Memastikan rasio peserta didik dengan staf sesuai dengan standar.	Memantau dan memastikan kesesuaian rasio antara peserta dan staf.	Capaian 100% menandakan rasio CI dan peserta didik profesi lain sudah sesuai standar	Menyusun langkah-langkah perbaikan untuk mencapainya.
Kepatuhan peserta didik melaksanakan kebersihan tangan	Menetapkan kewajiban hand hygiene sesuai standar PPI	Edukasi, supervisi klinik, dan audit kepatuhan	Capaian 99,40% (>85%). Pembelajaran: supervisi langsung dan role model efektif meningkatkan kepatuhan	Pertahankan audit rutin dan integrasikan kepatuhan hand hygiene dalam penilaian peserta
Kepatuhan peserta didik melaksanakan etika batuk	Menetapkan etika batuk sebagai bagian SOP keselamatan pasien	Sosialisasi dan pengawasan di area klinik	Capaian 100% . Pembelajaran: sosialisasi awal masa orientasi sangat efektif	Pertahankan kebijakan dan pengawasan oleh pembimbing
Kepatuhan peserta didik melaksanakan identifikasi pasien	Menetapkan kewajiban identifikasi pasien sebelum tindakan	Pembimbing memastikan praktik identifikasi pasien	Capaian 100% . Pembelajaran: integrasi identifikasi pasien dalam praktik klinik meningkatkan keselamatan	Jadikan indikator wajib dalam logbook peserta
Keterlibatan peserta didik melaksanakan edukasi kebersihan tangan	Menetapkan kewajiban identifikasi pasien sebelum tindakan	Peserta melakukan edukasi langsung ke pasien/keluarga	Capaian 100% . Pembelajaran: keterlibatan aktif meningkatkan kompetensi komunikasi peserta	Standarisasi materi edukasi untuk peserta didik
Keterlibatan peserta didik melaksanakan edukasi etika batuk	Menetapkan edukasi etika	Peserta melakukan	Capaian 100% . Pembelajaran:	Pertahankan koordinasi

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
	batuk sebagai aktivitas pembelajaran	edukasi kepada pasien dan pengunjung	edukasi sederhana berdampak besar pada pencegahan infeksi	pembimbing–unit layanan dan tindak lanjuti masukan pasien
Tingkat kepuasan pelanggan terhadap pelayanan rumah sakit atas dilaksanakannya pendidikan klinis	Menetapkan target kepuasan $\geq 80\%$	Survei kepuasan pasien/keluarga	Capaian 92,30% . Pembelajaran: pendidikan klinis tidak menurunkan mutu pelayanan bila terkoordinasi baik	Pertahankan koordinasi pembimbing–unit layanan dan tindak lanjuti masukan pasien

5.8 Pencapaian Keselamatan Pasien dan Budaya Keselamatan Rumah Sakit

5.8.1 Pencapaian Keselamatan Pasien Rumah Sakit

Indikator keselamatan pasien RS pada Tahun 2025 ada tigabelas indikator sebagai berikut:

Tabel 5.73 Indikator Keselamatan Pasien RS Tahun 2025

No	Indikator Mutu	Standar	TW I	TW II	TW III	TW IV	2025
1	Mengidentifikasi Pasien Dengan Benar						
	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
2	Meningkatkan Komunikasi Yang efektif						
	Ketepatan Pelaksanaan Metode TBAK (Tulis, Baca, Dan Konfirmasi)	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
	Kepatuhan Pelaksanaan <i>Hand Over</i>	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
3	Meningkatkan Keamanan Obat-obatan Yang Harus Diwaspadai						
	Kepatuhan Penyajian Elektrolit Konsentrat	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
	Pelaksanaan Dan Dokumentasi <i>High Alert Double Check</i>	100%	98,72%	100,00%	100,00%	100,00%	99,68%
	Kepatuhan Penyimpanan <i>High Alert</i> Di Unit Layanan	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
	Kepatuhan Pemberian Label <i>High Alert</i> Di Unit Layanan	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
4	Memastikan Sisi Yang Benar, Prosedur Yang Benar, Pasien Yang Benar Pada Pembedahan / Tindakan Invasif						
	Kepatuhan Pelaksanaan <i>Surgery Safety Checklist</i>	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
5	Mengurangi Risiko Infeksi Akibat Perawatan Kesehatan						
	Kepatuhan Kebersihan Tangan	$\geq 85\%$	91,60%	93,53%	91,94%	93,86%	92,73%
6	Mengurangi Risiko Cedera Pasien Akibat Jatuh						
	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
7	Indikator Kekhususan Psikiatri						
	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Bunuh Diri	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
	Kepatuhan Upaya Pencegahan MRSTI (Melarikan Diri Dari RS Tanpa Izin)	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Perilaku Kekerasan	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Kondisi yang dicapai saat ini:

1. Dari 13 (tiga belas) indikator keselamatan pasien, terdapat 12 (duabelas) indikator sudah mencapai standar, yaitu:
 - a. Mengidentifikasi pasien dengan benar: Kepatuhan identifikasi pasien
 - Capaian: 100% (standar 100%)
 - Menunjukkan proses identifikasi pasien sebelum pelaksanaan tindakan/ prosedur, pemeriksaan diagnostik, pemberian obat telah mengikuti standar/ prosedur yang berlaku
 - Meski begitu perlu peningkatan di semua elemen untuk mempertahankan capaian ini.
 - b. Meningkatkan Komunikasi yang Efektif: Ketepatan pelaksanaan metode TBAK dan Kepatuhan pelaksanaan handover
 - Capaian: 100% (standar 100%)
 - Konsistensi 100% menunjukkan budaya komunikasi yang sudah terbangun baik.
 - Namun, capaian absolut tanpa variasi berpotensi:
Menunjukkan audit yang belum cukup sensitive
Observasi dilakukan secara terjadwal dan dapat diprediksi
 - c. Meningkatkan Keamanan Obat *High Alert Medication*: Kepatuhan penyiapan elektrolit konsentrat, Kepatuhan penyimpanan high alert di unit layanan, dan Kepatuhan pemberian label high alert di unit layanan
 - Hampir seluruh indikator mencapai 100%, kecuali: Double check TW I : 98,67%
 - d. Memastikan Prosedur dan Pasien yang Benar pada Tindakan Invasif: Kepatuhan pelaksanaan Surgery Safety Checklist
 - Capaian: 100% (standar 100%)
 - Menunjukkan integrasi SSC dalam alur tindakan sudah baik.
 - Risiko laten masih mungkin terjadi apabila checklist diisi secara administratif tanpa time out yang efektif.
 - e. Mengurangi Risiko Infeksi Akibat Pelayanan Kesehatan: Kepatuhan kebersihan tangan
 - Capaian: 92,75% (standar $\geq 85\%$)
 - Indikator kepatuhan hand hygiene telah memenuhi dan melampaui standar yang ditetapkan.
 - Implementasi praktik kebersihan tangan berjalan cukup konsisten di seluruh periode tahun 2025.
 - f. Mengurangi Risiko Cedera Pasien Akibat terjatuh: Kepatuhan upaya pencegahan risiko cedera pasien akibat terjatuh
 - g. Indikator Pelayanan Psikiatri: Kepatuhan upaya pencegahan risiko bunuh diri, Kepatuhan upaya pencegahan MRSTI, dan Kepatuhan upaya pencegahan risiko perilaku kekerasan
 - Seluruh indikator menunjukkan 100% capaian dengan volume observasi besar.
 - Konsistensi ini menunjukkan sistem asesmen risiko dan intervensi sudah berjalan baik
 - Namun Perlu dikaitkan dengan data insiden aktual (IKP/insiden jatuh, bunuh diri, RPK) untuk memastikan efektivitas, bukan hanya kepatuhan proses
 - h. Indikator yang belum memenuhi standar: Kepatuhan pelaksanaan Double check; pada bulan Januari 2025 masih terdapat ketidakpatuhan terhadap pelaksanaan double check; belum melaksanakan proses pemberian tanda tangan dengan 2 orang petugas berbeda sesuai dengan SOP

Kendala dan Permasalahan:

1. Masih belum meratanya motivasi dan komitmen PPA dalam melaksanakan kepatuhan identifikasi pasien
2. Adanya pergantian Duta KPRS di beberapa unit memerlukan pendampingan dalam pelaksanaan tugas
3. Kurang meratanya motivasi dan komitmen Duta KPRS dalam fungsi Duta KPRS; melaksanakan monitoring dan evaluasi keselamatan pasien;
4. Masih belum konsisten dilakukannya foto pasien oleh petugas IGD, dan belum konsisten dilakukan foto oleh ruangan;



5. sudah tersedia gelang dan stiker identitas pasien, namun belum optimal dan konsisten dalam pencetakan gelang;
6. form pelaporan nilai kritis sudah menggunakan spreadsheet, namun pengisian belum optimal
7. Form hand over ke penunjang, kardek obat, risiko jatuh, skrining jatuh dan risiko pada pasien psikiatri masih manual
8. Belum adanya tombol/ keterangan “konfirmasi DPJP”, dan SBAR, di dalam CPPT E-RM
9. Masih terdapat area selasar dengan risiko jatuh (kerusakan keramik, anti slip yang rusak). (sudah ditandai oleh IPSRS).

Rekomendasi:

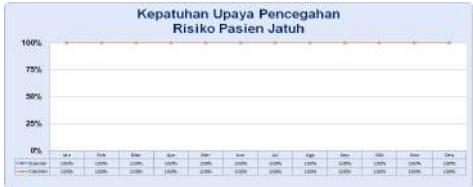
1. Indikator kepatuhan pelaksanaan dan dokumentasi high alert double check yang baik sangat penting untuk memastikan kontinuitas dan kualitas layanan, Adapun rekomendasinya adalah:
 - a. Penguatan Komitmen manajemen ruangan dan PPA dalam pelaksanaan double check
 - b. Peningkatan Edukasi dan Kompetensi PPA
 - c. Memastikan SOP double check; minimal 2 petugas melakukan double check
 - d. Memastikan terdapat stiker/ label high alert pada obat high alert di ruangan
 - e. Monitoring Evaluasi pelaksanaan double check di ruangan.
2. Indikator kepatuhan pelaksanaan double check yang baik sangat penting untuk memastikan keselamatan pasien, Adapun rekomendasinya adalah:
3. Penguatan Komitmen manajemen ruangan dan PPA dalam pelaksanaan double check
4. Peningkatan Edukasi dan Kompetensi PPA, terutama dalam Meningkatkan Keamanan Obat High Alert
5. Memastikan SOP double check; minimal 2 petugas melakukan double check
6. Memastikan terdapat stiker/ label high alert pada obat high alert di ruangan
7. Monitoring Evaluasi pelaksanaan double check di ruangan oleh atasan langsung dan komite mutu RS
8. Edukasi, sosialisasi monitoring dan evaluasi tentang keselamatan pasien kepada seluruh pegawai secara berkala oleh Kepala Unit Kerja, Sub Komite KPRS, Komite Mutu RS, dan Manajemen
9. Lakukan pendampingan, orientasi, monitoring dan evaluasi secara berkala, terhadap duta KPRS, oleh Komite Mutu, sub Komite KPRS dan atasan langsung
10. Lakukan foto pada seluruh pasien psikiatri di ruangan (yang belum difoto oleh petugas IGD), dan mengirimkannya ke petugas TPP untuk diupload di ERM
11. Berkoordinasi dengan instalasi RM dan SIMRS untuk pengadaan form kardek obat, form risiko jatuh dan form risiko psikiatri di ERM
12. Berkoordinasi dengan instalasi RM dan SIMRS untuk peletakkan tombol/ keterangan “konfirmasi DPJP” di dalam CPPT E-RM
13. Berkoordinasi dengan IPSRS untuk perbaikan keramik dan anti slip yang rusak

Langkah-langkah PDSA untuk Indikator Mutu Keselamatan Pasien RS Tahun 2025 dirumuskan sebagai berikut:

Tabel 5.74 PDSA Indikator Mutu Keselamatan Pasien RS Tahun 2025

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Kepatuhan identifikasi pasien 	Menetapkan prosedur identifikasi pasien yang tepat.	Implementasi prosedur identifikasi pasien di seluruh unit.	Memantau kepatuhan dan menganalisis data identifikasi pasien.	Evaluasi dan optimasi prosedur jika perlu untuk meningkatkan kepatuhan.
Ketepatan pelaksanaan metode TBAK	Menetapkan metode TBAK yang	Pelatihan staf untuk menggunakan	Mengevaluasi efektivitas komunikasi	Meninjau pelatihan dan memperbaharui

170

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Kepatuhan kebersihan tangan 	Penguatan kebijakan kebersihan tangan di seluruh unit layanan dan pelatihan kepada staf.	Sosialisasi kebijakan kebersihan tangan kepada seluruh staf dan implementasi langsung.	Evaluasi kepatuhan kebersihan tangan melalui observasi dan <i>feedback</i> .	Perbaikan prosedur atau pelatihan tambahan berdasarkan hasil observasi dan <i>feedback</i> .
Kepatuhan upaya pencegahan risiko cedera pasien akibat terjatuh 	Penetapan prosedur untuk pencegahan cedera akibat terjatuh yang jelas dan standar.	Implementasi langkah-langkah pencegahan cedera di seluruh unit.	Pemantauan kepatuhan terhadap langkah-langkah pencegahan yang diterapkan.	Evaluasi dan pembaruan prosedur untuk meningkatkan pencegahan cedera pasien.
Kepatuhan upaya pencegahan risiko bunuh diri 	Penetapan prosedur pencegahan bunuh diri di unit psikiatri.	Pelatihan staf psikiatri dan penerapan prosedur pencegahan di seluruh unit.	Evaluasi efektivitas langkah-langkah pencegahan melalui data dan <i>feedback</i> dari pasien dan staf.	Penyesuaian prosedur pencegahan berdasarkan evaluasi hasil yang diperoleh.
Kepatuhan upaya pencegahan MRSTI 	Menetapkan prosedur untuk mencegah MRSTI di unit psikiatri.	Implementasi prosedur pencegahan MRSTI di seluruh unit psikiatri.	Evaluasi implementasi prosedur dan menganalisis data kepatuhan.	Penyesuaian prosedur atau pelatihan lebih lanjut untuk perbaikan pencegahan MRSTI.
Kepatuhan upaya pencegahan risiko perilaku kekerasan 	Standarisasi prosedur untuk pencegahan kekerasan di unit psikiatri.	Penerapan prosedur pencegahan kekerasan di seluruh unit psikiatri.	Evaluasi efektivitas pencegahan kekerasan dan kepatuhan staf terhadap prosedur yang diterapkan.	Penyesuaian prosedur pencegahan kekerasan jika ditemukan ketidaksesuaian atau masalah dalam implementasi.

5.8.2 Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP)

Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) Tahun 2025 adalah:

Tabel 5.75 Insiden Keselamatan Pasien Rumah Sakit Tahun 2025

No	Nama Insiden	TW I	TW II	TW III	TW IV	2025
1	Kejadian Kesalahan Pemberian Label Radiologi	0	0	0	0	0
2	Kejadian Keterlambatan Penyampaian Nilai Kritis Radiologi	0	0	0	0	0
3	Kejadian Tertukar Spesimen Pemeriksaan Laboratorium	0	0	0	0	0
4	Kejadian Kesalahan Penyerahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium	0	0	0	0	0

No	Nama Insiden	TW I	TW II	TW III	TW IV	2025
5	Ketidaktepatan Waktu Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium	0	0	0	0	0
6	Kejadian Kesalahan Peresepan Obat	9	2	11	11	33
7	Kejadian Kesalahan Penyiapan Obat	0	0	0	0	0
8	Kejadian Kesalahan Penyerahan Obat	0	0	0	1	1
9	Kejadian Kesalahan Identifikasi Pasien	0	4	2	2	8
10	Kejadian Kesalahan Pemberian Diit	0	0	0	0	0
11	Kejadian Pasien Jatuh	14	12	15	17	58
12	Kejadian Pasien Meninggalkan Rumah Sakit Tanpa Ijin	2	4	4	6	16
13	Kejadian Perilaku Kekerasan Pasien Oleh Pasien Lainnya (Pada Pasien Psikiatri)	0	1	1	3	5
14	Kejadian Bunuh Diri	0	0	0	0	0
15	Kejadian Mencederai Diri Sendiri	1	0	1	2	4
16	Kejadian Kesalahan Pemberian Obat High Alert	1	0	0	0	1
17	Kejadian Kesalahan Pemberian Obat Di Ruang Rawat Inap	3	0	0	2	5
18	Kejadian Reaksi Transfusi	0	0	0	1	1
19	Kejadian Infeksi Alirah Darah Perifer (Phlebitis)	1	0	0	0	1
21	Kejadian Infeksi Saluran Kencing (ISK)	0	0	0	0	0
22	Kejadian Infeksi Daerah Operasi (IDO)	0	0	0	0	0
23	Kejadian Ventilator Associated Pneumonia (VAP)	0	0	0	0	0
24	Kejadian Dekubitus	0	0	0	1	1
25	Kejadian Hospital-Acquired Pneumonia (HAP)	1	0	0	0	1
26	Kejadian Scabies	0	0	0	0	0
27	Kejadian Pedikulosis Pada Pasien Psikiatri	0	0	0	0	0
28	Keadian Konjungtivitis Pada Pasien Psikiatri	0	0	0	0	0
29	Kejadian Lain-Lain	2	4	3	5	14
	Jumlah	34	27	37	51	149

Tabel 5.76 Insiden Keselamatan Pasien Berdasarkan Jenis Kejadian di Rumah Sakit Tahun 2025

No	Nama Insiden	TW I	TW II	TW III	TW IV	2025
1	Kejadian Potensial Cidera Signifikan (KPCS)	1	4	2	2	9
2	Kejadian Nyaris Cidera (KNC)	10	4	11	15	40
3	Kejadian Tidak Cidera (KTC)	8	9	14	13	44
4	Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)	15	10	10	21	56
5	Kejadian Sentinel	0	0	0	0	0
	Jumlah	34	27	37	51	149

Kondisi yang dicapai saat ini:

- Selama tahun 2025 tercatat 149 IKP di RSJ dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor, dengan distribusi per triwulan sebagai berikut:
 - TW I: 34 insiden
 - TW II: 27 insiden
 - TW III: 37 insiden
 - TW IV: 51 insiden

Terjadi peningkatan kepatuhan pelaporan insiden (budaya melapor semakin baik).

- Analisis Berdasarkan Kelompok Risiko Insiden

a. Insiden Medikasi

Total insiden terkait obat: 45 kejadian, terdiri dari:

- Kesalahan peresepan obat (farmasi): 33 kejadian
- Kesalahan penyerahan obat (farmasi): 1 kejadian
- Kesalahan pemberian obat (unit layanan): 5 kejadian
- Kesalahan pemberian obat High Alert: 1 kejadian
- Kesalahan pemberian obat (lainnya/unit): 5 kejadian

Analisis:

- Insiden medikasi merupakan kontributor utama insiden keselamatan pasien.
- Fluktuasi kesalahan persepsian obat yang cukup signifikan, terutama pada TW I, III, dan IV, menunjukkan:
 - Kompleksitas terapi pasien
 - Potensi beban kerja tinggi
 - Risiko human error dalam proses persepsian

b. Insiden Pasien Jatuh

Total kejadian pasien jatuh: 58 kejadian (tertinggi)

Analisis:

- Pasien jatuh merupakan insiden paling dominan di RSJ dr H Marzuki Mahdi tahun 2025
- Terjadi Tren peningkatan pada laporan insiden jatuh di TW IV 2025

c. Insiden Terkait Identifikasi Pasien

Total kejadian kesalahan identitas pasien: 8 kejadian

Analisis:

- Kejadian ini menunjukkan bahwa risiko salah identifikasi masih ada meskipun indikator kepatuhan identifikasi pasien sangat tinggi.

d. Insiden Perilaku dan Keamanan Pasien Psikiatri

Total kejadian:

- Pasien melarikan diri: 16 kejadian
- Perilaku kekerasan antar pasien: 5 kejadian
- Mencederai diri sendiri: 4 kejadian
- Bunuh diri: 0 kejadian

e. Insiden Infeksi dan Tindakan Invasif

Total insiden infeksi dan prosedural:

- Phlebitis: 1
- HAP: 1
- Dekubitus: 1
- Tidak terdapat kejadian VAP, SSI, CAUTI, CLABSI

f. Analisis Faktor-faktor Penyebab terjadinya Insiden

1. Insiden Medikasi:

- a. Belum optimal Kepatuhan petugas terhadap SOP
- b. Belum optimalnya e-prescribing / CPOE:
Masih menggunakan permintaan resep manual, kemudian resep manual diunggah ke Whatsapp untuk dituliskan resep oleh dokter→ menjadi rawan terjadi kesalahan
- c. Komunikasi antar profesi kurang efektif: Kurang optimal read back
- d. Tidak konsisten menerapkan prinsip 6 Benar
- e. Budaya melapor belum kuat
- f. Insiden medikasi belum dianalisis secara optimal

2. Insiden Jatuh

- a. Faktor Pasien:
 - 1) Gangguan kognitif dan persepsi:
Pasien mengalami disorientasi, halusinasi, waham, atau kebingungan sehingga tidak mampu menilai risiko jatuh
 - 2) Perilaku impulsif dan agitasi:
Pasien tiba-tiba berdiri, berlari, atau melompat tanpa mempertimbangkan keselamatan
 - 3) Efek samping obat psikiatri:

- Antipsikotik, sedatif, atau benzodiazepin menyebabkan sedasi, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, dan pusing
- 4) Gangguan mobilitas dan kondisi fisik:
 - Lemah otot, tremor, rigiditas, efek ekstrapiramidal, usia lanjut, atau komorbid medis (stroke, parkinson)
 - Kondisi fisik terkait kejang dan epilepsi
 - 5) Kurangnya kepatuhan pasien:
 - Pasien menolak bantuan, pasien sulit diberikan edukasi, menolak diberikan alat bantu, atau pengawasan karena kondisi kejiwaan
 - b. Faktor Petugas:
 - 1) Pengkajian risiko jatuh tidak optimal:
 - Skrining risiko jatuh tidak dilakukan secara optimal, tidak dilakukan sesuai prosedur, atau tidak mempertimbangkan tingkat risiko jatuh pasien
 - 2) Kurangnya pengawasan:
 - Faktor utama dari risiko jatuh pasien; terutama pada jam rawan; shift malam/ saat hand over
 - 3) Kurangnya komunikasi antar petugas:
 - Informasi pasien risiko tinggi jatuh belum tersampaikan saat serah terima dengan optimal
 - 4) Kepatuhan terhadap SPO belum konsisten:
 - Tidak semua petugas menjalankan intervensi pencegahan jatuh sesuai standar
 - c. Faktor Lingkungan
 - 1) Desain lingkungan tidak aman:
 - Lantai licin, pencahayaan kurang, pegangan tangan (handrail) tidak tersedia atau rusak
 - 2) Tidak adanya fasilitas khusus pasien psikiatri dan pasien anak di ruang UPIP:
 - Tidak ada alas anti-slip, tinggi kloset tidak sesuai, tinggi tempat tidur tidak sesuai
 - d. Faktor Prosedur dan Sistem:
 - 1) Monitoring pasien risiko tinggi belum optimal
 - 2) Evaluasi pasca insiden tidak menyeluruh:
 - Belum meratanya proses investigasi sederhana pada insiden jatuh, belum optimal pemberian rekomendasi kepada unit terkait insiden jatuh.
 - e. Faktor Manajemen dan Organisasi
 - 1) Pelatihan keselamatan pasien belum merata
 - 2) Keterbatasan sumber daya:
 - Kekurangan petugas, alat bantu (bed side rail, alas anti-slip), atau sarana pendukung
 - 3) Budaya keselamatan pasien belum optimal:
 - Pelaporan insiden jatuh masih rendah karena takut disalahkan atau dihukum
 3. Insiden Kesalahan Identifikasi Pasien:
 - a. Ketidakpatuhan terhadap prosedur identifikasi: Petugas tidak melakukan verifikasi minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir/No. RM)
 - b. Beban kerja dan distraksi: Kelelahan, multitasking, dan tekanan waktu menurunkan ketelitian
 - c. SOP identifikasi pasien tidak dipatuhi: SOP ada namun tidak dijalankan secara konsisten di semua unit
 - d. Dokumentasi identitas tidak konsisten: Perbedaan data antara gelang, rekam medis, dan sistem informasi
 - e. Gelang identitas tidak ada/ tidak sesuai standar: tulisan pudar, ukuran tidak pas, atau mudah dilepas
 - f. Pengawasan dan audit belum optimal

- g. Budaya keselamatan belum kuat: Kesalahan identifikasi tidak dilaporkan karena takut disalahkan
- h. Pelatihan keselamatan pasien belum merata
4. Insiden Perilaku dan Keamanan Pasien Psikiatri:
 - a. Faktor Pasien:
 - 1) Gejala psikiatri aktif/ faktor penyakit: Halusinasi perintah, waham kejaran, agitasi, impulsivitas, depresi berat dengan ide bunuh diri
 - 2) Kurangnya insight dan penolakan perawatan: Pasien tidak menyadari sakitnya sehingga berusaha kabur atau melawan petugas/pasien
 - b. Faktor Petugas:
 - 1) Pengkajian faktor risiko perilaku belum optimal: risiko kekerasan, bunuh diri, dan melarikan diri tidak dikaji secara optimal/ dilakukan sesuai prosedur
 - 2) Pengawasan tidak adekuat
 - 3) Keterampilan manajemen perilaku terbatas: belum semua petugas terlatih de-eskalasi, komunikasi terapeutik, dan penanganan krisis.
 - c. Faktor Lingkungan:
 - 1) Keamanan fisik lingkungan tidak memadai: Pintu tidak terkunci aman, pagar rendah, area blind spot, CCTV terbatas
 - 2) Lingkungan tidak terapeutik: Ruang terlalu padat, bising, suhu tidak nyaman, memicu stres dan agresi
 - 3) Akses terhadap benda berbahaya: benda berbahaya masih dapat dijangkau pasien
 - d. Faktor Prosedur dan Sistem:
 - 1) SOP manajemen perilaku belum dipatuhi: SOP absconding, manajemen MRST, kekerasan, dan pencegahan bunuh diri belum dipatuhi
 - 2) Monitoring pasien risiko tinggi belum optimal: belum diterapkan diterapkan close observation / one-on-one nursing saat indikasi jelas
 - 3) transisi perawatan tidak aman: Informasi risiko perilaku tidak tersampaikan saat serah terima atau pindah unit
 - e. Faktor Komunikasi
 - 1) Edukasi pasien dan keluarga terbatas:
 - f. Faktor Manajemen dan Budaya Keselamatan:
 - 1) Analisis insiden tidak tuntas: investigasi dan rekomendasi insiden keselamatan belum optimal
 - 2) Keterbatasan sumber daya: Kekurangan petugas, fasilitas keamanan, dan alat bantu pengawasan
5. Insiden terkait infeksi dan tindakan invasif
 - a. Umum:
 - 1) Ketidakpatuhan terhadap SOP dan bundle pencegahan: OP PPI, perawatan alat invasif, dan bundle belum dijalankan konsisten
 - b. Plebitis:
 - 1) lokasi pemasangan tidak sesuai standar
 - 2) Pengawasan dan perawatan infus tidak optimal
 - 3) Pemberian obat elektrolit konsentrat
 - c. HAP:
 - 1) Imobilisasi lama, gangguan refleks batuk, penurunan kesadaran
 - 2) Posisi pasien tidak optimal (tidak head-up 30–45°)
 - 3) Oral hygiene tidak adekuat
 - d. Dekubitus:
 - 1) Imobilisasi, gangguan nutrisi, usia lanjut, inkontinensia
 - 2) Reposisi pasien tidak optimal
- g. Rekomendasi:

1. Insiden Medikasi
 - a. Kepatuhan terhadap SOP:
 - Sosialisasi ulang SOP medikasi (peresepan, pemberian obat, dll) secara berkala
 - Audit kepatuhan SOP medikasi dengan umpan balik langsung
 - supervisi aktif oleh atasan langsung dan komite mutu
 - b. Belum optimalnya e-prescribing / CPOE
 - Hindari penggunaan permintaan resep manual
 - Buat sistem permintaan resep online
 - c. Komunikasi antar profesi:
 - Optimalkan penerapan komunikasi terstruktur SBAR
 - Forum kolaborasi dokter–perawat–farmasi secara rutin
 - d. prinsip 6 Benar obat:
 - Penguatan edukasi prinsip 6 Benar melalui simulasi kasus.
 - Checklist 6 Benar ditempel di area persiapan obat.
 - Supervisi langsung saat jam pemberian obat.
 - e. SOP pemberian obat:
 - Evaluasi SOP medikasi
 - Integrasi SOP ke dalam alur kerja harian
 - Penilaian kepatuhan SOP sebagai bagian dari evaluasi kinerja
 - f. Budaya melapor
 - Penguatan no blaming culture & just culture oleh pimpinan.
 - Apresiasi unit/petugas yang aktif melapor
 - g. Insiden tidak dianalisis tuntas
 - Pelibatan lintas profesi dalam analisis insiden
 - Optimalkan PIC unit dan target waktu tindak lanjut
 - Monitoring efektivitas rekomendasi melalui indikator mutu
2. Insiden Jatuh
 - a. Faktor Pasien:
 - Optimalkan Pengkajian risiko jatuh
 - Edukasi tatalaksana risiko jatuh: Pendampingan aktivitas berisiko
 - Optimalkan Penandaan pasien risiko tinggi jatuh
 - Optimalkan pengawasan pada pasien psikogeriatri dan pasien riwayat epilepsi
 - Manajemen obat berisiko tinggi: Kolaborasi DPJP–farmasi–perawat untuk: Monitoring efek sedasi dan hipotensi ortostatik
 - b. Faktor Petugas:
 - Optimalkan pengkajian dan intervensi risiko jatuh
 - Penguatan komunikasi efektif terutama pasien berisiko jatuh
 - Peningkatan pengawasan pada jam rawan: Penyesuaian pola jaga pada: Jam malam, Jam pergantian shift
 - Audit kepatuhan SPO pencegahan jatuh
 - c. Faktor Lingkungan
 - Modifikasi lingkungan rawat: Pemasangan alas anti-slip di kamar mandi, Handrail di koridor dan kamar mandi, Pencahayaan cukup dan tidak menyilaukan
 - Penataan ruangan aman: Penataan perabot yang stabil dan tidak mudah dipindahkan pasien
 - Ronde keselamatan lingkungan: Ronde rutin oleh tim keperawatan dan manajemen untuk identifikasi potensi jatuh
 - d. Prosedur dan Sistem
 - Revisi dan penguatan SPO pencegahan jatuh
 - Optimalkan RCA dan pembelajaran insiden
 - e. Manajemen dan Budaya Keselamatan

- Pelatihan keselamatan pasien
 - Penguatan budaya no blaming & just culture
 - Pemenuhan sarana dan SDM: Penyediaan alat bantu pencegahan jatuh, Evaluasi rasio petugas–pasien berbasis risiko
3. Insiden Kesalahan identifikasi pasien:
- a. Ketidakpatuhan terhadap prosedur identifikasi:
 - Penegasan kewajiban verifikasi minimal dua identitas, sebelum melakukan prosedur/ tindakan
 - Supervisi langsung oleh kepala ruangan/penanggung jawab shift
 - b. Beban kerja dan distraksi:
 - Evaluasi beban kerja dan penyesuaian jadwal/rasio petugas pada jam rawan
 - c. SOP identifikasi pasien belum sepenuhnya dipatuhi:
 - Sosialisasi ulang SOP identifikasi pasien secara berkala
 - Penyeragaman implementasi SOP di seluruh unit pelayanan
 - Evaluasi dan monitoring kepatuhan SOP oleh atasan langsung dan komite mutu
 - d. Dokumentasi identitas tidak konsisten:
 - Verifikasi kesesuaian data identitas saat:
 - Pendaftaran
 - Pindah unit
 - Serah terima pasien
 - e. Gelang identitas tidak ada / tidak sesuai standar:
 - Koordinasi dengan pengadaan pengadaan gelang identitas secara konsisten
 - Penerapan standar gelang identitas (tahan air, tulisan jelas, ukuran sesuai)
 - penggantian gelang segera bila rusak atau tidak terbaca
 - f. Pengawasan dan audit belum optimal:
 - Audit kepatuhan identifikasi pasien secara berkala
 - Penyampaian hasil audit sebagai bahan pembelajaran unit
 - Tindak lanjut hasil audit dengan coaching dan perbaikan sistem
 - g. Budaya keselamatan belum kuat
 - penguatan no blaming culture dan just culture oleh pimpinan
 - h. Pelatihan keselamatan pasien belum merata:
 - Pelatihan wajib keselamatan pasien dan identifikasi pasien bagi seluruh staf.
 - Orientasi khusus bagi pegawai baru dan tenaga kontrak.
4. Insiden Perilaku pasien:
- a. Faktor Pasien
 - Gejala psikiatri aktif / faktor penyakit:
 - Pengkajian status mental dan risiko perilaku secara komprehensif dan berkala, terutama saat masuk, perubahan kondisi, dan pasca insiden
 - Optimalisasi terapi farmakologis dan non-farmakologis secara kolaboratif (DPJP–perawat–farmasi).
 - Penerapan intervensi dini (early warning) pada tanda peningkatan agitasi atau ide bunuh diri
 - Kurangnya insight dan penolakan perawatan:
 - pendekatan komunikasi terapeutik persuasif dan empatik
 - Edukasi berulang dan sederhana sesuai kemampuan pasien
 - Keterlibatan keluarga/wali dalam rencana perawatan dan pengawasan
 - b. Faktor Petugas:
 - Pengkajian faktor risiko perilaku belum optimal:
 - re-edukasi penggunaan instrumen pengkajian risiko perilaku (kekerasan, bunuh diri, absconding)

- Re-assessment risiko pada: Perubahan perilaku, Pasca konflik, Perubahan terapi obat
 - Pengawasan tidak adekuat:
 - Penyesuaian tingkat pengawasan berbasis risiko (low–moderate–high)
 - Penerapan close observation / one-on-one nursing sesuai indikasi klinis
 - Optimalisasi jadwal/ petugas jaga ketika pengawasan pada jam rawan (malam, pergantian shift)
 - Keterampilan manajemen perilaku terbatas:
 - Pelatihan keselamatan pasien risiko psikiatri:
 - c. Faktor Lingkungan
 - Keamanan fisik lingkungan tidak memadai:
 - Penguatan sistem keamanan fisik: Pintu pengaman, Pagar sesuai standar RSJ, Penambahan dan optimalisasi CCTV
 - Eliminasi blind spot melalui penataan ulang ruangan
 - Lingkungan kurang terapeutik:
 - pengendalian kebisingan dan suhu ruangan
 - Penyediaan ruang tenang (calming down room) bagi pasien agitasi
 - Akses terhadap benda berbahaya:
 - Ronde keselamatan rutin untuk identifikasi dan eliminasi benda berbahaya
 - Pengamanan alat dan fasilitas berisiko tinggi
 - d. Faktor Prosedur dan Sistem:
 - SOP manajemen perilaku belum dipatuhi:
 - Sosialisasi ulang dan simulasi SOP manajemen perilaku
 - Audit kepatuhan SOP dengan pendekatan pembinaan
 - penetapan SOP sebagai bagian dari evaluasi kinerja unit.
 - Monitoring pasien risiko tinggi belum optimal Monitoring pasien risiko tinggi belum optimal:
 - Dokumentasi monitoring perilaku secara terstruktur.
 - Evaluasi harian kebutuhan peningkatan/penurunan level pengawasan
 - Transisi perawatan tidak aman:
 - penerapan SBAR pada setiap serah terima pasien.
 - Penandaan status risiko perilaku di rekam medis dan papan informasi unit (tanpa stigma).
 - Verifikasi ulang risiko saat pindah unit
 - e. Faktor Komunikasi:
 - Edukasi pasien dan keluarga terbatas:
 - Edukasi terstruktur mengenai: Aturan keselamatan, Risiko perilaku, Peran keluarga dalam pengawasan
 - f. Faktor Manajemen dan Budaya Keselamatan:
 - Analisis insiden tidak tuntas:
 - Pelibatan lintas profesi dalam analisis
 - Optimalkan PIC
 - Monitoring tindak lanjut dan evaluasi efektivitas rekomendasi
 - Keterbatasan sumber daya:
 - evaluasi kebutuhan SDM berbasis tingkat risiko pasien
 - Penganggaran bertahap untuk peningkatan sarana keamanan
 - Optimalisasi sumber daya yang ada dengan pendekatan risiko.
5. Insiden terkait infeksi dan tindakan invasif:
- a. Umum:
 - Sosialisasi dan refreshment rutin SOP PPI dan bundle pencegahan infeksi
 - Penerapan checklist bundle pada setiap tindakan invasif dan asuhan berisiko

- Audit kepatuhan PPI secara berkala dengan umpan balik dan tindak lanjut
- b. Phlebitis:
 - Standarisasi pemilihan lokasi pemasangan infus sesuai pedoman
 - Supervisi dan verifikasi pemasangan oleh perawat senior
 - penilaian kondisi infus minimal 1× per shift menggunakan skala phlebitis
 - Pencatatan harian kondisi infus di rekam medis
 - Penggantian lokasi infus sesuai indikasi dan standar waktu
 - pemberian elektrolit konsentrat melalui: Pengenceran sesuai standar, alur vena besar atau central line bila indikasi, Monitoring ketat selama dan setelah pemberian
- c. Hospital Acquired Pneumonia (HAP):
 - Mobilisasi dini sesuai kondisi pasien
 - Fisioterapi dada dan latihan batuk efektif
 - Monitoring risiko aspirasi dan suction sesuai indikasi
 - penerapan posisi head-up 30–45° secara konsisten
 - Monitoring posisi pasien setiap shif
 - Standarisasi oral hygiene protocol untuk pasien risiko HAP
 - Dokumentasi oral hygiene sebagai bagian asuhan keperawatan
 - Penyediaan alat oral hygiene sesuai standar
- d. Dekubitus:
 - Pengkajian risiko dekubitus menggunakan skala standar
 - Penerapan reposisi minimal setiap 2 jam
 - Checklist dan dokumentasi reposisi pasien
- 6. Pencatatan dan Pelaporan
 - Subkomite 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.
- 7. 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.
- 8. Pendidikan dan Pelatihan
 - Subkomite KPRS melakukan Workshop Duta KPRS.
 - Subkomite KPRS melakukan orientasi keselamatan pasien pada mahasiswa Praktik dan Pegawai Baru di RSJ dr H Marzuki Mahdi, setiap penerimaan mahasiswa dan pegawai baru
 - Pelatihan eksternal anggota Subkomite 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. Marzuki Mahdi Bogor, setiap penerimaan mahasiswa dan pegawai baru.



9. Koordinasi dan Kolaborasi
 - Berkoordinasi dengan Komite-Komite RS lainnya.
 - Pembahasan kasus Interdisiplin dan Menyusun siklus perbaikan berkesinambungan
 - Meningkatkan kolaborasi dan koordinasi antar PPA
10. Reward *and* Consequences
 - Pelaksanaan sistem reward and consequences untuk mendorong terciptanya budaya keselamatan
11. 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.

Langkah-langkah PDSA untuk Insiden Keselamatan Pasien RS Tahun 2025 dirumuskan sebagai berikut:

Tabel 5.78 PDSA Insiden Keselamatan Pasien RS Tahun 2025

Insiden	Plan	Do	Study	Act
Kejadian kesalahan peresepan obat	Identifikasi Masalah: - Masih ada pelaporan stok obat habis yang menggunakan tulisan tangan, lalu difoto dan dikirim ke dokter. - Petugas belum sepenuhnya patuh terhadap SOP peresepan obat. - Tingginya potensi kesalahan akibat komunikasi yang tidak standar. Rencana Tindakan: - Sosialisasi dan Edukasi: - Lakukan sosialisasi SOP peresepan obat kepada seluruh dokter dan perawat. - Berikan edukasi terkait risiko keselamatan pasien dari pelaporan manual. - Digitalisasi Sistem Pelaporan Obat Habis: - Terapkan pelaporan stok obat habis menggunakan aplikasi/aplikasi chat dengan template standar atau formulir digital (misalnya Google Form, WA Template resmi). - Semua pelaporan wajib menyertakan data obat, jumlah stok, tanggal, dan nama pelapor. - Penguatan Komitmen & Supervisi: - Dokter dan perawat berkomitmen patuh SOP peresepan obat. - Supervisi ketat dari kepala ruang/farmasi	- Laksanakan sosialisasi SOP peresepan obat dan penggunaan media pelaporan baru. - Terapkan pelaporan stok obat habis dengan template digital. - Kepala ruang/farmasi melakukan monitoring harian terhadap resep masuk dan pelaporan stok. - Dokumentasikan semua pelaksanaan kegiatan.	- Evaluasi jumlah insiden kesalahan peresepan dalam berkala setelah intervensi. - Tinjau tingkat kepatuhan petugas dalam menggunakan media pelaporan digital. - Lakukan feedback session (diskusi) dengan petugas untuk kendala yang dihadapi.	Jika hasil baik: - Jadikan sistem pelaporan digital & kepatuhan SOP sebagai kebijakan permanen. - Berikan <i>reward</i> untuk unit/petugas yang patuh. Jika hasil belum optimal: - Lakukan pelatihan ulang khusus pada petugas yang belum patuh. - Perbaiki sistem pelaporan digital jika ditemukan kekurangan. - Supervisi lebih intensif, termasuk ronde farmasi mingguan.

untuk setiap peresepan				
Kejadian kesalahan identitas pasien	Masalah: • Terjadi kesalahan identitas pasien akibat kurang teliti saat input data. • Tidak ada tindak lanjut atau perbaikan cepat ketika kesalahan identitas ditemukan. Tujuan: • Meningkatkan ketelitian petugas dalam penginputan identitas pasien. • Meningkatkan kepedulian terhadap kesalahan identitas dengan perbaikan segera. Rencana Tindakan: 4. Evaluasi penyebab utama: ○ Kurang pelatihan/SOP kurang dipahami. ○ Beban kerja tinggi. ○ Kurangnya supervisi. ○ Tidak ada <i>reminder</i> atau audit data harian. 5. Sosialisasi ulang SOP Identifikasi Pasien: ○ Minimal menggunakan 2 identitas: Nama lengkap & tanggal lahir/Nomor RM. ○ Wajib cek ulang sebelum simpan data. 6. Buat form khusus laporan kesalahan identitas: ○ Petugas wajib mengisi & memperbaiki segera jika ada temuan. 7. Implementasi <i>double check</i> oleh supervisor/unit terkait untuk input data baru & perubahan data. 8. Pasang reminder visual di komputer unit pelayanan (contoh: "CEK IDENTITAS SEBELUM SIMPAN!").	• Sosialisasi SOP kepada semua petugas administrasi & pelayanan. • Lakukan pelatihan simulasi pengisian data pasien. • Terapkan form laporan kesalahan identitas & perbaikannya. • Supervisi harian minimal 1x dalam 1 minggu secara acak. • Tempel reminder di komputer/unit terkait.	• Monitoring jumlah kesalahan identitas sebelum dan sesudah intervensi selama 1 bulan. Evaluasi: • Jumlah laporan kesalahan identitas yang ditindaklanjuti. • Tingkat pemahaman petugas (post-test sederhana setelah sosialisasi). • Evaluasi dari supervisor terkait ketepatan data. Catat apakah terjadi penurunan insiden & apakah ada peningkatan pelaporan kesalahan yang diperbaiki.	Jika berhasil: • Terapkan secara permanen SOP dan <i>double check</i>. • Jadwalkan sosialisasi berkala setiap 6 bulan. Jika belum berhasil: • Perbaiki metode pelatihan/sosialisasi. • Evaluasi apakah diperlukan perbaikan sistem (misalnya sistem input otomatis validasi identitas). • Tinjau ulang beban kerja atau sumber daya petugas.

Kejadian pasien jatuh	Identifikasi Masalah: • Belum optimalnya prosedur/protokol pencegahan jatuh yang dijalankan oleh staf. • Fasilitas bed khusus pasien risiko jatuh belum optimal. • Belum rutin dilakukan edukasi dan pelatihan pencegahan risiko jatuh. • Belum rutin dilakukan edukasi pencegahan jatuh kepada pasien Intervensi/Rencana Tindakan: 1. Pengawasan: ○ Optimalisasi pengawasan manual melalui "Ronde Keamanan Pasien sesuai SOP ○ Penambahan pengawasan perawat dengan pengaturan shift jaga yang fokus pada pasien risiko jatuh. 2. Pencegahan Risiko Jatuh: ○ Sosialisasi & pelatihan ulang kepada staf mengenai <i>fall prevention</i>. ○ Implementasi checklist pencegahan jatuh setiap shift. ○ Pemasangan stiker/tanda risiko jatuh pada bed pasien. 3. Sarana & Prasarana: ○ Usulan pengadaan CCTV di area rawan jatuh ○ Usulan pengadaan tempat tidur rendah (low bed) dan pelindung samping 4. Monitoring: ○ Monitoring dan pelaporan insiden jatuh berkala ke Sub Komite KPRS. 5. Edukasi	• Pemasangan CCTV di titik rawan. • Edukasi SOP pencegahan jatuh kepada staf. • Distribusi leaflet & pemasangan poster edukasi. • Pengawasan rutin melalui supervisi dan ronde keselamatan pasien..	Evaluasi selama 1 bulan: • Jumlah insiden jatuh sebelum & sesudah intervensi. • Kepatuhan staf terhadap SOP (observasi & audit dokumen). • Efektivitas CCTV dalam membantu pengawasan (laporan pengawas). • Hasil survei kepuasan keluarga pasien tentang edukasi yang diterima. Analisa: • Apakah intervensi menurunkan insiden jatuh. • Hambatan dan kendala pelaksanaan	Jika hasil baik: • Replikasi ke seluruh unit rawat inap. • Ajukan anggaran tambahan untuk CCTV & tempat tidur low bed di seluruh ruang psikiatri. Jika hasil kurang: • Perbaiki pelaksanaan edukasi & supervisi. • Tinjau ulang kebutuhan sarana. • Lanjutkan monitoring lebih intensif.
-----------------------	--	--	--	---

	○ Membuat leaflet & poster edukasi pencegahan jatuh khusus psikiatri. ○ Edukasi keluarga saat kunjungan.			
Kejadian pasien melarikan diri dari rumah sakit	Masalah Utama: 1. Pengawasan pasien risiko melarikan diri kurang optimal. 2. Penatalaksanaan pencegahan MRSTI belum optimal. 3. Edukasi pasien belum optimal. 4. Fasilitas RS memudahkan MRSTI Tujuan: Mengurangi kejadian pasien melarikan diri (MRSTI) melalui penguatan pengawasan, edukasi, dan perbaikan sarana. Rencana Tindakan: 1. Identifikasi Pasien Risiko Tinggi Melarikan Diri: ○ Optimalkan form asesmen MRSTI di ruang psikiatri. 2. Tingkatkan Pengawasan: ○ Penjadwalan petugas untuk monitoring pasien risiko tinggi terutama di jam rawan. ○ Perbanyak patroli di area rawan pelarian. 3. Edukasi Pasien & Keluarga: ○ Edukasi rutin tentang pentingnya menjalani perawatan sampai tuntas. ○ Sampaikan risiko bahaya melarikan diri dan aturan RS. ○ Lakukan edukasi tertulis & lisan, dokumentasikan di rekam medis. 4. Penguatan Sarana & Prasarana: ○ Ajukan pengadaan CCTV di titik rawan. ○ Perkuat pengamanan pintu	● Melakukan sosialisasi SOP pencegahan MRSTI ke seluruh petugas ruang psikiatri. ● Menyusun jadwal Ronde untuk pengawasan pasien risiko tinggi. ● Pemasangan CCTV di area pintu utama ruang psikiatri daerah rawan. ● Simulasi penatalaksanaan pasien yang berpotensi melarikan diri.	Indikator Keberhasilan: ● Jumlah kejadian pasien melarikan diri sebelum dan sesudah intervensi. ● Kepatuhan petugas dalam menerapkan SOP (audit internal). ● Jumlah pasien risiko MRSTI yang berhasil dipantau tanpa insiden. ● Tingkat fungsionalitas CCTV terpasang. Metode Evaluasi: ● Monitoring harian oleh kepala ruang selama 1 bulan. ● Audit implementasi SOP MRSTI setiap minggu. ● Evaluasi CCTV dan sarana pendukung setiap minggu. ● Laporan mingguan ke KPRS	Jika Hasil Positif: ● Terapkan secara permanen SOP dan sistem pengawasan. ● Ajukan penambahan CCTV di titik strategis lainnya. ● Anggarkan untuk perbaikan fasilitas RS yang memudahkan pasien melarikan diri. Jika Hasil Kurang: ● Review kembali SOP dan evaluasi pelaksanaan. ● Tingkatkan pelatihan & edukasi petugas. ● Ajukan anggaran tambahan untuk CCTV dan pengamanan.

185

	penanganan kekerasan.			
	4. Ronde keselamatan pasien khusus pasien psikiatri teratur.			
Kejadian mencederai diri sendiri	Masalah Utama: • Pengawasan pasien risiko mencederai diri di ruang psikiatri kurang optimal. • Penatalaksanaan tindakan pencegahan pasien berisiko mencederai diri belum optimal. • Edukasi pada pasien berisiko mencederai diri belum optimal. Tujuan: Mengoptimalkan pengawasan, penatalaksanaan pencegahan, dan edukasi pasien dengan risiko mencederai diri di ruang psikiatri untuk menurunkan kejadian mencederai diri. Langkah Rencana: 1. Identifikasi semua pasien dengan risiko mencederai diri. 2. Pasang <i>signage</i> atau <i>alert</i> khusus di rekam medis & pintu ruangan (disimbolkan rahasia) untuk pasien risiko tinggi. 3. Siapkan <i>safety plan</i> untuk setiap pasien risiko, berisi: ○ Kontrol barang berbahaya di sekitar pasien. ○ Jadwal pengawasan ketat (per 15-30 menit). ○ Pendampingan pasien oleh petugas atau keluarga sesuai kebijakan rumah sakit. 4. Buat materi edukasi khusus untuk pasien & keluarga tentang risiko mencederai diri dan pencegahannya.	Pelaksanaan: • Terapkan skrining risiko harian pada pasien masuk. • Laksanakan pengawasan dengan interval ketat & pencatatan. • Adakan pelatihan untuk seluruh staf ruang psikiatri di minggu pertama. • Lakukan edukasi rutin saat visite atau sebelum pasien pulang. → Dokumentasi: • Daftar hadir pelatihan. • Check-list pengawasan & edukasi. • Insiden harian (jika terjadi) dicatat	Evaluasi Hasil: • Jumlah pasien risiko tinggi yang terdeteksi dan diawasi. • Jumlah kejadian mencederai diri selama periode uji coba. • Tingkat kepatuhan staf terhadap SOP pengawasan & edukasi. • Feedback dari perawat, dokter, dan keluarga pasien. Analisis: • Apakah ada kejadian mencederai diri? • Apakah pengawasan berjalan sesuai standar? • Apakah edukasi diterima baik oleh pasien & keluarga?	Jika Berhasil: • Terapkan sistem ini sebagai SOP tetap di ruang psikiatri. • Kembangkan ke ruang rawat lain jika ada pasien psikiatri di ruang lain. • Lakukan pelatihan rutin minimal 6 bulan sekali. Jika Belum Optimal: • Evaluasi penyebab ketidakberhasilan: ○ Apakah staf kurang jumlah atau kurang kompeten? ○ Apakah sarana/prasarana kurang memadai? • Perbaiki SOP & lakukan uji coba ulang. • Ajukan kebutuhan tambahan (tenaga, alat, CCTV, dsb.) ke manajemen RS

Kejadian kesalahan pemberian obat di ruang rawat inap	Masalah yang Ditemukan: - Terjadi kesalahan pemberian obat - komunikasi antar PPA (dokter, perawat, farmasi) kurang efektif - petugas farmasi kurang teliti saat menyerahkan obat. Analisa Penyebab: - Kurangnya penerapan komunikasi efektif antar PPA. - Kurang optimal penggunaan metode verifikasi dalam distribusi obat Rencana Tindakan: - Sosialisasi ulang penggunaan metode komunikasi efektif seperti <i>SBAR</i> dan <i>read back</i> antar PPA. - Pelatihan singkat kepada petugas farmasi tentang pentingnya <i>double check</i> sebelum menyerahkan obat. - Implementasi form <i>checklist</i> verifikasi obat di farmasi dan ruang rawat inap. - Supervisi harian oleh kepala ruangan atau penanggung jawab farmasi secara rutin.	☐ Sosialisasi komunikasi efektif dan pelatihan dilaksanakan kepada PPA (dokter, perawat, farmasi). Distribusi dan penggunaan form <i>checklist</i> verifikasi obat mulai diterapkan secara optimal di farmasi dan ruang rawat inap ☐ Supervisi dilakukan oleh atasan langsung memastikan: - Petugas farmasi melakukan <i>double check</i> sebelum menyerahkan obat. - Perawat melakukan 7 benar obat sebelum pemberian obat	☐ Jumlah kesalahan pemberian obat menurun dari 5 kejadian per bulan menjadi 1 kejadian. ☐ Tingkat kepatuhan penggunaan form <i>checklist</i> verifikasi obat mencapai 85%.	☐ Menetapkan <i>checklist</i> verifikasi obat secara optimal di ruang rawat inap dan farmasi. ☐ Mengadakan <i>refresh training</i> komunikasi efektif secara rutin. ☐ Evaluasi berkala setiap 3 bulan untuk memantau tren kejadian kesalahan obat
Kejadian Infeksi Alirah Darah Perifer (Phlebitis)	Identifikasi Masalah: - adanya kejadian infeksi aliran darah perifer (phlebitis). - Penerapan SOP belum optimal. - Pelaporan insiden phlebitis masih rendah. Analisis Penyebab Utama: - Kurang optimalnya penerapan SOP pemasangan dan perawatan infus. - Kurang optimal monitoring rutin terhadap kejadian phlebitis. - Budaya pelaporan insiden masih lemah.	☐ Pelatihan SOP pemasangan & perawatan infus untuk seluruh perawat ruang rawat inap (melibatkan IPCN/ICD). ☐ Supervisi & Ronde Keselamatan Pasien secara terjadwal oleh KPRS & IPCN. ☐ Uji coba formulir pelaporan insiden phlebitis berbasis kertas atau digital (sesuai kemampuan). ☐ Kampanye "Tidak Takut Laporkan" untuk mendorong pelaporan insiden tanpa sanksi. ☐ Pemantauan ketersediaan sarana	- Audit Kepatuhan SOP secara teratur (checklist saat inspeksi langsung). - Evaluasi jumlah pelaporan insiden phlebitis sebelum & sesudah intervensi. - Analisis kejadian phlebitis yang tetap muncul meski sudah ada intervensi. - Kumpulkan feedback dari perawat terkait kendala di lapangan.	☐ Jika intervensi efektif → Terapkan secara berkelanjutan & kembangkan menjadi program rutin. ☐ Jika belum efektif → Lakukan analisa mendalam & revisi metode pelatihan / pengawasan. ☐ Tambahkan reward bagi ruang rawat yang paling patuh SOP & aktif lapor insiden.

	Tujuan: • Meningkatkan kepatuhan SOP pemasangan dan perawatan infus. • Meningkatkan pelaporan insiden phlebitis secara jujur dan tepat waktu. • Menurunkan angka kejadian phlebitis di ruang rawat inap. Rencana Intervensi: 1. Edukasi & Sosialisasi SOP: Pelatihan ulang terkait SOP pemasangan dan perawatan infus. 2. Monitoring & Supervisi: Ronde kepatuhan SOP minimal 1x/minggu. 3. Peningkatan Pelaporan: Pembuatan sistem pelaporan insiden sederhana & mudah. 4. Komitmen Tim: Deklarasi komitmen bersama untuk patuh SOP & jujur melapor. 5. Penyediaan Sarana-Prasarana: Cek ketersediaan alat antiseptik, kasa steril, dll.	melalui check list logistik infus	Data yang Dikumpulkan: • Jumlah kejadian phlebitis. • Tingkat kepatuhan SOP. • Jumlah pelaporan insiden. • Hasil audit sarana-prasarana	
Kejadian cedera akibat pemberian high alert	Masalah: • Terjadi kejadian cedera pada pasien akibat pemberian elektrolit konsentrat di ruang rawat inap. • Akar masalah: Pengawasan pemberian elektrolit konsentrat masih belum optimal. Tujuan: • Mencegah terulangnya kejadian cedera akibat kesalahan pemberian elektrolit konsentrat (High Alert Medication). • Meningkatkan pengawasan dan kepatuhan prosedur pemberian elektrolit konsentrat. Rencana Tindakan: 1. Evaluasi Ulang SOP pemberian elektrolit konsentrat di ruang rawat inap.	☐ Laksanakan edukasi dan sosialisasi pada semua petugas di ruang rawat inap secara rutin. ☐ Pasang label peringatan "High Alert Medication" pada semua elektrolit konsentrat di ruang penyimpanan sesuai SOP. ☐ Optimalkan penerapan kebijakan wajib double check oleh dua perawat sebelum pemberian elektrolit konsentrat. ☐ Supervisi rutin dilakukan oleh atasan langsung dalam pemberian elektrolit konsentrat	☐ Jumlah kejadian insiden serupa sebelum dan sesudah intervensi. ☐ Tingkat kepatuhan perawat dalam melakukan double check & supervisi. ☐ Observasi langsung oleh atasan langsung/KPRS. ☐ Survei pemahaman perawat pasca edukasi.	☐ Integrasikan kebijakan double check & supervisi ini sebagai prosedur tetap di ruang rawat inap. ☐ Lakukan edukasi rutin SOP pemberian elektrolit konsentrat. ☐ Evaluasi berkala oleh atasan langsung dan Subkomite KPRS.

Insiden	Plan	Do	Study	Act
Kejadian Potensial Cedera Signifikan (KPCS) 	Menyusun prosedur deteksi dini dan pengawasan ketat untuk mengidentifikasi potensi cedera signifikan pada pasien.	Pelaksanaan pengawasan intensif dan pelatihan staf untuk deteksi dini dan penanganan potensi cedera.	Evaluasi kejadian yang terjadi untuk memahami pola dan faktor penyebab KPCS.	Menyesuaikan prosedur atau meningkatkan pelatihan untuk meminimalkan risiko kejadian cedera signifikan.
Kejadian Nyaris Cedera (KNC) 	Menyusun prosedur pencegahan untuk kejadian nyaris cedera, termasuk analisis risiko dan perbaikan prosedur.	Implementasi prosedur pencegahan dengan pemantauan berkala terhadap potensi nyaris cedera di berbagai area rumah sakit.	Evaluasi kejadian nyaris cedera dan identifikasi area atau prosedur yang perlu diperbaiki.	Penyesuaian prosedur dan pelatihan tambahan untuk mencegah terjadinya nyaris cedera di masa depan.
Kejadian Tidak Cedera (KTC) 	Mengidentifikasi faktor-faktor yang menyebabkan terjadinya kejadian yang tidak mengarah pada cedera.	Menerapkan protokol pencegahan untuk kejadian tidak cedera dengan pelatihan staf secara rutin.	Evaluasi data kejadian tidak cedera dan analisis penyebab serta efek preventif yang dilakukan.	Penyesuaian protokol atau pencegahan berdasarkan temuan evaluasi.
Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) 	Menyusun prosedur manajemen risiko untuk mengurangi kejadian yang tidak diinginkan dan tidak terduga.	Implementasi prosedur pencegahan dengan pengawasan ketat dan audit berkala untuk mengurangi KTD.	Monitoring kejadian KTD yang terjadi dan identifikasi pola atau penyebab spesifik dari kejadian tersebut.	Menyesuaikan strategi pencegahan dan memperkuat pengawasan untuk meminimalkan kejadian tidak diinginkan.
Kejadian Sentinel 	Menyusun prosedur untuk merespons kejadian sentinel dengan cepat, termasuk investigasi menyeluruh.	Tindakan investigasi segera setelah kejadian sentinel untuk menentukan akar penyebabnya.	Evaluasi kejadian sentinel yang terjadi dan identifikasi potensi risiko yang terlewatkan pada saat penanganan.	Penyesuaian prosedur tindak lanjut atau peningkatan pelatihan untuk merespon kejadian sentinel dengan lebih cepat.

5.8.3 Pelaporan Budaya Keselamatan Rumah Sakit

Pimpinan rumah sakit menerapkan, memantau dan mengambil tindakan serta mendukung Budaya Keselamatan di seluruh area rumah sakit. Budaya keselamatan di rumah sakit merupakan suatu lingkungan kolaboratif di mana para dokter saling menghargai satu sama lain, para pimpinan mendorong kerja sama tim yang efektif dan menciptakan rasa aman secara psikologis serta anggota tim dapat belajar dari insiden keselamatan pasien, para pemberi layanan menyadari bahwa ada keterbatasan manusia yang bekerja dalam suatu sistem yang kompleks dan terdapat suatu proses pembelajaran serta upaya untuk mendorong perbaikan.

Budaya keselamatan juga merupakan hasil dari nilai-nilai, sikap, persepsi, kompetensi, dan pola perilaku individu maupun kelompok yang menentukan komitmen terhadap, serta kemampuan mengelola pelayanan kesehatan maupun keselamatan. Keselamatan dan mutu berkembang dalam suatu lingkungan yang membutuhkan kerja sama dan rasa hormat satu sama lain, tanpa memandang jabatannya. Pimpinan rumah sakit menunjukkan komitmennya mendorong terciptanya budaya keselamatan tidak mengintimidasi dan atau mempengaruhi staf dalam memberikan pelayanan kepada pasien.

Program Budaya Keselamatan di rumah sakit mencakup:

- Perilaku memberikan pelayanan yang aman secara konsisten untuk mencegah terjadinya kesalahan pada pelayanan berisiko tinggi.
- Perilaku di mana para individu dapat melaporkan kesalahan dan insiden tanpa takut dikenakan sanksi atau teguran dan diperlakukan secara adil (*just culture*)
- Kerja sama tim dan koordinasi untuk menyelesaikan masalah keselamatan pasien.
- Komitmen pimpinan rumah sakit dalam mendukung staf seperti waktu kerja para staf, pendidikan, metode yang aman untuk melaporkan masalah dan hal lainnya untuk menyelesaikan masalah keselamatan.
- Identifikasi dan mengenali masalah akibat perilaku yang tidak diinginkan (perilaku sembrono).
- Evaluasi budaya secara berkala dengan metode seperti kelompok fokus diskusi (FGD), wawancara dengan staf, dan analisis data.
- Mendorong kerja sama dan membangun sistem, dalam mengembangkan budaya perilaku yang aman.
- Menanggapi perilaku yang tidak diinginkan pada semua staf pada semua jenjang di rumah sakit, termasuk manajemen, staf administrasi, staf klinis dan nonklinis, dokter praktisi mandiri, representasi pemilik dan anggota Dewan pengawas.

1. Pelaporan Kejadian Yang Tidak Mendukung Budaya Keselamatan Rumah Sakit

Perilaku yang tidak mendukung budaya keselamatan di antaranya adalah: perilaku yang tidak layak seperti kata-kata atau bahasa tubuh yang merendahkan atau menyinggung perasaan sesama staf, misalnya mengumpat dan memaki, perilaku yang mengganggu, bentuk tindakan verbal atau nonverbal yang membahayakan atau mengintimidasi staf lain, perilaku yang melecehkan (*harassment*) terkait dengan ras, agama, dan suku termasuk gender serta pelecehan seksual.

Seluruh pemangku kepentingan di rumah sakit bertanggungjawab mewujudkan budaya keselamatan dengan berbagai cara.

Saat ini di rumah sakit masih terdapat budaya menyalahkan orang lain ketika terjadi suatu kesalahan (*blaming culture*), yang akhirnya menghambat budaya keselamatan sehingga pimpinan rumah sakit harus menerapkan perlakuan yang adil (*just culture*) ketika terjadi kesalahan, dimana ada saatnya staf tidak disalahkan ketika terjadi kesalahan, misalnya pada kondisi:

- komunikasi yang kurang baik antara pasien dan staf.
- perlu pengambilan keputusan secara cepat.
- kekurangan staf dalam pelayanan pasien.

Di sisi lain terdapat kesalahan yang dapat diminta pertanggungjawabannya ketika staf dengan sengaja melakukan perilaku yang tidak diinginkan (perilaku sembrono) misalnya:

- tidak mau melakukan kebersihan tangan.
- tidak mau melakukan *time-out* (jeda) sebelum operasi.
- tidak mau memberi tanda pada lokasi pembedahan.



Rumah sakit harus meminta pertanggungjawaban perilaku yang tidak diinginkan (perilaku sembrono) dan tidak mentoleransinya. Pertanggungjawaban dibedakan atas:

- Kesalahan manusia (*human error*) adalah tindakan yang tidak disengaja yaitu melakukan kegiatan tidak sesuai dengan apa yang seharusnya dilakukan.
- Perilaku berisiko (*risk behaviour*) adalah perilaku yang dapat meningkatkan risiko (misalnya, mengambil langkah pada suatu proses layanan tanpa berkonsultasi dengan atasan atau tim kerja lainnya yang dapat menimbulkan risiko).
- Perilaku sembrono (*reckless behavior*) adalah perilaku yang secara sengaja mengabaikan risiko yang substansial dan tidak dapat dibenarkan.

Perilaku tenaga medis adalah sebagai model atau mentor dalam menumbuhkan budaya keselamatan (*safety culture*) di rumah sakit. Budaya keselamatan ditandai dengan partisipasi penuh semua staf untuk melaporkan bila ada insiden keselamatan pasien tanpa ada rasa takut untuk melaporkan dan disalahkan (*no blame culture*).

Budaya keselamatan juga sangat menghormati satu sama lain, antar kelompok profesional, dan tidak terjadi sikap saling mengganggu. Umpan balik staf dalam dapat membentuk sikap dan perilaku yang diharapkan dapat mendukung staf medik menjadi model untuk menumbuhkan budaya aman. Evaluasi perilaku memuat:

- Evaluasi apakah seorang tenaga medis mengerti dan mendukung kode etik dan disiplin profesi dan rumah sakit serta dilakukan identifikasi perilaku yang dapat atau tidak dapat diterima maupun perilaku yang mengganggu;
- Tidak ada laporan dari anggota tenaga medis tentang perilaku yang dianggap tidak dapat diterima atau mengganggu; dan
- Mengumpulkan, analisis, serta menggunakan data dan informasi berasal dari survei staf serta survei lainnya tentang budaya aman di rumah sakit.

Proses pemantauan OPPE tenaga medis harus dapat menjadi bagian dari proses peninjauan kinerja tenaga medis terkait dengan upaya mendukung budaya keselamatan.

Komite/Tim Penyelenggara Mutu juga bertugas untuk mengintegrasikan semua kegiatan pengukuran di rumah sakit, termasuk pengukuran budaya keselamatan dan sistem pelaporan insiden keselamatan pasien. Integrasi semua pengukuran ini akan menghasilkan solusi dan perbaikan yang terintegrasi.

Kondisi yang dicapai saat ini:

- Pada Tahun 2025 tidak ada pelaporan kejadian yang terkait budaya keselamatan RS.
- Budaya *just culture* belum optimal. Saat ini masih ada PPA yang takut untuk melaporkan karena adanya *punishment*.
- Sosialisasi Budaya Keselamatan pada Kegiatan “*Reboan Bersama SDM*”.
- Pit Stop Akreditasi → salah satunya membahas Budaya Keselamatan Rumah Sakit.
- Dilakukan himbauan untuk melaporkan atas kejadian yang tidak mendukung budaya keselamatan RS.

Kendala dan permasalahan:

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

Rekomendasi:

- Kampanye *no blaming 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).

2. Hasil Survei Budaya Keselamatan Rumah Sakit

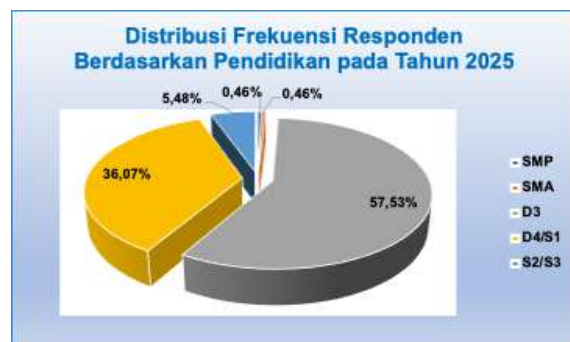
Pengukuran budaya keselamatan pasien perlu dilakukan oleh rumah sakit dengan melakukan survei budaya keselamatan pasien setiap tahun. Budaya keselamatan pasien juga dikenal sebagai budaya yang aman, yakni sebuah budaya organisasi yang mendorong setiap individu anggota staf (klinis atau administratif) melaporkan hal-hal yang mengawatirkan tentang keselamatan atau mutu pelayanan tanpa imbal jasa dari rumah sakit. Direktur melakukan evaluasi rutin terhadap hasil survei budaya keselamatan pasien dengan melakukan analisis dan tindak lanjutnya.

Survei Budaya Keselamatan Tahun 2025 di RS Marzuki Mahdi dilakukan sebagai dasar pengambilan keputusan manajerial dan perencanaan peningkatan mutu berkelanjutan. Survei ini merupakan instrumen penting untuk menilai sejauh mana nilai, sikap, persepsi, dan perilaku seluruh staf telah selaras dengan prinsip keselamatan pasien sebagai prioritas utama pelayanan.

Keselamatan pasien diposisikan sebagai pilar fundamental mutu layanan dan reputasi organisasi. Insiden keselamatan pasien tidak hanya berdampak pada pasien dan keluarga, tetapi juga pada kepercayaan publik, kinerja organisasi, keberlanjutan layanan, serta risiko hukum dan finansial rumah sakit. Oleh karena itu, penguatan budaya keselamatan pasien menjadi tanggung jawab strategis manajemen puncak dan seluruh jajaran pimpinan, bukan semata isu teknis operasional.

Survei dilaksanakan pada September 2025 dengan pendekatan deskriptif kuantitatif, melibatkan 219 responden valid dari total 256 partisipan. Instrumen yang digunakan adalah *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (SOPS) versi 2.0 yang telah disesuaikan dengan Pedoman Survei Budaya Keselamatan Pasien Kementerian Kesehatan RI Tahun 2024. Cakupan responden lintas profesi dan dominasi staf berpengalaman yang berinteraksi langsung dengan pasien menjadikan hasil survei ini representatif terhadap kondisi riil budaya keselamatan pasien di RS Marzuki Mahdi.

Karakteristik responden pada Survei Budaya Keselamatan Rumah Sakit Tahun 2025 adalah sebagai berikut:





Survei Budaya Keselamatan Pasien RSJ dr. H. Marzoeeki Mahdi Tahun 2025 melibatkan 219 responden yang sebagian besar merupakan staf pelayanan langsung. Mayoritas responden berjenis kelamin perempuan (59,36%), mencerminkan karakteristik tenaga kesehatan di rumah sakit jiwa yang didominasi oleh tenaga keperawatan dan profesi pendukung.

Dari sisi pendidikan, responden didominasi oleh lulusan Diploma III (57,53%) dan D4/S1 (36,07%), menunjukkan bahwa sebagian besar merupakan tenaga profesional dengan kompetensi yang memadai terkait keselamatan pasien. Keterlibatan responden dengan pendidikan S2/S3 memperkuat sudut pandang manajerial dalam survei ini.

Berdasarkan profesi, perawat merupakan kelompok terbesar (67,58%), sehingga hasil survei sangat merepresentasikan persepsi tenaga keperawatan sebagai pelaksana utama pelayanan. Responden lainnya berasal dari unsur manajerial, staf administrasi, tenaga teknis, kefarmasian, serta tenaga medis dan penunjang, yang menunjukkan keterlibatan lintas profesi dalam penilaian budaya keselamatan pasien.

Mayoritas responden memiliki masa kerja yang panjang, terutama pada rentang 16–20 tahun, serta telah cukup lama bekerja di unit saat ini (terbanyak 2–5 tahun). Kondisi ini menunjukkan bahwa persepsi yang terekam berasal dari staf berpengalaman yang memahami sistem kerja, risiko pelayanan, dan budaya organisasi.

Secara keseluruhan, karakteristik responden menunjukkan bahwa hasil survei mencerminkan persepsi nyata dari staf yang terlibat langsung dalam pelayanan pasien dan dapat dijadikan dasar yang kuat untuk perumusan rekomendasi serta tindak lanjut peningkatan budaya keselamatan pasien di RSJ dr. H. Marzoeeki Mahdi.

Hasil Survei Budaya Keselamatan Rumah Sakit Tahun 2025 adalah sebagai berikut:



Hasil survei menunjukkan skor budaya keselamatan pasien secara keseluruhan sebesar 76,14%, yang termasuk dalam kategori baik atau budaya keselamatan yang kuat. Capaian ini menegaskan bahwa secara umum RS Marzoeeki Mahdi telah memiliki fondasi budaya keselamatan pasien yang positif. Namun demikian, analisis per dimensi menunjukkan adanya kesenjangan capaian yang perlu dikelola secara strategis agar perbaikan tidak bersifat parsial, melainkan sistemik dan berkelanjutan.

Dimensi kerja sama tim mencatat skor tertinggi sebesar 94,67%, mencerminkan kuatnya kolaborasi, saling dukung, dan rasa saling menghargai antar staf di unit kerja. Kekuatan ini merupakan aset organisasi yang harus dipertahankan dan direplikasi, karena kerja sama tim yang solid terbukti menjadi faktor protektif utama terhadap terjadinya kesalahan pelayanan. Demikian pula dimensi pembelajaran organisasi dan perbaikan berkesinambungan yang memperoleh skor 92,69% menunjukkan bahwa rumah sakit telah memiliki budaya reflektif, di mana evaluasi proses dan pembelajaran dari pengalaman menjadi bagian dari praktik kerja rutin.

Dukungan supervisor, manajer, dan ketua medis terhadap keselamatan pasien juga berada pada kategori baik dengan skor 84,7%. Hal ini menandakan bahwa kepemimpinan lini pertama telah berperan sebagai penggerak budaya keselamatan, terutama melalui keterbukaan terhadap masukan staf dan pengambilan tindakan atas isu keselamatan pasien. Dimensi komunikasi tentang error dengan skor 81,43% memperkuat gambaran bahwa mekanisme penyampaian informasi dan pembelajaran dari insiden telah berjalan relatif efektif di tingkat unit kerja.

Di sisi lain, survei mengidentifikasi area strategis yang memerlukan perhatian manajemen secara serius. Dimensi pengaturan staf dan tempo kerja memperoleh skor terendah sebesar 36,42%. Temuan ini mengindikasikan adanya risiko sistemik terkait kecukupan sumber daya manusia dan pengelolaan beban kerja. Persepsi staf mengenai kekurangan tenaga dan kondisi kerja yang sering berada dalam situasi terburu-buru berpotensi meningkatkan kelelahan kerja, menurunkan kewaspadaan, dan pada akhirnya meningkatkan risiko kejadian keselamatan pasien. Dimensi ini merupakan isu strategis karena berkaitan langsung dengan kesinambungan layanan dan keselamatan jangka panjang.

Dimensi pelaporan kejadian keselamatan pasien juga masih lemah dengan skor 51,60%. Rendahnya pelaporan kejadian nyaris cedera dan kejadian tidak cedera menunjukkan bahwa budaya pelaporan belum sepenuhnya terbentuk sebagai sarana pembelajaran organisasi. Kondisi ini berpotensi menghambat upaya pencegahan insiden yang lebih serius dan menandakan perlunya penguatan pendekatan non-punitif serta peningkatan nilai tambah yang dirasakan staf dari proses pelaporan.

Dimensi keterbukaan komunikasi dan respons terhadap error berada pada kategori sedang. Meskipun terdapat kecenderungan positif menuju pembelajaran dari kesalahan, masih terdapat hambatan

psikologis bagi staf untuk menyampaikan pendapat kritis, terutama yang berkaitan dengan hierarki. Hal ini menunjukkan bahwa penerapan *just culture* dan *psychological safety* perlu diperkuat agar sistem keselamatan pasien dapat berfungsi secara optimal. Dukungan manajemen rumah sakit terhadap keselamatan pasien dengan skor 61,49% juga menandakan perlunya konsistensi dan pendekatan yang lebih proaktif, khususnya dalam penyediaan sumber daya dan integrasi keselamatan pasien ke dalam kebijakan strategis rumah sakit.

Implikasi strategis dari hasil survei ini menegaskan bahwa penguatan budaya keselamatan pasien harus ditempatkan sebagai agenda strategis organisasi. Kekuatan pada aspek kerja sama tim, pembelajaran organisasi, dan kepemimpinan unit memberikan modal awal yang kuat untuk mendorong perubahan. Namun, tanpa intervensi strategis pada aspek pengaturan staf, pelaporan insiden, dan dukungan manajemen, capaian budaya keselamatan yang baik berisiko stagnan atau menurun.

Rencana tindak lanjut (RTL) perlu difokuskan pada beberapa prioritas utama. Pertama, manajemen perlu melakukan evaluasi kebutuhan sumber daya manusia berbasis beban kerja sebagai dasar pengambilan keputusan strategis terkait penataan dan pemenuhan staf. Kedua, penguatan budaya pelaporan non-punitif harus menjadi kebijakan organisasi yang jelas dan dikomunikasikan secara konsisten, disertai sistem pelaporan yang sederhana dan umpan balik yang nyata. Ketiga, penerapan *just culture* dan penguatan keamanan psikologis perlu diintegrasikan ke dalam praktik kepemimpinan dan penilaian kinerja pimpinan unit.

Selanjutnya, keselamatan pasien perlu diurutkan dalam perencanaan strategis rumah sakit, termasuk penganggaran, indikator kinerja manajemen, serta monitoring dan evaluasi rutin di tingkat direksi. Praktik baik pada unit-unit dengan capaian tinggi perlu diidentifikasi, didokumentasikan, dan direplikasi sebagai bagian dari strategi pembelajaran organisasi. Dengan pendekatan yang terarah, konsisten, dan berbasis data survei ini, RS Marsoeki Mahdi diharapkan mampu memperkuat budaya keselamatan pasien secara berkelanjutan dan menjadikannya sebagai keunggulan strategis dalam pelayanan kesehatan jiwa nasional.

5.9 Pencapaian Manajemen Risiko Rumah Sakit

Penerapan manajemen risiko di RS Marzoeki Mahdi telah berjalan secara terintegrasi dan sistematis sebagai bagian dari penguatan tata kelola rumah sakit dan peningkatan mutu serta keselamatan pelayanan. Manajemen risiko dilaksanakan sebagai proses yang proaktif dan berkesinambungan untuk mengidentifikasi, menganalisis, mengevaluasi, serta mengendalikan berbagai potensi risiko yang dapat berdampak pada keselamatan pasien, keselamatan sumber daya manusia, keberlangsungan operasional, dan reputasi rumah sakit. Komitmen pimpinan dan keterlibatan lintas unit menjadi fondasi utama dalam memastikan bahwa manajemen risiko tidak hanya bersifat administratif, tetapi menjadi bagian dari pengambilan keputusan strategis rumah sakit.

Sepanjang periode pelaporan, rumah sakit telah berhasil mengidentifikasi dan memetakan risiko dari seluruh unit kerja, baik klinis maupun nonklinis, yang mencakup risiko operasional, keuangan, reputasi, strategis, serta kepatuhan terhadap hukum dan regulasi. Risiko operasional, termasuk risiko klinis terkait keselamatan pasien serta risiko nonklinis seperti Pencegahan dan Pengendalian Infeksi dan Manajemen Fasilitas dan Keselamatan, menjadi fokus utama mengingat dampaknya yang signifikan terhadap mutu pelayanan. Seluruh risiko yang teridentifikasi telah dikompilasi dan diprioritaskan dalam profil risiko rumah sakit, yang digunakan sebagai dasar penyusunan Program Manajemen Risiko Tahunan.

Dalam pelaksanaannya, Komite atau Tim Penyelenggara Mutu berperan aktif dalam memandu dan mengoordinasikan penerapan manajemen risiko di seluruh unit kerja. Direktur rumah sakit menetapkan selera risiko sebagai pedoman strategis dalam menentukan tingkat risiko yang dapat diterima untuk mencapai tujuan dan sasaran rumah sakit. Pendekatan ini mendorong keseimbangan antara upaya mitigasi risiko dan pencapaian kinerja strategis, serta memperkuat budaya sadar risiko di seluruh organisasi.

Sebagai bagian dari upaya pengelolaan risiko secara proaktif, rumah sakit telah menerapkan berbagai metode analisis risiko, antara lain Failure Mode and Effect Analysis, Hazard Vulnerability Analysis, dan Infection Control Risk Assessment. Hasil analisis tersebut diintegrasikan ke dalam program manajemen risiko dan ditindaklanjuti melalui desain ulang proses berisiko tinggi serta penerapan langkah-langkah pengendalian yang terukur. Proses ini dilaksanakan secara berkala, minimal satu kali dalam setahun, dan didokumentasikan sebagai bukti penerapan manajemen risiko yang berkelanjutan.

Secara keseluruhan, pencapaian manajemen risiko di RS Marzoeki Mahdi menunjukkan kemajuan yang signifikan dalam membangun sistem pengendalian risiko yang terintegrasi, responsif, dan selaras dengan tujuan strategis rumah sakit. Penerapan manajemen risiko telah berkontribusi dalam meningkatkan ketahanan organisasi, memperkuat keselamatan pasien, serta mendukung keberlanjutan pelayanan rumah sakit sebagai rumah sakit rujukan nasional bidang kesehatan jiwa.

Kondisi yang dicapai saat ini:

1. Pengumpulan risk register unit kerja sebanyak 9 risk register unit kerja.
2. Pendampingan ke unit kerja dilakukan oleh Sub Komite Manajemen Risiko.
3. Penyusunan Profil Risiko RS tahun 2025.
4. Penyusunan *Risk register* RS tahun 2025.
5. Dashboard Sistem Manajemen Risiko sudah ada dan masih terus dilakukan proses pengembangan.
6. Melakukan koordinasi dengan seluruh unit kerja untuk pengelolaan dan pemantauan risiko.
7. Melakukan sosialisasi Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/1354/2024 tentang Penerapan Manajemen Risiko di Lingkungan Kementerian Kesehatan.
8. Koordinasi dengan unit kerja untuk melakukan pengelolaan dan pemantauan risiko.
9. Rapat koordinasi secara rutin (per bulan) antar sub unit mencapai 100%.



10. Inovasi SiManis (Sistem Manajemen Risiko Terintegrasi).

Kendala dan permasalahan:

1. Pengelolaan dan pemantauan risiko belum dilakukan di seluruh unit kerja.
2. Manajemen risiko unit kerja belum terdokumentasi dengan baik.

Rekomendasi:

1. Mengadakan workshop Manajemen Risiko secara berkala untuk meningkatkan pemahaman dan keterampilan seluruh unit kerja dalam mengidentifikasi, menganalisis, dan mengelola risiko secara efektif.
2. Mengoptimalkan sosialisasi dan pendampingan ke unit kerja agar setiap unit mampu menerapkan prinsip-prinsip manajemen risiko dengan konsisten dan sesuai standar.
3. Menyusun dan menerapkan *Failure Mode and Effects Analysis* (FMEA) pada setiap unit kerja sebagai langkah proaktif dalam mengidentifikasi potensi kegagalan dan mitigasi risiko secara sistematis.
4. Memperkuat program manajemen risiko di tingkat unit kerja melalui penyediaan sumber daya, pelatihan, dan pembentukan tim khusus yang kompeten.
5. Mengoptimalkan pengelolaan dan pemantauan risiko unit kerja dengan panduan Sub Komite Manajemen Risiko untuk memastikan setiap risiko teridentifikasi dan ditangani dengan tepat.
6. Meningkatkan keterlibatan seluruh pihak terkait dalam pengelolaan risiko melalui komunikasi intensif, pelibatan aktif, dan komitmen lintas fungsi.
7. Melakukan pemantauan dan pelaporan manajemen risiko secara berkala dan transparan guna memastikan keberlanjutan program dan akuntabilitas hasil.
8. Memberikan umpan balik konstruktif dan pembelajaran berkelanjutan kepada unit kerja untuk mendukung pengelolaan risiko yang lebih baik dan adaptif terhadap perubahan.
9. Memperkuat kapasitas internal Sub Komite Manajemen Risiko melalui pelatihan, penyusunan pedoman kerja yang komprehensif, dan evaluasi kinerja secara rutin.

Pencapaian dan evaluasi terkait manajemen risiko di RS adalah sebagai berikut:

Tabel 5.85 Kegiatan Manajemen Risiko Rumah Sakit

No	Kegiatan	Deskripsi
1	Pengembangan dan Implementasi Sistem Manajemen Risiko	▪ 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 <i>real-time</i>. Sistem ini terintegrasi dengan aplikasi SIMANDATURI untuk memfasilitasi pemantauan risiko yang lebih efektif. Saat ini masih terus dilakukan pengembangan
3	Identifikasi dan Penilaian Risiko	▪ 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 ○ 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	▪ 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.

5.9.1 Risk Register

Risk register rumah sakit adalah daftar risiko yang berisi pencatatan bagaimana rumah sakit akan mengelola risiko di area kerjanya. *Risk Register* RS Tahun 2025 merupakan hasil kompilasi dari risk register unit kerja di rumah sakit. Selama Tahun 2025 terdapat 9 *risk register* unit kerja yang mencakup 40 pernyataan risiko.

5.9.2 Profil Risiko Rumah Sakit

Profil risiko rumah sakit adalah daftar risiko prioritas yang disusun untuk rumah sakit. Profil risiko ini digunakan sebagai bahan untuk menyusun program manajemen risiko rumah sakit. Proses penyusunan profil risiko rumah sakit meliputi: identifikasi risiko, analisis risiko, evaluasi risiko, penanganan risiko dan pemantauan risiko. Penyusunan profil risiko dilakukan setelah dilakukan analisa terhadap risk register unit kerja yang ada di rumah sakit. Penetapan Profil Risiko RS tahun 2025 ditetapkan melalui SK Direktur Utama Nomor HK.02.03/D.XXXV/1842/2025. Adapun Profil Risiko RS tersebut adalah sebagai berikut:

Tabel 5.86 Profil Risiko Rumah Sakit Tahun 2025

No	Pernyataan Risiko	Kode Risiko	Probabilitas (P)	Dampak (D)	Bobot	Nilai	Tingkat Risiko	Ruang Lingkup	Kategori Risiko
1	Karena keterbatasan jumlah tenaga farmasi dan kurang optimalnya sistem antrean atau distribusi obat, mungkin saja terjadi keterlambatan dalam pelayanan resep kepada pasien, sehingga waktu tunggu pelayanan farmasi tidak tercapai sesuai standar yang ditetapkan.	Far_01	4	5	1,2	24	Sangat Tinggi	Pasien	Operasional
2	Karena tidak optimalnya asesmen risiko bunuh diri dan pengawasan terhadap pasien dengan gangguan kejiwaan atau kondisi depresif berat, mungkin saja terjadi tindakan bunuh diri oleh pasien selama berada di lingkungan rumah sakit, sehingga dapat menyebabkan kematian, trauma bagi pasien lain dan staf.	RIJ_01	2	5	2,1	21	Sangat Tinggi	Pasien	Reputasi
3	Karena dokter tidak tepat waktu jam pelayanan, mungkin saja terjadi penumpukan pasien dalam proses pemeriksaan, sehingga target waktu tunggu pelayanan rawat jalan yang telah ditetapkan tidak tercapai.	RJ_03	3	4	1,46	18	Tinggi	Staf Medis	Kepatuhan
4	Karena pasien gelisah atau kondisi fisik yang	RJ_02	3	4	1,46	18	Tinggi	Pasien	Operasional

No	Pernyataan Risiko	Kode Risiko	Probabilitas (P)	Dampak (D)	Bobot	Nilai	Tingkat Risiko	Ruang Lingkup	Kategori Risiko
	berisiko jatuh, mungkin saja terjadi insiden pasien jatuh, sehingga dapat terjadi cedera pada pasien.								
5	Karena tidak dilakukan kalibrasi dan perawatan alat medis secara rutin, mungkin saja hasil pengukuran tidak akurat, sehingga terjadi kesalahan hasil pengukuran.	RJ_03	2	4	1,9	15	Tinggi	Fasilitas	Operasional
6	Karena tidak dilakukannya verifikasi ulang resep secara menyeluruh oleh petugas farmasi, mungkin saja terjadi kesalahan dalam jenis, dosis, atau frekuensi obat yang diberikan sehingga berisiko menimbulkan efek samping, menurunkan keselamatan pasien.	Far_04	3	4	1,46	18	Tinggi	Pasien	Kepatuhan
7	Karena belum optimalnya proses identifikasi risiko kekerasan dan minimnya pengawasan terhadap pasien dengan potensi agresif, mungkin saja terjadi insiden pemukulan atau penyerangan antar pasien, sehingga membahayakan keselamatan pasien lain.	RIJ_04	4	4	1,16	19	Tinggi	Pasien	Reputasi
8	Karena kondisi pasien yang gelisah dan mengalami halusinasi, dan kurangnya pengawasan petugas, mungkin saja pasien melarikan diri dari ruang perawatan, sehingga dapat membahayakan keselamatan pasien dan orang lain.	RIJ_05	3	4	1,46	18	Tinggi	Pasien	Reputasi
9	Karena petugas tidak melakukan input data dengan benar, mungkin saja terjadi keterlambatan atau kesalahan dalam penerbitan Surat Eligibilitas Peserta (SEP), sehingga pasien tidak dapat segera mendapatkan layanan,	AKT & BMN	2	4	1,9	15	Tinggi	Bisnis RS	Keuangan



No	Pernyataan Risiko	Kode Risiko	Probabilitas (P)	Dampak (D)	Bobot	Nilai	Tingkat Risiko	Ruang Lingkup	Kategori Risiko
	terjadi antrian, serta berpotensi menyebabkan penolakan klaim oleh BPJS								
10	Karena kurangnya pemahaman atau ketidaksesuaian dalam penyusunan dokumen pengadaan dengan regulasi yang berlaku, mungkin saja dokumen pengadaan menjadi tidak lengkap, tidak sah, atau tidak valid, sehingga dapat menyebabkan keterlambatan proses pengadaan, potensi sanggahan dari penyedia.	ULP	3	4	1,46	18	Tinggi	Bisnis RS	Fraud
11	Karena proses rekrutmen tenaga medis tidak direncanakan secara tepat atau tidak sesuai dengan kebutuhan formasi dan kompetensi, mungkin saja tenaga medis yang direkrut tidak memenuhi standar pelayanan atau jumlahnya tidak mencukupi, sehingga berdampak pada beban kerja berlebih, penurunan mutu pelayanan, dan potensi keluhan dari pasien.	OSDM	3	4	1,46	18	Tinggi	Bisnis RS	Kebijakan
12	Karena ruangan kekurangan perawat mungkin saja pasien tidak tertangani segera sehingga dapat terjadi cedera pada pasien dan pasien tidak tertangani, komplain keluarga.	RIJ_06	3	4	1,46	18	Tinggi	Staf Medis	Operasional
13	Karena belum optimalnya koordinasi antar tim bedah, anestesi, dan ruang operasi, serta keterlambatan dalam persiapan pasien dan alat, mungkin saja waktu tunggu pasien untuk tindakan operasi melebihi standar operasional prosedur (SOP) 30 menit, sehingga berdampak pada peningkatan risiko	OK_01	3	4	1,46	18	Tinggi	Pasien	Operasional



No	Pernyataan Risiko	Kode Risiko	Probabilitas (P)	Dampak (D)	Bobot	Nilai	Tingkat Risiko	Ruang Lingkup	Kategori Risiko
	klinis, ketidaknyamanan pasien.								
14	Karena RME tidak diisi lengkap oleh petugas, mungkin saja terjadi kesalahan penarikan data dari RME, sehingga hasil pengolahan data kurang akurat.	RM_01	3	4	1,46	18	Tinggi	Pasien	Operasional
15	Karena prosedur pembersihan dan sterilisasi alat kesehatan tidak dilakukan sesuai standar operasional atau tidak diawasi dengan baik, mungkin saja masih terdapat bakteri dan kotoran yang tertinggal pada alat tersebut, sehingga dapat meningkatkan risiko infeksi silang pada pasien.	CSSD_01	4	4	1,16	19	Tinggi	Nakes Lain	Kepatuhan
16	Karena kualifikasi dalam proses pengadaan mengarah ke salah satu penyedia tertentu, mungkin saja terjadi persaingan usaha yang tidak sehat atau indikasi pengaturan pengadaan (mark-up/kongkalikong), sehingga dapat mengakibatkan pelanggaran terhadap prinsip transparansi dan akuntabilitas serta potensi kerugian negara.	ULP_02	3	4	1,46	18	Tinggi	Bisnis RS	Fraud
17	Karena sistem pencatatan Rekam Medis Elektronik (RME) tidak berjalan dengan optimal (<80%), mungkin saja terjadi ketidaksesuaian atau kehilangan data medis pasien, sehingga dapat berdampak pada kualitas pelayanan, kesalahan medis.	RM_02	3	4	1,46	18	Tinggi	Nakes Lain	Operasional
18	Karena perencanaan jenis dan jumlah sediaan farmasi tidak dilakukan secara akurat, mungkin saja terjadi kekurangan atau kelebihan stok obat, sehingga dapat mengganggu	Far_02	3	4	1,46	18	Tinggi	Pasien	Operasional



No	Pernyataan Risiko	Kode Risiko	Probabilitas (P)	Dampak (D)	Bobot	Nilai	Tingkat Risiko	Ruang Lingkup	Kategori Risiko
19	kelancaran pelayanan kesehatan. Karena kondisi kejiwaan pasien yang tidak stabil dan berperilaku agresif, mungkin saja terjadi tindakan merusak sarana dan prasarana di ruang rawat inap, sehingga dapat menimbulkan kerugian materi, membahayakan keselamatan pasien maupun petugas.	RIJ_07	4	4	1,16	19	Tinggi	Pasien	Operasional
20	Karena proses pencegahan cedera pasien akibat fiksasi tidak dilakukan secara optimal sesuai prosedur, mungkin saja pasien mengalami cedera fisik seperti lecet, luka tekan, atau trauma, sehingga dapat membahayakan keselamatan pasien.	Laks_01	2	4	1,9	15	Tinggi	Pasien	Kepatuhan
21	Karena karakteristik ruangan yang kedap suara, mungkin saja panggilan atau tanda bahaya dari pasien tidak terdengar oleh petugas, sehingga dapat menyebabkan keterlambatan penanganan kondisi gawat darurat, membahayakan keselamatan pasien, dan berpotensi menimbulkan insiden keselamatan pasien.	Laks_02	2	4	1,9	15	Tinggi	Pasien	Operasional

Dari tabel diatas terdapat risiko dengan nilai tertinggi yaitu waktu tunggu pelayanan farmasi.

5.9.3 Failure Mode and Effect Analysis (FMEA)

Dalam rangka mendukung peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien, Komite Mutu Rumah Sakit pada tahun pelaporan *melaksanakan Failure Mode and Effect Analysis (FMEA)* pada pelayanan farmasi sebagai bagian dari penerapan manajemen risiko secara proaktif. Pelayanan farmasi dipandang sebagai proses kritis karena memiliki potensi risiko tinggi terhadap keselamatan pasien, khususnya terkait medication error yang dapat terjadi pada berbagai tahapan pelayanan.

Pelaksanaan FMEA difokuskan pada seluruh alur pelayanan farmasi, mulai dari penerimaan dan verifikasi resep, penyiapan dan peracikan obat, penyimpanan, distribusi dan penyerahan obat, hingga pemberian informasi obat serta dokumentasi pelayanan. Analisis dilakukan oleh tim multidisiplin yang melibatkan Komite Mutu, Instalasi Farmasi, dan unit terkait dengan pendekatan sistematis melalui



identifikasi potensi kegagalan, analisis dampak, serta penilaian tingkat risiko berdasarkan tingkat keparahan, kemungkinan kejadian, dan kemampuan deteksi untuk menentukan prioritas risiko.

Hasil FMEA menunjukkan bahwa potensi risiko utama dalam pelayanan farmasi masih berkaitan dengan proses verifikasi resep, kesesuaian dosis dan jenis obat, pengelolaan obat dengan nama dan kemasan mirip (LASA), serta konsistensi pemberian informasi obat kepada pasien. Berdasarkan penilaian *Risk Priority Number* (RPN), beberapa risiko dikategorikan sebagai prioritas tinggi karena berpotensi berdampak langsung terhadap keselamatan pasien dan mutu pelayanan apabila tidak dikelola secara optimal.

Sebagai tindak lanjut, Komite Mutu bersama Instalasi Farmasi telah mengintegrasikan hasil FMEA ke dalam program peningkatan mutu dan keselamatan pasien rumah sakit. Upaya perbaikan difokuskan pada penguatan proses verifikasi resep oleh apoteker, penerapan mekanisme pemeriksaan ganda pada obat berisiko tinggi, penataan ulang sistem penyimpanan obat sesuai prinsip keselamatan, penguatan kepatuhan terhadap standar operasional prosedur, serta peningkatan kualitas komunikasi dan edukasi informasi obat kepada pasien.

Pelaksanaan dan efektivitas tindak lanjut hasil FMEA dimonitor secara berkala melalui audit mutu internal, evaluasi indikator mutu pelayanan farmasi, serta analisis laporan insiden keselamatan pasien. Hasil monitoring tersebut dibahas dalam forum Komite Mutu sebagai bagian dari siklus perbaikan berkelanjutan dan penguatan budaya keselamatan pasien.

Secara keseluruhan, pelaksanaan *Failure Mode and Effect Analysis* (FMEA) pada pelayanan farmasi selama tahun pelaporan mencerminkan komitmen rumah sakit dalam menerapkan manajemen risiko berbasis pencegahan. FMEA menjadi instrumen strategis untuk meningkatkan keandalan sistem pelayanan farmasi, menurunkan potensi medication error, serta mendukung pencapaian mutu dan keselamatan pasien secara berkelanjutan.

5.9.4 Hazard Vulnerability Assessment (HVA)

RS Marzoeki Mahdi sebagai rumah sakit rujukan nasional bidang kesehatan jiwa memiliki tanggung jawab strategis dalam menjamin keselamatan pasien, keberlangsungan layanan, serta perlindungan sumber daya rumah sakit dalam berbagai kondisi, termasuk situasi darurat dan bencana. Dalam konteks peningkatan tuntutan mutu pelayanan, keselamatan pasien, serta penerapan manajemen risiko yang terintegrasi sebagaimana diamanatkan dalam KMK Nomor HK.01.07/MENKES/1596/2024, pelaksanaan *Hazard Vulnerability Analysis* (HVA) Tahun 2025 menjadi instrumen kunci dalam mendukung tata kelola rumah sakit yang andal dan berketahanan tinggi.

HVA Tahun 2025 disusun dan dilaksanakan oleh Subkomite Manajemen Risiko dengan melibatkan unit-unit terkait secara kolaboratif. Proses ini bertujuan untuk mengidentifikasi, menilai, dan memprioritaskan berbagai potensi bahaya yang dapat mengganggu keselamatan pasien, staf, pengunjung, serta kontinuitas operasional rumah sakit. HVA tidak hanya dipandang sebagai pemenuhan standar akreditasi, tetapi sebagai dasar strategis dalam perencanaan peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang berbasis risiko.

Hasil analisis menunjukkan bahwa risiko tertinggi di RS Marzoeki Mahdi Tahun 2025 berasal dari kategori gangguan teknologi dan utilitas, dengan *Hazard Specific Relative Risk* sebesar 21%. Risiko utama dalam kategori ini meliputi gangguan listrik, kegagalan sistem informasi, dan potensi kerusakan struktural, yang memiliki dampak langsung terhadap pelayanan klinis, keselamatan pasien, serta sistem penunjang kritis rumah sakit. Kondisi ini menegaskan bahwa keandalan sistem utilitas



merupakan faktor kunci dalam menjaga mutu layanan, khususnya di rumah sakit jiwa dengan karakteristik pasien yang memerlukan pengawasan dan pelayanan berkelanjutan.

Kategori bencana alam menempati urutan risiko tinggi kedua dengan nilai 19%, yang didominasi oleh ancaman badai petir, angin kencang, dan gempa bumi. Badai petir tercatat sebagai salah satu risiko dengan skor individual tertinggi (37%) karena berpotensi menyebabkan gangguan kelistrikan dan kerusakan peralatan medis. Risiko ini memiliki implikasi langsung terhadap keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan, sehingga membutuhkan pendekatan mitigasi yang sistematis dan berkelanjutan.

Sementara itu, kategori faktor manusia dan material hazard menunjukkan tingkat risiko yang relatif rendah. Meskipun demikian, HVA menegaskan bahwa risiko laten tetap ada, khususnya terkait potensi paparan radiasi dan insiden keamanan. Oleh karena itu, pengendalian risiko pada kategori ini tetap memerlukan pemantauan, pelatihan, dan kepatuhan terhadap prosedur keselamatan kerja secara konsisten.

Tabel 5.86 Hasil Penilaian Hazard Vulnerability Assessment (HVA) Tahun 2025

No	Jenis Bahaya	Kategori Bahaya	Skor Risiko (%)	Tingkat Risiko	Prioritas	Analisis Skor Kerentanan Bahaya
1	Badai Petir	Natural Hazard	37	Tinggi	1	Minor konsekuensi dengan kemampuan baik
2	Gangguan Listrik	Technological Hazard	37	Tinggi	2	Minor konsekuensi dengan kemampuan baik
3	Paparan Radiasi	Human/Material Hazard	9	Sedang	3	Sedikit atau tidak ada konsekuensi dengan kemampuan baik

Berdasarkan hasil *Hazard Vulnerability Analysis* (HVA) Tahun 2025, tiga risiko prioritas utama yang dihadapi RS Marzoeki Mahdi adalah badai petir, gangguan listrik, dan paparan radiasi. Risiko-risiko tersebut memiliki potensi dampak signifikan terhadap keselamatan pasien, keamanan tenaga kesehatan, serta kesinambungan operasional rumah sakit, sehingga menggambarkan profil risiko utama rumah sakit pada tahun berjalan.

Hasil HVA Tahun 2025 menunjukkan bahwa RS Marzoeki Mahdi berada pada tingkat kesiapan yang relatif baik dalam menghadapi berbagai potensi bencana. Analisis ini memberikan dasar strategis bagi rumah sakit dalam memahami kerentanan dan kapasitas responsnya, serta menjadi referensi penting dalam integrasi manajemen risiko ke dalam siklus peningkatan mutu berkelanjutan, khususnya dalam mendukung penilaian mutu, keselamatan pasien, dan efektivitas pengelolaan fasilitas dan keselamatan secara menyeluruh.

Rekomendasi:

a. Badai Petir

- 1) Pencegahan dan Mitigasi (*Prevention And Mitigation*)
Usulan untuk rumah sakit dalam rangka pencegahan dan mitigasi (mengurangi dampak resiko) bencana di antaranya:
 - a) Monitoring pemeliharaan fasilitas, bangunan dan gedung;
 - b) Pemasangan grounding yang baik;
 - c) Pemasangan alat penangkap petir (Lightning Protection);
 - d) Membuat SOP Antisipasi Petir;
 - e) Menerapkan Sistem Peringatan Dini (*Early Warning Systems*) dan *paging system* dengan efektif di Rumah Sakit.
- 2) Kesiapsiagaan (*Preparedness*)
 - a) Pelatihan / Training Staf:
 - *Training Hospital Disaster* (minimal 1 x / tahun)
 - b) Simulasi (*Drills*)
 - Simulasi Petir (minimal 2x / tahun)



- Simulasi Bencana / Musibah Massal / *Disaster Drills* (minimal 1x / tahun)

b. Gangguan Listrik

- 1) Pencegahan dan Mitigasi (*Prevention And Mitigation*)
Usulan untuk rumah sakit dalam rangka pencegahan dan mitigasi (mengurangi dampak resiko) bencana di antaranya:
 - a) Monitoring berkala terhadap instalasi kelistrikan di RS;
 - b) Pemeliharaan dan uji beban rutin genset;
 - c) Pemeliharaan dan uji beban UPS;
 - d) Monitor dampak gangguan listrik pada kesiapan IT;
 - e) Monitor dampak gangguan listrik pada kesiapan ketersediaan air;
 - f) Menerapkan Sistem Peringatan Dini (*Early Warning Systems*) dan *paging system* di Rumah Sakit.
- 2) Kesiapsiagaan (*Preparedness*)
 - a) Pelatihan / *Training Staf*:
 - *Training Hospital Disaster* (minimal 1 x / tahun)
 - b) Simulasi (*Drills*)
 - Simulasi Bencana / Gangguan Listrik (minimal 1x / tahun)

c. Paparan Radiasi

- 1) Pencegahan dan Mitigasi (*Prevention And Mitigation*)
Usulan untuk rumah sakit dalam rangka pencegahan dan mitigasi (mengurangi dampak resiko) bencana di antaranya:
 - a) Pembatasan waktu paparan;
 - b) Penggunaan pelindung radiasi;
 - c) Penggunaan pelindung untuk pasien;
 - d) Perawatan alat radiologi yang rutin;
 - e) Pelatihan dan edukasi tenaga medis;
 - f) Pengawasan paparan radiasi secara berkala.
- 2) Kesiapsiagaan (*Preparedness*)
 - a) Pelatihan / *Training Staf*;
 - b) Penyediaan Alat Pelindung Diri (APD) yang memadai;
 - c) Prosedur dan protokol keamanan yang ketat;
 - d) Pemantauan radiasi;
 - e) Kesiapan tanggap darurat;
 - f) Kesehatan rutin dan kalibrasi alat secara berkala;
 - g) Sosialisasi dan penyuluhan kepada pasien.

5.9.5 Hospital Safety Index (HSI)

RS Marzoeki Mahdi sebagai rumah sakit rujukan nasional bidang kesehatan jiwa memiliki peran strategis dalam menjamin keberlangsungan pelayanan kesehatan, khususnya pada kondisi kedaruratan dan bencana. Dalam konteks meningkatnya risiko bencana alam, gangguan teknis, serta tuntutan akuntabilitas tata kelola rumah sakit yang selaras dengan standar akreditasi nasional dan prinsip manajemen risiko, pelaksanaan *Hospital Safety Index* (HSI) Tahun 2025 menjadi instrumen penting untuk menilai tingkat kesiapsiagaan rumah sakit secara objektif dan terukur.

Penilaian HSI Tahun 2025 dilaksanakan dengan mengacu pada pedoman WHO/PAHO dan regulasi nasional, mencakup tiga komponen utama, yaitu keamanan struktural, keamanan non-struktural, serta manajemen kegawatan dan bencana. Proses penilaian dilakukan secara komprehensif melalui observasi lapangan, telaah dokumen, wawancara lintas unit, serta perhitungan skor menggunakan *HSI Calculator*. Hasil penilaian ini tidak hanya menggambarkan kondisi eksisting, tetapi juga menjadi dasar strategis dalam perencanaan penguatan ketahanan rumah sakit ke depan.

Tabel 5.86 Hasil Penilaian Hospital Safety Index (HSI) Tahun 2025



Modul	Safety Index (Adjusted)	Vulnerability Index	Health Facility Status	Keterangan
Structural Safety (Modul 2)	0,38	0,63	b	Fasilitas kesehatan dinilai dapat bertahan pada situasi bencana, tetapi peralatan dan pelayanan penting lainnya berada dalam risiko
Nonstructural Safety (Modul 3)	0,59	0,41	b	Fasilitas kesehatan dinilai dapat bertahan pada situasi bencana, tetapi peralatan dan pelayanan penting lainnya berada dalam risiko
Emergency & Disaster Management (Modul 4)	0,36	0,64	b	Fasilitas kesehatan dinilai dapat bertahan pada situasi bencana, tetapi peralatan dan pelayanan penting lainnya berada dalam risiko
Overall	0,44	0,56	B	Fasilitas kesehatan dinilai dapat bertahan pada situasi bencana, tetapi peralatan dan pelayanan penting lainnya berada dalam risiko

Keterangan:

- Klasifikasi A (0,66 – 1,00): Fasilitas kesehatan dapat melindungi hidup manusia di dalamnya dan dinilai dapat tetap berfungsi dalam situasi bencana
- Klasifikasi B (0,36 – 0,65): Fasilitas kesehatan dinilai dapat bertahan pada situasi bencana, tetapi peralatan dan pelayanan penting lainnya berada dalam risiko
- Klasifikasi C (0,00 – 0,35): Keselamatan suatu fasilitas kesehatan dan isinya berada dalam risiko saat menghadapi situasi bencana

Hasil evaluasi menunjukkan bahwa *Overall Safety Index* RS Marzoeki Mahdi Tahun 2025 sebesar 0,44, yang menempatkan rumah sakit pada Klasifikasi “B”. Klasifikasi ini mengindikasikan bahwa RS Marzoeki Mahdi memiliki kemampuan dasar untuk bertahan dan mempertahankan pelayanan esensial pada situasi bencana, namun masih terdapat risiko signifikan pada aspek tertentu yang berpotensi mengganggu keberlanjutan operasional apabila tidak ditangani secara sistematis. Nilai *Vulnerability Index* sebesar 0,56 memperkuat temuan tersebut, yang menunjukkan bahwa lebih dari separuh faktor risiko masih memerlukan mitigasi dan penguatan berkelanjutan.

Ditinjau per modul, **Penilaian Bahaya dan Kerentanan (Modul 1)**, RS Marzoeki Mahdi telah mengidentifikasi berbagai potensi bahaya internal dan eksternal yang dapat memengaruhi keberlangsungan operasional rumah sakit, termasuk bahaya alam, teknologis, biologis, dan sosial. Hasil analisis menunjukkan tingkat kerentanan berada pada kategori moderat, yang masih dapat dikendalikan melalui penguatan sistem mitigasi risiko, peningkatan kewaspadaan, serta pemantauan lingkungan internal dan eksternal secara berkelanjutan. Temuan ini menunjukkan bahwa fondasi manajemen risiko telah tersedia, namun memerlukan konsistensi implementasi dan monitoring agar respons terhadap dinamika risiko dapat dilakukan secara lebih proaktif.

Pada **Keamanan Struktural (Modul 2)** memperoleh *Safety Index* sebesar 0,38 dengan *Vulnerability Index* 0,63. Kondisi ini menunjukkan bahwa struktur bangunan rumah sakit secara umum masih stabil dan layak digunakan, tanpa temuan kerusakan mayor, namun sebagian bangunan lama belum sepenuhnya memenuhi standar ketahanan gempa terbaru (SNI 1726:2019). Risiko utama terletak pada usia bangunan, ketidakaturan geometri antarblok, serta keterbatasan dokumentasi audit teknis struktur yang terintegrasi dalam sistem manajemen fasilitas dan keselamatan.

Pada **Keamanan Non-Struktural (Modul 3)**, RS Marzoeki Mahdi menunjukkan kinerja relatif paling baik dengan *Safety Index* 0,59 dan *Vulnerability Index* 0,41. Sistem utilitas utama seperti kelistrikan, air bersih, gas medik, HVAC, sistem komunikasi, serta sebagian besar peralatan medis berada pada kondisi aman dan fungsional. Kekuatan utama terletak pada infrastruktur akses, sistem komunikasi, gas medik, dan pengelolaan peralatan klinis. Namun demikian, tantangan masih ditemukan pada aspek kecukupan cadangan logistik dan utilitas untuk skenario bencana besar (≥ 72 jam), konsistensi



dokumentasi pemeliharaan, serta integrasi sistem logistik dengan mekanisme komando bencana rumah sakit.

Sementara itu, **Manajemen Kegawatan Dan Bencana (Modul 4)** memperoleh *Safety Index* 0,36 dengan *Vulnerability Index* 0,64, yang menjadi komponen dengan tingkat kerentanan tertinggi. Meskipun struktur organisasi kebencanaan, sistem komando insiden, perencanaan tanggap darurat, serta jejaring koordinasi eksternal telah terbentuk dan berjalan, efektivitas implementasi masih sangat bergantung pada kesiapan sumber daya manusia, intensitas simulasi, dan integrasi lintas unit. Temuan ini mengindikasikan bahwa kesiapsiagaan RS Marzoeki Mahdi masih cenderung bersifat administratif dan belum sepenuhnya terinternalisasi dalam budaya operasional sehari-hari.

Secara strategis, hasil HSI Tahun 2025 memberikan pesan penting bahwa ketahanan rumah sakit tidak hanya ditentukan oleh kekuatan fisik bangunan, tetapi juga oleh konsistensi tata kelola risiko, kesiapan SDM, dan efektivitas koordinasi dalam situasi krisis. Model pembobotan WHO/PAHO yang menempatkan aspek struktural sebagai kontribusi terbesar terhadap *overall safety* menegaskan urgensi penguatan bangunan lama melalui audit dan rencana *retrofitting*, khususnya pada area pelayanan kritis seperti IGD, rawat inap, dan farmasi.

Implikasi manajerial dari hasil ini menuntut arah tindak lanjut yang lebih terfokus dan terintegrasi. Pertama, diperlukan penguatan kebijakan dan program audit struktur bangunan secara berkala dengan dukungan konsultan bersertifikat, serta integrasi hasil audit ke dalam sistem manajemen risiko rumah sakit. Kedua, pada aspek non-struktural, prioritas diarahkan pada peningkatan kapasitas cadangan utilitas dan logistik minimal 72 jam, disertai penguatan sistem pemeliharaan preventif berbasis bukti dan dokumentasi yang akuntabel. Ketiga, pada aspek manajemen kegawatan dan bencana, diperlukan transformasi dari pendekatan administratif menuju pendekatan operasional, melalui peningkatan frekuensi simulasi terpadu, penguatan kompetensi SDM, serta integrasi rencana pemulihan bencana dengan *Business Continuity Plan* rumah sakit.

Secara keseluruhan, pelaksanaan *Hospital Safety Index* RS Marzoeki Mahdi Tahun 2025 telah memberikan gambaran objektif mengenai posisi kesiapsiagaan rumah sakit saat ini. Dengan komitmen pimpinan dan konsistensi tindak lanjut terhadap rekomendasi strategis yang telah dirumuskan, RS Marzoeki Mahdi memiliki peluang besar untuk meningkatkan *safety index* menuju klasifikasi A (*Safe and Fully Functional*) pada penilaian berikutnya, sekaligus memperkuat perannya sebagai rumah sakit rujukan nasional yang tangguh, aman, dan berkelanjutan dalam menghadapi berbagai potensi bencana.

5.9.6 Infection Control Risk Assessment (ICRA)

RS Marzoeki Mahdi sebagai Pusat Kesehatan Jiwa Nasional memiliki kewajiban strategis untuk menjamin keselamatan pasien, pengunjung, dan tenaga kesehatan dalam setiap aktivitas pelayanan, termasuk pada kegiatan konstruksi dan renovasi sarana prasarana rumah sakit. Kegiatan renovasi yang dilakukan untuk meningkatkan mutu layanan berpotensi menimbulkan risiko infeksi, gangguan utilitas, serta paparan debu dan partikel berbahaya apabila tidak dikelola secara sistematis. Oleh karena itu, penerapan *Infection Control Risk Assessment* (ICRA) menjadi instrumen penting dalam memastikan bahwa seluruh tahapan renovasi dilaksanakan dengan memperhatikan prinsip pencegahan dan pengendalian infeksi secara komprehensif.

Laporan ICRA Tahun 2025 ini disusun oleh Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) sebagai bentuk pelaksanaan fungsi monitoring, evaluasi, dan pengendalian risiko infeksi pada kegiatan konstruksi dan renovasi di lingkungan RS Marzoeki Mahdi. Kajian dilakukan secara terstruktur mulai dari tahap pra-konstruksi, pemantauan selama pelaksanaan konstruksi, hingga monitoring pasca-



konstruksi, dengan mengacu pada Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Kementerian Kesehatan serta kebijakan internal rumah sakit.

Sepanjang tahun 2025, rumah sakit melaksanakan berbagai kegiatan renovasi di sejumlah area pelayanan dan non-pelayanan, antara lain Instalasi Gawat Darurat, Gedung Candradimuka, ruang perawatan (VIP Kebidanan, Perina, Utari, Antareja, Arimbi), gedung penunjang, serta pembangunan rumah oksigen sentral. Berdasarkan hasil kajian pra-konstruksi, sebagian besar kegiatan renovasi diklasifikasikan dalam kelas risiko infeksi tingkat II, dengan beberapa area memiliki potensi dampak terhadap aktivitas pelayanan, sistem utilitas, dan keselamatan pasien. Pada tahap ini, Komite PPI telah memberikan rekomendasi teknis kepada kontraktor dan unit terkait, termasuk pemasangan barier, pengelolaan limbah konstruksi, pengaturan akses keluar-masuk area kerja, serta edukasi pencegahan dan pengendalian infeksi.

Hasil pemantauan selama pelaksanaan konstruksi menunjukkan bahwa tingkat kepatuhan terhadap rekomendasi PPI masih bervariasi antar lokasi dan waktu pelaksanaan. Pada beberapa area, terutama pada tahap awal pekerjaan, ditemukan tingkat kepatuhan yang rendah terhadap penggunaan alat pelindung diri, pengelolaan limbah konstruksi, serta pengendalian debu dan kebersihan area kerja. Kondisi ini umumnya disebabkan oleh keterbatasan pemahaman pekerja terhadap standar PPI di rumah sakit, kurangnya sarana pendukung, serta supervisi yang belum optimal. Namun demikian, melalui kegiatan monitoring rutin, edukasi ulang, dan koordinasi intensif antara Komite PPI, pengawas internal, serta kontraktor pelaksana, terjadi peningkatan kepatuhan secara bertahap pada sebagian besar lokasi renovasi.

Pada beberapa area, seperti Gedung Candradimuka, ruang Utari, serta Graha Ismaya dan gedung penunjang lainnya, penerapan rekomendasi PPI menunjukkan hasil yang lebih baik. Pelaksanaan pekerjaan di luar jam pelayanan, pembersihan area secara rutin, penggunaan barier, serta pengelolaan limbah tertutup mampu meminimalkan dampak renovasi terhadap pelayanan pasien. Temuan ini menunjukkan bahwa kepatuhan terhadap rekomendasi ICRA sangat dipengaruhi oleh komitmen pelaksana, koordinasi lintas unit, dan konsistensi pengawasan di lapangan.

Monitoring pasca-konstruksi yang dilakukan 1–2 hari setelah pekerjaan selesai menunjukkan bahwa secara umum area renovasi telah dibersihkan dan dinyatakan layak digunakan kembali untuk pelayanan pasien. Pemeriksaan terhadap aspek pengendalian infeksi, kelayakan utilitas, keselamatan jiwa, serta lingkungan menunjukkan bahwa risiko infeksi dapat dikendalikan apabila proses pembersihan dan serah terima pekerjaan dilakukan sesuai rekomendasi PPI. Meskipun demikian, masih ditemukan kebutuhan akan supervisi lanjutan, terutama terkait konsistensi pembersihan akhir, pemeliharaan sistem utilitas, dan kepatuhan kontraktor terhadap standar pasca-konstruksi.

Secara keseluruhan, pelaksanaan ICRA pada kegiatan konstruksi dan renovasi RS Marzoeqi Mahdi Tahun 2025 telah berjalan dan memberikan kontribusi penting dalam melindungi keselamatan pasien, pengunjung, dan tenaga kesehatan. Laporan ini menegaskan bahwa keberhasilan pengendalian risiko infeksi tidak hanya bergantung pada dokumen kajian, tetapi sangat ditentukan oleh komunikasi yang efektif, koordinasi lintas unit, pengawasan berkelanjutan, serta pemilihan kontraktor yang memahami standar pencegahan dan pengendalian infeksi rumah sakit.

Ringkasan eksekutif ini menjadi dasar bagi rumah sakit dalam memperkuat kebijakan pengendalian risiko infeksi pada kegiatan konstruksi dan renovasi ke depan, serta sebagai bentuk akuntabilitas kepada Kementerian Kesehatan. Dengan penguatan tata kelola ICRA yang konsisten dan terintegrasi, RS Marzoeqi Mahdi diharapkan mampu menjaga kesinambungan pelayanan yang aman, bermutu, dan berorientasi pada keselamatan pasien dalam setiap dinamika pembangunan dan pengembangan fasilitas rumah sakit.



Tabel 5.86 Hasil Penilaian *Infection Control Risk Assessment (ICRA)* Tahun 2025

No	Ruangan / Area	Jenis Kegiatan Renovasi	Potensi Dampak Pelayanan & Utilitas	Kelas Risiko ICRA	Kondisi Kepatuhan Umum
1	Instalasi Gawat Darurat (IGD)	Pembongkaran & penggantian atap dan plafon, pekerjaan mekanikal air bersih dan sanitasi	Berpotensi mempengaruhi pelayanan, listrik, air domestik, dan kenyamanan pasien	Kelas II	Rendah di awal, meningkat setelah monitoring
2	Gedung Candradimuka	Pelapisan dinding PVC, relokasi ruang laktasi, pembuatan dinding dan meja depo farmasi	Dampak minimal terhadap utilitas, potensi gangguan pelayanan dapat dikendalikan	Kelas II	Baik, meningkat dan stabil
3	Gedung Spesialis (eks Ruang Psikologi)	Pengerokan dinding, pengecatan, perbaikan wastafel	Tidak mempengaruhi pelayanan aktif	Kelas II	Cukup, meningkat dengan monev
4	Ruang VIP Kebidanan	Pelepasan wallpaper, pengecatan dinding	Potensi gangguan kenyamanan dan kebersihan	Kelas II	Sedang, belum konsisten
5	Ruang Perina	Pelepasan wallpaper, pengecatan dinding	Risiko paparan debu, namun pelayanan dapat dikendalikan	Kelas II	Sedang, meningkat bertahap
6	Gedung Asesmen Center (luar)	Pengerokan dan pengecatan dinding luar gedung	Tidak berdampak langsung pada pelayanan pasien	Kelas II	Baik
7	Gedung Antareja & Arimbi	Pengecatan, penggantian plafon, pintu kamar pasien, pemasangan exhaust fan	Berpotensi mempengaruhi pelayanan dan kualitas udara	Kelas II	Rendah, perlu pengawasan ketat
8	Gedung Utari	Pengecatan, penggantian plafon, pemasangan talang	Potensi debu dan bau cat	Kelas II	Baik, meningkat dengan koordinasi
9	Graha Ismaya, UPIP Laksamana, Basudewa	Perbaikan plafon, dinding, saluran air bersih, pintu kamar mandi	Dampak minimal, pelayanan dikosongkan sementara	Kelas II	Baik
10	Rumah Oksigen Sentral	Pembangunan gedung oksigen sentral	Berpotensi berdampak pada utilitas kritikal	Kelas II	Rendah di awal, meningkat di akhir

Tabel 5.86 Hasil Penilaian *Infection Control Risk Assessment (ICRA)* Tahun 2025

No	Tahap ICRA	Fokus Penilaian Utama	Temuan Kunci	Tingkat Kepatuhan Umum	Isu Strategis	Implikasi Manajerial
1	Pra-Konstruksi	Identifikasi risiko infeksi, dampak terhadap pelayanan dan utilitas, klasifikasi risiko	Mayoritas kegiatan renovasi diklasifikasikan sebagai Risiko Infeksi Kelas II. Beberapa area (IGD, ruang rawat inap, rumah oksigen) berpotensi mempengaruhi pelayanan, sistem utilitas, dan keselamatan pasien	Cukup	Pemahaman kontraktor terhadap standar PPI belum merata	ICRA wajib dijadikan prasyarat persetujuan renovasi dan kontraktor harus dibekali edukasi PPI sejak awal
2	Pelaksanaan Konstruksi	Kepatuhan terhadap rekomendasi PPI (barier, APD, limbah, kebersihan, isolasi area)	Kepatuhan bervariasi dan cenderung rendah di awal ($\pm 15-30\%$), meningkat setelah monitoring, reedukasi, dan koordinasi lintas unit	Sedang	Ketidakpatuhan APD, pengendalian debu, dan pengelolaan limbah konstruksi	Penguatan pengawasan lapangan, peran IPCN, dan kewajiban fasilitas PPI oleh kontraktor
3	Monitoring Pasca-Konstruksi	Kebersihan akhir, kelayakan utilitas, keselamatan jiwa, kesiapan pelayanan	Area umumnya dinyatakan bersih dan layak digunakan setelah pembersihan sesuai rekomendasi PPI, meskipun masih memerlukan supervisi	Baik	Konsistensi pembersihan akhir dan pemeliharaan utilitas	Serah terima pekerjaan harus berbasis pemenuhan standar PPI
4	Koordinasi & Tata Kelola	Komunikasi lintas unit	Koordinasi terbukti meningkatkan	Kritis	Kurangnya koordinasi awal	ICRA harus terintegrasi

No	Tahap ICRA	Fokus Penilaian Utama	Temuan Kunci	Tingkat Kepatuhan Umum	Isu Strategis	Implikasi Manajerial
		(PPI, IPSRS, kontraktor, manajemen)	kepatuhan dan menurunkan risiko infeksi		berdampak pada kepatuhan	dalam sistem manajemen risiko dan mutu RS
5	Dampak terhadap Keselamatan Pasien	Paparan debu, gangguan layanan, risiko infeksi	Risiko dapat dikendalikan bila rekomendasi ICRA dipatuhi secara konsisten	Terkendali	Risiko meningkat saat pengawasan melemah	ICRA menjadi instrumen perlindungan keselamatan pasien selama renovasi

5.9.7 Pre Construction Risk Assessment (PCRA)

RS Marzoeki Mahdi sebagai Pusat Kesehatan Jiwa Nasional memiliki kewajiban untuk menjamin terselenggaranya pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan berkesinambungan dalam setiap kondisi operasional, termasuk pada saat pelaksanaan kegiatan konstruksi dan renovasi sarana dan prasarana rumah sakit. Kegiatan pembangunan dan renovasi berpotensi menimbulkan risiko terhadap keselamatan pasien, kelancaran pelayanan, serta mutu asuhan apabila tidak direncanakan dan dikendalikan secara sistematis. Sehubungan dengan hal tersebut, Patient Care Risk Assessment (PCRA) dilaksanakan sebagai bagian dari upaya manajemen risiko pelayanan pasien dalam rangka mendukung penerapan mutu dan keselamatan pasien di RS Marzoeki Mahdi.

Tabel 5.86 Hasil Penilaian *Pre Construction Risk Assessment* (PCRA) Tahun 2025

No	Lokasi / Area	Jenis Kegiatan	Risiko Utama terhadap Pelayanan Pasien	Tingkat Risiko	Kondisi Pengendalian Saat Ini	Keterangan
1	Instalasi Gawat Darurat (IGD)	Renovasi fisik bangunan dan utilitas	Gangguan alur pasien dan ambulans, kebisingan, debu, risiko keselamatan pasien dan petugas	Tinggi	Terkendali dengan pengaturan jalur, pembatasan area, dan koordinasi lintas unit	Area pelayanan kritis, pengawasan intensif
2	Gedung Candradimuka	Renovasi ruang dan penyesuaian tata ruang	Gangguan kenyamanan pasien, perubahan alur pelayanan sementara	Sedang	Terkendali melalui pengaturan alur pasien dan pembatasan area kerja	Pelayanan tetap berjalan
3	Jalan Lingkungan RS	Pengaspalan jalan	Gangguan aksesibilitas pasien dan ambulans, risiko keselamatan lalu lintas internal	Sedang	Terkendali melalui pengaturan lalu lintas dan jalur alternatif	Sosialisasi dilakukan

Pada Tahun 2025, PCRA telah dilaksanakan terhadap beberapa kegiatan konstruksi dan renovasi yang berpotensi berdampak terhadap pelayanan pasien, meliputi kegiatan renovasi di Instalasi Gawat Darurat (IGD), Gedung Candradimuka, serta pekerjaan pengaspalan jalan lingkungan rumah sakit. Pelaksanaan PCRA dilakukan untuk mengidentifikasi potensi risiko pelayanan pasien, menilai tingkat dampak dan kemungkinan terjadinya risiko, serta menetapkan langkah-langkah pengendalian yang diperlukan guna memastikan pelayanan tetap berjalan aman dan sesuai standar.

Pelaksanaan PCRA dilakukan melalui koordinasi lintas unit dengan melibatkan unsur manajemen, unit pelayanan terkait, tim teknis, serta komite yang berwenang. Kajian difokuskan pada aspek keselamatan pasien, kelancaran alur pelayanan, aksesibilitas layanan, keselamatan tenaga kesehatan dan pengunjung, serta kesinambungan operasional rumah sakit selama kegiatan konstruksi dan renovasi

berlangsung. Hasil kajian menjadi dasar dalam penetapan rekomendasi pengendalian risiko yang wajib diterapkan selama pelaksanaan kegiatan.

Hasil PCRA menunjukkan bahwa kegiatan konstruksi dan renovasi di Instalasi Gawat Darurat memiliki potensi risiko pelayanan yang signifikan mengingat IGD merupakan area pelayanan kritis dengan tingkat aktivitas dan kebutuhan respons cepat yang tinggi. Risiko yang teridentifikasi meliputi potensi gangguan alur pasien dan ambulans, peningkatan kebisingan dan debu, serta risiko keselamatan akibat aktivitas konstruksi di sekitar area pelayanan. Sebagai langkah pengendalian, telah ditetapkan pengaturan waktu pelaksanaan pekerjaan, pembatasan dan pengamanan area konstruksi, pengaturan jalur pasien dan ambulans, serta koordinasi intensif dengan unit IGD untuk memastikan pelayanan kegawatdaruratan tetap dapat berjalan sesuai standar.

Pada kegiatan renovasi Gedung Candradimuka, PCRA mengidentifikasi potensi risiko terhadap kenyamanan pasien, kelancaran akses pelayanan, serta perubahan alur kerja akibat penyesuaian tata ruang sementara. Risiko tersebut dinilai dapat dikendalikan melalui pengaturan alur pasien yang jelas, pelaksanaan pekerjaan di luar jam puncak pelayanan, serta penerapan pembatasan area kerja yang aman dan sesuai ketentuan. Dengan penerapan langkah-langkah pengendalian tersebut, pelayanan pasien di Gedung Candradimuka tetap dapat dilaksanakan tanpa gangguan yang bermakna terhadap keselamatan dan mutu pelayanan.

Sementara itu, kegiatan pengaspalan jalan lingkungan RS Marzoeki Mahdi memiliki potensi risiko terhadap aksesibilitas pasien, kendaraan pelayanan, dan ambulans. Risiko yang teridentifikasi meliputi terganggunya jalur masuk dan keluar rumah sakit, potensi keterlambatan pelayanan, serta risiko keselamatan pengguna jalan internal. Sebagai tindak pengendalian, telah dilakukan pengaturan lalu lintas sementara, penyediaan jalur alternatif, pemasangan rambu dan penanda keselamatan, serta sosialisasi kepada unit pelayanan dan pengguna layanan. Implementasi langkah pengendalian tersebut memungkinkan pelayanan rumah sakit tetap berjalan dengan aman dan terkendali selama pekerjaan berlangsung.

Secara umum, hasil PCRA menunjukkan bahwa potensi risiko pelayanan pasien selama pelaksanaan kegiatan konstruksi dan renovasi di RS Marzoeki Mahdi dapat dikendalikan dengan baik sepanjang rekomendasi pengendalian dilaksanakan secara konsisten dan berkesinambungan. Selama periode pelaksanaan kegiatan yang dikaji, tidak ditemukan kejadian sentinel maupun gangguan pelayanan kritis yang berdampak langsung terhadap keselamatan pasien. Hal ini menunjukkan bahwa pelaksanaan PCRA telah berfungsi efektif sebagai instrumen pengendalian risiko pelayanan pasien.

Dalam pelaksanaannya, masih terdapat beberapa kendala yang perlu menjadi perhatian, antara lain keterbatasan pemahaman pekerja konstruksi terhadap karakteristik dan risiko pelayanan pasien di rumah sakit, kebutuhan pengawasan lapangan yang lebih intensif terutama pada area berisiko tinggi, serta perlunya penguatan koordinasi lintas unit secara berkelanjutan. Kondisi tersebut memerlukan perhatian manajerial agar setiap potensi risiko pelayanan dapat diidentifikasi dan dikendalikan secara tepat waktu.

Secara keseluruhan, pelaksanaan Patient Care Risk Assessment pada kegiatan konstruksi dan renovasi RS Marzoeki Mahdi Tahun 2025 telah mendukung upaya rumah sakit dalam menjaga keselamatan pasien, kesinambungan pelayanan, dan mutu asuhan. PCRA merupakan bagian integral dari sistem manajemen risiko dan peningkatan mutu rumah sakit serta menjadi dasar dalam pengambilan keputusan manajerial berbasis risiko. Ke depan, pelaksanaan PCRA perlu terus diperkuat dan diintegrasikan secara konsisten dalam setiap kegiatan konstruksi dan renovasi guna memastikan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan berorientasi pada keselamatan pasien sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.



No	Lokasi / Area	Jenis Kegiatan	Risiko Utama terhadap Pelayanan Pasien	Tingkat Risiko	Kondisi Pengendalian Saat Ini	Keterangan
1	Instalasi Gawat Darurat (IGD)	Renovasi fisik bangunan dan utilitas	Gangguan alur pasien dan ambulans, kebisingan, debu, risiko keselamatan pasien dan petugas	Tinggi	Terkendali dengan pengaturan jalur, pembatasan area, dan koordinasi lintas unit	Area pelayanan kritis, pengawasan intensif
2	Gedung Candradimuka	Renovasi ruang dan penyesuaian tata ruang	Gangguan kenyamanan pasien, perubahan alur pelayanan sementara	Sedang	Terkendali melalui pengaturan alur pasien dan pembatasan area kerja	Pelayanan tetap berjalan
3	Jalan Lingkungan RS	Pengaspalan jalan	Gangguan aksesibilitas pasien dan ambulans, risiko keselamatan lalu lintas internal	Sedang	Terkendali melalui pengaturan lalu lintas dan jalur alternatif	Sosialisasi dilakukan



5.10 Akreditasi Rumah Sakit

Akreditasi rumah sakit merupakan amanat dari Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/1596/2024, yang menegaskan bahwa standar akreditasi adalah instrumen penting dalam peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien. Akreditasi tidak hanya menjadi kewajiban administratif, melainkan juga upaya strategis untuk menjamin bahwa rumah sakit memberikan pelayanan yang aman, efektif, dan sesuai kebutuhan masyarakat.

Laporan ini disusun untuk mendokumentasikan proses dan hasil pelaksanaan akreditasi di RS selama Tahun 2025, serta memberikan masukan terhadap efektivitas implementasi standar dan peluang perbaikan.

Secara khusus laporan ini bertujuan untuk:

1. Menjelaskan proses persiapan, pelaksanaan, dan tindak lanjut akreditasi.
2. Mengevaluasi kesesuaian pelayanan dengan standar akreditasi terbaru.
3. Mengidentifikasi tantangan serta memberikan rekomendasi perbaikan berkelanjutan.

Ruang lingkup laporan akreditasi ini mencakup seluruh aspek meliputi:

1. Pelayanan berfokus pada pasien
2. Manajemen rumah sakit
3. Sasaran Keselamatan Pasien
4. Program Nasional

Kegiatan yang dilaksanakan pada Tahun 2025

1. Tahap Pasca-Akreditasi
 - Penyusunan rencana perbaikan strategis berdasarkan hasil survei.
 - Implementasi rekomendasi surveyor, termasuk penguatan sistem mutu dan pelatihan staf.
 - Monitoring dan evaluasi oleh tim asesor internal.
2. Kegiatan Pendukung
 - Penetapan indikator mutu prioritas (IMP) dan pelaporan indikator mutu nasional (INM).
 - Pelaksanaan audit internal dan eksternal.
 - Sosialisasi budaya keselamatan pasien dan pelaksanaan PDSA.
 - Pengembangan sistem informasi mutu (SIMANDATURI).

Hasil yang dicapai:

1. Kepatuhan terhadap Standar: RS berhasil memenuhi sebagian besar elemen penilaian standar akreditasi.
2. Peningkatan Mutu Pelayanan: Terdapat peningkatan indikator mutu dan penurunan kejadian tidak diharapkan.
3. Penguatan Sistem Manajemen Mutu: Pelaksanaan pendekatan sistemik dalam keselamatan pasien melalui pelatihan, audit, dan RCA.
4. Pengakuan Akreditasi: RS meraih predikat *Paripurna*, sebagai bentuk pengakuan terhadap mutu layanan yang tinggi.
5. Sudah dilakukan workshop manajemen fasilitas dan keselamatan rumah sakit pada tanggal 22 Mei 2025

Kendala dan permasalahan:

Meskipun pencapaian akreditasi menunjukkan hasil positif, terdapat beberapa kendala utama yang perlu diperhatikan:

1. Sumber Daya Manusia: Beban kerja tinggi dan keterbatasan jumlah staf berdampak pada keterlibatan dalam kegiatan akreditasi.
2. Anggaran dan Pembiayaan: Keterbatasan dana memengaruhi pemenuhan fasilitas, pelatihan, dan pengembangan sistem mutu.



3. Infrastruktur dan Teknologi:
4. Fasilitas fisik dan peralatan medis masih perlu peningkatan.
5. Sistem informasi belum sepenuhnya mendukung pelaporan dan analisis mutu.
6. Koordinasi dan Komunikasi: Kurangnya sinergi antar unit kerja memperlambat implementasi standar.
7. Pemahaman Staf: Tingkat kesadaran staf terhadap pentingnya akreditasi belum merata.

Strategi Mengatasi Kendala:

Untuk mengatasi kendala tersebut, rumah sakit telah dan akan terus melaksanakan strategi berikut:

1. Peningkatan Kapasitas SDM: Pelatihan berkelanjutan, workshop akreditasi dan manajemen risiko.
2. Optimalisasi Anggaran: Efisiensi pembiayaan dan pencarian dukungan eksternal.
3. Pengembangan Infrastruktur dan Sistem Informasi: Perbaikan fasilitas serta penguatan sistem mutu berbasis teknologi.
4. Penyederhanaan Proses Internal: Penyusunan SOP yang lebih efisien dan mudah diterapkan.
5. Edukasi dan Sosialisasi Internal: Meningkatkan kesadaran staf melalui kampanye budaya mutu dan keselamatan pasien.

Rencana Tindak Lanjut:

Sebagai upaya keberlanjutan, RS akan menjalankan langkah-langkah berikut:

1. Monitoring dan audit internal secara rutin.
2. Investasi pada pelatihan staf dan penguatan teknologi informasi.
3. Kolaborasi eksternal dengan institusi pelatihan dan regulator kesehatan.
4. Penyusunan ulang SOP pelayanan berdasarkan hasil evaluasi.
5. Penguatan budaya keselamatan pasien melalui pembinaan dan pengawasan aktif.

Pelaksanaan akreditasi selama Tahun 2025 menunjukkan komitmen RS Marzoeki Mahdi terhadap mutu dan keselamatan pasien. Status akreditasi *Paripurna* yang telah dicapai merupakan hasil dari kerja kolektif seluruh unit kerja rumah sakit. Upaya perbaikan berkelanjutan tetap menjadi prioritas agar rumah sakit dapat mempertahankan standar pelayanan yang tinggi serta menjawab tantangan layanan kesehatan masa kini.

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

Komite Mutu Rumah Sakit berperan aktif dalam mendukung reformasi birokrasi dan pembangunan Zona Integritas menuju Wilayah Bebas dari Korupsi (WBK) dan Wilayah Birokrasi Bersih dan Melayani (WBBM). Upaya ini bertujuan untuk menciptakan pelayanan yang transparan, akuntabel, berkualitas, dan berorientasi pada kepuasan pasien. Tujuannya adalah:

1. Mendukung pelaksanaan reformasi birokrasi dan pembangunan ZI.
2. Menilai hasil peningkatan mutu pelayanan melalui pengawasan Komite Mutu.
3. Memberikan rekomendasi perbaikan dalam membangun tata kelola yang bersih dan profesional.

Ruang Lingkup dan Kegiatan Utama:

1. Pengawasan Mutu Pelayanan
 - Audit mutu dan pemantauan penerapan SOP.
 - Evaluasi kepatuhan terhadap standar akreditasi.
2. Peningkatan Transparansi dan Integritas
 - Pengembangan sistem pelaporan keluhan dan audit mutu secara terbuka.
 - Sosialisasi etika pelayanan publik dan budaya anti korupsi.
3. Pembangunan Budaya Melayani
 - Pelatihan pegawai tentang pelayanan prima dan integritas.



- Peneguhan budaya kerja yang berorientasi pada pasien.
- 4. Pembenahan Sistem dan SDM
 - Penataan sistem manajemen SDM, rekrutmen, dan pengembangan kinerja.
 - Penguatan sistem digital untuk mempercepat pelayanan dan pelaporan.

Hasil yang dicapai saat ini:

1. Peningkatan Akreditasi: Rumah sakit mempertahankan status akreditasi dengan memenuhi standar nasional.
2. Kepuasan Pasien Meningkat: Survei menunjukkan pelayanan lebih responsif dan profesional.
3. Budaya Bersih dan Melayani Tumbuh: Lingkungan kerja lebih transparan, efisien, dan bebas korupsi.
4. Sudah dilakukan monitoring dan evaluasi pengisian form PEKPPP Mandiri pada tanggal 24 Juni 2025

Rekomendasi:

1. Penguatan Monitoring dan Evaluasi: Audit internal dan pelaporan mutu harus dilaksanakan secara rutin dan ditingkatkan.
2. Pelatihan Berkelanjutan: Perluasan pelatihan etika, mutu, dan sistem pelaporan bagi seluruh pegawai.
3. Pengawasan Komite Mutu yang Konsisten: Komite Mutu harus memperkuat fungsi pengawasan untuk menjamin kepatuhan terhadap standar mutu pelayanan.



BAB VI

PENUTUP



BAB VI PENUTUP

Komite Mutu RS Marzoeki Mahdi pada Tahun 2025 telah berkomitmen dalam menjalankan tugas dan fungsinya untuk meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien secara berkesinambungan. Seluruh pencapaian yang telah diraih tidak lepas dari kolaborasi dan dukungan aktif seluruh elemen rumah sakit, baik dari staf medis, tenaga kesehatan, hingga manajemen. Dukungan ini menjadi pendorong utama dalam mengoptimalkan pelaksanaan program mutu dan inovasi pelayanan.

Keberhasilan pencapaian kinerja selama tahun 2025 ini merupakan cerminan dari kerja keras dan sinergi lintas unit. Namun demikian, beberapa kendala dan tantangan yang dihadapi menunjukkan bahwa proses perbaikan mutu tidak berhenti sampai di sini. Semua permasalahan yang timbul harus ditangani melalui pendekatan *Continuous Quality Improvement* (CQI) secara sistematis—dengan mencari solusi yang tepat, memperbaiki proses, dan mengembangkan alternatif penyelesaian yang relevan dan berkelanjutan.

Diharapkan hasil capaian ini dapat menjadi tolok ukur dan motivasi bagi peningkatan kinerja di semester berikutnya, dengan semangat untuk terus membangun budaya mutu dan keselamatan pasien yang kuat di lingkungan RS Marzoeki Mahdi.

6.1 Kesimpulan

Laporan Komite Mutu Rumah Sakit Tahun 2025 ini disusun sebagai bentuk evaluasi terhadap implementasi program peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang dilaksanakan di RS Marzoeki Mahdi. Evaluasi ini mencakup capaian indikator mutu nasional, indikator mutu prioritas, keselamatan pasien, insiden keselamatan, pencegahan dan pengendalian infeksi, serta manajemen risiko rumah sakit.

Melalui pelaksanaan program yang berbasis data, inovasi, dan evaluasi berkelanjutan, Komite Mutu berupaya menjamin bahwa setiap kegiatan pelayanan di rumah sakit berjalan sesuai standar dan prinsip tata kelola mutu yang baik. Meskipun telah banyak pencapaian yang diraih, berbagai tantangan masih perlu mendapatkan perhatian serius agar perbaikan mutu dapat berlangsung secara berkesinambungan.

Berikut disampaikan kesimpulan umum berdasarkan hasil evaluasi pelaksanaan program mutu dan keselamatan pasien selama Tahun 2025:

1. Komite Mutu RS Marzoeki Mahdi Bogor telah melaksanakan berbagai program kerja strategis selama Tahun 2025, dengan pelibatan aktif tiga Sub Komite utama dan didukung oleh sistem pelaporan berbasis aplikasi SIMANDATUR, yang memungkinkan pencatatan dan evaluasi indikator mutu secara lebih efisien dan terstruktur.
2. Dari 13 Indikator Nasional Mutu (INM), sebanyak 12 indikator tercapai, sementara satu indikator yaitu kepatuhan penggunaan APD (99,39%) belum mencapai standar, namun telah dilakukan upaya perbaikan melalui koordinasi lintas unit dan monitoring berjenjang.
3. Dari 16 Indikator Mutu Prioritas (IMP), sebanyak 13 indikator telah mencapai standar. Satu indikator yang belum tercapai adalah waktu tunggu pelayanan farmasi dengan capaian 66,87% dari standar $\geq 80\%$, yang telah ditindaklanjuti melalui *redesign* alur pelayanan untuk mengurangi waktu tunggu. Dua indikator diukur per tahun.
4. Indikator mutu yang berfokus pada waktu pelayanan *end-to-end* menunjukkan bahwa dari 7 indikator, hanya 4 indikator yang mencapai standar. Tiga indikator yang belum tercapai mencakup



waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang, waktu pelayanan pasien di IGD ≤ 4 jam, dan waktu masuk rawat inap, yang masih menjadi fokus peningkatan layanan.

5. Capaian program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) menunjukkan hasil positif dengan tidak adanya kejadian VAP, HAP, IDO, dan infeksi lainnya. Namun, 9 dari 22 indikator masih belum mencapai standar 100%, sedang ditingkatkan melalui supervisi rutin dan penguatan koordinasi.
6. Pada aspek keselamatan pasien (KPRS), mayoritas indikator telah mencapai 100%, masih ada satu indikator yang belum tercapai yaitu Pelaksanaan dan Dokumentasi *High Alert Double Check*.
7. Terkait pelaporan insiden keselamatan pasien, tercatat 61 insiden pada tahun 2025, dengan kejadian terbanyak adalah pasien jatuh sebanyak 26 kasus, disusul oleh kesalahan peresepan obat sebanyak 11 kasus. Tidak ditemukan kejadian sentinel. Jenis insiden lainnya termasuk KTD, KNC, dan KPCS, yang seluruhnya telah dianalisis dan ditindaklanjuti melalui PDSA.
8. Risk Register rumah sakit mencakup 40 pernyataan risiko dari 9 unit kerja, dan telah dianalisis untuk penyusunan Profil Risiko RS yang disahkan melalui SK Direktur Utama. Risiko prioritas tertinggi adalah keterlambatan pelayanan farmasi akibat keterbatasan SDM dan antrean distribusi, yang dikategorikan sebagai risiko sangat tinggi dengan dampak signifikan terhadap layanan pasien.
9. Meskipun budaya just culture telah diperkenalkan, masih terdapat hambatan pelaporan insiden dari tenaga kesehatan akibat ketakutan terhadap hukuman. Hal ini menunjukkan perlunya penguatan budaya keselamatan melalui edukasi, perlindungan pelapor, serta sistem pelaporan non-punitif.
10. Siklus Plan-Do-Study-Act (PDSA) telah diterapkan secara konsisten untuk berbagai program mutu, termasuk optimalisasi *clinical pathway*, perbaikan waktu tunggu layanan, serta penguatan sistem pelaporan insiden, dengan hasil evaluasi menunjukkan efektivitas dalam perbaikan berkelanjutan.
11. Inovasi Komite Mutu seperti PRISMA (Program Sinergi Mutu dan Keselamatan Pasien) dan SiManis (Sistem Manajemen Risiko Terintegrasi), memberi dampak positif terhadap peningkatan budaya mutu di seluruh unit kerja.
12. Proses akreditasi yang mengacu pada KMK No. HK.01.07/Menkes/1596/2024 telah dilalui dengan hasil akreditasi paripurna, menunjukkan peningkatan kepatuhan terhadap standar mutu, keselamatan pasien, serta sistem manajemen risiko. Meskipun demikian, perbaikan berkelanjutan masih dibutuhkan untuk mempertahankan kualitas layanan jangka panjang.
13. Upaya penguatan Zona Integritas, reformasi birokrasi, dan pencapaian WBK/WBBM didukung melalui pengawasan mutu internal, pengembangan budaya kerja bersih dan melayani, serta peningkatan transparansi pelayanan publik.
14. Secara keseluruhan, laporan ini memberikan gambaran lengkap mengenai pencapaian, hambatan, dan strategi yang telah serta akan diimplementasikan dalam upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien. Komite Mutu diharapkan dapat terus mempertahankan komitmen dan adaptif terhadap tantangan guna mewujudkan pelayanan rumah sakit yang berkualitas, aman, dan responsif terhadap kebutuhan pasien.

6.2 Pembelajaran / Lesson Learned

Berdasarkan hasil evaluasi pelaksanaan program mutu dan keselamatan pasien selama Tahun 2025, terdapat sejumlah pembelajaran penting yang dapat menjadi dasar perbaikan berkelanjutan dan penguatan sistem mutu di RS Marzoeki Mahdi:

1. Kolaborasi antar Sub Komite dan unit kerja menjadi kunci sukses pelaksanaan program mutu. Keterlibatan aktif Sub Komite Mutu, PPI, dan Keselamatan Pasien menunjukkan bahwa pendekatan multidisiplin mempercepat capaian indikator dan mempermudah implementasi strategi perbaikan.



2. Pemanfaatan teknologi informasi memperkuat sistem pelaporan dan pemantauan mutu. Implementasi SIMANDATURI dan pengembangan sistem berbasis web seperti PRISMA dan SiManis terbukti meningkatkan efisiensi pencatatan, pelaporan, serta tindak lanjut atas masalah mutu dan risiko.
3. Data sebagai dasar pengambilan keputusan terbukti efektif dalam merancang perbaikan yang tepat sasaran.
Analisis terhadap capaian indikator, tren insiden, dan risiko memungkinkan penentuan intervensi prioritas yang berdampak langsung terhadap mutu layanan.
4. Masih adanya indikator yang belum tercapai menunjukkan pentingnya perbaikan proses dan sistem kerja.
Indikator waktu tunggu pelayanan farmasi dan waktu layanan IGD menjadi refleksi bahwa redesign alur dan efisiensi SDM sangat diperlukan untuk menutup kesenjangan mutu.
5. Kepatuhan terhadap standar nasional dan indikator mutu memerlukan monitoring intensif dan sistem umpan balik.
Capaian indikator yang fluktuatif menunjukkan perlunya penguatan monitoring real-time, supervisi fungsional, dan evaluasi periodik dengan dukungan manajemen.
6. Budaya keselamatan pasien masih menghadapi tantangan dalam pelaporan insiden. Ketakutan terhadap hukuman menurunkan keberanian tenaga kesehatan dalam melapor. Hal ini mengindikasikan perlunya sistem pelaporan non-punitif dan edukasi budaya “just culture” yang lebih menyeluruh.
7. Penerapan siklus PDSA efektif dalam meningkatkan mutu secara berkelanjutan.
Beberapa perbaikan alur pelayanan dan pemenuhan indikator mutu telah berhasil dengan pendekatan ini, membuktikan bahwa continuous quality improvement perlu menjadi kebiasaan operasional.
8. Penyusunan dan analisis risk register merupakan fondasi penting dalam manajemen risiko rumah sakit.
Profil risiko yang disusun dari analisis unit kerja dapat menjadi dasar penetapan prioritas mitigasi dan penyusunan kebijakan yang adaptif terhadap situasi risiko operasional.
9. Hasil akreditasi paripurna harus dijadikan momentum untuk menjaga konsistensi mutu dan keselamatan.
Evaluasi pasca-akreditasi menjadi penting untuk menghindari penurunan kinerja pasca-survei dan memastikan bahwa standar yang telah dicapai tetap menjadi budaya organisasi.
10. Transformasi mutu harus sejalan dengan agenda nasional kesehatan.
Capaian RS harus selaras dengan prioritas Kementerian Kesehatan seperti indikator nasional mutu (INM), sistem manajemen risiko (Kepmenkes 2024), penguatan PPI, serta transformasi layanan melalui clinical pathway dan digitalisasi sistem mutu.

6.3 Rekomendasi

Berdasarkan hasil evaluasi program peningkatan mutu dan keselamatan pasien Tahun 2025, serta mengacu pada ketentuan regulasi yang berlaku seperti Permenkes Nomor 44 Tahun 2022 tentang Indikator Nasional Mutu (INM) Pelayanan Rumah Sakit, Permenkes tentang Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI), Permenkes tentang Keselamatan Pasien (KPRS), Kepmenkes Nomor HK.01.07/Menkes/1596/2024 tentang Akreditasi Rumah Sakit, serta prinsip manajemen risiko dan transformasi layanan kesehatan, maka diperlukan sejumlah rekomendasi strategis sebagai arahan perbaikan berkelanjutan.

Rekomendasi ini bertujuan untuk memperkuat sistem mutu dan keselamatan pasien, menutup kesenjangan pencapaian indikator, serta memastikan bahwa seluruh proses pelayanan berjalan sesuai prinsip tata kelola yang baik, berorientasi pada pasien, dan berbasis data. Seluruh rekomendasi



diharapkan dapat menjadi acuan bagi manajemen rumah sakit, unit kerja, dan Komite Mutu dalam menyusun rencana tindak lanjut dan strategi penguatan mutu rumah sakit di semester berikutnya.

1. **Penguatan Kepatuhan Indikator Nasional Mutu (INM)**
Lakukan pembinaan intensif untuk indikator yang belum mencapai target (contohnya: penggunaan APD). Terapkan pengawasan ketat dan audit harian berbasis teknologi (SIMANDATURI) agar pemantauan real-time dan tindak lanjut lebih responsif, sesuai Permenkes No. 30 Tahun 2022.
2. **Redesign Alur dan SDM Pelayanan Farmasi**
Tingkatkan performa pelayanan farmasi dengan penataan ulang alur pelayanan, optimalisasi antrean, dan penambahan SDM farmasi. Hal ini penting sebagai tindak lanjut atas capaian <70% terhadap waktu tunggu pelayanan farmasi dalam Indikator Mutu Prioritas (IMP-RS).
3. **Optimasi Waktu Pelayanan End-to-End**
Fokus pada tiga indikator utama yang belum tercapai: waktu pelayanan rawat jalan, waktu tunggu IGD, dan waktu masuk rawat inap. Lakukan integrasi digital antar-unit, peningkatan efisiensi proses administrasi dan klinis, serta evaluasi SOP pelayanan.
4. **Pemantapan Program PPI dan Pelaporan Infeksi**
Untuk mengatasi 9 dari 22 indikator PPI yang belum mencapai standar, perkuat edukasi, supervisi, dan audit kepatuhan berbasis ICRA dan teknik aseptik. Gunakan pendekatan berbasis risiko sesuai dengan Kepmenkes Manajemen Risiko dan modul PPI akreditasi 2024.
5. **Peningkatan Kepatuhan Clinical Pathway dan KPRS**
Evaluasi bulanan implementasi CP oleh tim medis dan farmasi, dan integrasikan dalam penilaian kinerja dokter. Tingkatkan kepatuhan dokumentasi *High Alert Double Check*, serta gunakan pendekatan *team-based care* yang sesuai Permenkes *Clinical Pathway*.
6. **Budaya Keselamatan dan Non-Punitif Reporting**
Mengingat masih adanya ketakutan pelaporan insiden, perkuat penerapan “*Just Culture*” dengan pelatihan, sosialisasi perlindungan pelapor, dan penyediaan kanal pelaporan anonim. Tindak lanjut setiap insiden dengan PDSA dan dokumentasi eviden perbaikan.
7. **Mitigasi Risiko Berdasarkan Profil Risiko RS**
Fokus pada risiko prioritas tinggi seperti keterlambatan pelayanan farmasi. Gunakan manajemen risiko proaktif berdasarkan Kepmenkes Manajemen Risiko 2024 dan integrasikan dengan sistem mutu dan PPI. Evaluasi berkala dilakukan melalui *dashboard* risiko di SiManis.
8. **Perluasan Inovasi Berbasis Teknologi**
Inovasi seperti PRISMA dan SiManis terbukti efektif. Skalkan penggunaan ke seluruh unit kerja, tambah modul integrasi dengan SIMRS, dan evaluasi keberfungsian teknis secara triwulan. Pastikan keterlibatan pengguna dan feedback dalam proses pengembangan.
9. **Pemenuhan Standar Akreditasi dan CQI (*Continuous Quality Improvement*)**
Lakukan CQI untuk setiap standar akreditasi yang masih lemah. Bentuk tim audit internal untuk menilai gap dan *follow-up* secara sistematis. Gunakan hasil akreditasi paripurna sebagai *baseline* menuju sustainability mutu dan keselamatan.
10. **Penguatan Zona Integritas (ZI), WBK/WBBM dan Transformasi Kesehatan**
Gunakan pendekatan berbasis transparansi, pengawasan layanan, dan budaya melayani untuk mendukung pencapaian ZI dan WBK/WBBM. Integrasikan dengan Pilar Transformasi Layanan Rujukan dan SDM Kesehatan dari Transformasi Kesehatan Nasional.
11. **Peningkatan Kompetensi SDM Mutu dan Kesehatan**
Wajibkan pelatihan reguler untuk staf terkait mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko. Perluas cakupan pelatihan berbasis e-learning dan uji kompetensi berkala. Libatkan Duta Mutu sebagai agen perubahan internal di setiap unit kerja.

